



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA
PSICOLOGIA

**“LA HIPNOSIS ERICKSONIANA EN
INTERVENCIÓN DE CRISIS DE SEGUNDO
ORDEN EN EL TRATAMIENTO DEL INSOMNIO”**

TRABAJO FINAL DE DIPLOMADO

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A
NORMA LETICIA MORALES RAMIREZ

JURADO DE EXAMEN:

TUTOR: LIC. JORGE ARTURO MANRIQUE URRUTIA
COMITÉ: MTRO. JOSÉ ALBERTO MONROY ROMERO
LIC. SARA GUADALUPE UNDA ROJAS
MTRO. EDGAR PÉREZ ORTEGA
LIC. JORGE IGNACIO SANDOVAL OCAÑA



MÉXICO, D.F

2010



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.

*Leticia y Pancho; mis padres, les agradezco por el apoyo incondicional,
paciencia, sacrificio, amor y tiempo que me han brindado
en cada uno de los pasos que he dado en mi vida.*

*Maribel y Paco; mis hermanos que siempre han estado
presentes en los momentos más importantes, gracias.*

*Miguel, mi querido esposo, te doy las gracias por el amor, confianza,
paciencia y motivación que me has brindado en cada
uno de los proyectos en mi vida, gracias por estar
a mi lado.*

*A mi Angel y mi pequeño Samuel, mis hijos, gracias por recordarme
que los sueños e ilusiones son importantes en la vida.*

*A mis más grandes amigos, les doy las gracias por cada momento
que me brindaron y el estímulo para concluir este ciclo
en mi carrera. A mis maestros por el tiempo
dedicado y a todas las personas que
estuvieron conmigo en el proceso
y fin de este proyecto.*

Índice

Resumen	3
Introducción.....	3
Justificación.....	6
1 Hipnosis.....	7
1.1 Antecedentes de la Hipnosis.....	8
1.2 Definición de Hipnosis y de Trance Hipnótico.....	12
1.3 Hipnosis Ericksoniana	14
2 Insomnio	23
2.1 Sueño y Fases del Sueño	23
2.2 Trastornos del Sueño	26
2.3 Insomnio	28
2.4 Tratamientos del Insomnio	33
3 Hipnosis Ericksoniana como tratamiento del Insomnio	36
4 Intervención en Crisis.....	44
Conclusiones	50
Bibliografía.....	52

Resumen

El insomnio es un síntoma que afecta de manera directa la vida de una persona ya sea laboral, social, emocional; el insomnio es considerado como un problema de salud pública en el país; a pesar de que existen diversos tratamientos, por lo general son utilizados los que promueven una solución inmediata aunque no son efectivos a largo plazo, como es el caso de los fármacos o té. Así que aprovechando esa área de oportunidad, el objetivo de este trabajo es proponer la hipnosis Ericksoniana como técnica para el tratamiento del insomnio primario, ya que, gracias a la información recabada, se puede decir, que ha sido eficaz en la eliminación del síntoma en las primeras sesiones con resultados a largo plazo; por lo que se promueve realizar investigaciones futuras, con el fin de documentar su validez en México.

Introducción

La OMS (2008, citado en <http://www.el-universal.com.mx/articulos/46865.html>.) catalogó el insomnio como un problema de salud pública, el cual afecta la manera natural de vivir de una persona; no sólo en su interacción social, laboral y emocional sino también se ven afectados algunos procesos cognitivos. El DSM- IV (Morrison, 2004), realizó una clasificación de los trastornos del sueño, en esta clasificación menciona que el insomnio primario es la dificultad para iniciar y mantener el sueño, o la sensación de no haber tenido un sueño reparador, además de asociar como causantes principales elementos estresantes y de ansiedad.

A pesar de que no tener un sueño de buena calidad trae consigo diversas consecuencias, la mayoría de las personas no creen necesario acudir con un profesional para tratar este problema. Existen diversos tratamientos para el insomnio, aunque generalmente son utilizados los que promueven una solución inmediata aunque no son efectivos a largo plazo, como es el caso de los fármacos o té.

La información recabada, referente al insomnio, a lo largo del presente trabajo indica que la hipnosis Ericksoniana ha sido eficaz en la eliminación del síntoma en las

primeras sesiones con resultados a largo plazo; de modo que el objetivo de este trabajo es presentar y proponer la hipnosis Ericksoniana como técnica para el tratamiento del insomnio primario, así como incentivar a todos los profesionistas del área en la realización de investigaciones acerca del tema para que figure como un tratamiento posible y no una mera propuesta., con el fin de documentar su validez en México.

En el primer capítulo se mencionan brevemente los antecedentes y definición de la hipnosis tradicional, además de presentar y exponer la técnica de la hipnosis Ericksoniana considerada como la hipnosis moderna, principalmente por las revolucionarias estrategias de producir un trance hipnótico sin seguir un ritual como lo hacia la hipnosis tradicional, a diferencia de ella uno de sus principios básicos es que el paciente cuenta con las habilidades y recursos necesarios para entrar en trance hipnótico y encontrar la solución apropiada para resolver su síntoma.; siendo el papel del hipnólogo guiar a la persona para que pueda evocar sus habilidades y si es necesario realizar alguna sugestión para que se produzca un cambio o sólo la base de un cambio, ya que, se introduce la idea de que el cambio es posible (León, 2002; Robles, 2005 y Méndez, 1995).

Siendo el problema del insomnio uno de los motivadores del presente trabajo, el segundo capítulo se centra en el estudio de éste principalmente, además se considera importante el hacer una breve reseña de que es el sueño, sus funciones, sus diferentes fases y los tipos de trastornos del mismo, con el fin de entender mejor de que manera influye el insomnio en la vida normal de una persona; se mencionaran los tratamientos más comunes que se utilizan para tratar el insomnio y sus desventajas a largo plazo, por último se propone utilizar una técnica innovadora y creativa que es la hipnosis Ericksoniana como tratamiento posible para el insomnio.

El tercer capítulo concentra la información recolectada acerca de la utilización de la hipnosis Ericksoniana en el tratamiento del insomnio, se ejemplifican algunos casos y se mencionan algunas técnicas y tareas que se han utilizado a lo largo del tratamiento. En la psicoterapia Ericksoniana se considera que el insomnio es un síntoma y un tipo de lenguaje que el paciente utiliza cuando está pasando por una situación de estrés al tener alguna condición no resuelta, emociones atoradas y no reconocidas. Erickson trataba el insomnio desde el enfoque de tareas condicionadas por el síntoma,

la idea era convertir el síntoma en algo fastidioso, utilizaba el lenguaje hipnótico para que el paciente realizara las tareas que le proponía y solucionar con ello el síntoma.

Finalmente el cuarto capítulo expone de manera breve la “Intervención en crisis”, tanto de primero como segundo orden. En resumen, el objetivo de la intervención en crisis de primer orden es sólo restablecer el equilibrio emocional inmediato antes de la crisis. A diferencia de la intervención de primer orden, la de segundo orden es un proceso terapéutico breve donde ayuda a la persona a asimilar la crisis, trabajarla y que desarrolle o utilice sus capacidades para resolver algún problema que se presente en el futuro. El objetivo de este capítulo es fundamentar que la hipnosis Ericksoniana en el tratamiento del insomnio es una intervención de segundo orden, ya que, como se explica en el capítulo, esta intervención es un proceso terapéutico breve en el que se ayuda a la persona a asimilar la crisis, trabajarla y que desarrolle o utilice sus capacidades para resolver algún problema que se presente en el futuro.

Si bien, la hipnosis Ericksoniana ha sido utilizada para el tratamiento del insomnio todavía no ha dejado de ser una propuesta, ya que no existen investigaciones o estadísticas, para comprobar y documentar la eficacia de este tratamiento; por tal motivo, se invita a profesionistas de las áreas de la salud y especialmente a los de psicología a realizar investigaciones acerca del tema y figure como un tratamiento.

Justificación

Todos en algún momento de nuestra vida hemos experimentado una noche sin poder conciliar el sueño, ya sea por entregar algún trabajo escolar, por exceso de labores en el lugar de trabajo o por ir a una fiesta; también la mayoría ha llegado experimentar durante la noche y al siguiente día cansancio, somnolencia, dolor de cabeza y algunas veces irritabilidad. De alguna forma en esas ocasiones el no dormir es voluntario; ¿qué pasa con las personas que no concilian el sueño durante varios días, incluso semanas o se despiertan varias veces durante la noche o simplemente no tienen un sueño reparador?.

Por lo general, las personas que llegan a padecer insomnio, no lo ven como una razón necesaria para ir al médico, llegan a tomar remedios naturistas como tratamiento a su malestar (como té), y que a la larga por el consumo constante ya no hacen efecto; las personas que se llegan atender con algún especialista de la salud no acuden específicamente por el insomnio sino por otro padecimiento.

A pesar de que las personas no lo llegan a considerar como un problema de salud, la Organización Mundial de la Salud lo catalogó como un problema de salud pública, ya que, afecta de manera negativa la vida social, laboral, escolar de las personas, e incluso llegan a presentar depresión, entre otras; comenta que un 30% a nivel mundial sufre de insomnio. Por su parte, el INEGI en el 2008 en comunicación con el IMSS (citado en <http://www.el-universal.com.mx/articulos/46865.html>), reportan que en México padecen este trastorno del sueño 15 millones de personas, aunque no tienen estadísticas de cual es la causa más frecuente en la población mexicana, pero si mencionan que es síntoma de un malestar como puede ser el estrés, alguna enfermedad médica o psiquiátrica.

La definición de insomnio propuesta por DSM-IV (Morrison, 2004), es un trastorno de sueño primario; es decir, no está condicionado por alguna enfermedad psiquiátrica, médica o el consumo de alguna sustancia, y se refiere a la dificultad para iniciar, mantener el sueño, o la sensación de no haber tenido un sueño reparador, está asociado a elementos estresantes y de ansiedad. En el DSM-IV, también proponen los puntos que se deben de considerar para hacer un diagnóstico adecuado del Insomnio primario.

Existen algunas alternativas de tratamiento del insomnio primario, que no necesariamente llegan a ser totalmente efectivas tanto a largo como a corto plazo; por ejemplo, al utilizar fármacos, eliminan el síntoma de manera inmediata, pero, a la larga tiene un efecto tipo rebote, crean dependencia al medicamento y no regulan el ciclo sueño-vigilia. Los tratamientos no farmacológicos, como son: *la psicoterapia cognitivo conductual*, a pesar de que los resultados son efectivos, el inconveniente es que la persona no opta por ésta como tratamiento, ya que, implica el hacer un cambio en su conducta o costumbres y no todas las personas están dispuestas hacerlo. En cuanto a la *hipnosis tradicional*; por lo general, es un poco larga y sí, efectivamente reduce el

síntoma, pero no desaparece por completo. *La relajación*, también llega ser efectiva en cuanto a los resultados, ya que, se enseña a los pacientes a relajar el cuerpo y se reduce el estado de alerta, (Hernández, 2001 y Ramos 2004).

