

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE TRUJILLO

BENEDICTO XVI

ESCUELA DE POSGRADO

MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CON MENCIÓN

EN: PSICOLOGÍA CLÍNICA Y DE LA SALUD



**EVOCACIÓN DE FENÓMENOS HIPNÓTICOS COMO
ESTRATEGIA TERAPEUTICA PARA DISMINUIR LA
SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA EN ADULTOS, TRUJILLO, 2021**

Tesis para obtener el grado académico de
**MAESTRO EN PSICOLOGÍA CON MENCIÓN EN:
PSICOLOGÍA CLÍNICA Y DE LA SALUD**

AUTOR

Br. Pedro Ronald Carranza Athó

ORCID: 0000-0002-0826-9667

ASESORA

Dra. Sandra Sofía Izquierdo Marín

ORCID: 0000-0002-0651-6230

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN

Intervención y/o psicoterapia

TRUJILLO - PERÚ

2023

AUTORIDADES UNIVERSITARIAS

Exemo Mons. Dr. Héctor Miguel Cabrejos Vidarte, O.F.M.

Arzobispo Metropolitano de Trujillo
Fundador y Gran Canciller de la Universidad
Católica de Trujillo Benedicto XVI

Dr. Luis Orlando Miranda Díaz

Rector de la Universidad Católica de Trujillo Benedicto XVI

Dra. Mariana Geraldine Silva Balarezo

Vicerrectora académica

Dr. Winston Rolando Reaño Portal

Director de la Escuela de Posgrado

Dr. Francisco Alejandro Espinoza Polo

Vicerrector de Investigación (e)

Dra. Teresa Sofía Reategui Marin

Secretaría General

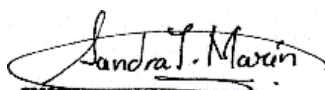
CONFORMIDAD DEL ASESOR

Yo, Dra. Sandra Sofía Izquierdo Marín. con DNI N° 42796297, en mi calidad de asesora de la Tesis de Maestría titulada: “EVOCACIÓN DE FENÓMENOS HIPNÓTICOS COMO ESTRATEGIA TERAPEUTICA PARA DISMINUIR LA SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA EN ADULTOS, TRUJILLO, 2021”, del maestrista Pedro Ronald Carranza Athó, con DNI N° 47606444, informo lo siguiente:

En cumplimiento de las normas establecidas en el Reglamento de la Escuela de Posgrado de la Universidad Católica de Trujillo Benedicto XVI, en mi calidad de asesora, me permito conceptuar que la tesis reúne los requisitos técnicos, metodológicos y científicos de investigación exigidos por la escuela de posgrado.

Por lo tanto, el presente trabajo de investigación está en condiciones para su presentación y defensa ante un jurado.

Trujillo, 14 de julio de 2021



.....
Dra. Sandra Sofía Izquierdo Marín
ORCID: 0000-0002-0651-6230
Asesora

DEDICATORIA

Gloria Patri, et Fili, et Spiritui Sancto. Sicut erat in principio, et nunc et semper, et in saecula saeculorum, amen. Sancta María, ora pro nobis.

A Cynthia, baluarte de mi hogar y orden en mi caos. Solo tú sabes cuánto nos costó esto, y seguimos juntos. Te amo.

A Gadiel y Leandro. Esto es para contribuir a un mejor mundo para ustedes, porque ustedes son lo mejor que tengo para ofrecerle al mundo. Los amo.

El autor

AGRADECIMIENTO

Al equipo de Ahurum. Especialmente a la Mtra. Nella Herrera y al Ps. Jorge Sandoval, por el increíble trabajo que han realizado en un tiempo récord. Es difícil encontrar un buen maestro, pero es más complicado encontrar excelentes discípulos.

Al Pacific Brief Therapy Center, especialmente a su director Ken Tetreault, LFT., por tomarse el trabajo de animarme a desanimarme de hacer este trabajo. Aún trato de no mejorar tan rápido.

A Jeffrey K. Zeig, Ph.D. y Brent Geary, Ph. D. por su tiempo para disolver las dudas, a pesar de las preguntas tan complicadas.

El autor

DECLARATORIA DE AUTENTICIDAD


Yo, Pedro Ronald Carranza Athó, con DNI 47606444 egresado de la Maestría en Psicología Clínica con mención en: Psicología clínica y de la salud, Universidad Católica de Trujillo Benedicto XVI, doy fe que he seguido rigurosamente los procedimientos académicos y administrativos emanados por la Escuela de Posgrado de la citada Universidad para la elaboración y sustentación de la tesis titulada:

EVOCACIÓN DE FENÓMENOS HIPNÓTICOS COMO ESTRATEGIA TERAPÉUTICA PARA DISMINUIR LA SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA EN ADULTOS, TRUJILLO, 2021, la que consta de un total de 82 páginas, en las que se incluye 18 figuras, más un total de 4 páginas de anexos.

Dejo constancia de la originalidad y autenticidad de la mencionada investigación y declaro bajo juramento en razón a los requerimientos éticos, que el contenido de dicho documento corresponde a mi autoría respecto a redacción, organización, metodología y diagramación. Asimismo, garantizo que los fundamentos teóricos están respaldados por el referencial bibliográfico, asumiendo un mínimo porcentaje de omisión involuntaria respecto al tratamiento de cita de autores, lo cual es de mi entera responsabilidad.

Se declara también que el porcentaje de similitud o coincidencia es de 7%, el cual es aceptado por la Universidad Católica de Trujillo.

El autor



Pedro Ronald Carranza Athó

DNI 47606444

Índice

DECLARATORIA DE AUTENTICIDAD.....	6
ÍNDICE	7
RESUMEN.....	9
ABSTRACT	10
I. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	11
1.1. PROBLEMATIZACIÓN E IMPORTANCIA.....	11
1.2. PREGUNTA ORIENTADORA.....	13
1.3. FORMULACIÓN DE OBJETIVOS	13
1.3.1. <i>Objetivo general</i>	13
1.3.2. <i>Objetivos específicos</i>	13
1.4. CATEGORÍAS Y SUBCATEGORÍAS APRIORÍSTICAS Y EMERGENTES	13
1.5. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.....	14
II. MARCO TEÓRICO	15
2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.....	15
2.2. REFERENCIAL TEÓRICO.....	16
2.2.1. <i>Hipnosis y fenómenos hipnóticos</i>	16
2.2.2. <i>Depresión y sintomatología depresiva</i>	29
2.3. REFERENCIAL CONCEPTUAL.....	31
<i>Primera fase: creación del contexto</i>	32
2.3.1. <i>Segunda fase: Flexibilidad</i>	34
2.3.2. <i>Tercera fase: expansión del marco de referencia</i>	35
III. METODOLOGÍA	38
3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN	38
3.2. MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN.....	38
3.3. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....	38
3.4. PARTICIPANTES DE LA INVESTIGACIÓN.....	39
3.5. ESCENARIO DE ESTUDIO	39
3.6. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS	39
3.7. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS	39
3.8. ÉTICA INVESTIGATIVA Y RIGOR CIENTÍFICO.....	40
IV. RESULTADOS 42	42
4.1. PRESENTACIÓN DE PROCEDIMIENTOS DE ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.....	42
4.2. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE PROCEDIMIENTOS DE ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.....	57
V. CONSIDERACIONES FINALES	74

VI. RECOMENDACIONES.....	74
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	76
ANEXOS	83

RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo describir el efecto de la evocación de fenómenos hipnóticos como estrategia terapéutica para disminuir la sintomatología depresiva en adultos. La metodología utilizada presentó un enfoque cualitativo con método descriptivo y diseño fenomenológico. La muestra estuvo constituida por 15 personas adultas que fueron seleccionadas al azar. Se utilizó un cuestionario de tipo dicotómico para medir la sintomatología depresiva. Los resultados obtenidos permitieron describir el efecto de la evocación de fenómenos hipnóticos como estrategia terapéutica para disminuir la sintomatología depresiva, así como, identificar qué fenómeno hipnótico genera un mayor efecto sobre dicha sintomatología. También, se alcanzó a determinar la sintomatología depresiva con mayor reincidencia en la muestra de estudio. Se concluye que la evocación de fenómenos hipnóticos como estrategia para disminuir la sintomatología depresiva, tiene resultados positivos contribuyendo a las mejorías de los participantes. Los fenómenos hipnóticos con mayor grado de efecto positivo sobre la sintomatología depresiva fue la polaridad alucinación negativa - alucinación positiva, alcanzando un avance de 3 puntos en una escala del 0 al 10, ubicándose en 2 en la primera sesión y ubicándose en 5 al llegar a la segunda sesión. Por último, la sintomatología depresiva más reincidente en la muestra de estudio es la irritabilidad y la sensación de vacío es el síntoma menos reincidente en la población estudiada.

Palabras clave: Psicoterapia Ericksoniana, psicoterapia breve, hipnosis, fenómenos hipnóticos, sintomatología depresiva.

ABSTRACT

The aim of this research was to describe the effect of the evocation of hypnotic phenomena as a therapeutic strategy to reduce depressive symptoms in adults. The methodology used presented a qualitative approach with a descriptive method and phenomenological design. The sample consisted of 15 adults who were randomly selected. A dichotomous questionnaire was used to measure depressive symptomatology. The results obtained made it possible to describe the effect of evoking hypnotic phenomena as a therapeutic strategy to reduce depressive symptomatology, as well as to identify which hypnotic phenomenon generates a greater effect on said symptomatology. Also, it was possible to determine the depressive symptomatology with the highest recurrence in the study sample. It is concluded that the evocation of hypnotic phenomena as a strategy to reduce depressive symptoms has positive results, contributing to the improvements of the participants. The hypnotic phenomena with the highest degree of positive effect on depressive symptomatology was the negative hallucination - positive hallucination polarity, reaching an advance of 3 points on a scale of 0 to 10, reaching 2 in the first session and reaching 5 when reaching the second session. Finally, the most recurrent depressive symptomatology in the study sample is irritability and the feeling of emptiness is the least recurrent symptom in the study population.

Keywords: Ericksonian psychotherapy, brief psychotherapy, hypnosis, hypnotic phenomena, depressive symptoms.

I. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Problematización e importancia

El mundo actual evidencia múltiples problemas en distintos ámbitos. Sin embargo, la salud mental ha sido la que se ha visto mayormente afectada en épocas de pandemia. De acuerdo con la información recabada por Reyes (2021), los profesionales de salud mental aseguran que la pandemia por el SARS-CoV-1 ha generado un impacto de estrés social agresivo en las personas, llegando a afirmar que la depresión es el lado oscuro de la intimidad hoy en día. A partir de ello, se puede evidencia que la depresión es una de las situaciones más prevalentes en la realidad actual. Tomando como referencia los datos emitidos a la prensa por la OMS (2020), la depresión afecta a 300 millones de personas en todo el mundo, llegando a causar hasta 800 mil muertes al año contando ello solo los casos de suicidio.

Trasladando estas cifras a la realidad latinoamericana, podemos tomar el ejemplo de México, en donde Wagner, et al. (2012), concluyeron que, para ese tiempo, el 9.2% de la población mexicana ha sufrido episodios de depresión. Además de ello, las estimaciones son un pronóstico más desalentador, afirmando que una de cada cinco personas (lo que equivaldría al 20 por ciento de la población total) sufrirá un episodio depresivo antes de los 75 años. Asimismo, la población colombiana tiene un matiz parecido, en donde Gómez et al. (2004), encontraron que el 10% de la población estudiada, tuvo como mínimo un episodio depresivo, teniendo en cuenta que más del 50% fueron episodios depresivos moderados en población de ambos sexos.

Aunque estos resultados deberían orientar a la población a informarse sobre el cuadro clínico de la depresión, existen múltiples estereotipos en cuanto a ella. Suárez et al. (2019) indagaron en las redes sociales sobre los estereotipos respecto a la depresión, encontrando que, de la población explorada, el 11% aún relativiza el término, tomando el término depresión como la descripción para un estado de ánimo o el fruto de un contratiempo común. Es probable que dichos resultados puedan generar opiniones como la existencia de una ola de depresión, aunque Stucchi (2017) menciona que más que la depresión en sí, lo que existe es el aumento de la utilización del diagnóstico, así como la sobre saturación de psicofármacos en estos casos. Esta mala praxis que nubla el panorama del conocimiento de la epidemiología de la depresión es compartida por Navarro et al. (2017), quienes realizaron un estudio sistemático de artículos publicados en torno a la depresión. En ese aspecto, mencionan que solo el 38% de los estudios revisados mantienen una estricta selección de muestreo probabilístico, enfatizando el

hecho de que el avance de una disciplina versa sobre la capacidad de generalizar los datos encontrados.

Sin embargo, si nos centramos eminentemente en la realidad peruana, los resultados saltan a flote, encontrando que la depresión alcanza desde los adolescentes que sufren depresión como efectos del cyberbullying (Alvitez, 2019) hasta la depresión post parto, en donde 45% de mujeres puérperas poseen síntomas de depresión (Masías y Arias, 2018). Tomando en referencia más comunidades del territorio peruano, Sáenz, Runzer y Parodi (2017) hicieron un estudio que exploró 11 comunidades altoandinas, encontrando que el 40.7% de participantes presentaba depresión. Si viramos completamente el enfoque hacia una población citadina, Vargas et al. (2018), tomaron como muestra a estudiantes de medicina en una universidad peruana, analizando sus hábitos y su correlación con la depresión. El resultado mostró que 259 estudiantes mantenían algún grado de depresión. Es importante mencionar que el estudio concluye que factores como el aumento de horas de trabajo predisponen a la persona a generar un cuadro depresivo. Si se toma este punto y se enlaza a la realidad pandémica actual, se evidencia que existen altos factores predisponentes que tienen alta probabilidad de seguir generando sintomatología depresiva en las personas.

Tras los datos mencionados, es menester generar nuevos horizontes frente al panorama que se viene visualizando. Al respecto, la Organización Mundial de la Salud [OMS] (2020) menciona que los tratamientos más eficaces para este tipo de cuadro son la activación conductual, psicoterapia interpersonal y/o medicamentos antidepresivos. Al respecto, es importante estudiar nuevas rutas de herramientas que suelen ser prometedoras. En ese contexto, la misma OMS (2015) menciona que la herramienta de la hipnosis ha generado impactos positivos al aplicarla en una población de 622 mujeres al momento del trabajo de parto, logrando establecer diferencias significativas.

La evidencia mencionada anteriormente no es un caso aislado, ya que actualmente se celebran encuentros académicos de altos estándares, como el primer encuentro virtual denominado “Hipnosis y sus aplicaciones clínicas desde las ciencias médicas” (Hernández et al., 2020). Dicho encuentro permitió realizar una revisión sistemática de las aplicaciones actuales, encontrando que la hipnosis es capaz de generar el fenómeno de anestesia en múltiples cuadros. Es por ello por lo que podemos encontrar diversos estudios como Águila (2017) que logró establecer un protocolo multimodal con hipnosis con el fin de paliar estados depresivos. Su uso se ha extendido a tal punto

que Curiel (2018), sostiene que existe evidencia anatómica y funcional para el uso de la hipnosis.

Sin embargo, algo que puede representar un escollo al momento de incorporar la técnica en los tratamientos, es la actitud de los mismos profesionales de la salud sobre el uso de la hipnosis. Realizando una pequeña indagación en 38 psicólogos asistenciales, Quintana et al. (2018) encontraron que el 75.1% de la muestra mantiene un conocimiento bajo sobre la hipnosis, a pesar de que el 44.74% de la misma, calificó la hipnosis como una herramienta necesaria. Al respecto, es necesario mencionar que la hipnosis no es una terapia en sí. Tal y como lo menciona González (2018), la hipnosis es netamente una técnica que se presenta como coadyuvante de los sistemas terapéuticos consolidados. Por tal motivo, el presente estudio propone la aplicación más específica de la hipnosis, tomando como base fenómenos hipnóticos específicos que permitan evocar una mejoría en la sintomatología depresiva.

1.2. Pregunta orientadora

¿Qué efectos genera la evocación de fenómenos hipnóticos como estrategia terapéutica para disminuir la sintomatología depresiva en adultos?

1.3. Formulación de objetivos

1.3.1. Objetivo general

Describir el efecto de la evocación de fenómenos hipnóticos como estrategia terapéutica para disminuir la sintomatología depresiva en adultos.

1.3.2. Objetivos específicos

- Identificar qué fenómeno hipnótico (Alucinación negativa, alucinación positiva, catalepsia, movimiento, asociación, disociación), genera mayor efecto terapéutico en la sintomatología depresiva en adultos.
- Determinar la sintomatología depresiva más reincidente en la población intervenida.

1.4. Categorías y subcategorías apriorísticas y emergentes

La presente investigación revisa el contenido de las intervenciones realizadas de manera individual, generando de esa manera, categorías denominadas como emergentes, que surgen a partir de la aplicación de la presente propuesta. Sin embargo, en el presente apartado se proponen dos categorías apriorísticas, que parten del conocimiento de los fenómenos que se evocaron. Estas categorías son:

Categoría percepción. Al evocar la experiencia de vivir los fenómenos hipnóticos como resignificación de un trance sintomático, para posteriormente movilizar a la persona hacia el fenómeno opuesto como símbolo de trance terapéutico, invita a priori a un cambio de percepción, tomando nuevas perspectivas de los asuntos por los cuales sufre. Se espera que la narración de los participantes enfoque su discurso en un cambio de perspectiva del problema, tras la aplicación del protocolo propuesto.

Categoría acción. Luego del abordaje realizado en sesión, se espera que la persona emita conductas diferentes, las cuales darían paso a nuevos cambios de paradigma y nuevas sensaciones, partiendo de la premisa que las nuevas acciones romperán con el patrón sintomático. Asimismo, se espera que estas narraciones surjan al momento de las preguntas iniciales por las mejorías obtenidas, como también surgirán a través de la descripción de su problema y los intentos infructuosos realizados para solucionarlo.

1.5. Justificación de la investigación

El desarrollo de esta investigación solidifica su importancia en gran medida por el impacto primario que apunta a generar en los sujetos de aplicación. Es decir, los primeros resultados tienen como objetivo inmediato disminuir la sintomatología depresiva de la muestra. Esto permitirá verificar con base en evidencia la eficacia de la utilización de la hipnosis en este cuadro.

Asimismo, al tener este primer impacto, se generarán protocolos que podrán ser utilizados en la intervención clínica por terapeutas preparados, logrando mantener un sistema de guía que les permita aumentar su abanico de herramientas al abordar la problemática de la depresión. De esta manera, el público adulto en general se verá beneficiado por la aplicación del protocolo, logrando paliar dicho cuadro a través de la intervención propuesta.

Por ello, lo anteriormente mencionado enfatiza la importancia de la intervención en una problemática creciente como la depresión, ya que es una de las principales preocupaciones en el ámbito de la salud mental del país, así como a nivel mundial.

Por otra parte, en el marco de la investigación, esto aportará nuevos horizontes para investigaciones cuantitativas, que podrán discutir esta intervención realizándola en poblaciones más amplias, con el fin de poder generalizar resultados.

Finalmente, en el aspecto metodológico, la importancia de este estudio versa sobre la contribución que realizará a llenar el vacío de evidencia sobre la utilización de la

hipnosis como técnica eficaz, afianzándola como una herramienta que puede incorporarse en el marco de las terapias basadas en la evidencia.

II. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación

En el 2021, Pérez et al. (2021), realizaron un estudio de tipo cuasi-experimental con el objetivo de diseñar un protocolo psicoterapéutico para atender la conducta suicida en adolescentes del área de salud Policlínica Universitaria César Fonet Fruto de Banes. Se ejecutó un muestreo no probabilístico determinando 75 sujetos para la muestra en grupo experimental y 80 en grupo control. La variable conducta suicida y las alteraciones asociadas se operacionalizaron mediante la Escala de Ideación Suicida, Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE) e Inventario de Depresión Rasgo-Estado (IDERE). Resultados: A partir de la intervención, se suprimió la expresión de ideación suicida, se logró disminuir al nivel bajo la ansiedad como rasgo-estado en 91 % y 97 % y la depresión de igual forma, 93 % y 99 %. La autoestima evidenció un aumento a un nivel alto (93 %). Los valores de McNemar para chi cuadrado calculado (de 67,7 a 142,72) resultaron estadísticamente significativos. Con los resultados obtenidos se puede concluir que el protocolo diseñado y aplicado en el grupo experimental garantiza la supresión de la intención suicida, aumenta los niveles de autoestima y disminuye la ansiedad y depresión como alteraciones asociadas a la conducta suicida en la muestra estudiada.

Por otra parte, Gómez et al. (2020) realizaron un estudio sobre la hipnosis como herramienta de diagnóstico e intervención terapéutica en centros educacionales con conductas suicidas. El estudio empleó metodología participativa para trabajar con los grupos, mediante intervenciones hipnoterapéuticas, así como técnicas cuantitativas y cualitativas para obtener los factores de riesgo en las variables: edad, género, ansiedad, desesperanza, depresión, factores de riesgo y protectores, ideación suicida negativa y positiva, particularidades adaptativas. Los resultados obtenidos por los autores demuestran la efectividad del programa aplicado a través de la hipnosis terapéutica.

En el terreno de las fobias, Machicao y Pinto (2020), realizaron un estudio de caso en donde plantearon a la hipnosis como herramienta terapéutica aplicándola en un caso de ornitofobia. La investigación se realizó en una mujer de 22 años, diagnosticada con fobia a las palomas (Ornitofobia) en la cual previamente se le evaluó el nivel de Sugestionabilidad. Se siguieron los pasos de la desensibilización sistemática con

hipnosis. Primero se realizó una jerarquía de miedos, luego se hizo una línea base a partir del uso de un Oxímetro para medir el ritmo cardíaco, un auto informe Pre y Post test a partir del cuestionario de Fobias Específicas (FSS122) en la adaptación española de Matezans 2012. Se prosiguió a realizar 4 sesiones de hipnosis a partir de la jerarquía de miedos realizada. Los resultados del análisis de la prueba binomial en relación con los cambios obtenidos en el ritmo cardíaco antes y después de la intervención muestran ser significativos, los cuales también se encuentran por debajo de la línea de tendencia proyectada de la línea base. Con relación al auto informe pre y post test, a partir del análisis de la prueba binomial se pudo observar que los cambios fueron significativos. Abriendo más el abanico de intervenciones, González et al. (2017), investigaron sobre la eficacia de la hipnosis y la terapia gestáltica como tratamientos en la depresión. El estudio realizado en Culiacán, México, seleccionó a 30 sujetos de un total de 300 diagnosticados con algún tipo de depresión. Se dividió a los pacientes en tres grupos: 1) tratamiento con terapia hipnosis, 2) tratamiento con terapia gestalt-hipnosis y 3) grupo control. Antes y después de los tratamientos se aplicó el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) para conocer el grado de depresión de los grupos analizados. Los resultados mostraron que los tres grupos presentaban un grado moderado de depresión. Los grupos de hipnosis y gestalt-hipnosis evidenciaron diferencias estadísticas entre el pretest y el posttest. La terapia de hipnosis mostró diferencias estadísticamente significativas para tratar la depresión con respecto a los otros dos grupos. En base a ello, los autores llegaron a la conclusión que la hipnosis terapéutica es un tratamiento eficaz y es relevante para tratar la depresión, mientras que otros tratamientos terapéuticos tienden a ser más lentos y tener peores resultados.

2.2. Referencial teórico

2.2.1. Hipnosis y fenómenos hipnóticos

Existe una frase mencionada por Zeig (2018) que menciona “Podemos llamar a la hipnosis la madre de todas las terapias”. Este enunciado parece tener el intento de monopolizar un tipo de psicoterapia. Sin embargo, este apartado tiene como objetivo esclarecer qué es hipnosis y cómo podemos definir a los fenómenos hipnóticos. En primera instancia, podemos hablar de todos los representantes que han iniciado sus estudios a través de la hipnosis. A saber, Freud realizaba hipnosis como tentativa de realizar terapia (Freud, 1886). Fritz Perls, uno de los principales representantes y difusores de la terapia Gestalt, usaba la técnica hipnótica, mencionándolo en algunos

de sus producciones literarias (Perls, 1974). Eric Berne, fundador de la psicoterapia del análisis transaccional, (1947) realizó estudios de hipnosis, así como Joseph Wolpe, famoso terapeuta de la conducta, inicio sus estudios con la hipnosis.

