



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

INFORME DE INVESTIGACIÓN SOBRE:

“LA HIPNOSIS DE ENFOQUE INDIRECTO COMO TERAPIA DE ATENCIÓN PRIMARIA Y SU INFLUENCIA EN EL TRASTORNO DE INSOMNIO PSICOFISIOLÓGICO EN PACIENTES DE 15 A 25 AÑOS ATENDIDOS EN ÁREA DE CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL IESS AMBATO, DURANTE EL PERÍODO JULIO – OCTUBRE 2012”.

Requisito previo para optar por el Título de Psicólogo Clínico.

Autor: Gutiérrez Calero, Felipe Leonardo.
Tutor: Dr. Villa Pilatuña, Jorge Enrique

Ambato- Ecuador
Abril, 2014

APROBACIÓN DE TUTOR

En mi calidad de Tutor del Trabajo de Investigación sobre el tema:

“LA HIPNOSIS DE ENFOQUE INDIRECTO COMO TERAPIA DE ATENCIÓN PRIMARIA Y SU INFLUENCIA EN EL TRASTORNO DE INSOMNIO PSICOFISIOLÓGICO EN PACIENTES DE 15 A 25 AÑOS ATENDIDOS EN ÁREA DE CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL IESS AMBATO, DURANTE EL PERÍODO JULIO – OCTUBRE 2012”

de Felipe Leonardo Gutiérrez Calero estudiante de la Carrera de Psicología Clínica, considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la evaluación del jurado examinador designado por el H. Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Ambato, Abril de 2013

EL TUTOR

.....

Dr. Villa Pilatuña, Jorge Enrique

AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO

Los criterios emitidos en el Trabajo de Investigación:

“LA HIPNOSIS DE ENFOQUE INDIRECTO COMO TERAPIA DE ATENCIÓN PRIMARIA Y SU INFLUENCIA EN EL TRASTORNO DE INSOMNIO PSICOFISIOLÓGICO EN PACIENTES DE 15 A 25 AÑOS ATENDIDOS EN ÁREA DE CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL IESS AMBATO, DURANTE EL PERÍODO JULIO – OCTUBRE 2012”, como también los contenidos, ideas, análisis, conclusiones, y propuesta son de exclusiva responsabilidad de mi persona, como autor de éste trabajo de grado.

Ambato, Abril de 2013

EL AUTOR

.....
Felipe Leonardo Gutiérrez Calero.

DERECHOS DE AUTOR

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que haga de esta tesis o parte de ella un documento disponible para su lectura, consulta y procesos de investigación.

Cedo los derechos en línea patrimoniales de mi tesis con fines de difusión pública; además apruebo la reproducción de esta tesis, dentro de las regulaciones de la Universidad, siempre y cuando esta reproducción no suponga una ganancia económica y se realice respetando mis derechos de autor.

Ambato, Abril de 2013

EL AUTOR

.....

Felipe Leonardo Gutiérrez Calero.

APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR.

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el Informe de Investigación, sobre el tema:

“LA HIPNOSIS DE ENFOQUE INDIRECTO COMO TERAPIA EN ATENCIÓN PRIMARIA Y SU INFLUENCIA EN EL TRASTORNO DE INSOMNIO PSICOFISIOLÓGICO EN PACIENTES DE 15 A 25 AÑOS ATENDIDOS EN ÁREA DE CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE AMBATO, DURANTE EL PERÍODO JULIO – OCTUBRE 2012”, de Felipe Leonardo Gutiérrez Calero, estudiante de la Carrera de Psicología Clínica.

Ambato, Abril 2014

Para constancia firman

.....
PRESIDENTE/A

.....
1er VOCAL

.....
2do VOCAL

DEDICATORIA

En cœlum terramque humeris mei porto,
eaque fundamentaliter & exacte obferuo, ac
perfrutor, primum quidem prudens, post simplex
existens, donec mercedem debitam reporto.

Aurum nostrum non est aurum bulgi.

ÍNDICE GENERAL DE CONTENIDO.

Portada.....	I
Aprobación de Tutor.....	II
Autoría del Trabajo de Grado.....	III
Derechos de Autor.....	VI
Aprobación del Jurado Examinador.....	V
Dedicatoria.....	VI
Índice General de Contenido.....	VII
Resumen.....	XIII
Summary.....	XV

Introducción.....	1
-------------------	---

CAPÍTULO 1: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.