Una vez descrito el insomnio y habiendo hablado de algunas de las soluciones actuales. El objetivo de este trabajo es proponer una alternativa de tratamiento diferente, que sea creativa e innovadora y que tenga buenos resultados en las primeras sesiones, con el fin, de que los pacientes tengan una buena calidad de sueño y por tanto de vida. El enfoque propuesto es el de la hipnosis Ericksoniana; ya que, proporciona resultados efectivos en la regulación del ciclo sueño-vigilia, se ataca el síntoma de manera interna generando cambios tanto, físicos, como emocionales; si bien, existe información referente al tema en México, es poca y como tal no hay investigaciones cuantitativas y estadísticas en grupos representativos; aunque si hay evidencia científica de la eliminación del insomnio (Ramos, 2004). Por lo que, se propone que se utilice este modelo de trabajo en posteriores estudios con una muestra representativa, que evidencie paso por paso los resultados y que no sólo se quede con algunos casos esporádicos. Con el fin de que este enfoque no quede en una propuesta sino que figure como uno de los tratamientos posibles.

1 Hipnosis

1.1 Antecedentes de la Hipnosis

A lo largo de la historia, en diferentes culturas han utilizado la hipnosis en ritos religiosos o actividades curativas, se ha considerado como un acto mágico; las pautas que seguían eran similares a las técnicas utilizadas en la actualidad; una de las civilizaciones más antiguas en utilizar la hipnosis (aunque no era considerada como tal) es la Egipcia (1000 años a.C.), ellos contaban con un documento llamado Ebers, en éste se expone el tipo de técnicas de inducción utilizadas para lograr un estado profundo de somnolencia, (Parra 1984).

En Grecia (500 años a.C.), los sacerdotes en los Templos del Sueño, practicaban técnicas parecidas a las inducciones hipnóticas con fines curativos, en algunas ocasiones, se rendía culto a *Asclepio*, dios de la Medicina.

La hipnosis ha sido un tema controvertido debido a su concepción mágica que fue otorgada desde el inicio de su práctica por personas no profesionales; sin embargo, el primer antecedente en que se propuso como tema de investigación, fue en el siglo XVIII, cuando Franz Antón Mesmer (1733-1815), la consideró como objeto de estudio de manera científica, formulo su "*Teoría de Magnetismo Animal*"; en la que menciona que existía un fluido o energía magnética que se podía transmitir entre las personas y órganos, era una energía capaz de penetrarlo todo. El suponía que las enfermedades eran una "aberración de la armonía orgánica", es decir, existía una mala distribución del fluido entre los órganos y había que redistribuirla utilizando magnetos o realizando movimientos con las manos alrededor del cuerpo induciendo a un "sueño magnético", posteriormente la Sociedad Médica Vienesa comprobó que era sólo sugestión.

A pesar de que Mesmer nunca nombró a la hipnosis como tal, la técnica que utilizó era correspondiente al fenómeno de la hipnosis (Chertok, 1992; Parra, 1984 y Robles, 2005).

En el siglo XIX James Braid al igual que el Padre Abate Faria (citados en Chercot, 1992), menciona que la hipnosis radica en el área de lo psicológico y no en el magnetismo animal como mencionaba Mesmer; Braid le denomina a este trance “Hipnotismo”, el cual se deriva de la palabra griega *Hipnos* que significa sueño. Braid comenzó a realizar algunos experimentos, en éstos inducía en un sueño a sus pacientes al pedirles que miraran un objeto brillante. Este tipo de instrumento fue utilizado durante muchos años para inducirlos en hipnosis.

A finales del siglo XIX, Charcot (citado en Hernández, 2001), quien dirigía la Escuela de Salpêtrière, realizaba demostraciones de trance hipnótico con pacientes histéricas. Cabe mencionar que los trabajos de Charcot eran alentadores, ya que, se resolvían varios síntomas con sus pacientes; la Escuela de Salpêtrière se distingue como la base de la hipnosis tradicional.

Posteriormente Liébault en 1886 (citado en Chertok, 1992), junto con varios universitarios crearon la Escuela de Nancy, quienes desarrollaron las ideas de Braid. Bernheim quien es uno de los pioneros de la Escuela de Nancy destacó el papel de la sugestión y mencionaba que es una forma de que una idea entre en la mente y ésta lo acepte. Liébault y Bernheim consideraron a la hipnosis como un comportamiento normal e introdujeron el concepto de sugestión. Son la base de la hipnosis Ericksoniana.

Sigmund Freud en 1885 (citado en Robles, 2005), aprendió el uso de la hipnosis en la Escuela de Salpêtrière, comenzó a utilizarla en el tratamiento de sus pacientes; sin embargo, se dió cuenta que no todos los pacientes eran hipnotizables y que en algunos los síntomas aparecían un tiempo después, por lo que decidió abandonarla y seguir utilizando su técnica de Asociación libre.

Para 1920 y 1930, Carl Hull (citado en Hilgrad y Hilgrad, 1990) realizó diversos experimentos de la hipnosis concluyó que: la conciencia siempre está en cualquier etapa de la hipnosis aunque no lo parezca, por tanto, la hipnosis no es un sueño; no obstante, al igual que Freud abandonó la hipnosis.

Para 1960, Theodore X. Baber (citado en Hernández, 2001), dirigió uno de los laboratorios más importantes en el estudio de la hipnosis; su interés era demostrar que la hipnosis es sólo un estado de sugestionabilidad; fue uno de los primeros en definir la

hipnosis como auto-hipnosis, ya que, argumenta que minimiza muchos miedos que se presentan en los pacientes (bajo el control de otra persona, no darse cuenta de lo que ocurre, etc.), responsabiliza a los pacientes de su proceso de terapia y la participación de éste es más activa, el terapeuta juega el rol de guía, permite que el proceso de inducción sea más flexible y obtiene la retroalimentación de sus pacientes.

Posteriormente, Ernest R. Hilgard, jugó un papel importante en la hipnosis experimental, fue presidente fundador de la Sociedad Internacional de Hipnosis. Propuso su teoría de Neodisociación, es decir, representa a la conciencia como una multiplicidad de grados controlados y comunicados unos con otros; otra de sus aportaciones fue la “Escala de Susceptibilidad a la Hipnosis de Stanford”, determinaría el grado de profundidad de la hipnosis ((Chertok, 1992).

En el siglo XX, Milton H Erickson, estudió en la Universidad de Wisconsin y recibió su título como Médico, simultáneamente obtuvo la licenciatura en Psicología, posteriormente se especializó en Psiquiatría e ingresó en asilo estadual (psiquiátrico) y fue el primer presidente de la American Society for Clinical Hypnosis.

Uno de los primeros contactos que tuvo con la hipnosis fue en una demostración que realizó Clark Hull, se interesó en el estudio y realizó diversos experimentos con sus pacientes del psiquiátrico desarrollando diferentes técnicas para obtener la cooperación de sus pacientes; se alejó de Hull, ya que, en las discusiones que sostenían acerca de algunos temas concernientes a la hipnosis (como evocación de pautas, regresiones de conductas, etc.) nunca se pusieron de acuerdo, por lo que realizó sus investigaciones de manera independiente (O’Hanlon, 1993 y León, 2002) .

Erickson se interesó en el estudio subjetivo de las personas, se centró en como esos comportamientos se manifiestan o se mantienen por largo tiempo y no en las causas o disfunciones de los pacientes. Rossi (citado en León, 2002), menciona que Erickson era un observador cuidadoso entre los mecanismos del estado de vigilia y los estados de trance (reconociendo las características de cada uno de éstos). Demostró que los estados alterados de trance son parte de la vida cotidiana, presentó una nueva concepción de la hipnosis eliminando la rigidez de ésta, su teoría es permisible, facilitadora y menciona que el trance hipnótico es dinámico, se pueden utilizar las

diferentes capacidades de la persona para facilitar el proceso, se percató, que por tal motivo la psicoterapia y el proceso de trance debe ser individualizado. Menciona que el terapeuta debe estar seguro de que los recursos necesarios para resolver los problemas están en la historia y la vida de cada persona (las soluciones se encuentran en su interior), el terapeuta sólo tiene que evocarlas (Robles, 2005).

Rossen (1986), menciona que Erickson consideraba al estado de trance como un estado natural y con el que más familiarizados estamos, es el ensueño diurno o ensoñación, pero también se producen estados de trance cuando una persona medita, ora o realiza algún ejercicio.

Erickson no realizó una sistematización de su teoría, de hecho sólo dejó algunos escritos de sus investigaciones; su metodología se conoce gracias a la documentación realizada por sus alumnos; Erickson era considerado como un antiteórico.

Antes de profundizar en la metodología utilizada por Erickson y sus principales contribuciones a la hipnosis, se presentaran algunas definiciones de Hipnosis y de trance hipnótico.

1.2 Definición de Hipnosis y de Trance Hipnótico

- Braid menciona que la hipnosis viene del griego hypnos que significa sueño (Chertok, 1992).
- En psiquiatría hipnosis significa producción artificial de sueño.
- Harry Cannon (2009, <http://www.hypnoanalyst.com/about-harry.htm>) define a la hipnosis como *“un estado fisiológico por el cual una sugestión va directo al subconsciente, se arraiga en el subconsciente y se exterioriza de manera motriz”*.
- Definición de hipnosis de la American Psychological Association (2004); la hipnosis es el procedimiento durante el cual se le comenta al sujeto que

experimentara sugerencias en donde usara su imaginación; la persona es guiada por otra para que responda a sugerencias de cambios en la experiencia subjetiva, alteraciones de percepción, sensación, emoción, pensamiento o conducta. Los detalles de los procedimientos varían según los objetivos de quien lo practique y de los propósitos de la tarea clínica, incluso hay quienes miden la profundidad del trance.

- Para la Sociedad Psicológica Británica hipnosis significa la interacción que existe entre hipnotizador y sujeto; el hipnotizador intenta influir en la percepción, sentimientos, pensamientos y conductas de los sujetos, pidiéndoles que se concentren en una idea o imagen capaces de evocar los efectos que se pretenden conseguir.
- Trance hipnótico, es el efecto auto-potenciado y exagerado, en la mente de la persona, en el que se generan cambios neurofisiológicos visibles, que se pueden confundir con el sueño fisiológico.
- Trance hipnótico Rosen (1986), “el estado de trance es aquel en el que hay más probabilidades de que se produzca un aprendizaje y apertura al cambio, no se refiere a un estado inducido de somnolencia; en realidad el trance es un estado natural de la conciencia”, (pp. 27).
- Para Robles (2005) hablar de trance Ericksoniano es hablar de estados amplificados de conciencia, es decir, la atención está enfocada hacia el interior mientras que la persona sigue en contacto con el exterior.
- Erickson consideraba al “*estado hipnótico como un estado alterado de conciencia y a la hipnosis como la técnica que nos conduce al mismo, esto es focalizar la atención en sensaciones específicas*”, por tanto, el hipnotizado se aísla poco a poco de los estímulos exteriores y alcanza sólo cierto bloqueo sensorial, ya que, sigue conciente de su entorno (León, 2002 y Robles, 2005).

La definición que se utilizará en este trabajo es la propuesta por Erickson, ya que, al trabajar y retomar su teoría se considera conveniente utilizar las definiciones propuestas por él con el fin de entender mejor su enfoque.

1.3 Hipnosis Ericksoniana

Erickson es considerado como el padre de la hipnosis moderna. En sus diversos experimentos, buscaba nuevas formas para que el paciente o sujeto adquiriera un compromiso y cooperara de manera activa; a diferencia de la hipnosis tradicional, su enfoque es flexible, utiliza el síntoma a favor del cambio, además, las técnicas utilizadas para inducir el trance no son ritualistas, no hace sugerencias directas para el cambio. Era directo al abordar el síntoma e indirecto en cuanto la forma de vivir del paciente una vez suprimido el síntoma (Ramos, 2004).