En tal sentido, es fundamental hablar de la hipnosis no como una terapia, si no como una herramienta enmarcada dentro de un enfoque. En tal sentido, González (2018) realizó un pronunciamiento frente a la consideración de la hipnosis como “pseudoterapia”, ya que cuenta con numerosos estudios no solamente funcionales, si no también anatómicos y fisiológicos, explorándose cada vez más en el campo de la neurociencia. Por lo tanto, es menester mencionar que existen distintas corrientes de terapia que utilizan la herramienta de la hipnosis como proceso central, recibiendo de esa manera nombres como “Hipnosis regresiva” (Reyes, 2018) “hipnosis clásica” (Charcot, 2003) o Hipnosis Ericksoniana (Zeig, 1985). Tales enfoques se han ido solidificando en base a resultados empíricos. Sin embargo, es necesario que se diferencie que dichos tipos de enfoques tienen una determinada concepción del ser humano. En consecuencia, se hace imprescindible distinguir la epistemología de cada enfoque, con el fin adentrarse en su concepción de la hipnosis per se.

En el caso de la hipnosis regresiva y la hipnosis clásica (Reyes, 2018; Charcot, 2003), considera la teoría del cambio como un modelo de causalidad lineal. Es decir, este tipo de terapias consideran que se debe intervenir sobre hechos ocurridos en el pasado para poder generar la curación en la persona. En ese mismo orden, se entiende la causalidad lineal implica que $A \rightarrow B$, por lo que, si se sana el origen del síntoma, se genera una curación. Tales teorías tienen indudablemente influencias de la teoría psicodinámica propuesta por Freud (1886), estando muy acorde al modelo bio-médico.

En contraste, el enfoque de la hipnosis Ericksoniana mantiene una epistemología radicalmente distinta. Dicho enfoque se mantiene centrado en el ahora y orientado al futuro (Zeig, 1985). Como tal, existen 4 postulado llamados “herejías terapéuticas” (Nardone y Watzlawick, 2012) que pueden resumir la teoría del cambio. El postulado de base es que no se cierra en marcos rígidos de interpretación del ser humano. En este sentido, dichas ideas son muy afines a la propuesta del constructivismo radical (Watzlawick y Nardone, 2000) que explica la imposibilidad del acceso al conocimiento, motivo por el cual un terapeuta no puede tener ideas preconcebidas sobre la personalidad del individuo dejándose guiar por lineamientos preestablecidos que tienen como fin explicar la conducta y emoción del ser humano. El segundo postulado acude como consecuencia inevitable, tomando como camino del cambio el

centrarse en “desbloquear” los patrones rígidos de comportamiento que mantienen a la persona en el círculo del problema. En ese mismo orden de ideas, se toma como punto de partida que el problema se alimenta de una percepción de la realidad (Nardone y Watzlawick, 2012), por lo que los esfuerzos del terapeuta van dirigidos no en la “arqueología psicológica” si no en la estrategia diseñada de manera personalizada para generar el cambio en la persona.

En tercer lugar, la siguiente “herejía” va dirigida a enfatizar el hecho que, aunque un problema, a nivel cronológico, date de mucho tiempo atrás, no se necesitaría una terapia igual de larga para poder solucionar los problemas. Esta afirmación se sustenta en la teoría de la cibernética (Sluzki, 1987) y la epistemología sistémica (Villarreal, 2011) que plantea una visión del ser humano en un contexto, además de centrarse en el ahora. Finalmente, la cuarta herejía va orientada hacia el foco del cambio, en donde en su gran mayoría, las psicoterapias tradicionales suelen plantear un sistema cartesiano, donde para que se generen los cambios, primero se tiene que generar un cambio a nivel de aparato psíquico, para que ello pueda manifestarse en las conductas visibles. Este postulado realiza la propuesta radical en donde la acción es la que genera el cambio de pensamiento y de esquemas, por lo que se utilizan distintos tipos de estratagemas y recomendaciones terapéuticas estratégicas para generar un cambio.

En este orden, el fenómeno de la hipnosis se concibe no como un estado, si no como un tipo de comunicación especial entre terapeuta y consultante, en donde nace este tipo de interacción especial y ritualizada. Tales ideas versan sobre las propuestas de Watzlawick que mencionan que la comunicación es inevitable y que tiende a generar distintos tipos de problemas de acuerdo como lo postulan sus axiomas (Watzlawick, et al, 1981). Como tal, es imprescindible conocer este aspecto para saber que los fenómenos hipnóticos que se explicarán a continuación son tomados como metáfora de la sintomatología. Adicionalmente, cabe resaltar que, como resultado de la concepción mencionada sobre el fenómeno de la hipnosis, se pierde interés sobre la profundidad del trance y el estudio sobre el mismo, ya que no se necesita que la persona ingrese en un trance profundo para generar una curación “mayor”.

2.2.1.1. Inducción al trance

Existen innumerables manuales sobre como inducir un trance hipnótico. Existen posturas que contemplan la inducción a través del uso de la energía de la persona, hasta mecanismos que usan patrones lingüísticos eminentemente para realizar trances

rápidos y algunas veces llamados fulminantes. Como se menciona líneas arriba, la idea del enfoque Ericksoniano no versa en generar un trance profundo ni infalible, si no de generar terapia a corto plazo que permita que los problemas se resuelvan en el menor tiempo posible.

Sin embargo, es bien conocido que el enfoque Ericksoniano rechaza todo tipo de métodos rígidos que puedan encapsular el pensamiento del terapeuta y limitar su margen de maniobra. Es por ello que definir un método de inducción a trance se convierte en una tarea titánica. Como tal, han existido múltiples intentos por estandarizar el método de inducción a trance como lo hacía el Dr. Erickson. Se conoce, por ejemplo, un script de inducción que solía utilizar de manera directa al realizar demostraciones:

Voy a recordarle algo que pasó hace mucho tiempo. Cuando usted primero aprendió a escribir las letras del alfabeto, fue una tarea extremadamente difícil. ¿Punteó la “t” y tachó la “i”? ¿Cuántos chichones hay en una “n” y en una “m”? ¿De qué lado de la línea puso el círculo de la “b” y la “p” y la “d”? Gradualmente usted formó imágenes mentales que llegaron a estar ubicadas permanentemente en millones de células del cerebro que estaban sin usarse. Y mientras he estado hablando con usted, su frecuencia respiratoria ha cambiado, su pulso ha cambiado, los movimientos de sus ojos han cambiado...

Dicha inducción, si se deja notar, se inclina a favorecer el recuerdo de los aprendizajes tempranos. Es menester mencionar ello, ya que el enfoque se caracteriza por realizar acciones transversales. Es decir, siempre se realizan más de una cosa a la vez. En tal sentido, el evocar aprendizajes tempranos era una tentativa de reforzar la valía personal del consultante a nivel indirecto. Existen muchas otras formas de inducción realizadas por Erickson. Sin embargo, en todas ellas se deja notar que existen algunos pasos que tienen diferentes objetivos. Es por lo que Zeig y Geary (2018) crearon un método que contempla pasos esenciales si se quiere generar un trance eficaz para trabajar distintos tipos de problemáticas. Por otra parte, es importante enfatizar que estos pasos, si bien tienen un orden, logran conservar la suficiente flexibilidad para que el terapeuta pueda adaptarlo a sus necesidades y genere un margen de maniobra que le permita individualizar el tratamiento. Este tipo de inducción se denomina ARE, por sus siglas A.R.E. que simbolizan cada una de las etapas: absorción, ratificación y elicitación.

3.2.1.1.1. Absorción

La fase de absorción tiene como fin generar un ensimismamiento en la persona. Con tal fin se puede implicar al consultante en cualquier detalle que llame su atención o dirigirla deliberadamente hacia algún detalle con valor estratégico para la terapia. En tal sentido, las sugerencias del terapeuta se tornan indirectas, siendo una etapa permisiva en donde se brindan distintas posibilidades hacia las cuales prestar atención. Los detalles que se sugieren son implicar al paciente en la sensación de algo (calor, frío, movimiento, presión, entre otras), como también en alguna memoria que le permita ensimismarse lo suficiente para que se logre la absorción.

En la libertad de elección de los detalles a implicar radica la pericia del terapeuta, ya que en este punto no solamente se tendría como fin llegar a un estado de trance, si no también sembrar ideas que a posterior puedan usarse como intervención en el trance. En tal sentido, si se revisa el script utilizado por Erickson, se observa que la fase de absorción empieza desde que le dice al sujeto que mire en cierta dirección y pueda ensimismarse en algunas memorias de su infancia. Ciertamente, el fin primario es implicar al paciente en algo, sin embargo, el elegir implicarlo en dirección a aprendizajes tempranos, crea el terreno ideal para evocar un fenómeno de regresión de edad.

De esta manera, la fase de absorción finaliza cuando se observan algunos indicadores de que la persona se encuentra en un estado distinto. Como tal, es importante señalar los signos más comunes de identificación de un estado de trance, llamados “constelación hipnótica” (Zeig, 2014):

- Economía del movimiento, respuesta y expresión
- Condición “literal”
- Retraso en el tiempo de respuesta
- Cambio en el reflejo de tragar y (de orientación) respuesta de sobresalto
- Relajación muscular
- Cambios en la frecuencia cardíaca, frecuencia de respiración y presión arterial
- Cambios pupilares
- Parpadeo de mariposa
- Desenfoque
- “Mirada de trance”
- Cambios en la frecuencia de parpadeo

- Cambios en los movimientos sacádicos
- Lagrimeo
- Una disminución en movimientos de orientación
- Perseveración
- Conducta asimétrica
- Cambios en la circulación periférica
- Contracciones musculares
- Incremento en el rapport y la receptividad
- Incremento en conducta ideodinámica.
- Máscara facial
- Lógica de trance
- Cambio en la orientación corporal
- Movimiento de engranaje
- Catalepsia
- Cambios en la calidad de la voz

3.2.1.1.2. Ratificación

Una vez que se identifica que la persona ha logrado responder a las sugerencias iniciales del terapeuta, se procede a la etapa de ratificar los cambios. Este paso tiene como finalidad, comunicar la confirmación de las señales recibidas. Es decir, el terapeuta tiene la misión de comunicar de manera clara y directa, todas las señales de la “constelación hipnótica” que han aparecido en él o la consultante. En ese orden, se suele iniciar esta fase mencionando: *“Mientras he hablado con usted, se han producido algunos cambios...”* (Nardone et al., 2008)

Esta etapa termina cuando el clínico ha terminado de comunicar todas las señales recibidas.

3.2.1.1.3. Elicitación

También llamada evocación, esta última etapa presupone que el vínculo entre terapeuta y paciente se encuentra en un tipo de comunicación especial. Por tanto, el objetivo que se persigue en este paso es crear un contexto ideal para la respuesta terapéutica de la persona. Con ese fundamento, se procede a realizar la activación de tres aspectos imprescindibles para hacer terapia. Como se observa, este método no es únicamente un “método de inducción” si no que contempla aspectos terapéuticos fundamentales.

El primer aspecto por activar es la disociación. Se conoce como disociación a un fenómeno que implica la separación de experiencias en un mismo momento. Se hablará más adelante de este fenómeno hipnótico por el valor terapéutico que aporta en las sesiones. Dicho fenómeno hipnótico sirve como puente principal para debilitar los marcos conscientes de la persona, abriendo campo a un pensamiento flexible y más terapéutico. Con ese propósito, se brindan afirmaciones de disociación que llevan la siguiente estructura: “Mientras que (elemento 1) está (acción 1), tu (elemento 2) está (acción 2)”. (Zeig, 2018) Si pudiésemos poner un ejemplo al respecto, una afirmación disociativa sería la siguiente: “Mientras que tu mente me está escuchando atentamente, el resto de tu cuerpo se encuentra cómodamente listo para aprender”. Al realizar esta afirmación, se genera una despotenciación del marco consciente de la persona, que suele entender que está entrando en un nivel de comunicación diferente con el terapeuta. Este tipo de comunicación suele ser más simbólica y paralela al síntoma, por lo cual el clínico se permite evocar algunos fenómenos como respuesta posteriormente. De esta manera, luego de haber solicitado una respuesta disociativa en la persona a través de dichas afirmaciones, será necesario confirmar el modo de respuesta que brindará el consultante al terapeuta, por lo que el siguiente paso es la activación de la sensibilidad.

En este segundo paso, llamado “activación de la sensibilidad”, se pretende marcar una pauta en donde la persona determinará o mostrará cuál es su estilo de respuesta frente a las sugerencias del terapeuta. Por tanto, se le deberá sugerir un tipo de sugestión como: *“Y en el momento que estés listo para ingresar a un maravilloso estado de trance, puedes respirar profundamente... ahora”* (Zeig, 2018). Al notar que el consultante brinda la respuesta adecuada, se ha activado la sensibilidad y está listo para poder trabajar el síntoma dentro de la consulta.

En este orden, la última activación dentro de esta etapa es la activación de los recursos. Cómo tal, este es el espacio netamente terapéutico en donde el clínico tiene como fin rescatar todos los recursos posibles de la persona para que haga frente a su problema. A partir de aquí se considera que ya la persona se encuentra en trance y lista para el trabajo terapéutico.

2.2.1.2. Fenómenos hipnóticos

Dentro de todos los estudios realizados en hipnosis, se pone mucho énfasis en la fenomenología de esta (Zeig, 2004), en donde resulta imprescindible mencionar las experiencias peculiares que suceden cuando una persona está en trance: los fenómenos hipnóticos. A continuación, se enunciarán los principales fenómenos hipnóticos a ser utilizados en la presente investigación, basándonos en el trabajo de Yapko (1990)

2.2.1.2.1. Alucinación hipnótica

Yapko (1990) menciona que este fenómeno representa a la experiencia sensorial que una persona percibe sin ninguna intervención de algún estímulo externo. En tal sentido, se entiende que las alucinaciones, por ser sensoriales, pueden ser de todos los tipos de sentidos: olfativas, táctiles, visuales, auditivas y hasta gustativas. Dichas experiencias son netamente subjetivas, ya que son únicamente percibidas por la persona.

Como tal, existen dos tipos de alucinación: positiva y negativa. Una de las mayores confusiones respecto a este concepto surge por la creencia de asociar la alucinación positiva o negativa por el contenido que presenta. Sin embargo, dista mucho del contenido funcional de la alucinación, ya que la alucinación positiva implica que la experiencia tiene elementos añadidos a la realidad objetiva. Por otra parte, la alucinación negativa implica que la experiencia resta elementos de la realidad. En tal sentido, un ejemplo de alucinación positiva es escuchar ruidos que nadie más puede escuchar, como voces que le ordenan hacer algo o que le brindan algunos mensajes. En el caso de las alucinaciones negativas, tomando el camino de lo auditivo, implica que la persona no escucha la voz de alguien presente, aunque se encuentre hablándole, desarrollando algún tipo de sordera selectiva.

Sin embargo, no se debe considerar este fenómeno como algo artificial ni patológico en sí, ya que existen múltiples ocasiones en las que cualquier persona puede haber tenido una experiencia de alucinación (Castellanos et al., 2013). Ejemplos cotidianos de alucinación suelen ser el no encontrar un objeto, aunque se encuentre a simple vista, o no escuchar cuando se le está llamando por el nombre a una persona, ya que quizá se encontraba demasiado concentrada en algún otro estímulo.

En el caso de la hipnosis, el fenómeno se desarrolla por la sugestión del terapeuta, quién a través de sugestiones directas o indirectas, solicita que la persona pueda tener la experiencia de alucinación. El solicitar este tipo de experiencias posee un valor

estratégico dentro de la terapia, ya que puede utilizarse en múltiples problemas, como por ejemplo el “hablar” con un ser que ha fallecido, favoreciendo el trabajo de duelo. Al respecto, el enfoque de la Gestalt habla sobre la “silla vacía” en donde este fenómeno es puesto en evidencia de manera más explícita (Perls y Baumgardner, 1994).

En torno al tema de la sintomatología depresiva, las personas que se encuentran presentando este cuadro suelen alucinar negativamente sobre los recuerdos o escenas de alegría o felicidad que pueden suceder frente a sus ojos. Es decir, aunque se encuentren viendo un suceso que simboliza una fuente clara de alegría, o al revisar las memorias, se muestran incapaces de poder acceder a ese estímulo. En este punto, la psicoterapia debe orientarse a generar una polaridad positiva de la alucinación, sugiriendo dentro del trance que la persona empiece a notar las cosas que no notaba antes. Estas estrategias fueron planteadas por el Dr. Erickson al momento de realizar terapia en una persona depresiva, haciéndole visibilizar al mínimo detalle sobre los colores del campo, la naturaleza y las etapas de la vida (Zeig, 1998)

2.2.1.2.2. Regresión de edad

La regresión de edad es uno de los fenómenos más utilizados dentro de la hipnosis, además de los más difundidos culturalmente (Reyes, 2018; Scharovsky, 2014; Naranjo y Gherdina, 2016; Erickson y Rossi, 1992). El concepto de la regresión de edad se resume a una intensa utilización de la memoria, según Yapko (1990). En tal sentido, sugerir una regresión de edad dentro de un trance hipnótico implica sugerir a la persona que vuelva hacia alguna experiencia para volver a experimentarla. Sin embargo, existen dos formas de regresión de acuerdo con los reportes de las personas.

La primera forma de regresión es la hipermnesia, en donde la persona tiene consciencia que se encuentra en el presente. Sin embargo, accede a la experiencia y detalles de algún evento que desea re-memorar. (Erdelyi, 1984) La otra forma de regresión es el revivir hipnótico, que requiere ciertamente mayor flexibilidad de la persona en el trance, ya que implica que el consultante se encuentre inmerso en la experiencia de manera intensa, viviendo el recuerdo de la manera más fidedigna como la puede percibir.

En este punto, es menester informar que este fenómeno hipnótico ha sido usado en la antigüedad como un método para realizar investigaciones legales. Sin embargo, su uso se descartó ya que los eventos rememorados suelen ser distorsionados por las

emociones de las personas o por los anhelos subjetivos inconscientes de los mismos. Por otra parte, ello no quita que este fenómeno hipnótico no sea terapéutico, ya que el reporte de lo que la persona está mencionando es la verdad para ella, por lo que es imprescindible respetar ese testimonio y trabajar de acuerdo con la visión de esta.

Los usos terapéuticos en este caso son numerosos, ya que existen terapias que solo usan este tipo de fenómeno para realizar el tratamiento. La regresión de edad puede ser útil para revivir experiencias que resultan dolorosas, así como fobias en donde el clínico cree conveniente regresar al origen para tratar el síntoma. (Reyes, 2018; Scharovsky, 2014; Naranjo y Gherdina, 2016; Erickson y Rossi, 1992)

2.2.1.2.3. Progresión de edad

Este fenómeno hipnótico resultará ser la polaridad del fenómeno descrito líneas arriba. En este caso, este fenómeno consiste en dirigir a la persona hacia un futuro, en donde se pueda visualizar o experimentar las consecuencias de los cambios conductuales o experienciales, buscando integrar ese significado en el nivel inconsciente de la persona.

Tal y como se observan los fenómenos hipnóticos anteriores, este fenómeno también es susceptible de observar en el día a día, ya que en todo instante la persona tiene tendencias a tomar decisiones o anhelos sobre lo que vendrá en el futuro. En ese orden, se puede afirmar que el percatamiento inconsciente de la persona puede ser capaz de “predecir” el futuro en cierta medida, tomando como base los patrones adoptados actualmente. Es posible apreciar la capacidad de “predicción” en un caso particular de Milton Erickson, reportado por Rosen (2009), donde la consultante, a nivel inconsciente sabía que había tomado la decisión de divorciarse.

Como fenómeno sugerido dentro del trance hipnótico, resulta útil para comprobar el trabajo del terapeuta. Es decir, al llevar a la persona hacia un evento futuro, puede confirmarnos los resultados de lo que la mente inconsciente planea. Sin embargo, también es utilizada como herramienta de intervención, ya que se puede utilizar el diseño del futuro deseado como forma estratégica de evocar los recursos de la persona (Rossi, 2008).

En el terreno de la sintomatología depresiva, el fenómeno hipnótico representa una polaridad funcional adaptativa para la persona, ya que el cuadro depresivo constantemente regresa a la persona hacia sucesos negativos en su memoria.

2.2.1.2.4. Catalepsia

El fenómeno de catalepsia, desde sus inicios, como apunta Herrero (2011) fue definida como parte de un síndrome catatónico, estudiándose como un concepto patológico. Ciertamente, viene también siendo usado en términos que están fuera del ámbito psicológico, para referirse al detenimiento en el avance de determinados eventos (Guevara, 2008).

Por otra parte, en el ámbito de la psicoterapia Ericksoniana, Yapko (1990) define a la catalepsia como la experiencia de la inhibición del movimiento voluntario, que va asociada comúnmente con la atención focalizada en un estímulo específico. Al respecto, la literatura sobre hipnosis clásica asume que la catalepsia es una de las formas que se tiene para evaluar la profundidad del trance. En tal sentido, se ha usado el fenómeno de catalepsia en demostraciones circenses, únicamente con el fin de mostrar la capacidad del cuerpo humano para suspender su capacidad de movimiento cuando se encuentra bajo las sugerencias del hipnotista.

Por otra parte, si se toma a la vida cotidiana como escenario de fenómenos hipnóticos, la catalepsia suele presentarse de múltiples maneras, notando que, en innumerables ocasiones, las personas suelen quedarse “pasmadas” frente a un suceso determinado, o simplemente quedarse estáticos al focalizarse en un pensamiento determinado. (Erickson y Rossi, 2013) Adicionalmente, la carga de emoción intensa de un evento también crea un clima adecuado para la evocación de un estado cataléptico.

2.2.1.2.5. Disociación

La disociación como fenómeno hipnótico es quizá uno de los más amplios a nivel terapéutico, ya que todos los fenómenos hipnóticos necesitan un grado de disociación en mayor o menor medida. Yapko(1990) define a la disociación como la habilidad de la persona para dividir una experiencia en sus partes componentes, logrando intensificar la consciencia de una parte mientras se disminuye para las demás.

En tal sentido, la inducción hipnótica versa sobre una disociación de la mente consciente, logrando intensificar la atención en el percatamiento inconsciente. Esto es realizado de manera intencional por la persona en trance, aceptando la invitación del terapeuta, realizada a través de las sugerencias. Siendo de esta manera, la disociación se constituye como el clima perfecto en donde las personas pueden acceder a recursos olvidados y aprendizajes experienciales obtenidos en su propia historia, sin la limitación o “sabotaje” de la mente consciente”.

Al respecto, existe netamente una teoría llamada “Neodisociación” (Hilgard y Hilgard, 1977). Bajo la premisa de la teoría mencionada, el sujeto posee múltiples niveles de consciencia. Es importante mencionar esta teoría por el concepto de “observador oculto” acuñado por el autor, mencionando que a través de ello se obtiene la capacidad de separar las experiencias, además de poder tener la noción de lo que se está experimentando en ese instante del trance hipnótico.

Por otra parte, si se debe hablar sobre la ocurrencia natural de la disociación, se pueden encontrar múltiples ejemplos en la vida diaria, ya que es algo común que la persona pueda dividir una experiencia en sus partes componentes. Puesto de ese modo, la disociación constituye una capacidad inherente a la persona. Puede obtener múltiples formas de disociación, notando que a veces puede separarse la mente del cuerpo, como también pueden separarse la mente racional de las emociones (que en muchos casos pueden entrar en contradicción), así como la disociación de la mente consciente e inconsciente (que se pone de manifiesto en actos involuntarios de la persona).

2.2.1.3. Trances sintomáticos

Podemos definir a un trance sintomático como un producto que tiene las estructuras similares a la hipnosis, que generan determinados efectos en un contexto distinto. De acuerdo con las aportaciones de Yapko (1992), el trance sintomático se genera en las circunstancias donde la persona ha generado una visión de sí mismo y de la vida, que evocan síntomas no deseados por el mismo.

Se denomina “trance” ya que, como se mencionó anteriormente, el tipo de comunicación evocado en este momento es una comunicación ritualizada y en muchos casos, simbólica. En efecto, si se remite a la bibliografía de los casos de Erickson, se puede visualizar que en todo momento utiliza una comunicación paralela y simbólica a través de las metáforas. (Zeig, 2018) En tal sentido, Bateson hablaba del problema como metáfora, mencionando que todo nuestro lenguaje es una metáfora. Para resumirlo, uno llama a los objetos por un nombre. Sin embargo, el nombre no “es” el objeto, sino que es una designación que se le da al objeto de manera arbitraria o en el mejor de los casos, consensuada; pero en ningún momento la palabra llega a “ser” el objeto (Watzlawick, 1994).

En este rumbo, los enfoques tradicionales han puesto muchos esfuerzos por analizar el lenguaje del cliente, más aún en el ámbito psicodinámico, en donde se interpretan las palabras utilizadas por la persona para estudiar un significado subyacente. El caso del enfoque de hipnosis Ericksoniana, el camino es el mismo, pero también contempla la

dirección inversa (Zeig, 2018). Es decir, en este tipo de hipnosis, el clínico capta el lenguaje del paciente como algo metafórico, y sugiere la solución en un lenguaje paralelo, con el fin de realizar una comunicación a nivel inconsciente. Para realizar este tipo de comunicación, el especialista se puede agenciar de distintos modos en su lenguaje corporal, brindando tareas terapéuticas, como también utilizando fenómenos hipnóticos que sugieran el camino posible a la solución que la persona esté buscando. Particularmente, en el caso de la depresión, Yapko (1992) afirma que la

2.2.1.4. Prescripciones terapéuticas

Las tareas o sugerencias terapéuticas son parte de todo enfoque. Han constituido desde siempre una extensión de lo que se realiza en terapia (Beyebach y Herrero, 2010). Sin embargo, tomando en cuenta que la presente investigación versa sobre un enfoque Ericksoniano, se ha de revisar brevemente como es que se han venido usando las prescripciones en algunos ámbitos de la terapia breve.

La terapia familiar estructural desarrollada por Minuchin, consolidándose como una de las formas excelsas de terapia familiar, ha tenido siempre el objetivo de generar los cambios a medida que la entrevista avanza, generando ruptura en las interacciones, en donde en muchas ocasiones el terapeuta puede formar parte de alianzas que se orientan a bloquear algunas tentativas de comunicación patológica, así como alentar nuevos patrones de comunicación efectiva. En este contexto, las tareas son una “invitación” realizada a la familia, con el fin de practicar las nuevas formas de interacción aprendidas en sesión. (Minuchin & Fishman, 1983)

Por otra parte, se obtiene a la terapia breve centrada en los problemas, que parte de lo que se originó en el MRI (Mental Research Institute) en Palo Alto, California. Este tipo de enfoque hace hincapié en buscar cuales han sido los patrones seguidos por la persona para resolver el problema infructuosamente. Su enfoque estratégico lleva inherentemente las tareas terapéuticas, donde cobran mayor importancia, dado que toda la sesión se hace un recojo de información para re-encuadrar el problema de manera que pueda ser soluble. En tal sentido, las prescripciones tienen la importante misión de realizar un giro de 180 grados en la sintomatología de la persona o de la familia.

Por caminos diferentes, conservando el aura de la terapia breve, se enmarca la terapia centrada en soluciones, presidida por De Shazer (1999), en donde se habla de una nueva forma de postura frente a la persona, hablando de mantenerse “one-down”, lo cual implica ir por detrás de la persona, preguntando estratégicamente acerca de la

solución que se desea, construyéndola en pequeños pasos. En este sentido, las prescripciones siempre vienen orientadas a dar un “pequeño paso” hacia adelante. Sin embargo, también existen prescripciones dedicadas a hallar “excepciones”, que son momentos donde el problema no se presenta en la vida de la persona. En este sentido, las prescripciones también se pueden orientar a encontrar una “Diferencia que marque la diferencia”.

2.2.2. Depresión y sintomatología depresiva

La presente investigación aborda el cuadro denominado como depresión dentro de una perspectiva cognitiva y estratégica, lo que da un marco lo suficientemente amplio para definir las maniobras terapéuticas que se desean poner a prueba en el estudio. Yapko (1992) menciona la palabra “depresiones” haciendo referencia a la importancia de la multiculturalidad de este cuadro, ya que los datos reportan que los síntomas depresivos suelen ser completamente distintos dependiendo de la cultura.

Al respecto, cabe resaltar que una de las preguntas fundamentales en la comprensión de la depresión es acerca de su etiología, encontrando posturas opuestas, donde por una parte se habla de la depresión como algo aprendido y por otro, la depresión como un rasgo biológico. En este último aspecto, no se hallan evidencias completamente confiables para asegurar que la depresión mantiene un origen estrictamente biológico. Como tal, siempre se echa mano de los factores aprendidos. Esto no quiere negar en ningún momento la naturaleza biológica de la depresión, sino únicamente afirmar que es más útil centrar la mirada en los aspectos interaccionales de la misma, en donde existen estudios que arrojan mayor luz sobre el tema.

Al buscar una “causa” única como tal, Yapko (1988) enumera algunas aristas que pueden rodear el cuadro clínico, las cuales serían:

Influencias culturales

Lo cual incluye, por ejemplo, el rompimiento de las relaciones familiares, la ambigüedad de género y otros roles de identidad, la tecnología que favorece la gratificación inmediata, en donde la ausencia de ello genera una sensación de aislamiento mayor, así como una orientación excesiva a “vivir el presente” sin ninguna previsión de lo que puede pasar en el futuro.

Influencias familiares

Como aspecto aprendido, se sabe que las principales influencias en la familia son el padre y la madre. Los mensajes enviados y el tipo de comunicación instalada con la

persona desde su crecimiento pueden mellar en la forma como se desarrolle la óptica del mundo en el sujeto. Existen trabajos que hablan sobre el aprendizaje vicario, así como teorías sobre el modelamiento de conducta.

Influencias de la historia individual

El aspecto individual, a pesar de ser el foco de atención en el plano terapéutico, no es una causa per se de los aspectos depresivos. En este sentido, se habla de como la persona, al identificar e interpretar la realidad de cierta manera, concluye teniendo diferentes síntomas producto de su interacción con el mundo. En tal sentido, se hablará de la manutención del síntoma, más que de la causa en sí. Para ello, tocaremos los 4 principales síntomas definidos por la OMS, que pueden identificar a una persona con depresión.

2.2.2.1. Tristeza

Siendo una de las emociones básicas del ser humano, la tristeza es uno de los componentes más comunes de la depresión. Tellez et al. (2020) hace énfasis sobre la función de la tristeza en el ser humano, como un contexto ideal para re-organizar pensamientos e hilar nuevas ideas, desechando aquellas que no tuvieron éxito. Para tal fin, es necesario mirar hacia el interior, lidiando con las emociones que ha venido sintiendo.

La American Psychiatric Association (2014) habla de la tristeza o melancolía como un apartado característico del cuadro de la depresión. Ello también se menciona como parte de una de las etapas del duelo, en donde se experimenta una sensación de tristeza profunda.

2.2.2.2. Sensación de vacío

Meares et al. (2011) menciona a la depresión como una sensación abrumadora de vacío, comparándola con un aislamiento emocional. El autor menciona que la depresión se constituye, de esta manera, como una exageración patológica de la respuesta psicológica ante una situación de pérdida.

A su vez, Clance (1985) habla sobre esta sensación de vacío que se genera al momento de no haber cumplido una meta. Al respecto, el autor menciona que este punto es aplicable no solamente a las personas que suelen definirse como perdedores, sino todo

lo contrario, enfocándose también en personas que suelen ser capaces de solucionar cualquier cosa. Es justamente por ello que no son capaces de tolerar el fracaso.

2.2.2.3. Pérdida de placer

Muriana et al. (2012) hablan sobre “el deprimido radical” donde hacen énfasis que la depresión no necesariamente está delimitada hacia aspectos del humor. En este contexto, recalcan la anhedonia como factor típico del sujeto deprimido, mencionando la notable afección en el plano de la motivación. Un comportamiento ralentizado, cansado y desmotivado que brinda la noción de que el paciente sabe lo que tiene que hacer, pero no lo consigue, logrando de esta manera acentuar su propia concepción de víctima.

2.2.2.4. Irritabilidad

El modelo de Beck (1983) toma la irritabilidad como uno de los componentes al momento de determinar una depresión. En este sentido, se habla sobre una hipersensibilidad en la persona, que se encuentra completamente reactivo de manera negativa ante los estímulos del medio. En este sentido, la irritabilidad se toma como parte del estado de ánimo de la persona deprimida.

2.3. Referencial conceptual

El abordaje realizado contempla 5 fases para el tratamiento de la depresión. Se encuentra basado en el protocolo propuesto por el Dr. Yapko (1988), tomando también como base las ideas del Dr. Geary sobre el sistema de polaridades. En tal sentido, el autor original propone diversas aristas para el tratamiento de la depresión. Sin embargo, si se toma en cuenta lo mencionado líneas arriba, se podrá constatar que es necesario ser específico en las herramientas que se utilizarán para generar impacto positivo en la sintomatología depresiva. En tal sentido, se tomarán las fases principales del protocolo que puedan adaptarse para el tratamiento de los trances sintomáticos de la depresión.

Se debe tener en cuenta también, que las fases del tratamiento no implican necesariamente el número de sesiones de esta. Es decir, el especialista tendrá el criterio suficiente si se ha logrado la meta de una fase, para poder pasar a la siguiente, obviamente siendo ayudado por la visión subjetiva del paciente, que se torna realmente imprescindible al momento de avanzar. Para tal efecto, se toma la postura de De Shazer

(1999) teniendo como “ley” que la persona que acude a consulta es la experta en su vida, por lo que puede dar la mejor apreciación de su mejoría. A continuación, se irán describiendo la meta de cada una de las fases, mencionando los fenómenos hipnóticos que serán necesarios evocar como vehículo de cambio experiencial en la persona.

Primera fase: creación del contexto

En su primera fase, es imprescindible establecer metas realistas del proceso, advirtiendo que el fenómeno de la hipnosis puede generar diversos efectos, pero lo ideal es siempre avanzar a paso lento, ya que la creación de una nueva identidad en el consultante es un nuevo proceso adaptativo. Con esa base, se orientará la primera sesión a crear el contexto ideal para futuras intervenciones. De acuerdo con el esquema SISA (Sembrar – Intervenir – Seguir Adelante) en la primera sesión se suelen brindar algunas directrices que permitan realizar un quiebre de los sistemas rígidos (Zeig, 2018). Siendo el objetivo principal que la persona “avance con la vida” en lugar de “quedarse estancado” en la depresión, la intervención principal de la terapia se centrará en la parte de la expansión del marco de referencia (3ra fase). Sin embargo, en las fases anteriores, como la presente, se empezará a construir el contexto adecuado para que la exploración sea mucho más efectiva.

En tal sentido, el primer obstáculo es que la persona no reconoce ninguna experiencia gratificante alrededor suyo. Tomando este concepto, se evidencia que el trance sintomático es una alucinación negativa, ya que ha perdido la capacidad de percibir las cosas positivas que aparecen en su vida. Por tanto, el objetivo principal es lograr que la persona reconozca que en su día a día existen distintos momentos que simbolizan motivos para seguir adelante. Esto implica la creación de esperanza en el paciente, lo que según con diversos autores (Zeig, 2018; Yapko, 1992; Tellez, Orozco y Viro, 2020) juega un rol importante para brindar un campo de acción lo suficientemente amplio para que las sugerencias venideras tengan eco significativo.

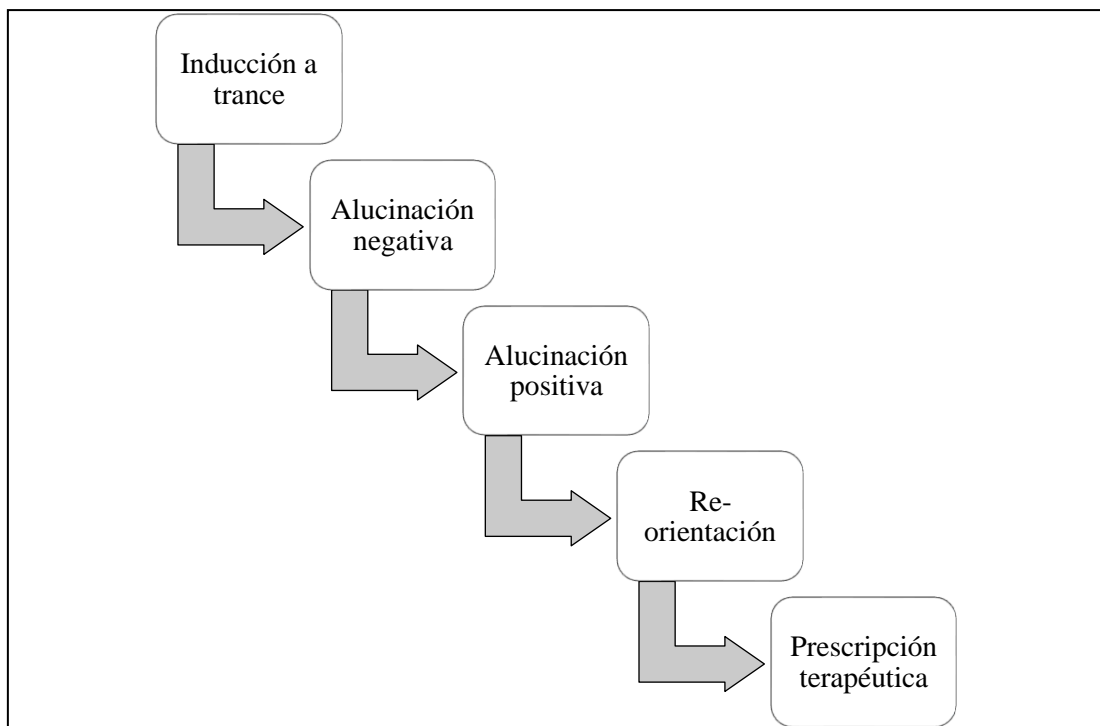
En ese orden, el trabajo de trance implicará evocar inicialmente una alucinación negativa. Se puede realizar una reformulación de la alucinación negativa mencionando todos los procesos corporales que todo ser humano mantiene en funcionamiento aún sin notarlo, lo cual brindará el mensaje que, aunque se omitan cosas en la realidad, la mente inconsciente puede seguir funcionando maravillosamente. Posteriormente, se movilizará al paciente a transmutar dicho fenómeno a su polaridad: alucinación positiva. Ergo, se brindarán sugerencias que evoquen la capacidad de la persona para percibir situaciones o experiencias en el ambiente que puedan ser gratificantes. En esa

línea, se puede enviar el mensaje de que toda persona tiene una mente inconsciente que en todo instante se encuentra trabajando por su mejoría.

Al finalizar la sesión, se entregará la tarea terapéutica de “La lupa de cambios” en donde se sugerirá a la persona que, durante el transcurso entre sesión y sesión, pueda imaginarse una “lupa de cambios” con la que se dedicará a estar atento a cada pequeña mejoría que pueda observar en sí mismo. Esta prescripción tiene como base la presuposición de que los cambios son inevitables, pudiendo llevar a la persona a encontrar excepciones a su problema. Una vez que la persona haya mostrado algunas excepciones con respecto a las situaciones que le acontecen, se procede con la siguiente fase. Como resumen, el esquema de la primera fase es el siguiente:

Figura 1.

Esquema de la primera fase



Nota. La figura muestra los pasos a realizar de manera descendente, en donde el impacto terapéutico reside en el cambio de percepción, desde una alucinación negativa de cuestiones positivas, hacia una alucinación (visibilización) de esperanza en el futuro.

Fuente. Elaboración del autor

2.3.1. Segunda fase: Flexibilidad

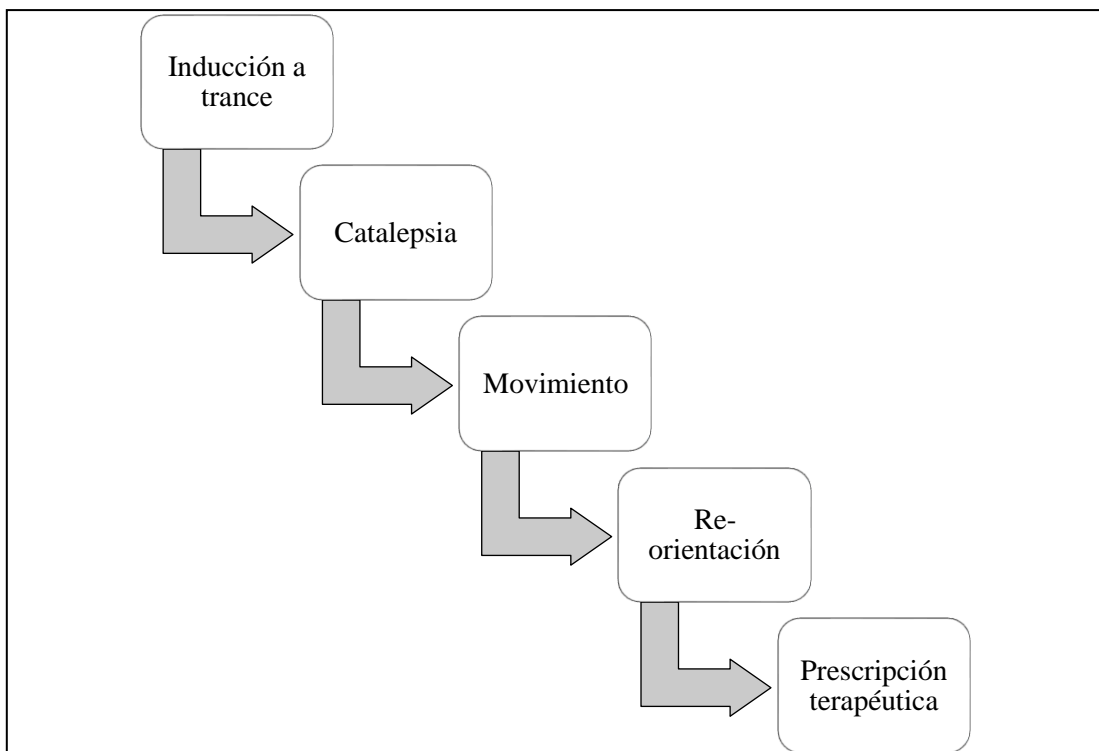
Una vez que la persona logre generar suficientes expectativas positivas para saber que el concepto de la esperanza es algo real, logrando “percibir” todas las situaciones por las que valen la pena seguir adelante, el clínico pasa a la fase de flexibilidad. Como su mismo nombre lo indica, el objetivo de esta fase es generar la suficiente flexibilidad, frente a la rigidez de pensamiento, además de la rigidez de actitudes y conductas en las que puede estar atascada la persona. En este punto, es muy útil romper el patrón de rigidez, por lo cual es necesario volcar el trance hacia una ruptura de sistemas ineficientes, ampliando el abanico de opciones para hacer frente a las nuevas situaciones. En tal sentido, se toma como paralelo de la rigidez al fenómeno de catalepsia. Por tanto, lo ideal a realizar una vez establecido el trance, es la evocación de catalepsia como parte inicial. La catalepsia hipnótica evocada, además de actuar como metáfora del problema, permitirá al clínico reestructurar el significado de esa catalepsia. Ergo, el mensaje a entregar al evocar dicho fenómeno es tomar el lado positivo de ser rígido, lo cual es “resistirse a caer”. Dicho mensaje reformulará la experiencia percibida como callejón sin salida, a una fuerza constante e imparable para no retroceder.

Ya habiendo evocado ello, se puede proceder a la polaridad de la catalepsia, que implica evocar la experiencia de movimiento. Si bien el “movimiento” no es un fenómeno hipnótico per se, es la contraparte obvia de un estancamiento o rigidez como representa la catalepsia. Se puede tomar al movimiento como parte de la vida diaria de la persona, o como el fluir adecuado en la historia de cualquier individuo. Como parte final de este esquema, se sugiere la prescripción terapéutica de la moneda. En este punto, se le indica a la persona que se le pedirá hacer algo complicado, y queremos saber si realmente está dispuesto a hacer. En tal punto, se espera que la persona acepte, ya que el clínico se ha ganado la confianza de este con las mejoras de las fases anteriores. Una vez aceptado, se le pedirá a la persona que consiga una moneda especial (puede ser una moneda de otro país o una moneda antigua) con el fin que no pueda gastarse por equivocación. Esa moneda será lo primero que utilice apenas se levante por las mañanas. La lanzará al aire y “dependiendo del resultado se desarrollará su día”. Si la moneda cae cara, la persona está “obligada” a comportarse “como sí” fuese una persona sin depresión. Es importante enfatizar que no tiene que “sentirse bien” si no simplemente “actuar como si” estuviese bien. Por otra parte, en caso la

moneda caiga en cruz, el consultante podrá comportarse en su día como mejor le parezca. La prescripción tiene como enfoque hacer que la persona se de cuenta que cuando realiza acciones diferentes a las pautas ineficaces, obtiene resultados diferentes, apuntando a crear un efecto dominó en las mejorías que se presenten. En resumen, el esquema de la tercera fase es el siguiente:

Figura 2.

Esquema de la segunda fase



Nota. La figura muestra los pasos a realizar de manera descendente, en donde el impacto terapéutico reside en el paso de la inamovilidad (desgano, abulia) hacia acciones que favorezcan nuevas perspectivas.

Fuente: Elaboración del autor

2.3.2. Tercera fase: expansión del marco de referencia

En este punto, habiendo logrado la generación de movimiento para generar diversas opciones, además de tener un panorama esperanzador a pesar de todo, es imprescindible generar nuevos marcos de referencia. En este punto, a pesar de que la persona puede intentar diferentes opciones, todas ellas pueden estar teniendo los mismos orígenes, notando que, si bien ello ha podido traer mejorías, se sigue teniendo el mismo tipo de pensamiento. En este punto, es dable comparar dicha situación con

estar demasiado “asociado” a un solo punto de vista. Por tanto, al encontrarse la persona en trance, se deberá evocar la sensación de estar completamente conectado consigo mismo(a). Es recomendable tener en cuenta que el estar en un estado “asociado” brinda una suerte de “espacio seguro”. Dicho concepto puede ser usado para reestructurar el estado asociado como algo más funcional y positivo.

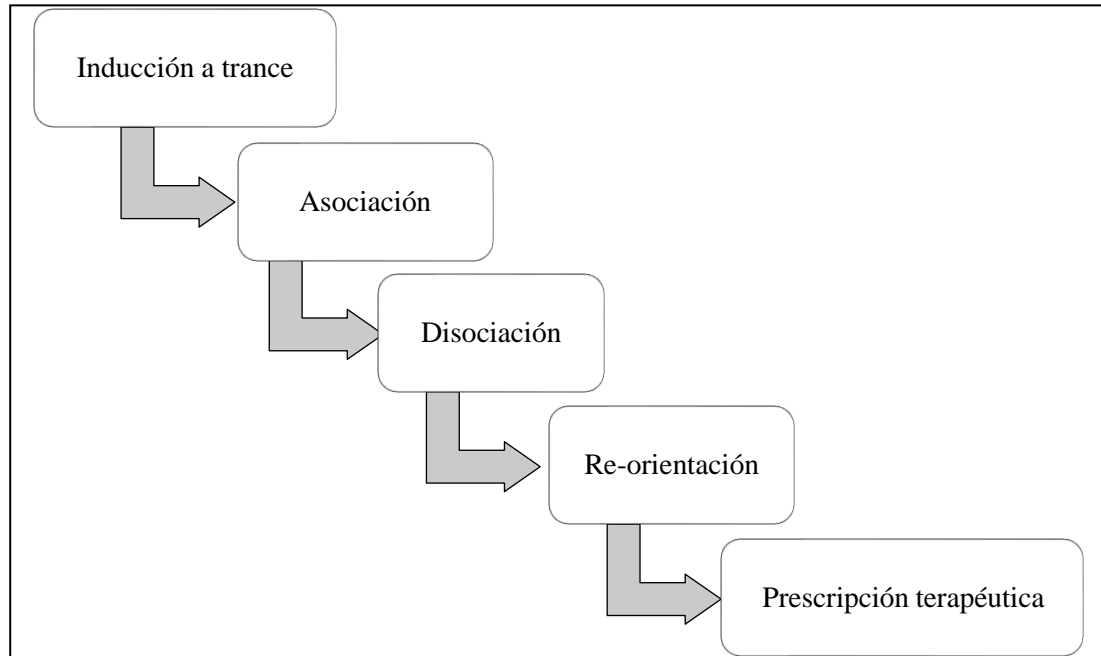
Luego de ello, se deberá movilizar a la persona a la polaridad de la asociación: la disociación. Este punto es crucial para generar diversos puntos de vista frente a distintos problemas. Además, es importante considerar que el modelo de Yapko (1992) menciona que esta fase suele tomar más de una sesión, ya que es el punto central del trabajo terapéutico. Por tanto, la disociación orientada a ampliar marcos de referencia puede ser enviada desde distintos mensajes. Entre ellos, se sugiere principalmente el modelaje, tomado como un cambio de identidad (cambiar el punto de referencia de pensamiento al identificarse con alguna persona que se admire).