El papel del hipnólogo para Erickson es de guía y facilitador de los procesos, puesto que, consideraba que cualquier persona tiene la capacidad de superar y resolver dificultades, ya que, la persona a lo largo de su vida obtuvo la experiencia y las habilidades necesarias para resolver cualquier dificultad, sólo que no pueden hacer uso de sus propios recursos por que crecen con una visión del mundo rígida y están limitados en la solución de problemas, por tal motivo, la tarea del hipnólogo es debilitar los procesos concientes; cuando los pacientes están en trance se muestran más dispuestos a colaborar con las sugerencias del terapeuta (Méndez, 1995, O'Hanlon, 1993, Ramos, 2002 y Robles 2005).

Básicamente en el proceso de la hipnosis se busca fijar la atención en pocas realidades, debilitar los procesos concientes y hacer una búsqueda inconsciente de significados, con el fin de extraer las habilidades o recursos necesarios para solucionar el problema.

Según O'Hanlon (1993), los principios básicos de Erickson son:

Orientación Naturalista, que es el primero de sus principios básicos; en su terapia hacía que las capacidades naturales del paciente emergieran, se negaba a implantar alguna idea al paciente de como pensar, sentir o reaccionar, en alguna situación, considera que el trance es un estado natural de la vida cotidiana y que cualquier persona también cuenta con las habilidades para entrar en trance o experimentar todos los fenómenos inherentes a los estados amplificados de conciencia, el terapeuta crea el contexto necesario para lograr que los pacientes tengan un libre acceso a estos recursos. Para Araoz (citado en Ramos, 2004), el fundamento principal de la teoría Ericksoniana es de *Orientación Naturalista*.

El principio de *Orientación Directa e Indirecta*, se refiere a la forma de tratar el síntoma, es decir, era directo en cuanto a las tareas que tenía que hacer el paciente y a su vez era indirecto en sus técnicas, sugerencias y en lo concerniente a la solución del síntoma e incluso a como sus pacientes tenían que vivir sus vidas una vez suprimido éste.

La *Responsividad*, Erickson creía que las personas son capaces de responder de manera diferente a un sólo estímulo, él observaba tratando de entender cada una de las pautas de conducta y respuesta de los pacientes, con el fin de utilizarlas a su favor; “...no atribuía un carácter indestructible a los rasgos de personalidad rígidas.” (O'Hanlon, 1993, pp. 21).

Otro de sus principios es la *Utilización*, con esta facilitaba el cambio en el proceso de trance; él utilizaba las creencias, conductas, exigencias y características rígidas de cada uno de los pacientes, sea lo que sea que el paciente presenta se toma como el inicio de la psicoterapia, con lo primero que se trabaja es lo que emerge en el trance.

Orientación de Presente a Futuro, básicamente Erickson se enfoca en la solución no en el problema; considera que el pasado no se puede cambiar, sólo la interpretación de éste e incluso la interpretación cambia con el tiempo, únicamente se le da importancia cuando afecta a la persona y la mantiene en un estado de rigidez, no le

interesaba investigar lo ocurrido en el pasado y menos entenderlo; la vida se vive en el presente para construir el futuro.

Intervención en la pauta, el paciente llega a aceptar y a utilizar ciertas conductas rígidas que han sido aprendidas a lo largo de su experiencia; sin embargo, estas pautas son modificables, la hipnosis y psicoterapia consta de tres concepciones para intervenir en éstas: utilización al servicio del cambio, alteración u obstrucción y reestablecimiento de las pautas (Ramos, 2004).

Una de sus principales aportaciones es la **Individualización**: al tomar en cuenta el principio de utilización y las observaciones que realizó en sus diferentes experimentos concluyó que la psicoterapia y el proceso hipnótico deberían de ser individualizados. Incluso no sólo utilizaba el lenguaje del paciente sino también controlaba e imitaba algunas conductas, como por ejemplo la respiración, grado de movimientos, deglución, pestañeo, etc. (León, 2002 y Ramos, 2004).

Al individualizar la terapia se logran dos objetivos:

1. Alianza terapéutica que promueve la cooperación de cliente.
2. El proceso terapéutico se construye de acuerdo a las necesidades del cliente, si el terapeuta utiliza el lenguaje del paciente lograra que el proceso tenga sentido para él y conseguirá que éste se involucre.

Otra de sus contribuciones innovadoras es utilizar la **Resistencia** a favor del cambio, menciona que “...es usualmente una expresión de la individualidad del paciente...”(citado en León, 2002, pp. 18); el paciente necesita que reconozcan su necesidad, ya que, es una forma de expresión en ese momento, la tarea del terapeuta es aceptar lo que el paciente ofrece. Hay que saberla utilizar y alentar a favor del trance hipnótico, una vez que se reconoce la resistencia, se acepta, deja de ser resistencia se convierte en cooperación y queda controlada por el psicoterapeuta, el paciente deja de utilizarla al esperar las indicaciones del terapeuta; se presenta el siguiente ejemplo con el fin de que quede más claro:

“Llego a la consulta de Erickson, en demanda de tratamiento hipnótico, un sujeto que, desde el momento mismo de su entrada en el despacho, empezó a pasearse continuamente arriba y abajo. Manifestaba el paciente que era imposible sentarse y que siempre tenía que estar andando, lo que había sido motivo de que varios psiquiatras le rechazaran por falta de colaboración. Mientras se paseaba y explicaba su problema, Erickson le pregunto: ¿esta dispuesto a colaborar conmigo si para ello no ha de hacer más que continuar paseándose como hace ahora?, ¿dispuesto? respondió el paciente. ¡Válgame Dios, si no puedo hacer otra cosa mientras permanezca aquí! Erickson pidió entonces que le permitiera participar en su incesante pasear dirigiéndolo parcialmente, a lo que el paciente accedió. Desde aquel momento, Erickson le fue sugiriendo que anduviera ora aquí, ora hacia allí, etc., y, al cabo de un rato, comenzó a vacilar en sus órdenes, este proceder tuvo el efecto de que el paciente se parara para aguardar instrucciones, tras lo cual Erickson le hizo que se sentara y el sujeto continuo en trance” (Halley, 1989). Cabe destacar el proceso de Erickson: primero pide al paciente que realice la actitud resistente, luego consigue que este bajo su control y posteriormente la cambia.

Prácticamente el proceso para utilizar la resistencia se repite la pauta formal que es, controlar la resistencia fomentándola y estableciendo un paradoja, para luego cambiarla.

Para Freud (citado en Méndez, 1995) “la resistencia es el acceso al inconsciente, como un camino de conocimiento y defiende al yo de la cura”.

Otro aporte de Erickson es su interpretación de **Profundidad del trance**, propone que se utilice el término de *hipnosis profunda*: al nivel de hipnosis que permite al sujeto funcionar adecuadamente en un nivel inconsciente sin que la parte consciente intervenga y no asociar la profundidad con determinados fenómenos hipnóticos. En la hipnosis tradicional se consideran que la profundidad del trance está determinada por el fenómeno de trance que el sujeto pueda producir (León, 2002).

Por otro lado, O’Hanlon (1993), presenta una sistematización de los elementos de la hipnosis Ericksoniana.

1. Evocación: crear un escenario con el fin de evocar de manera fácil o natural los recursos de los pacientes; es importante recalcar que lo esencial para Erickson es la evocación de estos recursos y no tanto la sugestión, ya que, el daba por hecho de que todos cuentan con las habilidades y la experiencia necesaria para desarrollar un trance; los elementos para evocar un trance son:
 - Presuposición: se utilizan ciertas ideas que se dan por sentadas aunque no se mencionen, sirven para crear un contexto conveniente, ejemplo: ¿Prefiere entrar en trance ahora o más adelante?, “puede entrar en trance con los ojos abiertos o con los ojos cerrados, como sea más cómodo”; la idea que se da por sentado es el entrar en trance.
 - Indicaciones contextuales: son contextos que recuerdan o sugieren un trance anterior, por lo general se utilizan escenarios, comunicaciones no verbales, conductas, etc. al utilizarlos el paciente recibe la sugestión indirecta de entrar en trance.
 - La copia no verbal: consiste en que el hipnotizador imite las conductas visibles, como la respiración, posturas, tono de voz, ritmos, etc. facilita el rapport y la aceptación de las sugestiones.
 - La copia verbal: existen dos formas de realizarlo, la primera es copiar el vocabulario y tono, permite la comprensión y el segundo es descriptiva, refiere la conducta de la persona, con el fin de concentrarla en ciertos aspectos de su experiencia y el foco de atención suele ser un inductor de trance.
2. Confusión: se les comenta un mensaje que es incongruente en ese momento, la persona se confunde, detiene el comportamiento que manifestaba en ese momento, deja de intentar entender, se limita a huir y entra en trance, en este momento están próximas a cooperar.

3. Separación: se separan entre sí dos cosas o conceptos de manera verbal, por ejemplo; se explica la diferencia entre mente conciente y experiencia conciente, se utiliza un tono de voz diferente para cada una y el hipnotizador recalca que la separación es obvia.
4. Vinculación: ciertos tonos de voz quedan vinculados con ciertas experiencias y pueden servir para inducir un trance, después de un tiempo al utilizar un tono de voz, algún movimiento, etc. se comunicará a la parte conciente o la inconsciente y servirá para producir un trance.
5. Incorporación: se incorporan verbalmente las distracciones y las resistencias, por lo general se utiliza para eludir estas conductas.
6. Intercalación: se pone énfasis especial en algunas palabras ya sea verbal o no verbal.
7. Palabras vacías: se utilizan palabras que llegan a ser ambiguas o tienen diversas interpretaciones, con el fin de que el paciente encuentre sus propios significados, el paciente crea su propia experiencia de trance.

Erickson utiliza un lenguaje permisivo, considera muchas respuestas posibles, la idea es no frenarlas sino probarlas, por lo general emplea palabras como: puede, podría, etc., permite libertad en el sujeto y se valida cualquier experiencia o vivencia. Según Robles (2005), Erickson buscaba el cambio a través del camino del placer y no del castigo o del sufrimiento.

De acuerdo con Robles (2005) las técnicas de inducción utilizadas por Milton H. Erickson y por los Neoericksonianos son las siguientes:

1. *Crear o revivir una escena placentera*: se le pide a la persona que imagine una escena placentera y que la viva con todos los detalles posibles; en lugar de palabras se utilizan imágenes y sensaciones; el fin es que la persona se de cuenta de lo que quiere, como lo quiere vivir e incluso ensaya posibles soluciones a un problema.