Como parte final de las sesiones, se brindan 3 tipos de tareas terapéuticas que pueden ser de utilidad:

- *Haga algo diferente.* Esta prescripción apela a la creatividad evocada dentro del trance. Como tal, se le pide a la persona que cada vez que se encuentre en una situación de tristeza o aflicción, simplemente “haga algo diferente”. El clínico no menciona lo que debe hacer, sino simplemente realizar algo diferente, aunque sea algo completamente ilógico.
- *¿Para qué puede servir?* En esta prescripción, se le sugiere a la persona que en los momentos donde se encuentre rodeado de pensamientos o sentimientos negativos, pueda ubicar cualquier objeto que se encuentre alrededor, ubicando 5 utilidades diferentes a las habituales que pueda tener el objeto elegido. Se le menciona que mientras más absurdas sean las utilidades, mucho mejor.
- *La tarea del antropólogo.* Esta prescripción consta en comentarle a la persona que deberá realizar una verdadera “investigación antropológica”, en donde tendrá que estar atento a las demás personas y de su sufrimiento. Puede preguntarse ¿Qué les hace sufrir? ¿Qué problemas tienen? ¿Hay algo que podría hacer para ayudarles? El fin de esta tarea es brindar un distractor, a la vez que genera nuevos marcos de referencia de pensamiento en los demás.
- De manera general, el protocolo grosso modo de esta fase será:

Fig. 3.

Esquema de la cuarta fase



Nota. La figura muestra los pasos a realizar de manera descendente, en donde el impacto terapéutico reside en el paso un estado asociado a una óptica limitada en su marco de referencia, a la exploración de nuevas percepciones.

Fuente: Elaboración del autor

III. METODOLOGÍA

3.1. Tipo de investigación:

La investigación posee un corte cualitativo. De acuerdo con Rodríguez, Gil y García (1996) la investigación cualitativa indaga en la realidad en su contexto natural, teniendo la intención de interpretar los fenómenos en las personas implicadas, con base en lo que significan para ellas. Este tipo de investigación recoge materiales como la entrevista, experiencia personal, historias, situaciones problemáticas y demás. En este marco, los autores mencionan que la investigación fenomenológica procura brindar una explicación respecto a determinados comportamientos, más allá de cualquier tipo de relación estadística.

3.2. Métodos de investigación

El método fue eminentemente descriptivo. Como lo menciona Arias (2012), este tipo de investigación detalla algún tipo de fenómeno, apuntando a establecer un comportamiento típico. Por ello, se toma como una profundidad media en lo concerniente al conocimiento que indaga.

3.3. Diseño de investigación

El estudio aborda un diseño fenomenológico. La fenomenología (Monje, 2011) se orienta a la relación que existe entre el sujeto y el objeto investigado, reconociendo abiertamente la relación de interdependencia, tomando un camino alternativo del control objetivo que se pretende poseer. En este orden, busca comprender los fenómenos a partir de los significados que se crean en la persona, teniendo en cuenta que ello parte de su cosmovisión particular.

A partir de esto, y acorde a lo que afirma Rodríguez y García (citado en Monje, 2011), este estudio se caracteriza por el énfasis puesto en la experiencia subjetiva de la persona, a partir de lo que es evocado en la interacción con el investigador. A partir de ello, es que se considera este diseño como una investigación sistemática entorno a la subjetividad.

3.4. Participantes de la investigación

Para el presente estudio, se convocó a interesados en sesiones de hipnosis que cumplan con las siguientes características:

- Irritabilidad
- Tristeza
- Sensación de vacío
- Pérdida de placer

Para realizar el filtro adecuado, se generó un breve cuestionario sobre sintomatología depresiva (Ver Anexo 4). El cuestionario es de tipo dicotómico, abordando directamente los criterios principales para establecer el diagnóstico de depresión. Los criterios principales que se han tomado son: tristeza, sensación de vacío, pérdida de placer e irritabilidad.

De todas las personas que atiendan a la convocatoria, se tomaron 15 participantes al azar, siendo esta la muestra representativa.

3.5. Escenario de estudio

La investigación se realizará en un entorno virtual a través de la plataforma Zoom.

3.6. Técnicas e instrumentos

Preguntas de escala. De acuerdo con la apreciación de Beyebach (2014), las preguntas de escala constan en pedir a los consultantes que realicen una valoración de la gravedad de su problema (Ver Anexo 1). Aunque este instrumento de por sí es generador de nuevos diálogos entorno a los recursos, permite una evaluación subjetiva sobre cómo ven los consultantes su situación.

3.7. Procedimiento de recolección y análisis de datos

El estudio buscará evaluar el impacto de la utilización de los fenómenos hipnóticos en adultos con sintomatología depresiva. Para ello, conoceremos el comportamiento de la variable independiente (fenómenos hipnóticos) a partir de dos condiciones experimentales: un cuestionario para identificar la sintomatología y las preguntas de

escala que será aplicada en cada sesión, con el fin de evaluar las mejoras de las personas.

El análisis de datos cualitativos es un proceso mediante el cual se extraen conclusiones de datos no estructurados y heterogéneos que no son expresados de forma numérica o cuantificable. Hablamos de un proceso que permite, a través de un conjunto de técnicas, extraer conclusiones de una masa de datos en forma textual o narrativa.

Por tanto, se realizará mediante el conjunto de operaciones empíricas y conceptuales mediante las cuales se construyen y procesan los datos con el fin de ser interpretados. Para realizar el análisis cualitativo se seguirá las siguientes recomendaciones: focalizar el objeto de estudio, ampliar el análisis luego de la recolección de información, leer repetidamente la información recolectada y revisar literatura sobre el objeto de estudio. Las operaciones analíticas descriptivas más comúnmente y las que se usarán para el análisis cualitativo de la presente investigación son: la categorización y codificación, ordenación y clasificación, establecimiento de relaciones, establecimiento de redes causales y modelos interpretativos (Schettini y Cortazzo, 2015).

El procesamiento de los datos se realizó a través del Software AtlasTi.22, el cual nos permitió etiquetar, buscar y asociar textos, identificar las relaciones entre los códigos, extraer citas, ordenar y organizar, produciendo los diagramas.

3.8. Ética investigativa y rigor científico

Para desarrollar la presente investigación, se protege la identidad de cada participante, considerando el aspecto ético y haciendo énfasis en la confidencialidad, consentimiento informado, libre participación e información anónima. Wood (2008) señala:

- Consentimiento informado: autorización del participante por propia voluntad.
- Confidencialidad: información obtenida, no será divulgada ni rebelada para fines ajenos a la investigación.
- Libre participación: respeto por la libre decisión de participar sin presión alguna.
- Anonimidad: información obtenida será anónima.

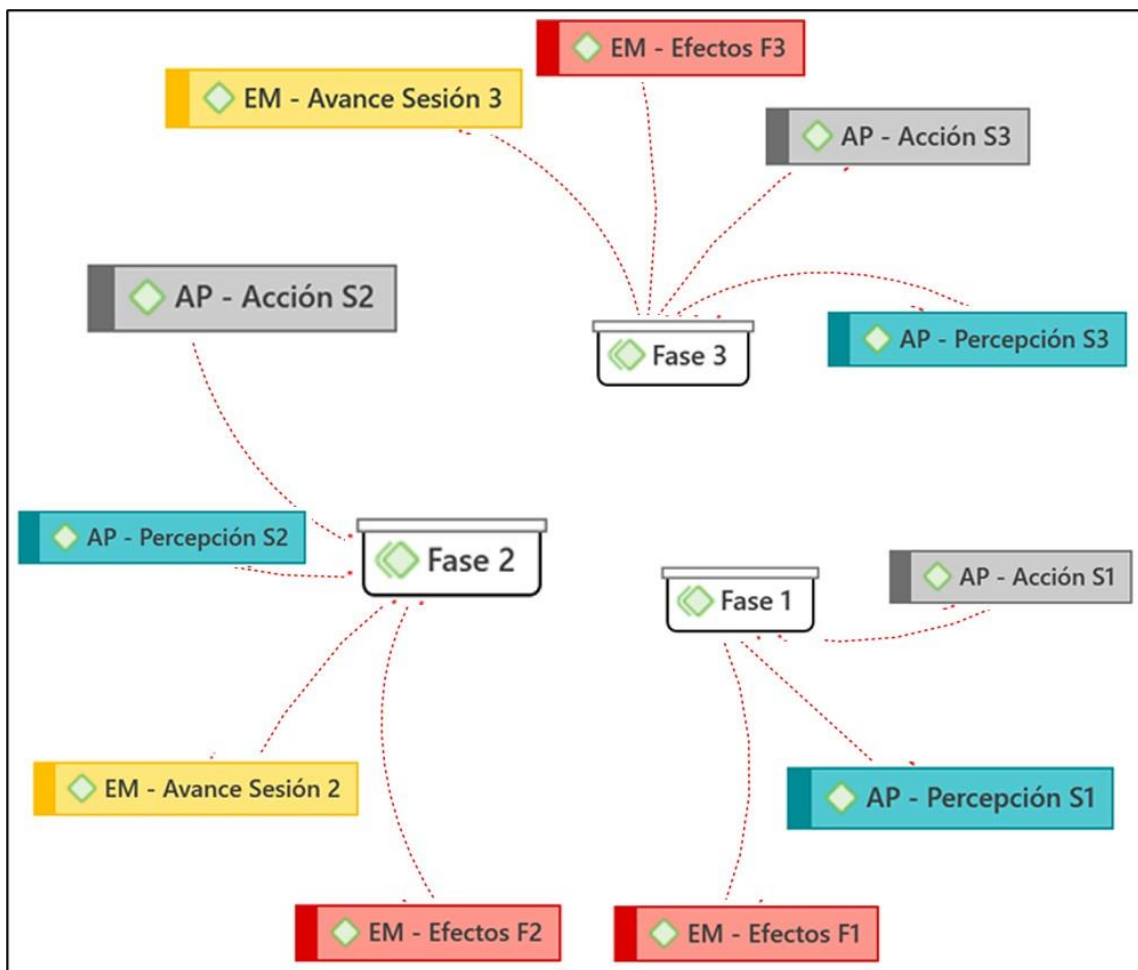
Respecto a la rigurosidad científica, se parte del valor de verdad /credibilidad se refiere a la credibilidad y confianza que ofrecen los resultados de la investigación, basándose en su capacidad explicativa ante casos negativos y en la consistencia entre los diferentes puntos de vista y perspectivas. Es decir, al isomorfismo que se establece entre los datos recogidos y la realidad. Por otro lado, se tiene la aplicabilidad / transferencia se refiere a la posibilidad de transferir los resultados obtenidos en ese contexto a otros contextos de similares condiciones, bajo una situación de investigación en idénticas condiciones. Asimismo, la consistencia / dependencia se refiere a la posibilidad de replicar el estudio y obtener los mismos hallazgos. Finalmente, la neutralidad / confirmabilidad se refiere a la independencia de los resultados frente a motivaciones, intereses personales o concepciones teóricas del investigador. Es decir, garantía y seguridad de que los resultados no están sesgados (Rodríguez, 2005).

IV. RESULTADOS

4.1. Presentación de procedimientos de análisis de la información

Figura 4.

Estructura de las categorías usadas por fases del protocolo

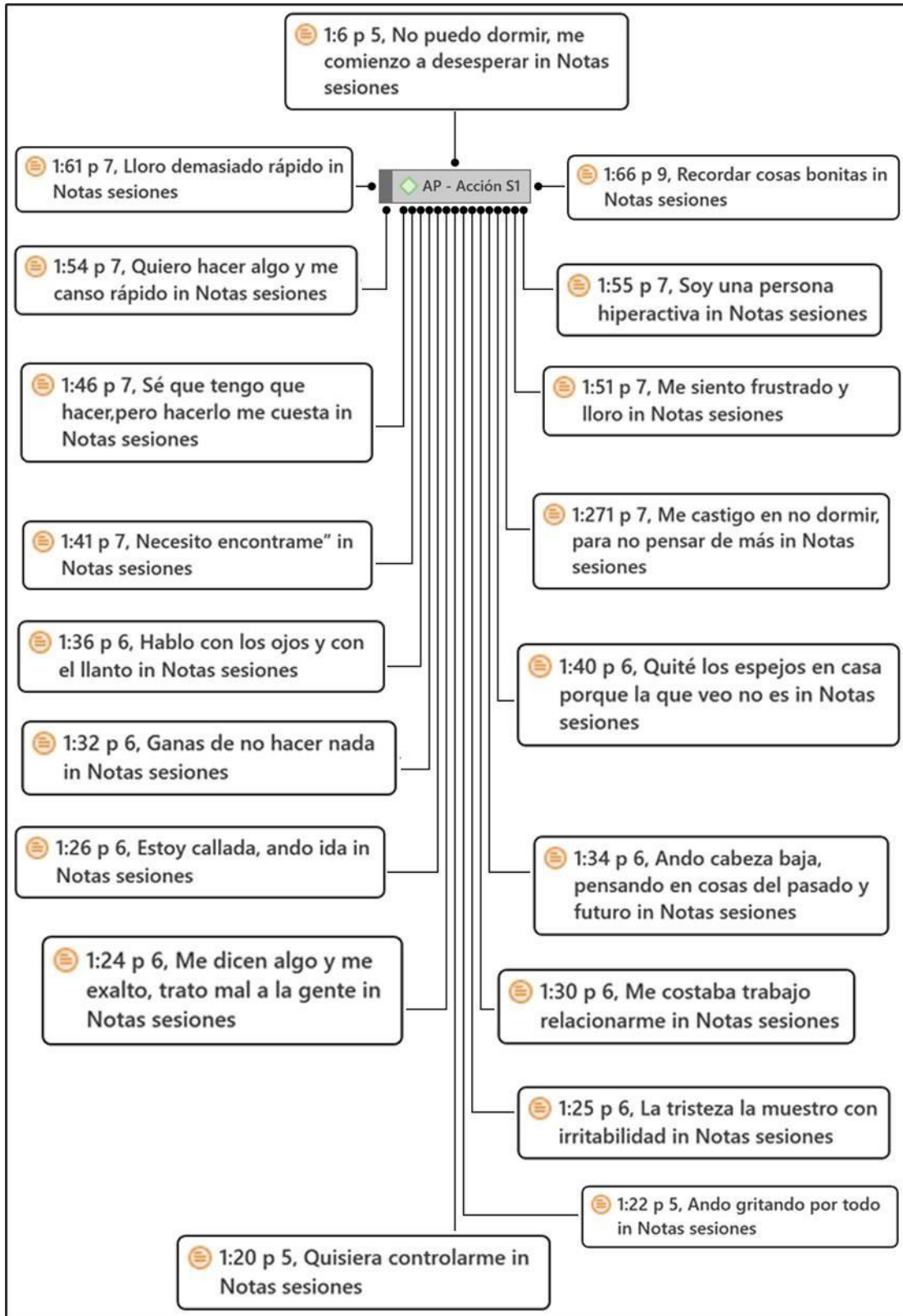


Nota. La figura muestra las categorías apriorísticas de acción y percepción por sesiones, así como las categorías emergentes que surgen del análisis y rigor investigativo, las cuales son: Efectos y avances de las sesiones.

Fuente: Notas tomadas de las sesiones. Elaboración del autor (2022).

Figura 5.

Reportes de sintomatología depresiva a nivel conductual (acción).

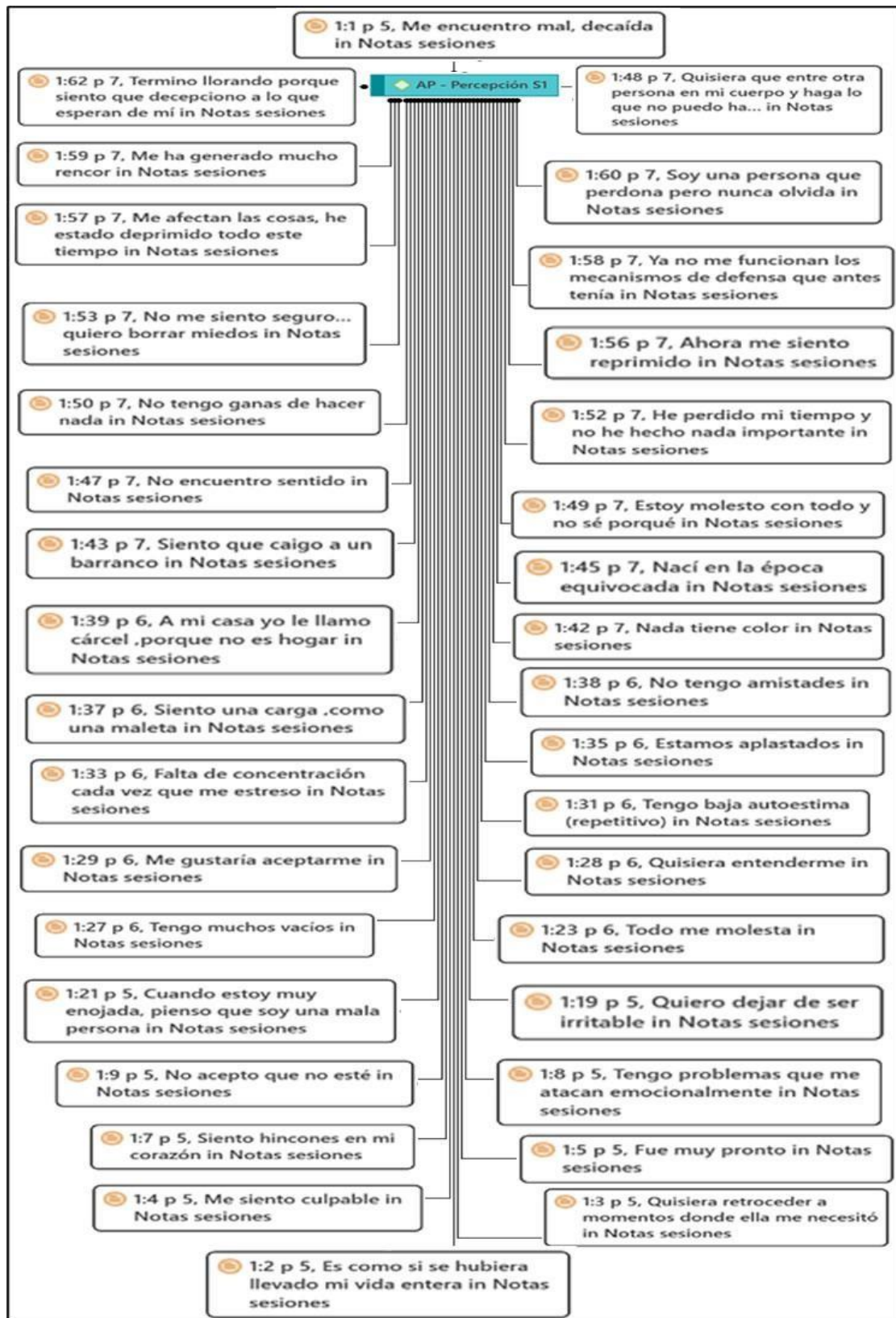


Nota. La figura recoge los reportes iniciales sobre las acciones (infructuosas) que el conjunto de participantes toma para lidiar con la sintomatología depresiva.

Fuente: Notas tomadas de las sesiones. Elaboración del autor. (2022).

Figura 6.

Reportes de sintomatología depresiva a nivel intrapsíquico (percepción).



Nota. La figura recoge los reportes iniciales sobre las percepciones (desadaptativas) que el conjunto de participantes toma para lidiar con la sintomatología depresiva.

Fuente: Notas tomadas de las sesiones. Elaboración del autor. (2022).

Figura 7.

Efectos de la evocación de alucinación negativa hacia alucinación positiva

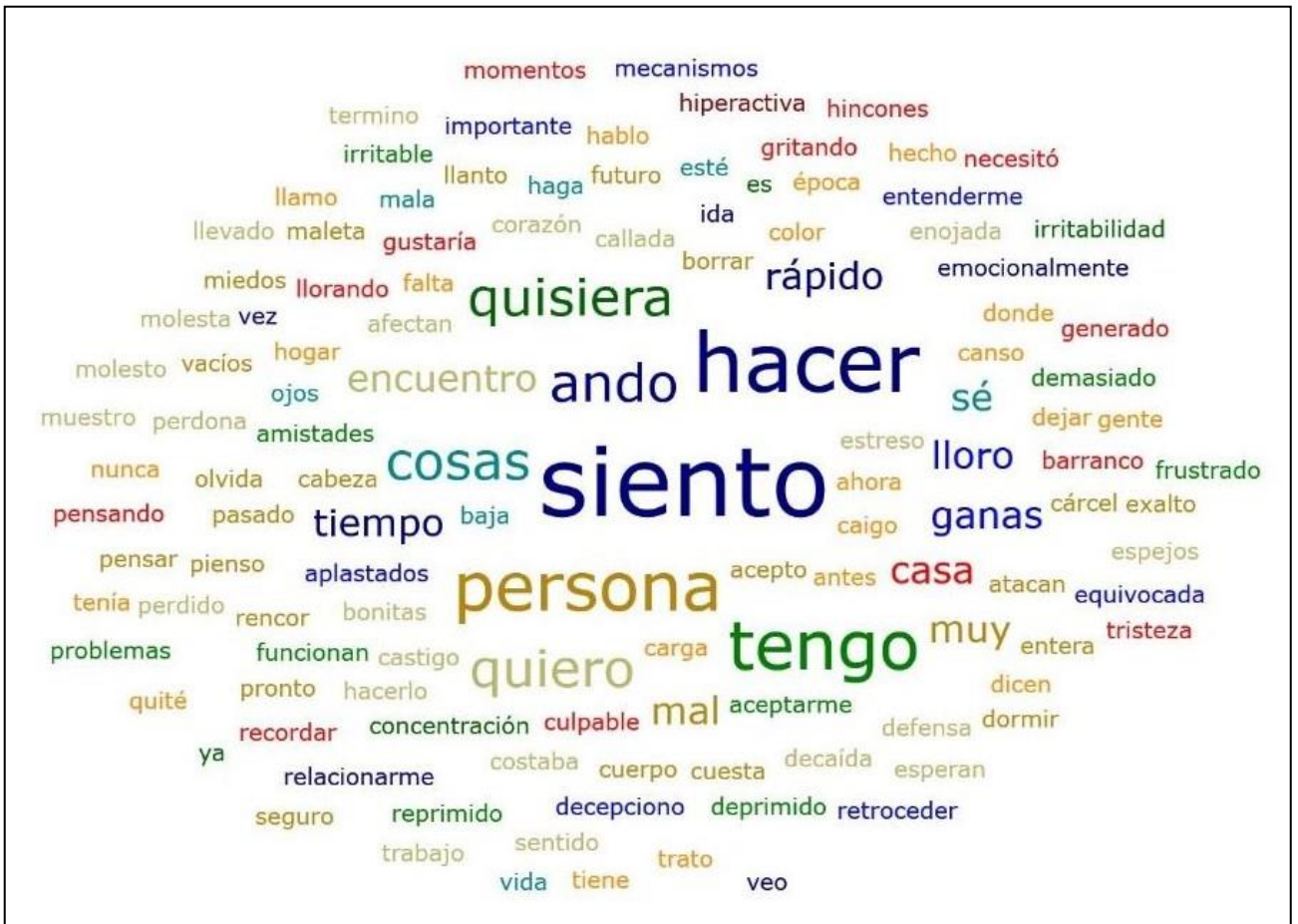


Nota. La figura muestra el conjunto de testimonios luego de llevar a la persona a generar una alucinación positiva como medio de visibilización de esperanza en el futuro.

Fuente: Notas tomadas de las sesiones. Elaboración del autor. (2022).

Figura 8.

Nube de palabras de la primera fase

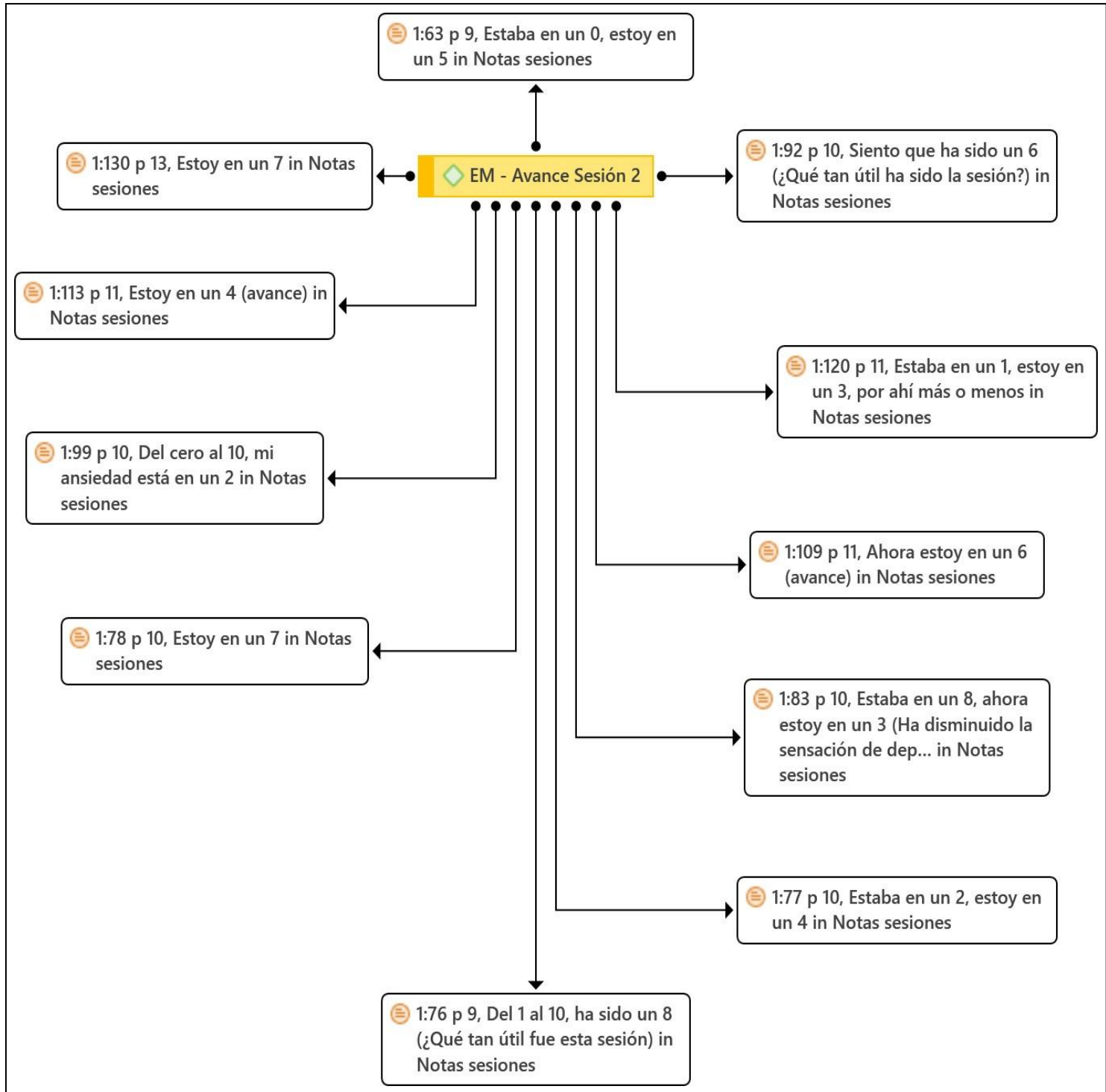


Nota. A nivel subjetivo, se evidencia como las personas refieren la sensación (o términos relacionados a ello) como parte principal de su sintomatología.

Fuente: Notas tomadas de las sesiones. Elaboración del autor. (2022).

Figura 9.

Reporte de los avances en la segunda sesión

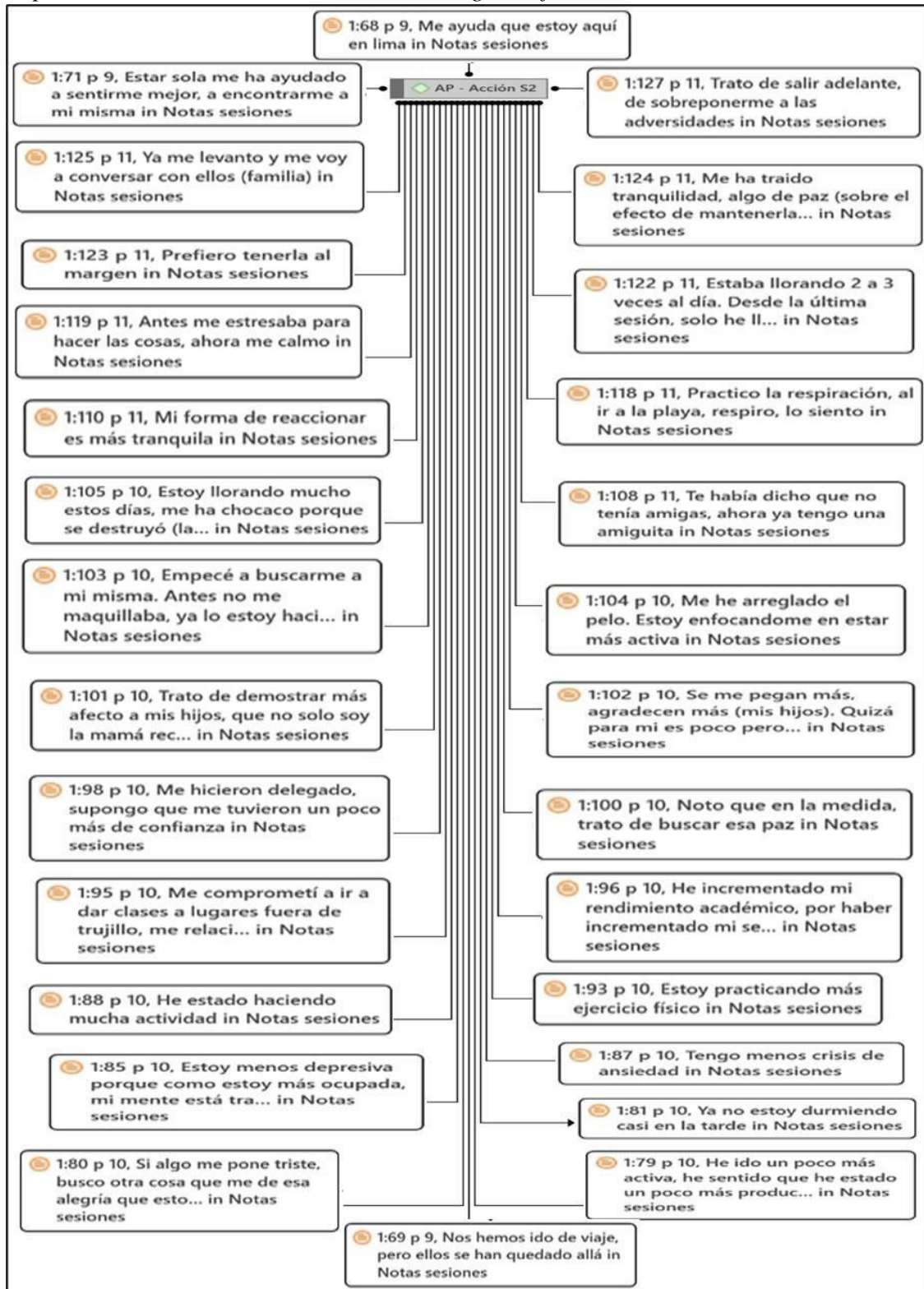


Nota. En la figura se recoge de manera general las transcripciones de las respuestas ante las preguntas de escala realizada en la segunda fase. Asimismo, se utilizó la escala para valorar la utilidad de la sesión.

Fuente: Notas tomadas de las sesiones. Elaboración del autor. (2022).

Figura 10.

Reportes sobre las acciones tomadas a la segunda fase

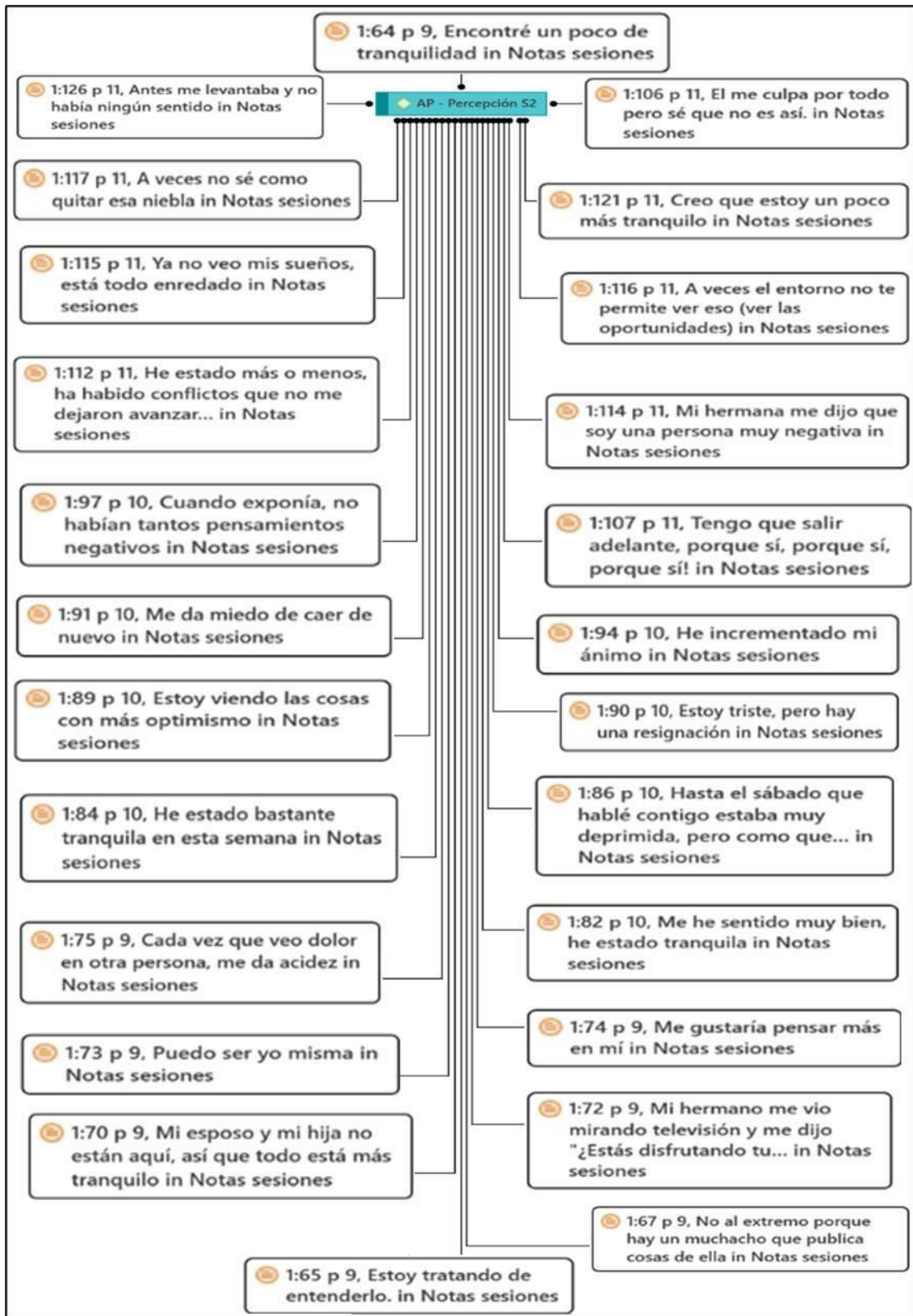


Nota. La figura evidencia los cambios de acciones tomadas por iniciativa de las personas, luego de la evocación del fenómeno hipnótico pertinente en la sesión anterior.

Fuente: Notas tomadas de las sesiones. Elaboración del autor. (2022).

Figura 11.

Reportes sobre la percepción de la realidad en la segunda fase

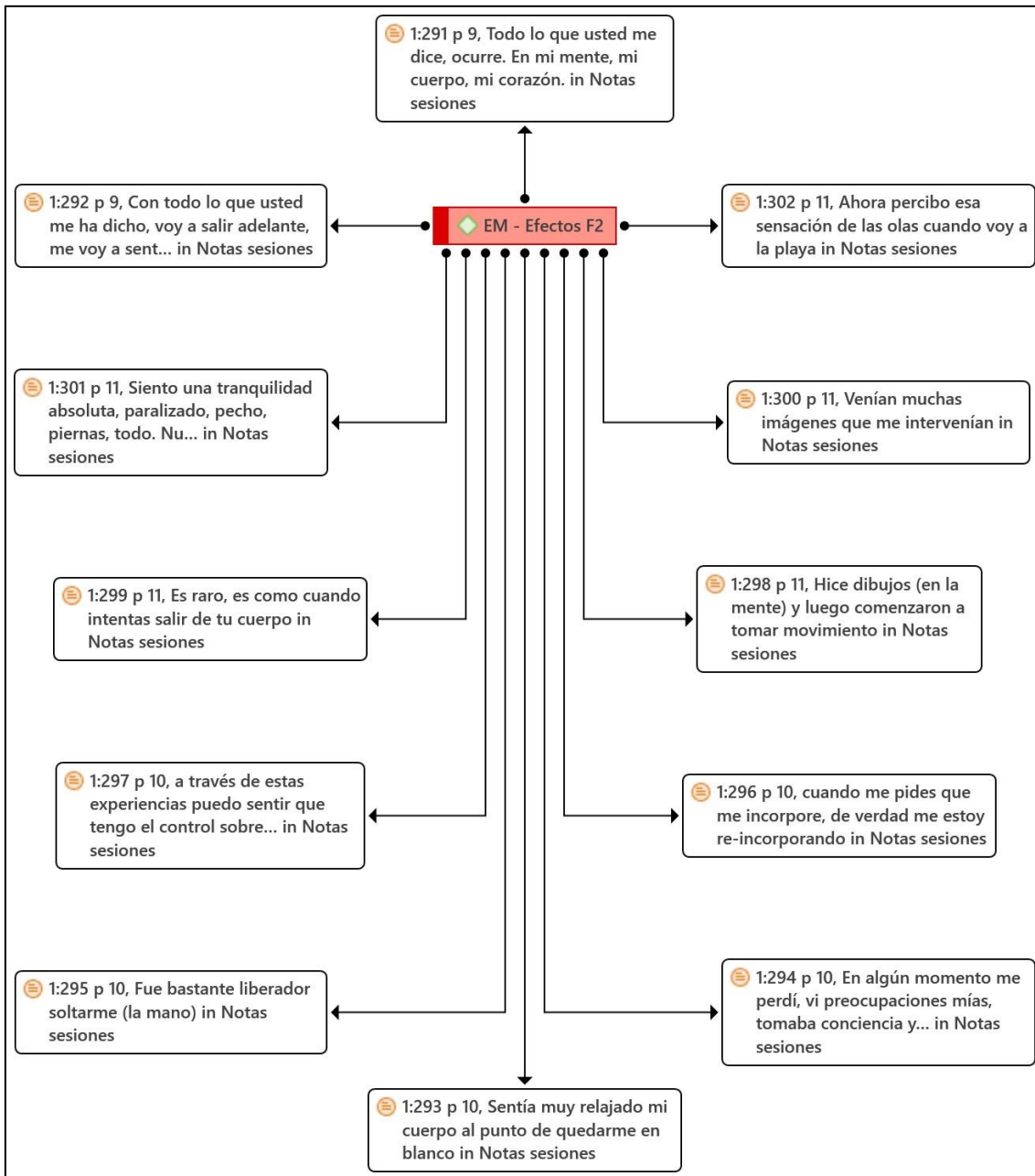


Nota. La figura refleja la realidad percibida (interna y externa) de las personas que participaron en el estudio, luego de la evocación del fenómeno hipnótico pertinente.

Fuente: Notas tomadas de las sesiones. Elaboración del autor. (2022).

Figura 12.

Efectos de la evocación de catalepsia hacia movimiento

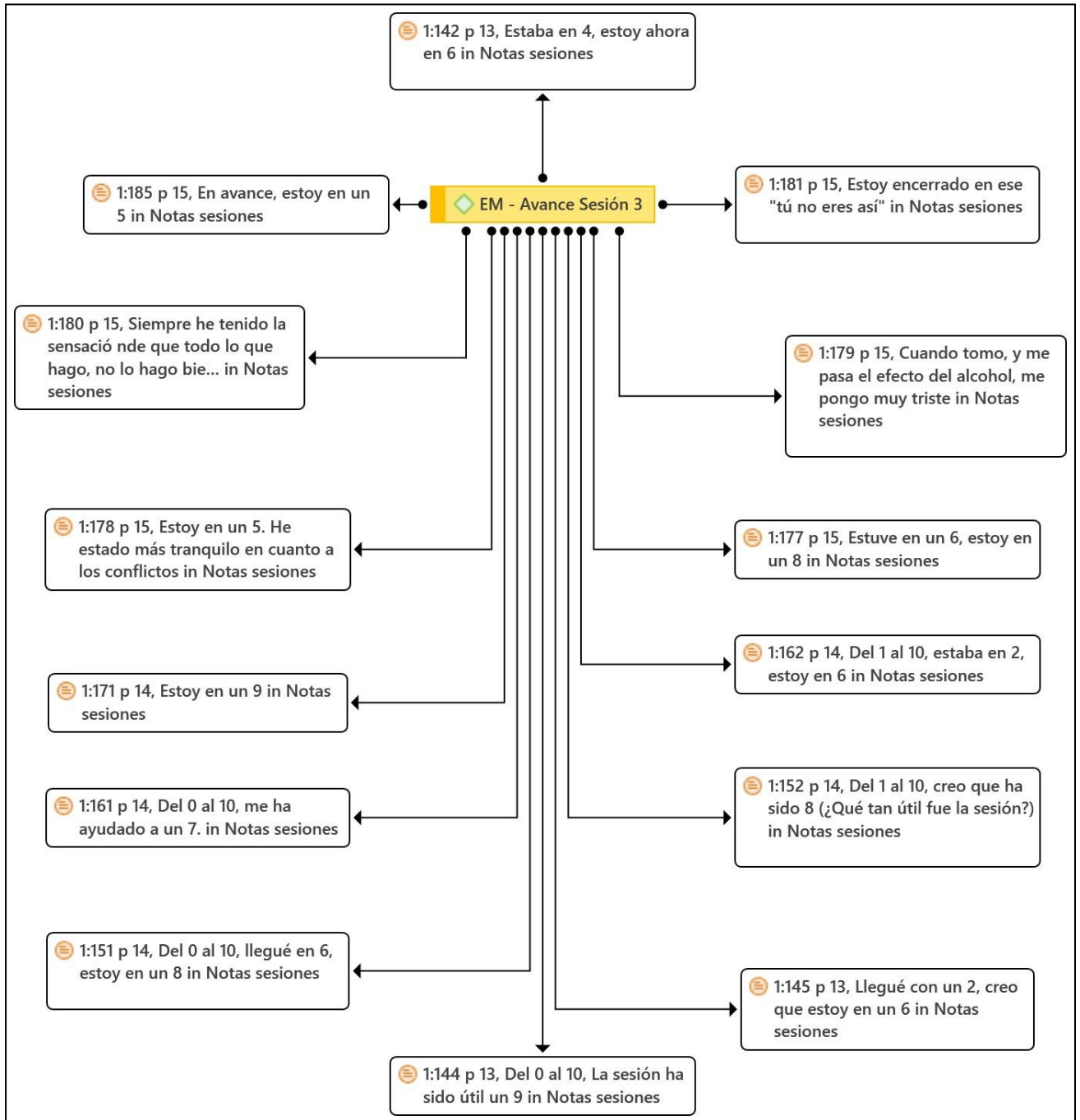


Nota. La figura refleja la realidad percibida (interna y externa) de las personas que participaron en el estudio, luego de romper el estado de catalepsia como forma de acercar a la persona a nuevas acciones.

Fuente: Notas tomadas de las sesiones. Elaboración del autor. (2022).

Figura 14.

Reporte de los avances en la tercera sesión

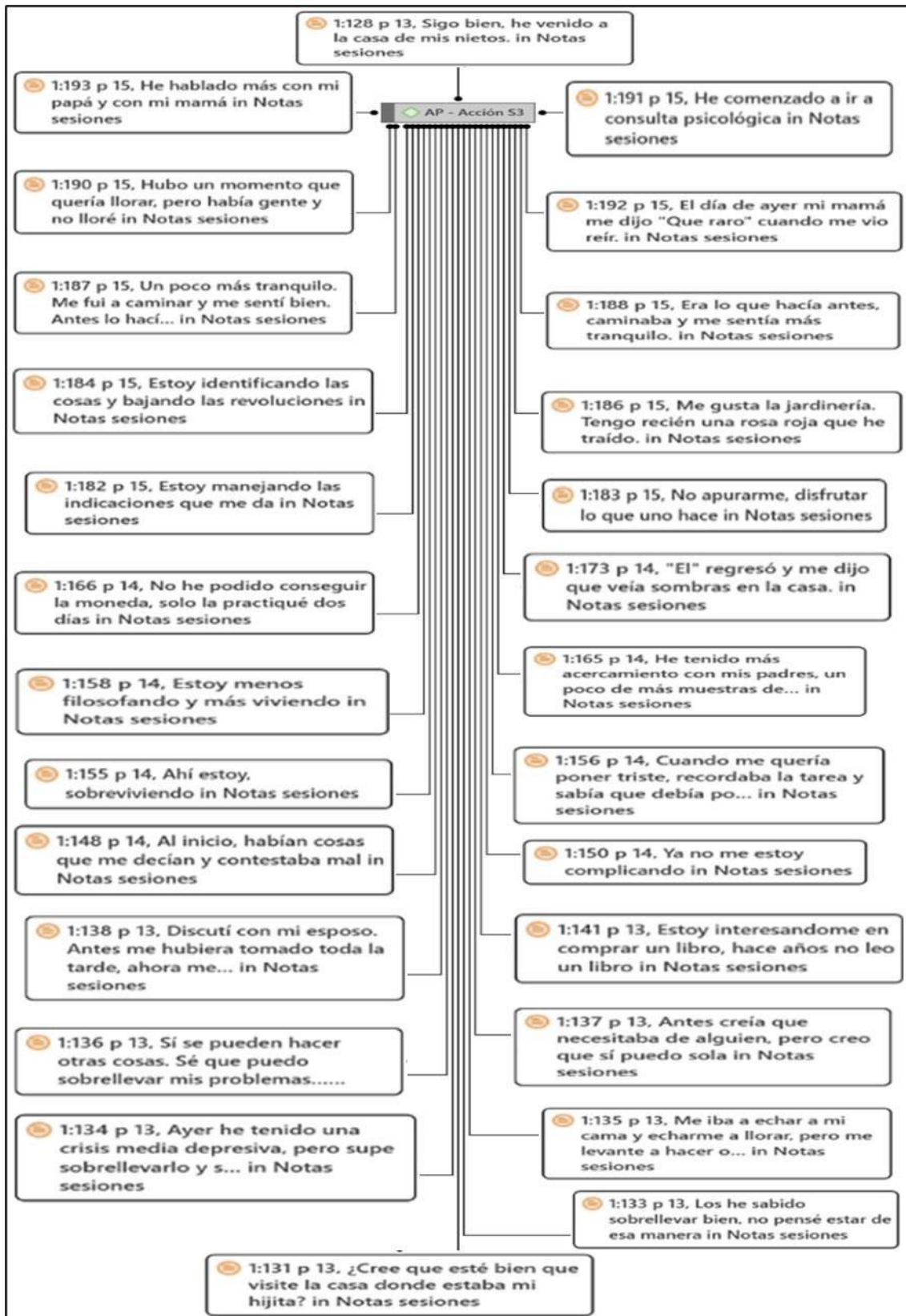


Nota. La figura reporta los avances luego de la última sesión realizada. Las respuestas son en base a la pregunta de escala.

Fuente: Notas tomadas de las sesiones. Elaboración del autor. (2022)

Figura 15.