2. *Inducción a través de la percepción de sensaciones:* guiar a la persona para que enfoque su atención en todas las cosas que percibe, primero en el exterior, alrededor de ella, que sienta diferentes sensaciones en el exterior de su cuerpo y luego en el interior llevándola cada vez más y más dentro de ella.
3. *Inducción a partir de la percepción de un afecto o de un dolor:* cuando una persona se queja de miedo, depresión, dolor o angustia, se le pide que describa minuciosamente como lo percibe; el trance comienza cuando la persona pone toda su atención en percibir como se siente, ya sea depresión, etc. por asociación surgen escenas de su infancia, se trabaja con ellas, por ejemplo, hacer aparecer un símbolo que lo representa y reconstruirlos o hacerlos desaparecer.
4. *Inducción a partir de la utilización de metáforas:* los símbolos y las metáforas son un lenguaje del inconsciente, ofrecen una representación simbólica y completa de una situación que por si sola no tenemos conciencia, verla de esta manera nos ofrece una perspectiva completa y generar nuevas alternativas.
5. *Inducción a través de la disociación:* esta técnica se utiliza para las personas que les cuesta trabajo visualizar una escena de ensayo, o solucionar algún conflicto traumático, se le pide a la persona que se observe a el mismo en una pantalla, como en una película; al ver la situación en una pantalla permite poner distancia y no siente tanto en carne propia lo que esta pasando.

Cuando la persona está en trance es común que surjan imágenes dolorosas, este enfoque sugiere que todo lo que surja es una oportunidad de trabajar el cambio, en ocasiones lo que surge llega a sorprender al propio terapeuta, por lo que es importante que el terapeuta se sienta seguro, trabaje con las oportunidades que se presentan y asegurarle al paciente que pase lo que pase, sienta lo que sienta todo esta bien, y hacer énfasis de que el cambio ya se esta presentado.

Las técnicas mencionadas anteriormente eran una herramienta que Erickson utilizaba no sólo con el fin de ayudar al paciente para inducir el trance sino también para profundizarlo. Como menciona Rossy (citado en León, 2002), no había una hora establecida para que el paciente entrara en trance, podía ser en el inicio de la sesión, a la mitad o un poco antes de que finalizara la consulta, también se percató de que en ocasiones Erickson mantenía una plática común con sus pacientes, mientras observaba con atención la frecuencia cardíaca, algunos reflejos (como pestañeo, deglución, etc.) la respiración y el grado de movimientos, él esperaba a que se presentaran señales de trance y ayudaba (profundizaba) el trance mediante sugerencias indirectas. Una vez que había alcanzado un estado de respuesta de disposición a entender, daba las sugerencias más importantes; en este estado el paciente mostraba una atención estrecha, ésta se caracteriza por: contacto visual, actitud de interés, quietud del cuerpo, lenguaje corporal abierto y receptivo.

Las señales de trance que Erickson esperaba son las siguientes:

- Rasgos faciales relajados,
- Calma,
- Mirada hacia el vacío, no focalizada,
- Bostezo o inspiración profunda,
- Reflejos disminuidos,
- Necesidad de estirarse, entre otros.

Si bien, el trabajo de Erickson está resumido en unas cuantas cuartillas, el objetivo es exponer y conocer a grandes rasgos la técnica hipnótica utiliza por él; con el fin de ejemplificar esta técnica que será utilizada como propuesta del tratamiento del insomnio.

Antes de revisar esta propuesta como tal, en el siguiente capítulo se comentará la importancia del sueño, algunos aspectos fisiológicos, los principales trastornos del sueño, clasificación de las causas del insomnio (que es el tema que atañe a este trabajo), su significado y las consecuencias que produce en una persona el insomnio crónico.

2 Insomnio

2.1 Sueño y Fases del Sueño

El sueño es un estado fisiológico caracterizado por niveles bajos de actividad motora, una disminución de respuesta ante los estímulos externos, mientras que, la actividad cerebral es alta, casi como en el estado de vigilia. La mayoría de autores coincide en que la finalidad de dormir es reestablecer el equilibrio apropiado del Sistema Nervioso Central, mantener el equilibrio psíquico, en el cual se presentan diversos procesos para conservar sano al individuo (Corsi, 1983).

Adams (citado en Ramos, 2004), menciona que el ciclo de sueño-vigilia está regulado por un reloj biológico interno que nos indica cuando despertar y cuando dormir, este ciclo se llama ritmo circadiano, abarca 24 hrs., esta dividido en 8 hrs. para el sueño y 16 hrs. para el estado de vigilia, este ritmo llega a ser alterado por sueño retrasado, cambio de horario o turno de trabajo.

Durante el sueño la persona suele pasar por cinco diferentes etapas o fases, éstas son cíclicas, la duración varía de 70 min. a 100 min., aunque por lo general es de 90 min. por cada ciclo, una vez que termina comienza nuevamente. Estas etapas se describen a continuación:

1. Sueño con Movimientos Oculares Rápidos (REM): También se conoce como sueño paradójico, en éste, el tono muscular disminuye pero la actividad cerebral es casi igual que en el estado de vigilia, se caracteriza por ser un sueño profundo, dura entre 5 min. y 30 min., por lo general se presenta de tres a cuatro veces por la noche, si se despierta a la persona en esta etapa recuerda lo que estaba soñando, los sueños son como si se estuviera viendo una película a color.

2. Sueño no REM: También se le llama sueño lento, se divide en cuatro etapas:

- Etapa 1: Es la transición entre vigilia y sueño, hay movimientos oculares lentos, es un sueño ligero, se llegan a percibir algunos estímulos del exterior, los sentidos están más susceptibles, el tono muscular disminuye.
- Etapa 2: Se caracteriza por la eliminación de movimientos oculares, se desconecta totalmente de los estímulos exteriores, el sueño es ligeramente reparador.
- Etapa 3: El tono muscular es más reducido y no hay movimientos oculares, el sueño en esta fase es reparador y es necesario para este fin, si la persona se llegara a despertar se mostraría confuso.
- Etapa 4: Igual que en la etapa 3 el tono muscular está reducido, hay algunos movimientos oculares pero lentos; es la fase más profunda del sueño, se llegan a presentar algunos sueños (son difusos y llegan a ser bizarros) y es donde se presentan los terrores nocturnos y sonambulismo (Corsi, 1983)

La cantidad necesaria del sueño en las personas depende de factores biológicos, conductuales y ambientales; hay personas que no necesitan dormir más de cinco horas, están los que necesitan ocho horas, que es el promedio en una persona adulta, hay quienes requieren más tiempo o en las que la cantidad es variable (en estas personas interfieren más los factores ambientales que ellos mismos); sin embargo, el tiempo que se duerme no determina si es un sueño reparador o no, lo importante es la calidad de éste.

A lo largo de la vida la cantidad de sueño se va modificando, después de los 30 años el tiempo de sueño comienza a disminuir y se vuelve más ligero, breve e irregular; en las personas ancianas el sueño nocturno se va fragmentando, los despertares se vuelven más frecuentes, por lo general dormitan durante el día con gran facilidad.

Hay varias teorías acerca de las funciones del sueño (Casal y Navarro, 1990):

Algunos autores consideran que el sueño tiene dos funciones fundamentales:

- Restauradora: el sueño permite a nuestro cuerpo recuperar energía e integrar la nueva información.
- Adaptativa: la cantidad y calidad de sueño es directamente proporcional a la calidad de vida. Se considera que la fase REM, facilita la adaptación a situaciones estresantes.

Otros consideran que la función del sueño, es la servir para la consolidación de la memoria. Esto se ha formulado de diversas maneras. Pero la mayoría concuerda en que, mientras se duerme, se produce el almacenamiento de la memoria a largo plazo.

La mayoría de autores coinciden en que las funciones principales del sueño son restablecer el equilibrio del Sistema Nervioso Central y restaurar algunos procesos cognoscitivos como son: memoria, aprendizaje, atención, entre otras, (Chapman, 2006)

A pesar de que hasta este momento hay diversas teorías acerca de la función del sueño todos coinciden en que es necesario tener un sueño reparador, con el fin de evitar las consecuencias ya mencionadas anteriormente y tener una buena calidad de vida.

2.2 Trastornos del Sueño

Los trastornos del sueño son tan antiguos como el hombre. La ciencia y la experiencia han demostrado que el dormir es una actividad necesaria para cualquier ser humano. Durante el sueño se presentan diversos cambios en las funciones corporales y actividades mentales de gran trascendencia para el equilibrio psíquico y físico de los individuos. Por lo tanto, el hecho de no dormir, dormir poco o dormir mal puede llegar a ser una tortura.

Los trastornos del sueño son alteraciones para conciliar, duración del sueño o despertares continuos, principalmente se dividen en cuatro grupos según su etiología (DSM-IV, 2004):

1. Trastornos primarios del sueño: Estos trastornos aparecen como consecuencia de una alteración endógena, es decir, se desarrolla gracias a causas internas de la persona. Estos se dividen en:
 - Disomnias: Son trastornos en la cantidad, calidad y horario del sueño, debido a causas emocionales, se caracteriza por dos síntomas que son el insomnio y la hipersomnia.
 - Insomnio Primario: Consiste en la dificultad para iniciar y mantener el sueño, o la sensación de no haber tenido un sueño reparador; está asociado con elementos estresantes y de ansiedad.
 - Hipersomnia: Es el exceso de sueño durante el día o exceso de somnolencia durante el día.
 - Parasomnias: Son trastornos episódicos durante el sueño o periodos de transición sueño-vigilia, principalmente son despertares parciales sin que produzca una interrupción importante, se presenta actividades fisiológicas (motores y cognitivas); las más comunes son: el sonambulismo, terrores nocturnos y enuresis.
2. Trastorno de sueño relacionado con otro trastorno mental: Las alteraciones del sueño se deben algún trastorno mental que es diagnosticable y que es lo suficientemente grave como para afectar el ciclo sueño-vigilia.

3. Trastorno del sueño debido a una enfermedad médica: Son alteraciones del sueño afectadas directamente por los efectos fisiológicos de una enfermedad médica.
4. Trastorno del sueño inducido por sustancias: La alteración se debe al consumo de sustancias como medicamentos, drogas o alcohol.

Como ya se comentó el sueño es uno de los factores primordiales para tener una calidad de vida sana. Al ser el insomnio una de las alteraciones del sueño más comunes en la sociedad y que afecta de manera directa el desempeño social, psicológico y laboral, se considera importante profundizar en el tema y posteriormente proponer el manejo de la Hipnosis Ericksoniana como tratamiento del insomnio, ya que, ha sido poco conocida y utilizada en México como alternativa de la eliminación del insomnio.

2.3 Insomnio

Según Corsi (1983), el insomnio es uno de los problemas más comunes, las personas que lo llegan a sufrir no lo consideran una enfermedad, por tal motivo, no acuden a atención médica y cuando lo llegan hacer es en forma colateral a otro problema.

Insomnio: Proviene del latín *in* que significa "ausencia de" y *somnus* significa "dormir", es decir, "ausencia del dormir, falta total de sueño" (Téllez, 1998); sin embargo, por cuestiones clínicas se define como *la dificultad para iniciar o mantener el sueño, o bien la falta de sueño reparador*, está asociado el aumento de alerta físico y psicológico junto con un condicionamiento negativo de dormir.

El insomnio produce durante la vigilia una disminución de la concentración, falta de energía física, alteraciones del comportamiento y de las emociones, con afectación importante de la calidad de vida, (Hernández, 2001).

La OMS (citado en 2008, El universal. <http://www.el-universal.com.mx/articulos /46865. html>), considera al insomnio como un problema de salud pública, menciona que a nivel mundial un 30% de la población de entre 18 y 60

años de edad lo padece. En estudios realizados por el INEGI demuestran que en México aproximadamente padecen este trastorno del sueño 15, 000 personas. El doctor José Luis Jiménez López, jefe del Servicio de Psiquiatría y Psicología del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional La Raza, menciona que este padecimiento fluctúa entre los 20 y 30 años de edad.

En algunos estudios que han realizado en México, han encontrado que el insomnio crónico aumenta con la edad (está asociado a la falta de actividad, el desgaste físico es menor), principalmente se presenta en mujeres, en la mayoría de los casos aparece repentinamente relacionado a una situación estresante (ya sea social, psicológica o médica), de ansiedad o de presión; (Téllez, 1998).

Hay varias clasificaciones del insomnio, todos coinciden en que depende de la duración y su forma de presentación (inicio, mantenimientos o despertares precoces), la clasificación que enseguida enlistamos es la que realizó *Clasificación Internacional of Sleep Disorders* (Morales, 1997):

- Insomnio Psicofisiológico: Los niveles de alerta son altos y se presenta un condicionamiento negativo del dormir.
 1. Transitorios: Se presenta durante un periodo breve asociado a un transitorio estado de ansiedad.
 2. Persistente: Se caracteriza al presentar tensión crónica y somatizada como la ansiedad y tener ideas negativas del sueño, es decir, al centrar la atención en el insomnio, el esfuerzo consciente u obstinado por dormir, provocan un efecto de insomnio, el cual se percibe de manera más dramática y más fuerte lo que sucede en realidad.
- Insomnio Idiopático: Se incluyen trastornos de la infancia, debidos a una alteración del ciclo sueño-vigilia, suele ser un insomnio crónico.

- Higiene del sueño: Se refiere a malas rutinas que provocan insomnio, aumentan el nivel de alerta e interfieren en la arquitectura del sueño antes de dormir, como consumo de alcohol, café, etc.
- Mala percepción: Esta acompañado de quejas referentes al insomnio que crean un círculo vicioso, entre más pensamientos negativos tenga, menos puede conciliar el sueño.
- Psiquiátrico: Psicosis severas, esquizofrenias, etc.
- Uso de drogas y alcohol.
- Asociado a alteraciones respiratorias inducidas por el sueño.
 1. Síndrome de TMS (trastornos del inicio o mantenimiento del sueño) por apnea del sueño (se incluyen varios tipos de apnea), cese de la respiración durante el sueño.
 2. Síndrome de TMS por hipoventilación alveolar.
- Asociado a Mioclonia relacionado con el sueño nocturno y piernas inquietas.
 1. Síndrome de TMS mioclonia aparición de convulsiones musculares repetidas en las piernas.
 2. Piernas inquietas: sienten temblores desagradables.
- Asociado a alteraciones médicas, tóxicas y ambientales.
- Ausencia de anormalidad: duerme menos de lo habitual para su grupo de edad, sin embargo, durante el día no presentan ningún malestar por dormir poco (su sueño es reparador), más bien son presionados por su familiares para tratarse .

Esta clasificación es similar al insomnio primario que propone el DSM-IV, la diferencia es que el DSM-IV no incluye enfermedades médicas, psiquiátricas (como esquizofrenias, psicosis, etc.) o consumo de sustancias, ya que, en ese caso se tendría que atender la enfermedad o el consumo de sustancias y no en insomnio como tal, pues se considera un síntoma de estas. En este trabajo se manejará la descripción hecha por el DSM-IV, por lo que se referirá insomnio primario.

Criterios de diagnóstico del Insomnio Primario DSM-IV.

- a) El síntoma principal es dificultad para iniciar, mantener el sueño o falta de sueño reparador.
- b) Se presenta por lo menos 3 veces a la semana durante un mes, presentando diversas consecuencias de la falta de sueño, como es cansancio excesivo diurno, irritabilidad, deterioro social o deterioro de las actividades diurnas.
- c) La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la narcolepsia.
- d) La alteración no es debida a los efectos fisiológicos directos de sustancias o de una enfermedad médica.

Las consecuencias más comunes de no dormir bien se explican más claramente en las siguientes investigaciones.

Kollar (citado en Corsi, 1983), menciona que los sujetos que han estado privados del sueño entre tres y cinco días consecutivos han reportado alteraciones en la visión, se quejan de diplopía, visión borrosa, ilusiones visuales; el lenguaje se vuelve semejante al de una persona ebria; la escritura es ilegible; conforme va pasando el tiempo sin dormir, presentan ideas paranoides; irritabilidad; disminución en la memoria; disminución en la atención en el tiempo de reacción, hipotermia y disminución en las actividades psicomotoras. Usualmente estos síntomas desaparecen cuando la persona duerme incluso algunas horas; sin embargo, se presentó un caso de paranoia en el que la persona no mejoró después de dormir, seguía pensando que los investigadores estaban realizando un complot en su contra y que habían alterado los resultados en su caso.

En experimentos realizados por Bast y Bloemendal (citado en Corsi, 1983), en el que privaron del sueño por 31 días a algunos conejos, las consecuencias mostradas fueron cambios degenerativos en el cerebro, bulbo y medula, presentaron hipotermia.

Según Casal y Navarro (1990), en algunos estudios realizados han encontrado que en personas la privación total o selectiva del sueño causa principalmente irritación, distracción y cansancio, cabe mencionar que máximo han suprimido el sueño por tres días. En estudios con animales, eliminaron el sueño paradójico y disminuyeron el sueño lento durante seis semanas, presentaron diversos síntomas como: disminución de la actividad, irritabilidad (los primeros días), posteriormente comenzaron a perder pelo, su piel se torno amarillenta, sus pies se hincharon, se altero su actividad motora, en su postura, adelgazamiento y finalmente la muerte.

En este trabajo, se retomara el insomnio primario diagnosticado por el DSM-IV, en el que las causas no se refieren a alguna enfermedad psiquiátrica; consumo de sustancias, ya sean medicamentos o drogas; las causas que se consideran son el estrés, ya sea por ansiedad o presión social, que según la clasificación de las causas nos referimos al psicofisiológico persistente.

Cabe mencionar que las personas que padecen insomnio primario, no deberían hacer una estimación subjetiva de las horas que han dormido ni de cuanto tiempo no han dormido, ya que, prestan una atención exagerada que le atribuyen a estos momentos, la sola idea de haber dormido poco ocasiona síntomas provocados por la autosugestión y conducen nuevamente al insomnio (Werner, 2008).

Al respecto, Robles (2004) opina que las personas que tienen insomnio primario, por lo general al acostarse, lo primero en lo que piensan es “en me voy a concentrar para dormir” y muestran una conducta compulsiva, se comienzan a preocupar por el tiempo que se les está pasando y no concilian el sueño, entre más tiempo pasa menos duermen y más se estresan. Menciona que el estrés es ocasionado por la percepción que la persona tiene acerca de una situación y no de la situación en sí. Sugiere que un punto importante para tratar el insomnio es tratar el estrés y las preocupaciones que presenta el paciente.

2.4 Tratamientos del Insomnio

Existen diversos tratamientos del insomnio, cada uno depende de la especialización del profesional que atienda el caso; aunque no todos llegan a ser efectivos al 100%, algunos sólo son placebos, otros tratamientos duran años o simplemente se elimina el insomnio por un tiempo y luego aparece nuevamente. Se dividen en dos: los farmacológicos y los no farmacológicos, se describen a continuación:

1. Tratamientos farmacológicos:

- El Tratamiento Farmacológico es el más utilizado, por lo general las personas que padecen insomnio recurren con mayor frecuencia a los médicos. Usualmente los medicamentos utilizados son los hipnóticos y ansiolíticos (son los benzodiazepinas), usualmente, se ingieren antes de dormir. Los fármacos no son útiles a largo plazo, ya que, evitan el problema o lo encubren, incluso el uso de somníferos conlleva a la idea de que ya no pueden dormir sin ellos (dependencia); provocan efectos secundarios como son; insuficiencia renal, hepática, respiratoria, sobredosis, problemas en coordinación psicomotora, disminución en la actividad cognitiva e insomnio de rebote. Algunas personas recurren a medicina homeopática o naturista, obteniendo resultados inmediatos, pero si su consumo es continuo dejan de ser efectivos (Ramos, 2004 y Werner, 2008).

2. Tratamientos no Farmacológicos: Usualmente, son más difíciles de poner en práctica, ya que, involucra un cambio en el estilo de vida del sujeto, aunque los beneficios a largo plazo son mejores, no producen adicciones, se involucra al sujeto de manera activa, a largo plazo tiene menos riesgos de recaídas, es más económico y no tiene efectos secundarios. Se enlistan a continuación los más comunes:

- **Terapia de Control de Estímulos:** Esta técnica propone que algunos estímulos del ambiente en el que se desenvuelve el paciente no facilitan el sueño, sino que incrementan el estado de alerta; la idea es eliminar estos estímulos, como son el ver televisión, leer, comer, escuchar música, o realizar alguna actividad en la cama (Hernández, 2001); sin embargo, no siempre se pueden eliminar estos estímulos.
- **Restricción del tiempo en la cama:** Consiste en disminuir el tiempo que la persona pasa en la cama, con un tope de cuatro horas y media; se le pide al paciente que haga un estimado del tiempo que va a dormir cada noche. Se entrena al paciente para que solamente se acueste cuando esté cansado y si después de quince minutos no ha conciliado el sueño se tiene que levantar, cuando logra la primer fase se incrementa veinte minutos y así consecutivamente; es un poco largo este procedimiento y no todos los pacientes lo llegan a terminar (Hernández, 2001).
- **Relajación:** Es efectivo para reducir la hiperactividad fisiológica y el estado de alerta; la relajación llega a ser efectiva.
- **Terapia Cognitivo – conductual:** Este tratamiento se basa en eliminar las ideas erróneas que la persona tiene acerca del sueño; cualquier paciente necesita ser reeducado, con el fin de aprender y reconocer los problemas del sueño; guiado por el terapeuta. Suele ser una alternativa eficaz.
- **Hipnosis Tradicional:** Hartlad (Hernández, 2001) utilizó la hipnosis para eliminar el insomnio, menciona que es importante hablarle a los pacientes con franqueza acerca del tema del sueño en general, así el obtiene información acerca de las creencias, ideas y la cantidad de horas que el paciente necesita para estar sano; en el trance hipnótico propone no mencionar la palabra dormir (ya que el paciente asocia esta palabra con sus temores del sueño), las sustituye por cansancio, somnoliento, y por último se utilizan sugerencias con el fin de cambiar las actitudes que el paciente muestra antes de dormir.

Hernández (2001), realizó una investigación con nueve pacientes quienes se quejaban de tener insomnio; la técnica utilizada para eliminar el síntoma fue la hipnosis tradicional, realizó nueve sesiones hipnóticas, encontró que los pacientes disminuyeron de manera considerable el insomnio, aunque no se eliminó del todo el problema; menciona que es recomendable tratar el insomnio de manera multidisciplinaria, por un lado el aspecto farmacológico y por otro el aspecto comportamental.