Reporte sobre las acciones tomadas en la tercera fase

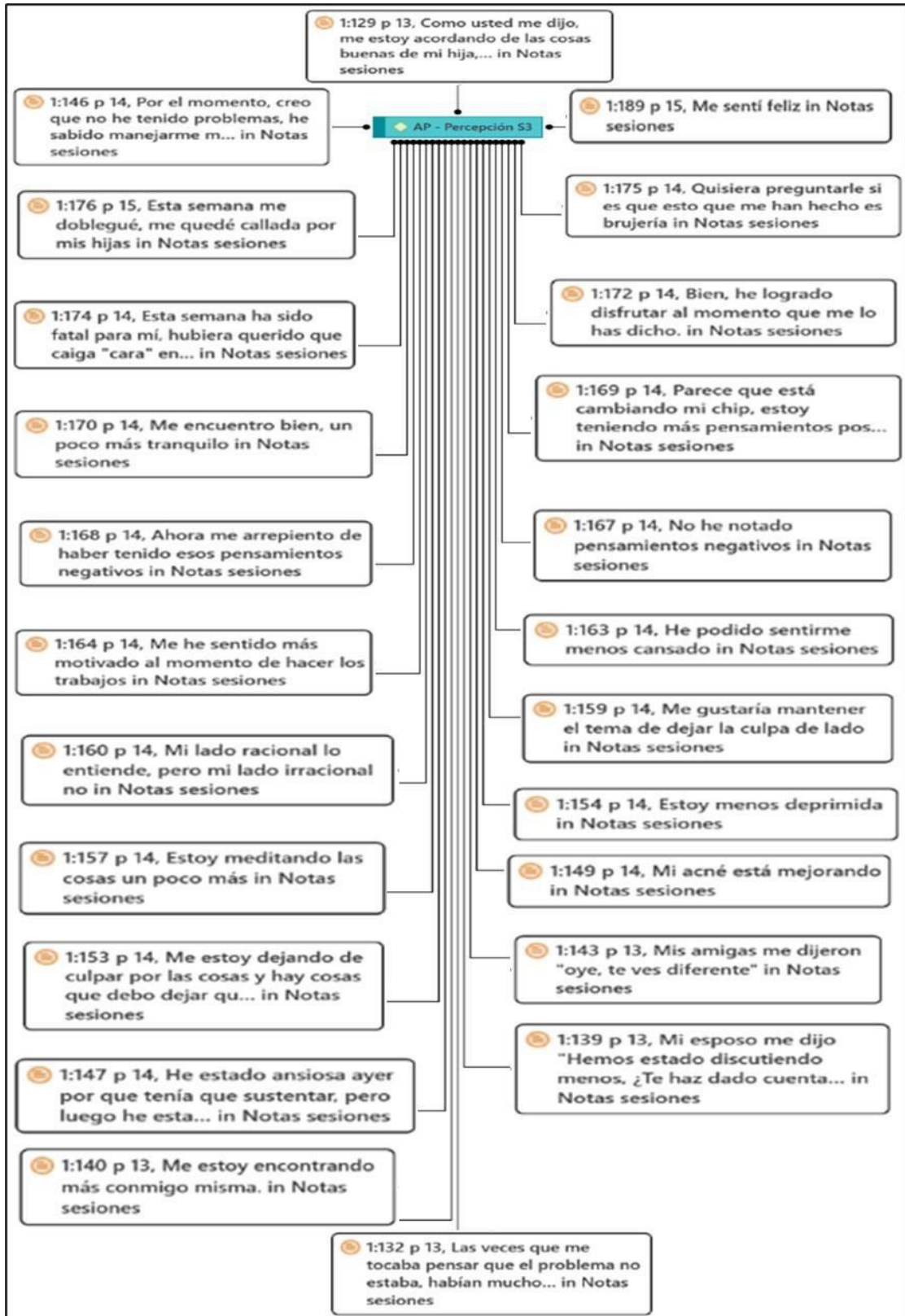


Nota. La figura muestra el curso de las acciones tomadas por la persona en base a la sesión anterior.

Fuente: Notas tomadas de las sesiones. Elaboración del autor. (2022)

Figura 16.

Reportes sobre la percepción de la realidad en la tercera fase

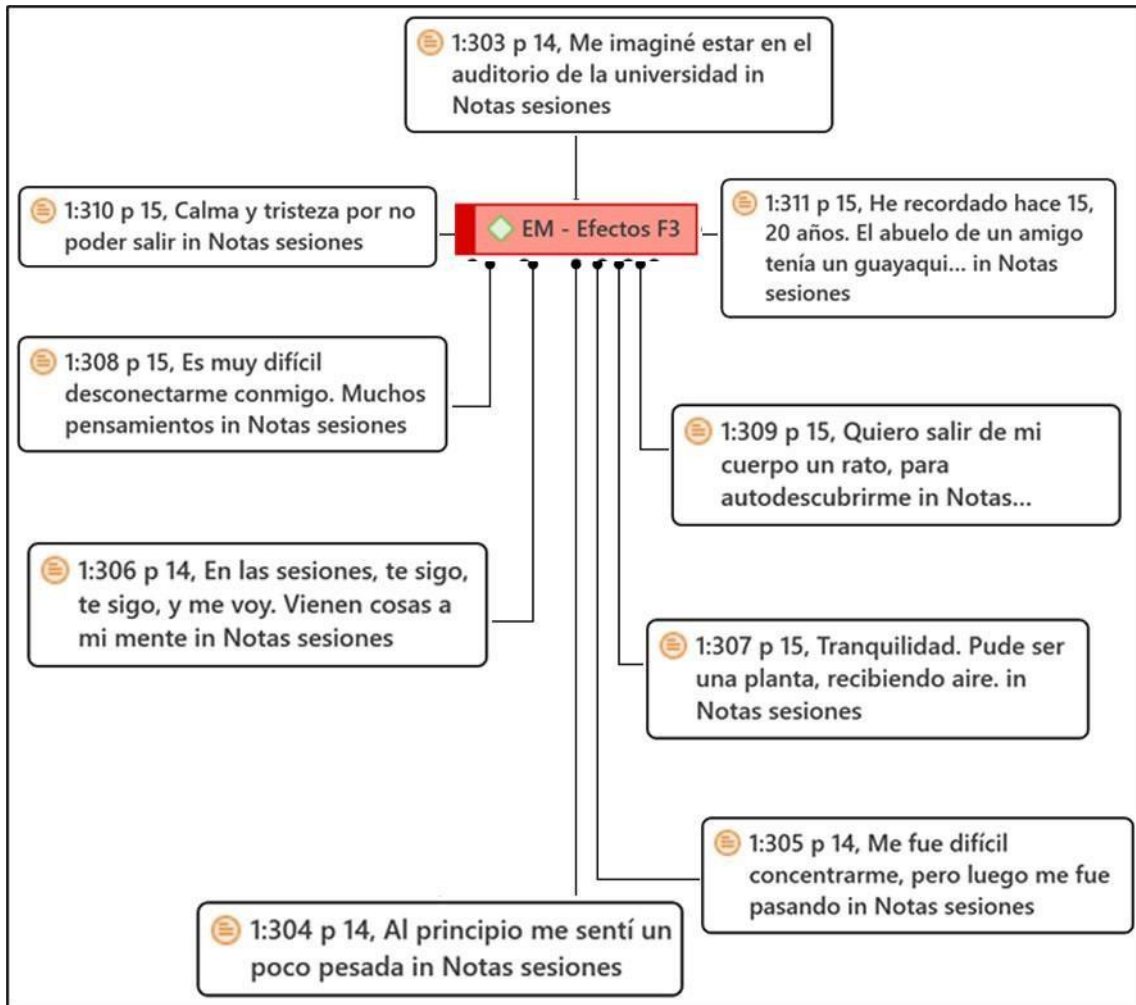


Nota. La figura reporta los testimonios sobre la percepción de las personas como resultado de la sesión anterior.

Fuente: Notas tomadas de las sesiones. Elaboración del autor. (2022)

Figura 17.

Efectos de la evocación de asociación hacia disociación



Nota. La figura recoge los testimonios luego de haber experimentado el fenómeno de la disociación como forma de expandir su marco de referencia.

Fuente: Notas tomadas de las sesiones. Elaboración del autor. (2022).

4.2. Análisis y discusión de procedimientos de análisis de la información

El cuadro de la depresión actualmente representa el 15% de los problemas psicológicos a nivel mundial y el 4,8% a nivel nacional. Es decir, 1 443 513 personas sufren de depresión en el Perú (Organización Panamericana de la Salud, 2017). Por ende, no es un secreto la necesidad de elaborar protocolos cada vez más tecnológicos que permitan un acercamiento paliativo a las necesidades de los individuos, siempre respetando las características propias de cada cultura, haciendo una “terapia cortada a la medida” (Zeig y Robles, 2015). Para empezar en el proceso de construcción de una intervención adecuada y basada en evidencia, tal y como menciona (Echebarúa, Salabería, Corral y Polo, 2010), no se debe apuntar a la cuantificación y nivel significativo directo, sino a la exploración subjetiva de los fenómenos que acontecen. Al respecto de la valoración de lo subjetivo, no se debe olvidar que la aceptación de un nivel subjetivo es la plena aceptación de lo que menciona Popper (1980), que ratifica el criterio de falsabilidad, donde toda propuesta, para ser considerada científica, debe ser capaz de ser refutada, o al menos, siempre abierta a un escrutinio.

Al respecto, el presente estudio propone el primer paso en el escalón hacia el avance de la herramienta de la hipnosis que, a través de miles de años, ha mostrado una capacidad de supervivencia comparable a un microscópico tardígrado (González, 2018), teniendo en cuenta que, como afirma Nardone (2012) en una de sus reestructuraciones: “Dentro de un sistema complejo, si algo existe y persiste en el tiempo, forzosamente debe desempeñar un papel importante para este sistema”. En tal sentido, es de crucial importancia hacer notar que la herramienta de la hipnosis ha sufrido múltiples cambios a lo largo del tiempo. Sin embargo, teniendo en cuenta el rigor científico que se necesita para elaborar un nuevo protocolo, se ha tomado el enfoque Ericksoniano de la hipnosis como base para la creación de este, tomando como punto de partida que el enfoque Ericksoniano propone a la hipnosis como estado alcanzado a nivel experiencial, que incluye cambios en la atención y conciencia, alteración en la intensidad, experiencias de disociación y reacción a las sugerencias entregadas, teniendo en cuenta que todo ello debe estar bajo un contexto definido implícita o explícitamente como hipnosis. El impacto experiencial que produce a nivel terapéutico es entregar el potente y transformador mensaje de que la persona puede alcanzar diferentes estados.

A partir de estas premisas, se ha propuesto un protocolo de 3 fases realizado en 3 sesiones, que apunta a describir los efectos de los fenómenos evocados, lo cual es el objetivo principal del presente estudio. Asimismo, el protocolo también busca marcar una línea subjetiva de avance partiendo de la sintomatología descrita inicialmente, hasta el último encuentro donde se recogen los testimonios de su situación al finalizar el protocolo, permitiendo perfilar qué fenómeno hipnótico es el que genera mayor efecto terapéutico. Como tal, en este protocolo se trabaja con el sistema de polaridades (Geary, 2002). Este sistema parte de uno de los principios Ericksonianos que menciona que el mapa del problema es el mapa de la solución. A modo de resumen, este sistema propone que cada fenómeno hipnótico posee una polaridad a la cual se podría acceder obteniendo resultados terapéuticos. Se debe tener presente que el mecanismo de funcionamiento es totalmente inconsciente, por lo que los fenómenos hipnóticos representan una metáfora del problema, siendo el fenómeno opuesto evocado, la metáfora de la solución. Lo esperable tras evocar ello es que, a nivel inconsciente, la persona logre evocar un camino distinto al problema, rompiendo así los esquemas rígidos que mantienen el síntoma, abriendo paso a comportamientos adaptativos y funcionales.

Dentro de este marco, se realizaron las pesquisas pertinentes, obteniendo en el camino nuevas categorías como se refleja en la figura 4, en donde se hace manifiesta la necesidad categorizar la información procesada. A partir de esto, se crearon tres macrocategorías, pertenecientes a cada fase del protocolo, a saber: fase 1 (o sesión 1), fase 2 (o sesión 2) y fase 3 (o sesión 3). De estas macrocategorías se desprende la categoría apriorística “Percepción”, que busca aproximar la cosmovisión de la persona abordada entorno a su sintomatología. Esto último está en línea con el segundo objetivo específico de la investigación, que busca establecer la sintomatología depresiva más reincidente en la población trabajada. Asimismo, la segunda categoría apriorística es “Acción”, que permite indagar sobre las conductas reflejadas por la sintomatología interna. Es importante recalcar estas categorías tienen su raíz en la concepción del cambio propuesto por la epistemología constructivista radical (Watzlawick, 1994), que a su vez fue denominada sistema “perceptivo-reactivo” por el modelo interaccional (Fisch, Weakland y Segal, 1984; Nardone y Watzlawick, 1992). Dicha concepción, sobre el cual versa también este estudio, explica que los problemas son generados porque la persona se mantiene intentando una solución disfuncional a su problema, ya que percibe una realidad distorsionada, ante lo cual

ejecuta acciones que llevan a confirmar la visión disfuncional del mundo. En el presente estudio, se propone la exploración de ese fenómeno a la sintomatología depresiva, en donde la persona suele percibir el mundo desde una óptica desadaptativa, para -consecuentemente en su lógica- ejercer acciones que paradójicamente, le lleven a enterrarse más en el círculo que puede llegar a patologías severas. Cabe resaltar que los autores que sostienen el postulado del sistema perceptivo-reactivo, mencionan su abordaje como una “hipnoterapia sin trance” (Nardone y Watzlawick, 1992; Nardone, 1997).

Además de las categorías apriorísticas descritas, se consideraron dos categorías emergentes más. La primera es la categoría “Avance”, en la que se reciben todas las mejorías que la persona brinda. Estos relatos son cuantificados de manera completamente subjetiva a través de las llamadas “preguntas de escala”, que fueron propuestas por los enfoques de psicoterapia breve (De Shazer, 1999). Las mismas tienen como fin generar un punto concreto y ratificación del pequeño cambio producido, siempre desde la postura del consultante. Adicionalmente, esta categoría, en cada sesión trabajada, brindará un panorama que permitirá explorar qué fenómenos hipnóticos evocados son los que están generando un efecto mayor en el consultante. Como última categoría emergente está “Efectos”, que el presente estudio consideró pertinente para la exploración sobre el impacto inmediato que se tiene tras la aplicación de los fenómenos hipnóticos evocados en el protocolo. Es de tener en cuenta que los fenómenos evocados pueden ser vividos de distinta manera en el consultante, sin olvidar que pueden emerger algunos otros fenómenos hipnóticos sin que se les haya evocado intencionalmente a través de las sugerencias brindadas. Asimismo, esta categoría se alinea con el objetivo general del presente estudio, que se orienta a describir expresamente los efectos de los fenómenos que se evocaron.

De esta manera, tenemos el primer reporte de las acciones que los consultantes describen en la primera sesión (fase 1). Si se brinda una mirada general, se encontrarán obviamente plasmadas todas las connotaciones negativas de los sucesos que acontecen. Sin embargo, realizando un análisis más detallado, se evidencia que buena parte de las conductas acaecidas se toman como “involuntarias”. Es decir, son situaciones que únicamente pasan sin alguna explicación, concibiendo dichas conductas como un terreno donde la voluntad no ha podido ejercer jurisdicción. Frases como “*Sé que tengo que hacer, pero me cuesta*”, “*Lloro demasiado rápido*”, “*Ganas de no hacer nada*” son las más recalcitrantes. En paralelo, se observa también algunas

conductas que, si bien son ejercidas a voluntad, apuntan a un fin negativo como: *“Me castigo en no dormir, para no pensar de más”*, *“Quitó los espejos en casa porque la que veo no es”*, *“Ando cabeza baja, pensando en cosas del pasado”*. Estas acciones, ya sean voluntarias o -aparentemente- involuntarias, reflejan los intentos infructuosos por solucionar el problema. Sin embargo, en el campo de la fenomenología hipnótica, se percibe la ausencia de esperanza, que es un común denominador en la sintomatología depresiva. En este sentido, se puede considerar que las personas están inmersas en lo que Yapko (1992) denomina un trance sintomático, lo que implica que la persona estaría experimentando algunos fenómenos hipnóticos (obviamente inconscientes) que impiden su funcionamiento adaptativo.

Siguiendo con la primera fase, se recogen las descripciones sobre la percepción de la persona sobre su sintomatología presentada. Continuando con lo mencionado líneas arriba, se refuerza la idea de la percepción desadaptativa de la realidad. Algunas descripciones que reflejan lo propuesto son *“Ya no me funcionan los mecanismos de defensa que antes tenía”*, *“Nada tiene color”*, *“Estamos aplastados”*, *“No acepto que no esté”*, *“Es como si se hubiera llevado mi vida entera”*, *“Tengo baja autoestima”*, *“Todo me molesta”*, *“A mi casa yo le llamo cárcel, porque no es hogar”*, *“tengo muchos vacíos”*. Esta perspectiva del problema tiene el común denominador de evidenciar una fuerte disociación con sus propios recursos, al punto de no percibir que existan algunas habilidades o virtudes que puedan hacer frente a esta situación. Asimismo, también existen descripciones que apuntan a generar una meta como *“Me gustaría aceptarme”*, *“Quiero dejar de ser irritable”*, *“Quisiera que entre otra persona en mi cuerpo y haga lo que no puedo hacer”*, *“No me siento seguro, quiero borrar miedos”*. Dichas descripciones son en apariencia más alentadoras. Sin embargo, existe algo ausente pero implícito en ese discurso, y es que, al tener una meta, se llega a un proceso de psicoterapia porque se siente que no se puede alcanzar dicha meta por sí solo. Lo que implica que “algo hace falta”. Recapitulando, si se toman las acciones descritas en esta fase como un estado de desesperanza, aunado a las numerosas percepciones tomadas como algo faltante, es inevitable considerar que el problema viene siendo un isomorfismo de una alucinación negativa hipnótica, en donde la persona se encuentra en una visión que resta elementos que realmente tiene. Por tanto, tal y como lo menciona Geary (2002), siendo que el problema está representado como una alucinación negativa, el mapa de la solución viene por su fenómeno polarizado, que es la alucinación positiva, que busca agregar elementos (que

sería más bien “visibilizarlos”) con el objetivo que al percibir nuevos recursos, se abran caminos de esperanza en la percepción de la persona, esperando que los efectos sean que las acciones tomadas sean diferentes y vuelquen a la persona hacia un camino más adaptativo.

Por otro lado, las figuras 5 y 6 permiten esbozar qué sintomatología es la más reincidente en la población, siendo ello uno de los objetivos específicos del presente estudio. Además, es menester recordar que las personas que participaron llenaron una encuesta breve, que permitió realizar un filtro básico sobre su sintomatología, basados en el manual de diagnósticos y desórdenes psiquiátricos DSM V, el cual recomienda atender a 4 señales que pueden revelar un estado depresivo, las cuales son la pérdida de placer, tristeza, sensación de vacío e irritabilidad. Por otra parte, al ser este estudio de corte cualitativo, se concede la importancia a la descripción fenomenológica del estado que manifiesta el participante, por lo que, partiendo de la descripción en las figuras mencionadas, es la irritabilidad el síntoma más recurrente en las descripciones, siendo, por otro lado, la sensación de vacío, el síntoma con menor reincidencia en la población estudiada. Al respecto, es importante afirmar que este estudio no pretende realizar una generalización de los síntomas de la población estudiada, ya que su objetivo principal es describir los efectos de la evocación de los fenómenos hipnóticos en personas que muestran dicha sintomatología.

Por tanto, orientándose hacia ese fin, se recogen las primeras descripciones de los efectos de la aplicación del protocolo. Como se evidencia en la figura 7, las personas mencionan descripciones totalmente variopintas. Teniendo en cuenta que el objetivo de esta fase fue evocar el fenómeno de alucinación positiva, se encuentran testimonios referidos a la experiencia en sí como “*Fue diferente la experiencia*”, “*Hipnosis nunca había experimentado*”, “*Me pareció bonito e interesante*”. Dichas descripciones son usuales cuando la persona logra tener su primer encuentro con el trance hipnótico. Al respecto, es importante considerar que el mero hecho de hacer evocar un trance (sin trabajar nada dentro del mismo) puede generar ya un efecto terapéutico. Esto estaría basado en el potente mensaje que enviaría la hipnosis, de acuerdo con Zeig (2018), la persona puede descubrir que efectivamente es capaz de cambiar de un estado a otro, lo cual podría favorecer su flexibilidad en el sistema rígido perceptivo-reactivo que se mencionó en un principio. Sin embargo, el objetivo del estudio fue más allá, teniendo como objetivo evocar elementos (o visibilizarlos) para que fueran percibidos, creando nuevos caminos para el cambio. Al respecto, se han obtenido descripciones como “Lo

sentía en mis pies, hasta las pantorrillas (la energía)”, “*Me he ido a un bosque lejos de aquí*”, “*Tenía los hombros pesados y de repente se bajaron así*”, “*Sentía en mis manos como una electricidad*”, “*Me latían las yemas de los dedos*”, “*Sentía que alguien me sobaba la cabeza, estaba a punto de tumbarme*”, “*He visto árboles, de mi anterior trabajo*”, “*Me gustó porque estaban saliendo los dibujos*”. Todas estas descripciones, además de ser alentadoras, encierran el común denominador de percibir algo que no se percibe usualmente. Es menester recordar que el fin de la evocación de este fenómeno es enviar el mensaje inconsciente de que existen recursos que se pueden empezar a percibir, con el fin que la mente inconsciente logre despertar nuevas virtudes olvidadas o habilidades dejadas atrás por el discurrir del tiempo (Erickson y Rossi, 2013).

Para finalizar el análisis cualitativo de la primera fase, se creyó conveniente realizar una nube de palabras (Figura 8). La importancia de esta versa sobre la necesidad de mantener un panorama completo, lo cual sería en este caso una suerte de *screener lingüístico* que, si bien no hace implícito ningún tipo de interpretación, es en sí misma un espectro que permite notar que palabras han sido las más reincidentes, persiguiendo también el objetivo de saber que fenómeno hipnótico genera mayor efecto terapéutico en la sintomatología de la población. De esta manera, al comparar las nubes de las distintas fases, se podrá generar una incipiente inferencia sobre los avances que, ayudados con la recolección de las categorías, ofrecerán un estudio más profundo del impacto de los fenómenos hipnóticos. Partiendo de este hecho, se evidencia que la primera nube nos muestra la palabra “*siento*” como la más reincidente entre todas las demás. Alrededor de esta, se efigien palabras como “*Hacer*”, “*Persona*”, “*Cosas*”, “*Ando*”, “*Tengo*”. Nuevamente, sin ánimo de realizar un análisis complejo, se puede apreciar que estas palabras tienen un aura común. En primera instancia, se puede observar que vienen siendo en primera persona, refiriéndose a sí mismos, posiblemente por la descripción de su síntoma. Particularmente, esto se muestra muy acorde a las características típicas que propone Zeig (2014), en donde para que la persona construya esta sintomatología, es necesario que su atención esté enfocada en lo interno, hacia las cosas que experimenta y a fenómenos intrapsíquicos que perjudican su bienestar. A eso se suma que, si se realiza una visión periférica, se aprecia como las palabras del rededor, toman en su mayoría un sentido negativo. Tomando esto como último punto, se procede a analizar la segunda fase en todas sus categorías.

Esta fase y la posterior comienzan por las preguntas de escala y los mínimos cambios ocurridos, lo que nos brindaría una pista sobre el impacto obtenido de la evocación del efecto a largo plazo, lo cual es uno de los objetivos de este reporte. A nivel epistemológico, es importante sustentar estas preguntas, ya que actúan sobre lo que Wittgenstein (1975) llamaría los “juegos de lenguaje”. De acuerdo a lo planteado por el autor, en estos juegos lingüísticos se recrean las realidades, por lo que no es sorprendente que una de las máximas citadas de él sea que “Los límites del lenguaje son los límites de mi mundo” (Wittgenstein,1975). Subiendo un poco el piso epistemológico, las psicoterapias posmodernas afirman que las preguntas no son algo que indaga solamente, si no que a su vez construye. Es por esto que las preguntas no mantienen una aparente neutralidad, aunque en palabras de Watzlawick, Beavin y Jackson (1995), todo lenguaje siempre es tendencioso. En este punto, las preguntas se orientan abiertamente a mostrar el interés por los pequeños cambios ocurridos, con el fin de hablar sobre ellos y ampliar sobre la importancia de estos en la vida de la persona. De acuerdo a lo que menciona De Shazer (1985), mientras más se hablen sobre los pequeños cambios, más se construirán en la mente del consultante, por lo que no tardarán en hacerse realidad. Como se puede observar, este es un tipo de lenguaje sugestivo, por lo que Nardone (1997) en algún momento denominó a este tipo de terapias como “Terapias hipnóticas” o “Hipnoterapia sin trance”, ya que el mero acto de generar diálogos que van andamiando a la persona hacia la construcción de una realidad alterna – y deseada – es como brindar un espacio de hipnosis, obviando por un momento el ritual de poner a la persona acostada con los ojos cerrados.

Por otra parte, con respecto a las escalas, se toma este punto como un aspecto importante no por considerarlo objetivo, ya que es abiertamente una perspectiva propia del avance de la persona. Estas preguntas de escala, nuevamente, no tienen solo el fin de indagar sobre la situación actual, si no sobre el hecho de concretizar los cambios del consultante, las mismas que se pueden usar para crear nuevas metas y acercar a la persona al objetivo principal en psicoterapia (Beyebach, 1999; Beyebach y Herrero, 2010). Como se puede observar en la figura 9, todas las escalas se tomaron como una percepción de avance genuino de las personas. Es importante mencionar que los testimonios que refieren un aparente retroceso, en realidad son por que la persona ha tomado la pregunta de escala de manera inversa, convirtiéndola en lo que Wolpe (1998) llamaría una Escala subjetiva de Distrés. En este tipo de escalas, se evalúa del 0 al 10, siendo 10 la mayor intensidad del síntoma, y siendo cero todo lo contrario.