Cada uno de los tratamientos mencionados, como se puede observar tienen ventajas y desventajas; sin embargo, la elección del tratamiento depende de la inclinación del profesionalista que trabajara con el paciente. Cabe señalar que independientemente del tratamiento elegido se debe considerar la higiene del sueño, es la siguiente:

1. Controlar las variables fisiológicas antes de ir a la cama, no ir a la cama con hambre, sed, ganas de orinar, etc.
2. Llevar una dieta adecuada y no comer demasiado antes de irse a la cama.
3. Evitar la ingesta de café, te, nicotina o cualquier estimulante del S.N.C. durante todo el día, pero sobre todo en horas cercanas al sueño.
4. El alcohol inicialmente aumenta la somnolencia y puede propiciar dormir 4 ó 5 horas, pero aumenta la probabilidad de despertarse en la segunda mitad de la noche. El metabolismo del alcohol consume mucha agua por lo que hay que evitar el exceso de alcohol para no despertarse con sed en medio del sueño.
5. Efectuar ejercicio moderado de forma continua, pero no hacer ejercicio intenso justo antes de irse a la cama.

3 Hipnosis Ericksoniana como tratamiento del Insomnio

Actualmente el insomnio es un padecimiento que aqueja al 30% de la población en México, según estadísticas del INEGI; la OMS menciona que aproximadamente el 50% a nivel mundial ha padecido en alguna ocasión insomnio; es considerado como un problema de salud pública, ya que, tiene un efecto negativo en la vida de las personas.

Recordemos que el insomnio primario es la dificultad de iniciar o mantener el sueño o la sensación de no tener un sueño reparador durante al menos un mes; de acuerdo a la literatura revisada está asociado a situaciones estresantes o situaciones de ansiedad y son por lo general las causas más comunes.

Al ser este un problema común en la sociedad se considera de gran importancia tratar el insomnio de una manera segura (sin efectos secundarios o alguna dependencia), que sea efectiva al resolver el síntoma, facilitando el cambio (que no haya recaídas) y que el tiempo en el que comienzan a presentar mejorías no sea tan prolongado; con el fin de que las personas terminen el tratamiento y tengan una calidad de vida que no este afectada por este padecimiento. Por tal motivo, se propone utilizar la hipnosis Ericksoniana como tratamiento de éste; si bien hay antecedentes que han utilizado esta técnica en México, no hay suficiente información específica, documentada o estadísticas de casos tratados con esta metodología; por tal motivo, el objetivo de este trabajo es recopilar la información existente para exponer una alternativa diferente de tratamiento y que sea la base de posteriores trabajos de investigación.

Anteriormente se comentaron las técnicas usualmente utilizadas en el tratamiento del insomnio primario; sin embargo, desde el punto de vista Ericksoniano el tratamiento más óptimo tiene que ser integral, incluyendo los aspectos físico y emocional; siguiendo esta línea, Erickson menciona que al cambiar la realidad interna, cambia la realidad externa; de esta forma al trabajar el insomnio desde el interior de la persona al utilizar una técnica indirecta, desaparece el síntoma tanto interno como externo, sin que sea necesario averiguar cuál es el origen de éste; ya que, uno de los

fundamentos de este enfoque es dar una solución al síntoma y no enfocarse en el problema.

En la psicoterapia Ericksoniana, el insomnio se considera un síntoma y un tipo de lenguaje, que el paciente manifiesta cuando está pasando por una situación de estrés al tener alguna condición no resuelta, emociones atoradas y no reconocidas. El paciente muestra una incapacidad para manejar y solucionar sus problemas en forma natural, de esta manera afecta el ciclo normal de sueño-vigilia; el sueño es el proceso por el que se regulan algunos procesos, mejora la salud mental y física.

Según Robles (2004), Erickson trabajaba el insomnio desde el enfoque de tareas condicionadas por el síntoma, llamadas ordalías, la idea era convertir el síntoma en algo fastidioso o en una tarea terrible, de este modo el paciente estaba dispuesto a renunciar. Para lograr que el paciente realizara las actividades o tareas, utilizaba un lenguaje hipnótico, ya que, de otra manera las personas se negarían hacer tareas molestas; con el fin de ejemplificar su trabajo se muestran los siguientes casos en los que trato el insomnio de esta manera:

Fue a su consultorio un paciente que se quejaba de tener insomnio, Erickson le pregunto *¿que le parecería dormir un segundo más?, el paciente reclamó que casi no dormía, pero aun así se mostró complaciente a conceder una mejoría tan pequeña (el deseaba dormir más en un corto tiempo), de esta manera quedo asentada la primer piedra de mejoras ulteriores;* Erickson argumenta que cuando el terapeuta pide que experimenten una mejora considerable inmediatamente, es muy probable que el tratamiento se prolongue por algún tiempo, ya que, presentan recaídas (Haley, 1989).

Otro ejemplo es: *“Un caballero anciano cuya esposa había muerto desarrollo un caso severo de insomnio. En promedio, sólo lograba dormir dos horas por noche, aunque pasaba catorce o quince horas en la cama, moviéndose y dando vueltas la mayor parte del tiempo. Aun cuando tomaba 2.5 gr. de amital sodico no podía dormir mas de esas horas, le pidió al médico un aumento de dosis, éste temió un síndrome de habituación y lo envió a ver a Erickson.. Juzgándolo sincero y determinado a curarse, Erickson le comentó que podía vencer su insomnio fácilmente si accedía a regalarle ocho horas de sueño, sacrificio al que el paciente se mostró dispuesto (Erickson*

descubrió que el hombre detestaba encerar los pisos de madera de su casa por el olor de la cera y por que lo tenía que hacer a mano). Erickson le pidió que se fuera a casa y a la hora habitual de meterse a la cama se pusiera la pijama y, en vez de acostarse, cogiera una lata de cera para suelos y se pasara toda la noche puliendo el parket de la casa. A las siete de la mañana abandonaría esta tarea, desayunaría y saldría para su trabajo habitual. A la noche siguiente, después de trabajar todo el día, había de repetir este proceder y pasarse nuevamente la noche encerando los suelos. Igualmente la tercera y cuarta noche, al cabo de las cuales sólo habría perdido ocho horas de sueño, puesto que de todas formas solo dormía dos.

El paciente cumplió puntualmente la primera noche, la segunda y la tercera; a la cuarta se dijo para si: “vaya un trabajo que me da este loco psiquiatra, pero esta noche también tendré que pasar encerando, puesto que le debo dos horas de sueño”. Después de esto decidió acostarse aunque no fuera más de media hora y se despertó a las siete de la mañana. A la noche siguiente se encontró ante el dilema de acostarse o pasarse la noche encerando, como había prometido; decidió acostarse a las ocho y, si podía ver la hora en el reloj a las ocho y cuarto, levantarse y pasarse las noche encerando; un año después continuaba durmiendo profundamente todas las noches, (Haley, 1989 y O’Hanlon, 1993).

En estos ejemplos, Erickson inducía en trance a sus pacientes sin que se percataran de ello (los pacientes esperaban que siguiera un ritual para entrar en hipnosis) en este momento era cuando comentaba las tareas a realizar y el síntoma era controlado por Erickson y no por el paciente; el paciente efectuaba las tareas sin poner mucha resistencia. En otro caso, hizo que el paciente se pasara las noches leyendo los libros que había desechado y además, para que no se durmiera durante la lectura había que permanecer derecho sobre la alfombra. De esta forma el paciente participa de manera activa y se responsabiliza de su síntoma o padecimiento; lo primero que se realiza es persuadir al paciente de que puede experimentar un cambio positivo y luego el paciente participa de manera activa en la producción de éste, (Haley, 1989).

Ramos (2004) menciona que trató a dos pacientes que presentaban insomnio crónico o primario, (no como primer síntoma, ya que, éste era reflejo del estrés acumulado) utilizando estados amplificadas de conciencia, observó que después de las

dos primeras sesiones los pacientes referían mejoría al dormir, el tratamiento constó de diez sesiones, al término, comenta que la técnica fue efectiva en la solución del insomnio; y propone utilizarla en grupos más grandes de pacientes, con el fin de evidenciar este tipo de estudios.

Comenta que cuando los pacientes aprenden a manejar el estrés restablecen su ciclo sueño-vigilia y por tanto se establece el equilibrio físico y emocional. Puntualiza que en ocasiones el insomnio crónico es difícil de tratar, ya que, el organismo se adapta a esta situación, propone utilizar ejercicios de sugestión paradójica, involucrando al paciente en un doble vínculo y romper el patrón, ya sea para restablecer el ciclo sueño-vigilia o para que deje de temer el insomnio logrando una buena calidad del sueño

En el Centro Ericksoniano de la Ciudad de México (Ramos, 2006), utilizan como técnica adicional en el tratamiento del insomnio, tareas en casa que consta de escuchar un cd, en el que se relatan nueve historias y metáforas en lenguaje hipnótico, cada una tiene diferentes objetivos aunque el común denominador es el de resolver el insomnio, se trabaja con una historia en cada sesión.

En la parte introductoria, se le explica a la persona la importancia de dormir y soñar como la base del equilibrio de la mente y el cuerpo, se introduce la metáfora de la respiración como mecanismo constante de un cambio saludable, trabajando con la cooperación de la mente inconsciente que fluye con el principio del placer. Algunos de estas historias se comentan a continuación:

Buscando el mensaje en el buzón.

Objetivo: *buscar y encontrar el significado que tiene para la persona el insomnio.*

Conversación hipnótica: *cuando yo era niña... vivía en una pequeña ciudad de provincia en el estado de Veracruz... en aquella época no existía la actual tecnología moderna de comunicaciones por internet...y muy pocas personas...en esta zona...contaban con el servicio telefónico... así que la forma común de establecer interacción con las personas ausentes era mediante cartas enviadas por correo... El clásico sonido del silbato del cartero era el aviso de que llegaban noticias de los seres*

queridos...o ir a buscar y encontrar las cartas en el buzón era la manera de encontrar los mensajes transmitidos por los remitentes.

Tal vez...en este momento... puedes ir acomodando tu cuerpo... así como estas... mientras tu respiración... te va llevando a un lugar seguro y protegido donde tu te sientes muy bien... con cada respiración... au to ma ti cá men te... tu mente, tu cuerpo y tus emociones se van... a co mo dan do... rea co mo dan do... muy pero muy... pro te gi da men te... sa lu da ble men te...y al mismo tiempo va echando fuera todo eso... que estorba para tu bienestar saludable...y tu parte sabia sabe cuando es el mejor momento para hacer todos estos cambios... tal vez hoy... en este momento...o cuando estés durmiendo... o tal vez mañana o cuando sea momento de ese momento... cambios para tu bienestar saludable... cambios internos y también externos que facilitarán automáticamente tu descanso... tu tranquilidad y la paz de tu mente... y así mientras continúas sintiendo tu respiración... tal vez puedas tomarte un momento para imaginar que vas hacia el buzón de tu casa o en tu correo electrónico... como tu prefieras y buscas muy...pro te gi da men te... el mensaje del insomnio o la forma de sentirlo en tu cuerpo... tal vez puedas recordar alguna noche en que lo has sentido, o tal vez lo percibas de alguna otra manera, pero tu sabes que esta allí... aparece en el lenguaje de tu mente inconsciente... y ahora pregúntale:

¿qué mensaje tienes para mí]?... y tal vez este mensaje llegue ahora, tal vez si... tal vez no... despreocúpate por que de todas formas llegará y tal vez tu mente conciente lo entienda... tal vez si tal vez no... pero, despreocúpate por que tu mente inconsciente sí lo registrara y entiende lo que es simbólico y hace lo que tiene que hacer para tu bienestar saludable... y mientras tanto, con cada respiración va a pereciendo un símbolo, que puede ser una imagen, un color, sensación u otras cosa y que representa todos esos recursos que desde siempre han estado dentro de ti, esperando que los redescubras... ¿ya te diste cuenta?... (esperar a que aparezcan)... y ahora fíjate como van creciendo y llegan hasta eso que representa al insomnio y van sanando muy protegadamente todo eso que necesita sanar... dirigiendo... aprendiendo cómodamente, saludablemente ... o tal vez todo eso se quede igual pero saludablemente renovado... despreocúpate deja todo en manos de tu parte sabia para que siga continuando este proceso de cambio que ya inició y que va a seguir automáticamente con cada

respiración todo el tiempo necesario... ahora guardando las sensaciones agradables que tienes... haz una respiración profunda y abre tus ojos.