Esto se ve reflejado en testimonios como: *“Del cero al 10, mi ansiedad está en un 2”*, *“Estaba en un 8, ahora estoy en un 3 (Ha disminuido la sensación de depresión)”*. Estas descripciones quedarán confirmadas cuando se discutan las categorías de percepción y acción en esta segunda fase. Adicionalmente, se creyó conveniente preguntar sobre la utilidad de la sesión para el consultante, con el fin de ratificar el trabajo del terapeuta, o bien obtener un feedback sobre lo que se desearía modificar para que la terapia fuera más efectiva. Todo esto tiene un sustento epistemológico que viene siendo construido hace más de 30 años por De Shazer (1985), siendo también validado científicamente a través de múltiples evidencias (George, Iveson y Ratner, 1990; Macdonald, 2005; Shennan, 2003; Milner y Jessop, 2003) que confirman la eficacia de confiar en el relato de los avances de las personas. Por todo esto, se puede ver reflejado los avances que ocurrieron al llegar esta segunda fase. Esto se ve reflejado en testimonios, como: *“Estaba en un 0, estoy en un 5”*, *“Estaba en un 1, estoy en un tres, por ahí más o menos”*, *“estaba en un 2, estoy en un 4”*. A manera concluyente en este acápite, si se tuviese que brindar algún dato numérico final, podría decirse que las personas, en una escala del 0 al 10 en su problema, han alcanzado a estar en un 5, lo que puede generar un panorama sobre el efecto de la primera polaridad alucinación negativa – alucinación positiva. Es importante recalcar ello, ya que nos permitirá obtener un bosquejo sobre la polaridad que generó mayor impacto, junto a las descripciones sobre los efectos generados en la misma sesión. A partir de aquí, se procede a evaluar los efectos en las categorías establecidas.

Al indagar sobre las acciones que han tenido lugar luego de la fase anterior, la figura 10 muestra testimonios como: *“Ya me levanto y voy a conversar con ellos”*, *“Antes me estresaba para hacer las cosas, ahora me calmo”*, *“Mi forma de reaccionar es más tranquila”*, *“Empecé a buscarme a mi misma”*, *“Trato de demostrar más afecto a mis hijos”*, *“Me comprometí a ir a dar clases a lugares fuera de Trujillo”*, *“He estado haciendo mucha actividad”*, *“Si algo me pone triste, busca otra cosa que me de alegría”*, *“Noto que en la medida, trato de buscar esa paz”*, *“Me he arreglado el pelo”*, *“Trato de salir adelante, de sobreponerme a las adversidades”*. Todos estos testimonios, si se leen en conjunto, tienen el común denominador de haber iniciado un cambio partiendo de su propia voluntad, con el fin de hacer algo diferente al problema. Se creyó conveniente mencionar ellos, para hacer el contraste con otros testimonios que si bien representan un cambio a nivel de acción, se percibe la forma pasiva de expresión lingüística, en donde se atribuye al contexto lo que han realizado. Estos

testimonios son: *“Estar sola me ha ayudado a sentirme mejor”*, *“Me hicieron delegado, supongo que me tuvieron un poco más de confianza”*, *“Estoy menos depresivo porque como estoy más ocupada...”*, *“Mis hijos se me pegan más, me agradecen más”*, *“Me ha traído tranquilidad, algo de paz”*. Todas estas descripciones, como se mencionan líneas arriba, generan la inevitable sensación de que los cambios no son producto de cosas que hayan hecho por iniciativa, si no que estuvieron en el momento adecuado y que, por causas ajenas a ellos, existe este cambio. Si bien estos avances son positivos para la persona, la tarea del psicoterapeuta estriba en atribuir el control de los cambios (De Shazer, 1999), con el fin de notar cuales son las cosas que le van funcionando, y tener un cambio realmente experiencial (Zeig, 2018), notando que ha sido capaz de realizar cosas distintas. Al contrapuntear con preguntas que se enfoquen en atribuir el control de estos cambios, se realiza indirectamente un trabajo experiencial en la autoestima del sujeto, ya que empieza a percibirse como capaz de conquistar obstáculos, lo cual inevitablemente elevará su estima personal (Nardone, 1997). Sin embargo, es menester recordar que la sesión anterior se trabajó con el objetivo de que la persona empiece a percibir luces de esperanza ante las situaciones que se presentaban con incontrolables. Por tanto, el hecho de que las personas mencionen sus cambios como un producto del cambio de contexto arroja resultados sobre los efectos inconscientes que se tuvo al evocar la alucinación positiva como fenómeno hipnótico terapéutico en la persona.

Debido a eso es que en esta fase corresponde centrar el avance en las nuevas percepciones que la persona empieza a vislumbrar. En ese orden, la figura 11 plasma las descripciones correspondientes a la percepción de la realidad en la segunda fase. Como se puede apreciar, existen descripciones muy coincidentes a una alucinación hipnótica positiva, como: *“Antes me levantaba y no había ningún sentido. Ahora lo hay”*, *“Cuando exponía, no había tantos pensamientos negativos”*, *“Estoy viendo las cosas con más optimismo”*, *“Me he sentido muy bien, he estado tranquila”*, *“Estoy triste pero hay una resignación”*, *“He incrementado mi ánimo”*, *“Mi hermana me dijo que soy una persona muy negativa”*, *“A veces el entorno no me permite ver eso (las oportunidades)”*, *“el me culpa por todo pero sé que no es así”*, *“Encontré un poco de tranquilidad”*. En todas estas descripciones, se puede percibir como en la mayoría de los casos, existen referencias visuales en los avances, mencionando que han “encontrado”, o que antes *“No había”*, o *“No me permite ver”*, *“No había tantos...”*. Todas estas palabras tienen acepciones visuales. Adicionalmente, las demás tienen

fuerzas acepciones kinestésicas como “*sentido*” o “*Incrementado*”. Estas palabras hacen notar una fenomenología que coincide con las sugerencias entregadas en la primera fase, en donde se proponía partir del fenómeno de alucinación negativa, tomando en cuenta que las personas con esta sintomatología no logran percibir lo positivo en la vida, a una alucinación positiva, para que incrementen en ellos la capacidad perceptiva y pueda haber un fenómeno de “darse cuenta” (Muñoz, 2016) de las cosas que acontecen en su realidad. Este fenómeno de “darse cuenta”, puede ser comparado por el efecto “ajá” del que habla Rossi (1973) en su enfoque de la genómica psicosocial, en donde a través de diversas técnicas de trance, se lleva a que la persona pueda percibir esa epifanía que le hace experimentar nuevos cambios en sí mismo a nivel corporal. Por otro lado, si se sigue la línea del enfoque Ericksoniano, Zeig (2015) menciona uno de los grandes principios en este enfoque, que es: “cree los puntos, no los conecte”. Esto último hace referencia a que el terapeuta brinda las pistas necesarias para que el consultante una los puntos (sugerencias) insinuadas a nivel inconsciente y pueda lograr una “auto-realización” experiencial, generando por sí mismo un cambio de estado, que implicaría evidentemente la disminución de la sintomatología depresiva.

Es importante observar que, en las descripciones de los enfoques mencionados, se obtiene un factor común y preponderante, que es confiar en los recursos inconscientes de la persona para que pueda alcanzar el cambio. En este punto resalta lo que Nardone y Portelli (2005) mencionan como “Conocer a través del cambio”. Esto cobra cierta relevancia al poder analizar algunas otras descripciones no tan afortunadas en la figura 11, que describen su situación como “*A veces no sé cómo quitar esa niebla*”, “*Ya no veo mis sueños*”, “*Cada vez que veo dolor en otra persona, me da acidez*”, “*A veces el entorno no te permite ver eso (las oportunidades)*”. Ahora, si bien las descripciones hacen notar un estado desadaptativo en las personas, puede verse reflejado también un factor común con las descripciones del párrafo anterior, ya que todas estas mantienen acepciones visuales. Ello haría sospechar que la concepción del problema ha cambiado a raíz de los fenómenos hipnóticos evocados. Por otra parte, es importante mencionar que ninguna de las personas que describen esto, al realizar las preguntas de escala, mencionan que están “peor” de cómo llegaron, por lo que se descarta un eventual “empeoramiento” a raíz de los fenómenos evocados. Lo que sí puede haber ocurrido es el fenómeno del insight, en donde las personas empiezan a ser conscientes de las cosas que les impiden avanzar. Tomando en cuenta el atasco que representa visualizar,

se hizo prudente avanzar hacia la segunda fase, en donde precisamente se trabaja con la polaridad “Catalepsia - movimiento”, lo que implica romper el estado de catalepsia, con el fin de acercar a la persona a nuevas acciones.

En base a lo descrito anteriormente, se puso en marcha la evocación de los fenómenos hipnóticos a trabajar en esta fase 2. La figura 12, por tanto, muestra los efectos inmediatos a partir de la experiencia del trance. En tal sentido, existen descripciones que pueden ratificar lo mencionado en el párrafo anterior sobre el probable insight de la situación, que menciona que “En algún momento me perdí, vi preocupaciones mías, tomaba conciencia...”. Es menester recalcar que, de los testimonios recogidos en este mapa, solo la anterior descripción es la que menciona algo relacionado al problema. Por lo demás, las descripciones mencionan cosas como: “*Con todo lo que usted me ha dicho, voy a salir adelante*”, “*Es raro, es como cuando intentas salir de tu cuerpo*”, “*A partir de estas experiencias puedo sentir que tengo el control sobre el problema*”, “*Fue bastante liberador soltarme (la mano)*”, “*Cuando me pides que me incorpore, de verdad me estoy re-incorporando*”, “*Hice dibujos en la mente, y luego comenzaron a tomar movimiento*”. Todos estos testimonios reflejan perfectamente un quiebre en el estado de atascamiento en el problema. Como lo mencionan White y Epston (1980), en este punto empezado a cambiar la relación de la persona con el problema, dejando entrever nuevas posibilidades de maniobra o simplemente generando un estado de empoderamiento para realizar nuevas acciones. Es importante hacer mención que el nuevo estado generado no es producto de una motivación externa por parte del terapeuta, ya que podría confundirse las respuestas de las personas como producto de un incentivo constante del clínico a cambiar el estado. La motivación, como estado volátil por definición (Chóliz, 2004), solo implica las ganas de resolver las cosas, que es la actitud de toda persona cuando decide iniciar psicoterapia. Esto es algo particularmente relacionado con la hipnosis clásica, en donde personajes como Freud (1886), ordenaban directa y autoritariamente a que la persona pueda eliminar el síntoma. Se ha demostrado, obviamente, que este tipo de órdenes puede tener un efecto motivador, pero a la vez fugaz, así como también notar que no todas las personas desean recibir órdenes sin activar las defensas psíquicas naturales que mantienen a la persona en un estado adaptativo. Al hablar de esto último, no es necesario entrar en concepciones analíticas, ya que se puede observar cómo incluso fisiológicamente existe la corteza pre-frontal, que es también llamada el “freno social” (Sánchez y

Román, 2004), cuya función es precisamente evitar que la persona cometa actos que estén fuera de los parámetros “normales” de comportamiento.

La diferencia con el enfoque Ericksoniano de la hipnosis, reside en que la persona no es un receptáculo de sugerencias, si no que al estar inmerso en un estado de trance, se encuentra mucho más activo mentalmente (Rossi, 1973), generando un despliegue de sus propios recursos para conectar los puntos entregados por el clínico. Es por ello que las sugerencias terapéuticas entregadas no se realizan como una orden, si no como diversos tipos de “invitaciones” que la persona toma voluntariamente para realizar una transformación de su problema. Como se puede apreciar, se deja atrás la imagen pasiva de la persona, a considerarla como un agente activo de cambio incluso cuando se encuentra en trance.

En base a todo esto, la figura 13 muestra un panorama interesante respecto a las palabras que han sido repetidas en la segunda fase. En este punto, se puede observar la palabra “ya” como eje central, la cual puede tener múltiples acepciones dependiendo del contexto donde se encuentre. Teniendo en cuenta que lo trabajado en este punto es mover a la persona hacia los resultados, es esperable que aparezcan palabras de transición respecto a las esperanzas que se tienen para poder avanzar en su proceso. Por otra parte, las palabras que rodean a ella son palabras como “estoy”, “misma”, “antes”, “menos”, “muy”, “cosas”, “incrementando”, “sentido”. La relevancia de estas palabras cobra sentido cuando se remite a la teoría del cambio como efecto de la herramienta hipnótica. Erickson (2013) menciona que la hipnosis es una amalgama de elementos que se combinan como resultado de la interacción terapeuta-paciente con el fin de evocar un estado diferente. Sin embargo, como lo menciona el autor, se considera que la hipnosis como técnica, permite a la persona alcanzar un estado “neutral”, desde donde es mucho más fácil alcanzar los estados deseados, como felicidad, alegría, entre otros. En ese orden, Zeig y Robles (2015) hace mención de la metáfora de la palanca de cambios en el automóvil, en donde el “auto” del paciente puede haberse estado moviendo en reversa y, que, si se quiere cambiar de dirección para pasar a un cambio a primera velocidad, necesariamente se pasa por la palanca en neutro. La hipnosis como estado, permite al paciente este estado neutro, para luego acercarse a la meta deseada. Por ende, cobra un relevante sentido que la nube de palabras mostrada en la figura 13, refleje un estado de transición de los consultantes, además de mostrarnos una segunda pista sobre los efectos terapéuticos que tuvieron lugar en el paciente. Esto último, al ser parte de uno de los objetivos específicos de

esta investigación, se contrasta con la nube de palabras en la fase 3 que tiene lugar líneas abajo.

Siguiendo con el avance del protocolo aplicado, se avanza hacia la tercera sesión (fase 3), en donde la figura 14 muestra los reportes de avance, sondeados al inicio de la conversación con las personas. Teniendo en cuenta que la pregunta realizada fue de tipo escala del 0 al 10, en donde 0 es el peor estado y 10 es lo mejor, obtenemos descripciones como: *“en avance, estoy en un 5”*, *“Estoy en un 9”*, *“Del 0 al 10, me ha ayudado un 7”*, *“Llegué en 6, estoy en 8”*, *“La sesión ha sido útil un 9”*, *“Llegué con 2, creo que estoy en un 6”*. *“Del 0 al 10, ha sido útil un 8”*, *“Estaba en 2, estoy en 6”*, *“Estaba en 4, ahora estoy en 6”*. Las descripciones mencionadas son esperanzadora para efectos de la viabilidad del protocolo, ya que hacen notar el efecto logrado después de la aplicación del sistema de polaridades (Geary, 2002). Todas las preguntas mencionadas se centran en el avance realizado, así como la utilidad que sienten que las sesiones van teniendo para ellos. Tomando en cuenta que estas preguntas han sido formuladas en base a la mirada de soluciones (De Shazer, 1999), en donde se afirma que la persona es experta en su vida (Beyebach, 1999), así como que posee todos los recursos en su historia para resolver su problema (Beyebach, 1999). Es así como se puede afirmar que los avances son como mínimo en 2 puntos en la escala y como máximo 4 puntos. Todos estos avances son realizados de una sesión a otra. El enfoque Ericksoniano de la hipnosis, en estos casos, pone confianza plena en los recursos inconscientes, buscando crear el efecto dominó (O’Hanlon, 1987), que permita el quiebre de los sistemas rígidos que no permiten que la persona sea flexible en su adaptación al entorno. Como tal, las puntuaciones alcanzadas se toman como un proceso de avance esperado por haber “quebrado” el círculo disfuncional perceptivo-reactivo (Nardone, 1997) en el que la persona se encontraba.

Por otra parte, es importante comparar el avance realizado hacia la segunda sesión, con el avance mostrado a la sesión 3, ya que en la sesión 2 se pudo visualizar un promedio de puntuación 5, mientras que, si se toman en cuenta las puntuaciones subjetivas brindadas por los participantes en esta tercera sesión, se evidencia un promedio de 6. Ello implica que el avance ha sido de 1 punto, mientras que el avance anterior ha logrado despertar el potencial de las personas con mayor amplitud. Sin embargo, es importante también describir fenomenológicamente las especificaciones o sustentos de las puntuaciones de la escala, al examinar las categorías acción y percepción, que son descripciones del paciente acerca de su realidad actual.

Lo primero a observar en las categorías de tercera fase, es que las descripciones recogidas sobre las acciones son visiblemente mayores que las descripciones sobre su percepción. En tal sentido, existe como mínimo una correlación entre ello y el objetivo de la segunda fase, que es llevar a la persona hacia realizar acciones diferentes, más allá de lo que pueda o no percibir. Esto se relaciona mucho con las categorías diagnósticas de Zeig (Zeig y Robles, 1991), que brindan luces sobre cómo la persona se puede atascar en determinada problemática. Al respecto, tomando como base esas categorías, Yapko (1992) menciona como la persona en un estado depresivo manifiesta usualmente características como: retraerse de la acción, enfocar su atención en su interior y amplificar su percepción sobre lo negativo”. Como se puede observar, los frutos de la aplicación del protocolo estarían llevando a la persona hacia el polo opuesto: pasar a intentar acciones diferentes, enfocar su atención en lo exterior y amplificar su percepción sobre lo positivo.

En ese orden, encontramos comentarios diversos, en donde se pueden destacar algunos como *“Sigo bien. He venido a la casa de mis nietos”*, *“He hablado con mi papá y con mi mamá”*, *“Un poco más tranquilo. Me fui a caminar y me sentí bien”*, *“Estoy identificando las cosas y bajando las revoluciones”*, *“Estoy menos filosofando y más viviendo”*, *“Si se pueden hacer otras cosas, sé que tengo que sobrellevar mis problemas”*, *“Me iba a echar a mi cama y echarme a llorar. Pero me levanté a hacer otra cosa”*, *“He tenido más acercamiento con mis padres”*, *“No apurarme, disfrutar lo que uno hace”*, *“Me gusta la jardinería. Tengo recién una rosa roja que he traído”*, *“El día de ayer mi mamá me dijo ‘que raro’ cuando me vio reír”*. Si bien existen más comentarios que refieren al campo de acción en la figura 15, se creyó conveniente solo poner algunos para hacer notorio el punto de acción.

Por lo tanto, como se puede evidenciar, los comentarios pueden expresar un fiel reflejo del objetivo pretendido en la fase 2, que era llevar a la persona de un estado de catalepsia a un estado de acción/flexibilidad. Nuevamente, al ser los síntomas una representación isomórfica (Minuchin, 1983), el trabajo con los fenómenos hipnóticos cumple, grosso modo, la función que cumple la metáfora. Es decir, le brinda a la persona el espacio necesario para que pueda engendrar un nuevo concepto, que se traduce en un estado diferente al estado problema (Zeig, 2014). Cabe resaltar que, dentro de esta forma de actuar, el fenómeno de la hipnosis deja atrás el rol autoritario, permitiéndole a la persona asumir un rol activo en la resolución de su problema. (Erickson y Rossi, 2013).

En este sentido, bajo el sistema de polaridades trabajado (Geary, 2002), en el caso específico de la segunda fase, la catalepsia representaba el estado rígido de las ideas en la persona, impidiendo que intente nuevas acciones frente a lo ocurrido. Al respecto, es importante recalcar lo que menciona Watzlawick (1994) sobre la diferencia entre una dificultad y un problema, ya que el autor menciona que una dificultad es algo llevadero y al aplicar una acción determinada, se soluciona. Sin embargo, la definición de problema es el intento continuo por resolver una dificultad, sin obtener resultado. Parafraseando a Rita Mae Brown (1983; citado en Sánchez, 2018), la locura consiste en hacer lo mismo una y otra vez, esperando resultados diferentes. Por esta razón, apuntar a la acción/flexibilidad en una tercera fase, se convierte en algo crucial, ya que la persona ha logrado, para este punto, vislumbrar nuevos panoramas, que fue el objetivo de la fase 1.

Por otra parte, las acciones tomadas conducen a nuevas percepciones. En este orden, la figura 16 detalla los testimonios sobre ello. Al respecto, existe una porción interesante de testimonios, ya que se puede evidenciar estos perciben un panorama difícil, mencionando cosas como *“Esta semana ha sido fatal para mí, hubiera querido que me caiga ‘cara’ [en referencia a la tarea brindada]”*, *“Mi lado racional lo entiende, pero mi lado irracional no”*, *“Esta semana me doblegué, me quedé callada por mis hijas”*. Si es posible encontrar un común denominador, se puede evidenciar un escenario donde las personas pueden tener en claro cuáles eran las acciones correctas para tomar frente a las situaciones acontecidas, sin embargo, optaron por mantener las reacciones que las llevan aflorar nuevamente la sintomatología depresiva. En este punto, se puede encontrar literatura relacionada a ello, que menciona el efecto secundario del síntoma (Minuchin, 1982), afirmando que en algunas ocasiones, la mejoría no se presenta ya que existe una ganancia inconsciente mientras el síntoma esté presente.

Tal es el caso del último comentario donde menciona que *“Me quedé callada por mis hijas”*, en donde el padre de sus niñas se habría presentado en casa, coaccionándola para que acepte su presencia y que se retome la relación, bajo el pretexto del bienestar de las hijas. En ese punto, se hace imposible culpar a la persona por *“doblearse”*, ya que se encuentra en una situación de riesgo psicosocial, en donde, viendo incluso en peligro su propia integridad y la de sus hijas, evidentemente asume que la mejor opción es seguir el curso de la situación, lo que eventualmente favorece la aparición de la tristeza, irritabilidad y sensación de vacío consecuentes a las acciones tomadas. Por

tanto, como postula Erickson (Zeig, 1985) la persona siempre hace lo mejor que puede, con los recursos disponibles que encuentra en su situación actual.

En resumen, por lo discutido sobre los efectos generados, se aprecia como la polaridad catalepsia – movimiento ha podido generar cambios positivos en las personas, en donde, si bien a nivel de escala se aprecia que el promedio de la primera sesión estaba en un 5, y para la segunda sesión subió a un 6, puede interpretarse dicho avance como una consolidación del cambio, a la vez que se va ratificando el cambio intrapsíquico en la realidad cotidiana, lo que permite una cristalización de los avances alcanzados. En ese sentido, el avance sería igual de importante que el anterior desde un punto de vista fenomenológico, bajo el criterio del especialista. Por tanto, se procede a la oportuna aplicación de la tercera polaridad para evaluar los avances y efectos.

La tercera fase viene a colación como una forma de ayudar a la persona a expandir su marco de referencia, pudiendo abrir el abanico de opciones disponibles cuando se enfrenten a la situación problemática. Como tal, al haber aplicado la polaridad asociación – disociación, como se muestra en la figura 17, se encuentran testimonios como *“Me imaginé estar en el auditorio de la universidad”*, *“Es muy difícil desconectarme conmigo”*, *“Tranquilidad, pude ser una planta, recibiendo aire”*, *“He recordado hace 15 o 20 años. El abuelo de un amigo tenía un guayaquil”*. Estos testimonios son un fiel reflejo del encuentro con diferentes paradigmas, que permiten a la persona notar que existen diferentes escenarios en donde sus recursos pueden aflorar. Por otra parte, también se encuentran testimonios aparentemente no tan favorables como *“Al principio me sentí un poco pesada”*, *“ME fue difícil concentrarme, pero luego me fue pasando”*, *“Quiero salir de mi cuerpo un rato, para autodescubrirme”*, *“En las sesiones, te sigo, te sigo y me voy”*. Estos comentarios, a primera vista, podrían reflejar una suerte de resistencia a la disociación como recurso terapéutico, por la forma en como son expresados. Sin embargo, es menester explicar que cada persona encuentra su forma para entrar en trance (Erickson y Rossi, 1979), por lo que no existe una forma correcta de hacerlo (Zeig, 2014). Asimismo, si se realiza una nueva lectura a estos últimos testimonios, se puede observar como la persona brinda una connotación negativa a lo que, en realidad, es una clara muestra de disociación. Nuevamente, sería anti-ético tachar a la persona de resistente, ya que lo que ocurre es una concepción producto de los juicios anticipados que se tienen acerca de la hipnosis. Es decir, dentro del campo de los mitos de la hipnosis, algunas personas reportan que están en trance cuando pueden seguir todas las indicaciones (Zeig, 2014).