La azucarera super eficiente

Objetivo: es trabajar el estrés con una metáfora contradictoria del cómo percibimos al estrés negativo como algo positivo para vivir.

Conversación hipnótica: para hacer este ejercicio con ustedes... me viene a la mente la película de Disney titulada “la espada en la piedra”...caracterizada por el oscurantismo... recordando la escena... de cuando el pequeño Arturo llega por accidente a la cabaña del Mago Merlín... y digo que por accidente porque para Merlín todo estaba planeado para que ocurriera exactamente de esa manera... y aparece en escena una azucarera con “personalidad propia”... lista para servir el azúcar... pero que si no se le indicaba el momento de parar... ella continuaba agregando azúcar hasta derramarla afuera del recipiente del té... y pienso... que en la vida cotidiana... vivimos de manera tan rápida... que el estrés positivo... saludable... con el que enfrentamos los retos que se nos presentan... se convierten en negativo... y como la azucarera de Merlín... se sigue acumulando por que dejamos de percibir el momento oportuno de parar... de relajarnos... de sentir nuestro cuerpo.

Y así como tu ya sabes... puedes ir acomodándote allí donde esta y con cada respiración ir poniéndote en contacto con tu parte sabia... mientras percibas la temperatura del aire al ir entrando por tu nariz... tal vez también puedes sentir el color del aire en ese momento... y cada vez que sale el aire tal vez sientas como va desechando todo eso que dejado de ser útil para ti... siempre saludablemente y muy protegidamente respirando automáticamente... deslizándote a tu interior para que se desde este interior... tal vez puedas ir imaginando ese estrés acumulado... que ha estado presente en tu vida y que tal vez se parece a esa azucarera “supereficiente” siempre lista... atenta... amable y dispuesta... o tal vez se parezca a otra cosa... similar o diferente... o como tu mente inconsciente escoja la forma de representarlo... y eso que apareció o no apareció... ese estrés... que quiere ayudarte en todas esas situaciones que te causaron preocupaciones o alguna otra sensación desagradable... y al no saber en que momento parar... ha saturado tu cuerpo con todas esas emociones no

reconocidas... indigestas... sentimientos... y todo eso que impide que naturalmente se detenga el mecanismo del funcionamiento del estrés saludable... convirtiéndose en negativo para la salud... así como cuando agregas demasiada azúcar a tu bebida favorita... y por mas que intentas disolverla en el líquido, es imposible lograrlo.

Fíjate... ¿cómo es esa azucarera?... ¿qué forma y color tiene?... ¿cómo es esa bebida?... ¿qué tan saturada esta?... ¿qué sabor tiene?... ¿qué tan espesa esta?... ya te diste cuenta de todas esas características? Y esa bebida esta tan dulce que se hace imposible tomarla y mucho menos disfrutarla... así como todas esas preocupaciones que en forma moderada, te motivan a buscar soluciones o alternativa nuevas, se saturaron tanto que te han impedido el seguir resolviendo satisfactoriamente las dificultades cotidianas que te hacen crecer...pero despreocúpate, por que todo tiene solución, y tu parte sabia... en complicidad saludable con tu respiración están encontrando la forma justa y adecuada para ti... llegando hasta esa azucarera “supereficiente” y hasta esa bebida sobresaturada y encontrando el mecanismo adecuada para ir disolviendo automáticamente... dirigiendo... aprendiendo... perdonándose los malos entendidos y las heridas resultantes de estos malos entendidos tanto de la azucarera como de la bebida... ya que al quererte ayudar y al no saber como... te causaron heridas y como ellas también son parte de tuya también salieron lastimadas... y en este momento... tu parte sabia a través de tu respiración...está haciendo todo lo que es necesario hacer... dirigiendo... resolviendo... sanando y cicatrizando todas esas heridas... acercándose... comunicándose... aprendiendo... o tal vez todo se quede igual pero saludablemente renovado... y fíjate como ahora algo cambio en ti... tal vez es un cambio grande o muy pequeño pero es la señal de que puedes volver a seguir disfrutando cómodamente tu vida así como ahora estas disfrutando de tu bebida favorita por que ya se ha equilibrado todo eso que era necesario equilibrar... y sabiendo que tu parte sabia con cada respiración continua este proceso que ya se inicio... guardando las sensaciones agradables de este momento... haz una respiración profunda y abre tus ojos.

La información que se ha revisado en este capítulo son sólo algunos ejemplos de cómo la hipnosis Ericksoniana trataría al insomnio, que es una forma diferente de trabajo en México, ya que, a diferencia de la hipnosis tradicional es flexible, no le dice al paciente como tiene que interpretar la información, ni como cambiarla, su

inconsciente con ayuda de su experiencia y capacidades modifican de forma natural el síntoma y eliminan o renuevan lo que tiene que renovar; es un enfoque libre para el paciente y el terapeuta.

Cabe mencionar que la hipnosis Ericksoniana es una forma innovadora y creativa para la solución del insomnio, en base a la poca información consultada, sea mostrado que los resultados han sido satisfactorios en la resolución del insomnio. Evidentemente se requiere de la disposición del paciente, es decir, que este conciente de querer erradicar el síntoma. Sin embargo, una vez que el paciente se responsabiliza y participa de manera activa en las sesiones (esto se logra en la primer sesión) el cambio es notorio.

Por último, es conveniente hacer hincapié que este trabajo es sólo una propuesta de tratamiento para el insomnio, e invitar a los investigadores, psicólogos, etc. para que realicen investigaciones futuras con el fin de documentar y comprobar que la hipnosis Ericksoniana es efectiva como tratamiento de éste, y por tanto que deje de ser una propuesta y que figure como uno de los tratamientos posibles para este síntoma.

4 Intervención en Crisis

La mayoría de las personas llegan a vivir una situación difícil en la que experimentan y enfrentan estados de crisis; si no reciben una atención apropiada o simplemente no es resuelto de manera adecuada, presentan problemas psicológicos importantes que conlleva a un cambio significativo en el curso de su vida. Cuando la persona experimenta un estado de crisis, no encuentra por si sola una solución conveniente, ya que, sus recursos y capacidades no son suficientes en ese momento para resolver esa situación en especial.

Es importante, que el apoyo que reciban sea enfocado en los momentos difíciles y dirigidos para que el paciente obtenga el control de la situación y evitar alguna situación de conflicto posterior. La intervención debe ser inmediata y breve con el fin de restablecer el equilibrio emocional o si es necesario la intervención será terapéutica, el propósito básico es que la persona recobre su funcionamiento que existía antes de la crisis; sin embargo, Bleichmar; Musicante; Schenquerma y Tradatti (2005) mencionan que una vez resuelta la crisis, hay posibilidades de que la persona haya desarrollado nuevas habilidades.

Pero ¿qué es crisis?; hay varias definiciones, aunque sólo se mencionará con la que se va a trabajar.

Du Ranquet (1996), define crisis como un "estado de conmoción, de parálisis en una persona que sufre o ha sufrido un gran shock. Sobreviene cuando el estrés actúa sobre un sistema y requiere un cambio que se sitúa fuera del repertorio habitual de respuestas. La persona o la familia se encuentra ante un obstáculo que no pueden superar por sus propios medios"(pp. 189).

El modelo de intervención en crisis surge a partir de estudios sobre cómo las personas sufren y afrontan o no situaciones de catástrofe o de extrema tensión. Es un trabajo multidisciplinario que incluye la metodología y contribuciones de la psicología de emergencia; teorías de Lindemann y Caplan; modelo de intervención en crisis de Slaikeu y aportaciones de Rapaport, Parád, Kaplan, Jacobson, Strickler y Sifineos (Manrique, 2008).

La intervención de crisis se entiende como un proceso de ayuda dirigido a auxiliar a una persona o familia para reducir el shock del estrés que se ha provocado, a fin de ayudar a movilizar las capacidades y de restablecer el equilibrio emocional de la persona para que sean capaces de controlar futuras dificultades, (Du Ranquet, 1996).

Los principales objetivos de intervención en crisis son (Manrique, 2008):

- Alivio de los síntomas.
- Restauración de un nivel de funcionamiento de las áreas cognitivo, afectivo y somático, interpersonal y conductual (CASIC).
- Iniciar nuevas formas de percibir, sentir y pensar.
- Desarrollar habilidades de autoestima, asertividad y solución de problemas.
- Dar seguimiento a la intervención, si lo requiere asegurar su atención especializada posteriormente.

Slaikeu (1996), propone un modelo amplio de intervención en crisis, en el que diferencia entre dos:

Intervención de primer orden o Primer ayuda psicológica. Es el primer apoyo que se brinda a la persona que ha sufrido una crisis, es la primera asistencia (que no necesariamente la imparte personal de salud, es la primera persona a la que recurren,

madre, amigos, policías, etc. se sugiere que estas personas tomen alguna capacitación al respecto); por general es sólo una sesión.

El principal objetivo es restablecer el equilibrio inmediato anterior o la reorientación de la capacidad del individuo para enfrentar la situación; reducir el peligro de muerte y vincular los recursos de ayuda. En este tipo de intervención se ayuda a la persona a controlar sus sentimientos, a controlar la situación de crisis e iniciar las propuestas para la solución del problema.

Se consideran cinco componentes en los primeros auxilios psicológicos:

1. Hacer contacto psicológico: Es empatía, que la persona se sienta escuchado y comprendido; se invita a que platique cuales son sus sentimientos, ideas, hechos acerca de la crisis; el objetivo es que se sienta apoyado, si se logra disminuye la ansiedad. La primera acción es estar atento a cómo los pacientes visualizan la situación, y comunicar cualquier entendimiento que surja.
2. Examinar las dimensiones del problema: Se recaba información del presente, pasado inmediato y futuro inmediato; la primera se refiere a cómo se siente en este momento, qué piensa, qué puede hacer; la segunda se enfoca a cuáles son los sucesos que desataron la crisis presente, quienes están implicados, por qué, cómo, cuándo, etc. y por último el futuro inmediato, se exponen cuales son los riesgos para él o su familia y el prepararse para tener soluciones inmediatas.
3. Examinar las soluciones posibles: Se motiva a la persona para que aporte soluciones posibles, muchos se sienten incapaces de hacerlo, algunas veces se tiene que estimular a la persona para que vea que efectivamente hay alternativas; de la misma forma se analizan los obstáculos que se puedan presentar, sin que esto limite el utilizar alguna propuesta.
4. Ayudar a tomar una acción concreta: Depende de si la persona es capaz de actuar, entonces el asesor participara como guía y estimulará a la persona para que ejecute alguna acción concreta; en caso de que no sea

capaz, el asesor tomara una actitud directiva, es decir, puede involucrar a otras personas, se puede aconsejar a la persona y hasta proporcionar información precisa para tomar una decisión, (García, 2000. http://www.psicocentro.com/cgi-bin/articulo_s.asp?texto=art59001).

5. Seguimiento del caso: Establecer un procedimiento que permita el registro de progresos, también permite establecer si se cumplieron los objetivos de la asistencia de primer orden que son: el suministro de apoyo, reducción de la mortalidad y cumplimiento del enlace con fuentes de apoyo.

Es importante realizar cada uno de los pasos propuestos, no necesariamente tiene que ser en el orden indicado, pero si el cumplimiento de los cinco, ya que, si no es así la intervención queda incompleta. Cabe mencionar que solo es la primera ayuda.

Intervención de segundo orden o terapia multimodal en crisis. Se refiere a un proceso terapéutico breve que va más allá de la primera intervención, de manera que la crisis se integre al ciclo normal de vida de la persona; en este caso lo imparten profesionales de la salud como psiquiatras, psicólogos, etc. Los objetivos son: solución de la crisis, enfrentar el suceso e integrarlo a la estructura de la vida.

En la terapia multimodal, se utilizan diferentes modelos de psicoterapia (como sistémico, gestalt, cognitiva, conductual, psicodrama, etc), la idea es tener suficientes herramientas, con el fin de abordar los problemas específicos en las diferentes fases de la personalidad CASIC; se centra en buscar un tratamiento adecuado para cada caso en particular. La habilidad del terapeuta y su formación determina que técnicas y cuando serán utilizadas para el tratamiento de la crisis, de esta manera, también se crea un funcionamiento más adecuado y enriquecedor (Espino, 1999).

En la intervención de segundo orden trata de obtener una información global y minuciosa de cada persona y su ambiente social, para ello se realiza una evaluación en distintas modalidades o dimensiones que están relacionadas.

Los 5 subsistemas de la persona: perfil CASIC

1. *Conductual*: Es cualquier actividad o conducta manifiesta, se investigan los déficit, excesos, consecuencias de conductas clave, patrones en el manejo de estrés, así como: conductas agradables y desagradables; consumo de drogas, tabaco, alcohol, o pasatiempos, juegos, trabajo, hábitos de sueño, conducta sexual, conductas suicidas, homicidas o actos agresivos.
2. *Afectiva*: Se refiere a las emociones y sentimientos que son más frecuentes. Se investiga si se expresan o si se reprimen los sentimientos sobre cada una de las conductas de la modalidad conductual, su vida en general, una crisis, etc. y se averigua si los afectos son acorde a las circunstancias.
3. *Somática*: Se investiga el funcionamiento físico en general, salud, enfermedades actuales o pasadas; como la presencia o ausencia de tics, dolores de cabeza, malestares estomacales y cualquier otro trastorno somático. Se ha encontrado que en muchas personas que han sufrido una crisis la sintomatología o enfermedad existente se agrava o en todo caso pueden desarrollarla.
4. *Interpersonal*: Se refiere a la naturaleza de las relaciones con otras personas (conflictiva o asertiva); se consideran las siguientes: fortalezas y problemas interpersonales, número de amigos, frecuencia del contacto con ellos y con los conocidos; habilidades sociales, papel asumido con los distintos amigos íntimos (pasivo, independiente, líder, como un igual), etc.
5. *Cognoscitiva*: Se averiguan todas las imágenes o descripciones intraverbales como: representaciones mentales, pensamientos acerca del pasado o el futuro; autoimagen; metas vitales y las razones para su validez; creencias religiosas; filosofía de la vida; cognición sana, cognición irracional, recuerdos, ideas e imágenes. Expectativas sobre la terapia y atribuciones de cambio.

De acuerdo a la información recabada, la hipnosis Ericksoniana como técnica de intervención en crisis empleada para el tratamiento del insomnio es de segundo orden; puesto que, en este caso es un técnica terapéutica; ya que, el objetivo es desaparecer el

síntoma de manera integral utilizando las habilidades de cada persona (resolución de la crisis, integrándola de manera funcional en la vida de la persona y dejarlo listo para encarar la vida), además de capacitarla para que pueda solucionar conflictos en su vida futura, de esta manera no sólo se presenta el cambio de interno si no también externo.

Conclusiones

Ha llegado el momento de finalizar este trabajo y verificar que el objetivo principal proyectado haya sido cubierto; para lo cual, se presentará un breve recorrido del material recopilado con el fin de tener una visión global del tema y con ella confirmar o descartar el cumplimiento del mismo .

A lo largo del presente trabajo se ha mencionado la importancia de tener un sueño reparador para ayudar a disfrutar de una calidad de vida adecuada, .Las principales funciones del sueño son: el descanso, recuperar la energía, reestablecer el equilibrio del Sistema Nervioso Central y de algunos procesos cognitivos que como se ha mostrado están directamente relacionados con la vida normal de cada persona; en consecuencia, si no se tiene un sueño reparador el desempeño tanto físico como emocional se ve afectado.

Como se mencionó, el no tener un sueño reparador repercute tanto física como emocionalmente en las personas, de ahí que se dedicara un espacio a describir brevemente algunos trastornos del sueño; y, se profundizó en el insomnio (que es el tema que atañe a esta investigación) realizando una descripción de las ventajas y desventajas de los tratamientos mas comunes. Aprovechando las debilidades de ellos, se desarrolló el presente trabajo cuyo objetivo se centra en proponer la hipnosis Ericksoniana como tratamiento eficaz en la eliminación del insomnio.

De modo complementario al tratamiento del insomnio propuesto, se sugiere que de manera conjunta se modifique la idea irracional que presentan los pacientes con respecto al dormir y el insomnio; es fundamental dejar de verlo como un enemigo y desesperarse por no dormir. Cuando se cambia la perspectiva que se tiene de éste, la tensión que se genera disminuye y se obtiene una mejora en la calidad del sueño, aunque el cambio de estos pensamientos es gradual. También hay que hacer comprender a los pacientes que no necesitan dormir cierta cantidad de horas, si no que lo que importa es la calidad del sueño (que sea reparador); una vez que el paciente lo asimila, sabrá que en caso de que no pueda dormir aprovechará ese tiempo haciendo una

actividad placentera (como leer), de esa forma sabe que esta descansando y haciendo algo que le gusta, sin forzar el sueño, en algún momento se presenta nuevamente la somnolencia que permite que la persona se vuelva a dormir.

A pesar de que en México no existe suficiente información acerca del tratamiento del insomnio mediante hipnosis Ericksoniana, fue posible presentar algunos casos clínicos documentados en los que la hipnosis Ericksoniana ha sido utilizada resultando no solo eficaz en la eliminación del insomnio a mediano plazo, sino que además prepara a la persona para que pueda solucionar situaciones futuras en las que se presente nuevamente el insomnio, garantizado así un resultado eficaz incluso a largo plazo. De acuerdo con lo anterior, se considera cubierto el objetivo de este trabajo.

Las mayores limitaciones encontradas a lo largo de la presente investigación fueron: La poca documentación que existe acerca del tratamiento del insomnio mediante hipnosis Ericksoniana, hay que recordar que sólo se encontró una investigación en México referente al tema. En segundo lugar, hubiese resultado de gran utilidad presentar un caso práctico o una serie de casos de estudio propios; sin embargo, resultaría una labor titánica y quizá inalcanzable por razones de tiempo.

Por ultimo; el material presentado, innovador y creativo en su área, abre una línea de trabajo poco explorada en México y una oportunidad para explotar el tema al máximo. No puede desaprovecharse la ocasión para hacer una invitación a todos los profesionistas de las áreas de la salud y especialmente a los de psicología a realizar investigaciones cuantitativas que puedan sustentar con una muestra representativa la eficacia o en todo caso las limitantes de esta técnica.

Bibliografía

American Psychological Association (2004). División 30 -Society of Psychological Hypnosis.

Bleichmar, A.; Musicante; R; Schenquerma; C y Tradatti, A, (2005). Intervención en crisis, encuadre o dispositivo analítico. Brujas 3ª edición.

Casal, B y Navarro, H (1990). Avances en la investigación del sueño y sus trastornos. Siglo XXI España Editores. España.

Chapman, R. (2006). The clinical use of hipnosis in cognitive behavior therapy. Springer publishing Company.

Chertok, L. (1992). Hipnosis y sugestión. Publicaciones Cruz. México.

Corsi, M. (1983). Psicofisiología del sueño. Trillas. México.

Du Ranquet, M. (1996). Los modelos en trabajo social: intervención con personas y familias. Siglo XXI de España Editores. España.

Halley, J. (1989). Terapia no convencional: las técnicas psiquiátricas de Milton H. Erickson. Amorroto. Argentina.

Hernández, L. (2001). La hipnosis en la eliminación del insomnio. Tesis de licenciatura, FES Iztacala, UNAM, México.

Hilgard, E. y Hilgard, J. (1990). La hipnosis en el alivio del dolor. Fondo de Cultura Económica. México.

León, P. (2002). El legado de Milton H. Erickson a la psicoterapia actual. Propiedad intelectual. Chile.

Manrique, A. (2008). Psicoterapia breve en intervención de crisis. Diplomado. FES-Zaragoza. México.

Méndez, E. (1995). Compartiendo experiencias de terapia con hipnosis. Instituto Milton H Erickson de la CD. de México. México.

Morales, M. (1997). Aspectos psicologicos del insomnio. Arch Neurocién. 2(3), 187-190.

Morrison, J. (2004). DSM-IV : Guía para el diagnóstico clínico. Manual Moderno. México.

O'Hanlon, W. (1993). Raíces profundas; principios básicos de la terapia y de la hipnosis de Milton Erickson. Paidos. México.

Parra, F. (1984). De la hipnosis a la sofrología. Biblioteca Nueva. Madrid.

Ramos, A. (2004). Modelo ericksoniano para mejorar el dormir y aumentar su calidad de vida. Tesis de maestría, Centro Ericksoniano de México, plantel León, México.

Ramos, A. (2006). Para volver a dormir como antes. (CD). Alom Editores. México

Robles, T. (2005). Concierto para cuatro cerebros: quince años después. Alom Editores 3ª edición. México.

Rosen, S. (1986). Mi voz ira contigo: los cuentos didácticos de Milton H. Erickson. Paidos. Argentina.

Slaikeu, K. (1996). Intervención en crisis. Manual Moderno. México.

Téllez, A.(1998). Trastornos del sueño, diagnóstico y tratamiento. Trillas 2ª. México.

Werner, J. (2008). El gran manual de la hipnosis. Trillas. México.

REFERENCIAS DE LA WEB

Cannon, H. (2009). Hipnosis. <http://www.hypnoanalyst.com/about-harry.htm>

Espino, A. (1999). La familia en la eternidad: abordaje ecosistémico de la crisis. <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/svcp-familia-01.pdf>. San Sebastian.

García, J.(2000). Primeros auxilios psicológicos: Modelo para intervenir en crisis <http://www.psicocentro.com/cgi-bin/articulos.asp?texto=art59001>.

El universal. (2008). Padecen insomnio 15 millones de mexicanos. <http://www.el-universal.com.mx/articulos/46865.html>.