Sin embargo, existen innumerables casos reportados por Erickson (Erickson y Rossi, 1979), en donde las personas, a pesar de “perdersse” en el trance, lograban resultados terapéuticos. Como tal, Erickson (Erickson y Rossi, 1979) proponía en su tiempo un llamado “entrenamiento en trance”, como forma de psicoeducar a la persona experiencialmente sobre lo que el trance significa. Sin embargo, el mismo autor (Erickson y Rossi, 1979), como también los autores que le siguieron (Weakland, Watzlawick, Fisch y Bodin, 1974) afirmaron luego que no es necesario dicho entrenamiento, ya que el foco de la terapia es conseguir los resultados lo antes posible, para que la persona recupere sus funciones adaptativas.

Finalmente, a partir del fenómeno hipnótico evocado, así como de toda la conversación sostenida, se propuso hacer una nube de palabras que refleje el panorama de todas las personas que participaron en el protocolo aplicado. Como se puede evidenciar, todas las palabras giran alrededor de la palabra “bien”. Obviamente, con ello no se pretende afirmar la remisión total de los síntomas, ya que dicho objetivo excede los límites del presente estudio. Sin embargo, brinda un panorama lingüístico sobre los efectos generados por la aplicación de la tercera polaridad. Como tal, observando de lejos las 3 sesiones aplicadas, puede percibirse como la primera polaridad (alucinación negativa – alucinación positiva) descritas líneas arriba, ha ofrecido un avance sustancial en cuanto a la pregunta de escala, reflejándose en el cambio de panorama de acción y percepción. La segunda polaridad (catalepsia – movimiento), así como la tercera (asociación – disociación), ofrecen un avance menor en la escala, aunque el avance se evidencia en las descripciones de las categorías acción y percepción, así como en la nube de palabras esbozada. Esto lleva a pensar que, desde una óptica externa puede considerarse a la primera polaridad como la que resulta servir de mayor impulso a que la persona abandone la sintomatología depresiva. Esto respondería finalmente a uno de los objetivos del presente estudio, que apunta a bosquejar cuál de las polaridades es la que genera mayor efecto en la persona.

Es importante afirmar que el presente estudio no pretende validar el protocolo únicamente a través de una nube de palabras, ya que dicho objetivo excedería los límites propuestos de la investigación. Lo que se ha pretendido es describir la fenomenología ocurrida al evocar los fenómenos hipnóticos en personas que mostraron sintomatología depresiva. Como tal, en el corte cualitativo del presente estudio se enfocó el esfuerzo en describir las experiencias, alineando las mismas con la literatura encontrada sobre todos los abordajes hipnóticos presentados.

V. CONSIDERACIONES FINALES

Describir el efecto de la evocación de fenómenos hipnóticos como estrategia terapéutica, que apunta a disminuir la sintomatología depresiva en adultos, ha permitido brindar un panorama fenomenológico sobre la herramienta de la hipnosis, analizándola en primera instancia como una técnica usada dentro del enfoque de la terapia breve. Ello ha permitido un análisis exhaustivo sobre como los fenómenos hipnóticos pueden contribuir a las mejorías en pacientes que presenten síntomas depresivos, tomando como protagonistas del análisis de los relatos brindados por los mismos participantes.

En lo que respecta al primero objetivo específico, se concluye que la evocación de la polaridad alucinación negativa – alucinación positiva, ha generado mayor efecto terapéutico, notándose que a nivel de escala de mejoría del 0 al 10, se ha avanzado desde un 2 hasta un 5, mencionando relatos cuyo común denominador es haber iniciado un cambio partiendo de su propia voluntad.

Por último, con respecto al segundo objetivo específico, se concluye que la sintomatología depresiva más reincidente en la muestra de estudio se determinó que la irritabilidad es el síntoma con mayor reincidencia en los participantes; mientras que, la sensación de vacío es el síntoma con menor reincidencia en la muestra de este estudio.

VI. RECOMENDACIONES

En base a los resultados obtenidos en la presente investigación, se pudo vislumbrar importantes hallazgos referentes al desarrollo, mantenimiento y disminución de la sintomatología depresiva en personas adultas. Es por ello, se recomienda lo siguiente:

- Incentivar a instituciones de salud públicas y privadas para que cuenten con protocolos de intervención en dónde se utilice la técnica de la hipnosis a fin de disminuir la sintomatología depresiva en la comunidad.
- Promover la técnica de la hipnosis para el tratamiento de la sintomatología depresiva en adultos.
- Ejecutar nuevas investigaciones a mayor escala con fin de comprobar la efectividad de la técnica de la hipnosis en la sintomatología depresiva y otro tipo de problemas de salud mental.

- Difundir los resultados obtenidos a las autoridades relacionadas con la salud mental a fin de promover programas que apunten a disminuir los índices de la sintomatología depresiva en la población adulta.
- Incentivar a los terapeutas a formarse en el uso de la técnica de la hipnosis y sumarla a su modelo de intervención.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Águila, D. (2019). *Efectividad del tratamiento multimodal con hipnosis en la atenuación del estado depresivo en trastornos de adaptación*. [Tesis de maestría, Universidad Central Marta Abreu de Las Villas]. Repositorio de la Universidad Central Marta Abreu de Las Villas. <https://dspace.uclv.edu.cu/bitstream/handle/123456789/11790/Tesis%20Maestr%c3%ada%20Daniel.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Alvites, C. (2019). Adolescencia, Cyberbullying y depresión, riesgos en un mundo globalizado. *Revista Científica Electrónica de Educación y Comunicación en la Sociedad del Conocimiento*, 19(1), 210-234. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7032614>
- American Psychiatric Association - APA (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Editorial Médica. https://dsm.psychiatryonline.org/pb-assets/dsm/update/Spanish_DSM5Update2016.pdf
- Beck, A. (1983). *Terapia cognitiva de la depresión*. Barcelona.
- Berne, E. (1947). *The Mind in action*. Simon and Schuster.
- Beyebach, M. (1999) *Introducción a la Terapia Breve Centrada en las Soluciones*.
- Beyebach, M. y Herrero, M. (2010). *200 tareas en terapia breve*. Barcelona. <http://librodigital.sangregorio.edu.ec/librosusgp/46630.pdf>
- Brown, R. (1983) *Death sudden*. Bantam books. https://books.google.com.ni/books/about/Sudden_death.html?id=rGBobolHnxUC
- Charcot, J. (2003). *Histeria*. ediciones del Lunar
- Chóliz, M. (2004) *Psicología de la motivación: El proceso motivacional*. Universidad de Valencia. <https://fhcevirtual.umsa.bo/btecavirtual/?q=node/545>
- Clance, P. (1985). *The impostor Phenomenon: overcoming the fear that haunts your success*. Peachtree Publishers.
- De Shazer, S. (1985) *Claves para la solución en terapia breve*. Ed. Paidós Ibérica. A. Barcelona, España. https://www.academia.edu/9394682/claves_para_la_solucion_en_terapia_breve_shazer
- De Shazer, S. (1999). *En un origen las palabras eran magia*. Gedisa. <https://es.scribd.com/book/469352855/En-un-origen-las-palabras-eran-magia>

- Erickson, M. y Rossi, E. (2013). *Experimentando la hipnosis: collected works volume 12*. The Milton H. Erickson Foundation Press. <https://catalog.erickson-foundation.org/item/experimentado-la-hipnosis>
- Erickson, M., Rossi, E. (1979) "Hypnotherapy: An exploratory casebook". Irvington. New York.
- Fisch, R.; Weakland, J. y Segal, L. (1984). *La táctica del cambio: como abreviar la terapia*. Herder. <https://pdfcoffee.com/qdownload/fisch-weakland-segal-la-tactica-del-cambio-como-abreviar-la-terapia-pdf-free.html>
- Freud, S. (1886). *La hipnosis*. Ariel.
- Geary, B. y Zeig, J. (2002) *The handbook of Ericksonian Psychotherapy*. Zeig Tucker & Theisen Inc; First Printing edición.
- George, E., Iveson, C., Ratner, H. (1990). *Problem to Solution*. London: Brief Therapy Press.
- Gómez, C., Bohorquez, A. Pinto, D., Gil, J., Rondón, M. y Díaz, N. (2004). Prevalencia de depresión y factores asociados con ella en la población colombiana. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 16(6), 378–386. <https://scielosp.org/article/rpsp/2004.v16n6/378-386/>
- Gómez, F., Pérez, G. y Lambert, R. (2020). La hipnosis como técnica de diagnóstico e intervención terapéutica en centros educacionales con conductas suicidas. *Opuntia Brava*, 12(2), 331-341. <http://opuntiabrava.ult.edu.cu/index.php/opuntiabrava/article/view/1036/1247>
- González, E., Carrillo, T., García, M., Hart, C., Zavala, A. y Ley, C. (2017). Effectiveness of hypnosis therapy and gestalt therapy as depression treatments. *Clínica y Salud*, 28(1), 33-17. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1016/j.clysa.2016.11.001>
- González, H. (2018). Sobre la validez y eficacia de la hipnosis clínica. Valoración crítica del documento observatorio OMC contra las pseudociencias, pseudoterapias, intrusismo y sectas sanitarias en relación con la hipnoterapia. *Clínica y salud*, 29(1), 45-47. <https://doi.org/10.5093/clysa2018a8a>
- Guevara, C. (2008). Panamá 2007: crecimiento económico, combustión social y catalepsia institucional. *Revista de Ciencia Política*, 28(1), 305-328. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-090X2008000100015>.
- Hernández, L., Cruz, B., Cristo, A. y Menas, D. (2020). *Aplicaciones actuales de la hipnosis en estomatología. I encuentro virtual "hipnosis y sus aplicaciones clínicas*

desde las ciencias médicas". Universidad de Ciencias Médicas de Villa Clara. Santa Clara, Cuba.

<http://hipnosis2020.sld.cu/index.php/hipnosis/2020/paper/download/10/13>

Herrero, I. (2011). La catalepsia: neurofisiología de la muerte aparente. *Reduca*, 3(6), 4-5. <http://www.revistareduca.es/index.php/reduca/article/view/551/574>

Hilgard, E. y Hilgard, E. (1977). *Divided consciousness: Multiple controls in human thought and action*. Wiley. <https://philpapers.org/rec/HILDCEM>

Macdonald, A. (2005). Brief therapy in adult psychiatry: results from 15 years of practice. *Journal of Family Therapy*, 27, 65-75.

Machicao, A. y Pinto, B. (2020). La hipnosis como herramienta terapéutica aplicada a un caso de ornitofobia. *Ajayu*, 18(1), 121-151. http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-216120200001000006&lng=en&nrm=iso

Masías, M. y Arias, W. (2018). Prevalencia de la depresión post parto en Arequipa, Perú. *Rev. Med. Hered*, 29(1), 226-231. <http://dx.doi.org/https://doi.org/10.20453/rmh.v29i4.3447>.

Meares, R., Gerull, F., Stevenson, J. y Korner, A. (2011). Is self disturbance the core of borderline personality disorder? An outcome study of borderline personality factors. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 45(3), 214-222. <https://doi.org/10.3109/00048674.2010.551280>

Milner, J., y Jessop, D. (2003). Domestic violence: narrative and solutions. *Probation Journal*, 50, 127- 141.

Minuchin, S. (1982). *Familias y terapia familiar*. Gedisa. Buenos Aires

Minuchin, S. y Fishman, Ch. (1983). *Técnicas de terapia familiar*. Paidós. <https://clea.edu.mx/biblioteca/files/original/042d5ead5802c0aa81b54a43364df0d4.pdf>

Muñoz, V. (2016) Hipnosis y comportamiento no verbal. *Nipnológica*, 9:29-33. <https://www.hipnologica.org/wp-content/uploads/2019/11/HipnosisyComportamientoNoVerbal.pdf>

Muriana, E.; Pettenó, L. y Verbitz, T. (2012). *Las caras de la depresión. Abandonar el rol de víctima: curarse con la psicoterapia en tiempo breve*. Herder.

- Nardone, G. (1997) Miedo, pánico y fobias. Barcelona: Herder.
https://www.academia.edu/35357643/Miedo_panico_fobias_la_terapia_breve_2a_ed
- Nardone, G. y Portelli, C. (2005) Conocer a través del cambio: La evolución de la terapia breve estratégica. Herder.
- Nardone, G. y Watzlawick, P. (1992). *El arte del cambio. Trastornos fóbicos y obsesivos*. Herder.
- Navarro, J., Moscoso, M. y Calderón, G. (2017). La investigación de la depresión en adolescentes en el Perú: una revisión sistemática. *Liberabit*, 23(1), 57-74.
<https://doi.org/10.24265/liberabit.2017.v23n1.04>
- O'Hanlon, W. (1987) Raíces profundas: Principios básicos de la terapia y de la hipnosis de Milton Erickson. Paidós terapia familiar.
- Organización Mundial de la Salud. (2015). *Recomendaciones de la OMS para la conducción del trabajo de Parto*.
https://www.who.int/topics/maternal_health/directrices_OMS_parto_es.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (30 de enero de 2020). *Depresión*.
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression#:~:text=Se%20calcula%20que%20afecta%20a,depresi%C3%B3n%20puede%20llevar%20al%20suicidio.>
- Organización Panamericana de la Salud (2017) *Depresión y otros trastornos mentales comunes. Estimaciones sanitarias mundiales*.
<https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34006/PAHONMH17005-spa.pdf>
- Pérez, G., Erconvaldo, A., Cortés, L y Cribeiro, L. (2021). La conducta suicida en la adolescencia y su abordaje psicoterapéutico desde la hipnosis clínica. *Anales de la Academia de Ciencias de Cuba*, 11(1), 1-9.
<http://portal.amelica.org/ameli/jatsRepo/444/4441978010/4441978010.pdf>
- Perls, F. (1974). *Sueños y existencia*. Cuatro Vientos.
- Popper, K. (1980). *La lógica de la investigación científica*. Madrid: Tecnos.
<http://www.raularagon.com.ar/biblioteca/libros/Popper%20Karl%20-%20La%20Logica%20de%20la%20Investigacion%20Cientifica.pdf>
- Quintana, M. Rodríguez, L., Águila, D., Miguel, C., Santisteban, D. (2018). Actitud de psicólogos asistenciales del municipio Santea Clara en relación con la hipnosis como

- recurso terapéutico. *Revista Cubana Salud Pública*, 44(4), 73-83.
<http://www.revsaludpublica.sld.cu/index.php/spu/article/view/1117>
- Reyes, C. (2018). *Sanar es perdonarse*. Santiago de Chile: Reyes Días
- Reyes, F. (2021). *Depresión por Covid: la pandemia es el factor de estrés social más agresivo que hemos sufrido como humanidad*. INFOBAE.
<https://www.infobae.com/salud/2021/01/17/depresion-por-covid-la-pandemia-es-el-factor-de-estres-social-mas-agresivo-que-hemos-sufrido-como-humanidad/>
- Rodríguez, C. (2005). Teoría y práctica del análisis de datos cualitativos. Proceso general y criterios de calidad. *Revista Internacional de Ciencias Sociales y Humanidades*, 15(2), 133-154. <https://www.redalyc.org/pdf/654/65415209.pdf>
- Rosen, S. (2009). *Mi voz irá contigo: los cuentos didácticos de Milton H. Erickson*. Paidós.
- Rossi, E (1973). Psychological Shocks and Creative Moments in Psychotherapy. *The American Journal of Clinical Hypnosis*, 16, 9-22.
- Rossi, E. y Rossi, K. (2008). *La nueva neurociencia de la psicoterapia, la hipnosis terapéutica y la rehabilitación: un diálogo creativo con nuestros genes*. California: Instituto Milton H. Erickson
- Sáenz, S. Runzer, F. y Parodi, J. (2019). Trastornos depresivos en adultos mayores de once comunidades altoandinas del Perú, 2013 - 2017. *Acta Médica Peruana*, 36(1), 26-31. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172019000100005
- Salaberría, K., Echeburúa, E., Corral, P. y Polo, R. (2010) *Terapias psicológicas basadas en la evidencia: Limitaciones y retos del futuro*. *Revista Argentina de Clínica psicológica*, XIX(3),247-256. <https://www.redalyc.org/pdf/2819/281921798006.pdf>
- Sánchez, J. y Román, F. (2004) Amígdala, corteza prefrontal y especialización hemisférica en la experiencial y expresión emocional. *Anales de psicología*. <https://revistas.um.es/analesps/article/view/27351>
- Sánchez, M. (2018) ¿Checar nuestras fuentes: ¿Podemos estar seguros de lo que decimos? *Inv. Med.* 2018;7(27): 5-7. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=98066>
- Schettini, P. y Cortazzo, I. (2015). *Análisis de datos cualitativos en la investigación social*. Editorial de la Universidad de la Plata.

<https://www.researchgate.net/publication/346260277> Analisis de datos cualitativos en la investigacion social Procedimientos y herramientas para la interpretacion de informacion cualitativa

- Shennan, G. (2003). The early response project: a voluntary sector contribution to CAMHS. *Child And Adolescent Mental Health In Primary Care*, 1, 46-50.
- Stucchi, S. (2017). ¿Realmente existe una epidemia de depresión? *Revista de Neuro-psiquiatría*, 80(4), 261-264. <http://dx.doi.org/https://doi.org/10.20453/rnp.v80i4.3240>
- Suárez, A., Tardivo, G., Díaz, E. Fernández, M. (2019). Estereotipos sobre la depresión y la esquizofrenia en Twitter. *Espacio Abierto*, 28(3), 75-80. <https://www.redalyc.org/journal/122/12264369005/html/>
- Tellez, A.; Orozco, J. y Viroto, C. (2020). *Hipnosis clínica y terapia breve en la depresión*. Universidad autónoma de Nuevo León: Nuevo León.
- Vargas, M., Talledo, L., Heredia, P., Quispe, S. y Mejía, C. (2017). Influencia de los hábitos en la depresión del estudiante de medicina peruano: estudio en siete departamentos. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 47(1), 32-36. <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-colombiana-psiquiatria-379-articulo-influencia-habitos-depresion-delestudiante-demedicina-S0034745017300239>
- Wagner, F., González, C., Sánchez, S., García, C. y Gallo, J. (2012). Enfocando la depresión como problema de salud pública en México. *Salud Mental*, 35(1), 3 –11. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252012000100002
- Watzlawick, P. (1994). *La realidad inventada*. Gedisa. <https://es.scribd.com/document/391828988/16-19-33-La-realidad-inventada-Watzlawick-libro-completo-pdf>
- Watzlawick, P.; Beavin, J. y Jackson, D. (1995). *Teoría de la Comunicación Humana. Interacciones, patologías y paradojas*. Editorial Tiempo Contemporáneo. 10ma edición. Buenos Aires
- Weakland, J., Fisch, R., Watzlawick, P., & Bodin, A. (1974). Brief therapy: Focused problem resolution. *Family process*, 13(2), 141-168.
- White, M. y Epston, D. (1980). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Barcelona, Paidós, 1993.

- Wittgenstein, L. (1975) *Tractatus Logico-Philosophicus*, 14ed. Madrid. Alianza Universidad [1a ed. 1929]
- Wolpe, J. (1998). *Psicoterapia por inhibición recíproca*. Descleé de Brouwer.
- Wood, G. (2008) *Fundamentos de la Investigación Psicológica*. Editorial Trillas.
- Yapko, M. (1988). *When Living hurts. Directives for treating depression*. Brunner/Mazel.
- Yapko, M. (1992). *Hypnosis and the Treatment of Depressions. Strategies for Change*. Brunner/Mazel.
- Zeig, J. (1985). *Un seminario didáctico con Milton H. Erickson*. Amorrortu.
<http://www.seminariosenlinea.com/videos/Metaforas-para-el-Exito/Hipnosis%20Ericksoniana/Seminario-Didactico-Con-Milton-Erickson.pdf>
- Zeig, J. (2014). *La inducción de la hipnosis: técnicas básicas y avanzadas de hipnosis Ericksoniana*. The Milton H. Erickson Foundation Press. <https://pdfcoffee.com/la-induccion-de-la-hipnosis-j-zeig-pdf-free.html>
- Zeig, J. (2015) Ejercicios psicoaeróbicos: Un método vivencial para empoderar la excelencia del terapeuta. The Milton h. Erickson Foundation Press <https://es.scribd.com/document/424492440/Ejercicios-Psicoaerobicos-J-Zeig>
- Zeig, J. (2018). *La anatomía del impacto experiencial a través de la psicoterapia Ericksoniana*. The Milton H. Erickson Foundation Press.
- Zeig, J. y Robles, T. (2015). *Terapia cortada a la medida: Un seminario didáctico con Jeffrey K. Zeig (Técnicas n° 2)*. Alom Editores. S.A.C de C.V. <https://www.goodreads.com/es/book/show/35430433-terapia-cortada-a-la-medida#:~:text=Published%20June%2028th%202015%20by,S.A.%20de%20C.V>

ANEXOS

Anexo 1: Instrumentos de recolección de datos

Preguntas de escala

"En una escala del 1 al 10, donde 1 sería el momento en que los problemas que te han traído aquí han estado peor y 10 sería que están del todo solucionados ¿Dónde dirías que estás ahora?" Beyebach (2014)

Adicionalmente, el autor propone que a partir de dicha pregunta se pueden formular múltiples estrategias que permitan una maniobra terapéutica eficaz. Para efectos de la investigación, utilizaremos la repregunta que orienta hacia la nueva formulación de metas.

"Así que dirías que estás en un 3 respecto al problema. ¿Cuál sería la primera señal de que estás un punto más arriba, en un 4? ... ¿Y qué más?"

Convocatoria para investigación

*Obligatorio

Consentimiento informado

El propósito de esta ficha de consentimiento informado es explicar a los participantes acerca de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella.

La presente investigación es conducida por el psicólogo PEDRO RONALD CARRANZA ATHÓ, con DNI 47606444, estudiante de la maestría en Psicología Clínica con mención en psicología clínica y de la salud, en la Universidad Católica de Trujillo.

El objetivo primordial del estudio es identificar el impacto de la utilización de los fenómenos hipnóticos en adultos con sintomatología depresiva.

Para ello, contestará algunas preguntas que permitan al investigador identificar si es una persona que encaja con el perfil para la aplicación del tratamiento. La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los límites de esta investigación. En caso usted sea elegido como parte del estudio, nos contactaremos con usted para establecer las fechas de atención.

Las sesiones se realizarán a través de la plataforma Zoom, siendo grabadas para un uso estrictamente académico y confidencial.

Tengo entendido de acuerdo a lo que se me ha explicado, que si tengo alguna duda sobre este estudio, puedo hacer preguntas en cualquier momento durante mi participación. Igualmente, puedo retirarme en cualquier momento sin que eso me perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas me parece incomoda, tengo derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Confirmación del consentimiento. *

Al marcar esta casilla, acepta los términos anteriormente descritos.

Siguiente

Anexo 3: Matriz de categorías y subcategorías.

Matriz de consistencia							
Título	Línea de Investigación	Problema		Objetivos		Variable	
		General	Específicos	General	Específicos	Tipo	Categorías
Evocación de fenómenos hipnóticos como estrategia terapéutica para disminuir la sintomatología depresiva en adultos, Trujillo, 2021 Estudiante: Br. Pedro Ronald Carranza Athó	Intervención y/o psicoterapia	¿Qué efectos genera la evocación de fenómenos hipnóticos como estrategia terapéutica para disminuir la sintomatología depresiva en adultos?	P1: ¿Qué fenómeno hipnótico (Alucinación negativa, alucinación positiva, catalepsia, movimiento, asociación, disociación), genera mayor efecto terapéutico en la sintomatología depresiva en adultos?	Describir el efecto de la evocación de fenómenos hipnóticos como estrategia terapéutica para disminuir la sintomatología depresiva en adultos.	O1: Identificar qué fenómeno hipnótico (Alucinación negativa, alucinación positiva, catalepsia, movimiento, asociación, disociación), genera mayor efecto terapéutico en la sintomatología depresiva en adultos.	Variable Independiente: Fenómenos hipnóticos	A1: Percepción
			P2: ¿Cuál es la sintomatología depresiva más reincidente en la población intervenida?		O2: Determinar la sintomatología depresiva más reincidente en la población intervenida.		Variable Dependiente: Sintomatología depresiva

Anexo 4: breve cuestionario sobre sintomatología depresiva

Cuestionario sobre sintomatología depresiva

Responde las preguntas de acuerdo a como te has sentido en el último mes.

¿Has experimentado emociones de tristeza de manera frecuente últimamente? *

Sí

No

¿Has experimentado sensaciones de vacío de manera frecuente últimamente? *

Sí

No

¿Has experimentado pérdida de placer de manera frecuente últimamente? *

Sí

No

¿Has experimentado irritabilidad de manera frecuente últimamente? *

Sí

No

[Atrás](#) [Enviar](#)