1.1. Tema de la Investigación.....	3
1.2. Planteamiento del problema.....	3
1.2.1. Contextualización.....	3
1.2.1.1. Nivel macro.....	3
1.2.1.2. Nivel Meso.....	5
1.2.1.3. Nivel Micro.....	6
1.2.2. Análisis crítico.....	10
1.2.3. Prognosis.....	13
1.2.4. Formulación del problema.....	14
1.2.5. Preguntas directrices.....	14
1.2.6. Delimitación del contenido.....	14
1.3. Justificación.....	15
1.4. Objetivos.....	16

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes investigativos.....	17
2.2. Fundamentación Filosófica.....	21
2.3. Fundamentación legal.....	22
2.4. Fundamentación Psicológica.....	23
2.5. Categorías fundamentales.....	24
2.6. Fundamentación teórica.....	24
2.6.1. Psicoterapia.....	24
2.6.1.1. La redefinición de la Psicoterapia.....	27
2.6.1.2. Las nociones de eficacia y eficiencia Psicoterapéuticas.....	33
2.6.2. Hipnosis.....	37
2.6.2.1. Historia.....	37
2.6.2.1.1. Bernheim, Liébeault y Charcot.....	38
2.6.2.1.2. James, Prince, Janet, Breuer, Freud.....	38
2.6.2.1.3. Siglo XX.....	39
2.6.2.2. Conceptos y teorías acerca del fenómeno hipnótico.....	39
2.6.2.2.1. Teoría neuropsicológica.....	41

2.6.2.2.1.1. La Hipnosis y los estados de consciencia.....	41
2.6.2.2.2. Teoría de la sugestión.....	43
2.6.2.2.3. Teoría Pavloviana de la Hipnosis.....	45
2.6.2.2.4. Teoría psicoanalítica.....	46
2.6.2.2.5. Teoría de la Hipnosis como disociación.....	47
2.6.2.2.6. Teoría de la Hipnosis como Rol Playing y fantasía dirigida a un objetivo.....	48
2.6.2.3. Características y Niveles fenomenológicos en la Hipnosis.....	49
2.6.2.4. Riesgos de la Hipnosis.....	53
2.6.2.4.1. Efectos secundarios no coincidentes con el uso de la Hipnosis.....	54
2.6.3. La Hipnosis Ericksoniana.....	57
2.6.3.1. Sistematización epistemológica de la Hipnosis Ericksoniana.....	58
2.6.3.1.1. Noción del cambio terapéutico.....	58
2.6.3.1.2. Orientación temporal de la terapia.....	61
2.6.3.1.3. Procedimientos diagnósticos.....	62
2.6.3.1.4. Objetivos de la terapia.....	64
2.6.3.1.5. Duración de la terapia.....	66
2.6.3.1.6. Relación terapéutica.....	67
2.6.3.1.7. Rol del cliente.....	68
2.6.3.1.8. Concepción y manejo de la resistencia terapéutica.....	69
2.6.3.1.9. “Herramientas” Básicas del terapeuta.....	71
2.6.3.1.10. Modalidad de la terapia.....	72
2.6.3.1.11. Técnicas.....	73
2.6.3.1.11.1. Técnicas usadas en la sesión terapéutica.....	73
2.6.3.1.11.2. Técnicas utilizadas para ser efectuadas entre sesiones.....	74
2.6.3.1.12. Criterios de finalización de la terapia.....	74
2.6.3.1.13. Críticas al enfoque.....	74
2.6.4. Hipnosis Indirecta.....	75
2.6.4.1. La Observación.....	75
2.6.4.2. El consciente e Inconsciente en la Hipnosis Clínica Indirecta.....	76
2.6.4.3. La teoría de la Utilización de la Hipnosis indirecta.....	77
2.6.4.4. Técnicas de Inducción Indirecta.....	79
2.6.4.4.1. Truismos que utilizan los mecanismos mentales.....	79
2.6.4.4.2. Truismos que utilizan tiempo.....	81
2.6.4.4.3. Not Doing, Not Knowing.....	81
2.6.4.4.4. El “Yes Set”.....	83
2.6.4.4.5. La Implicación psicológica.....	84
2.6.4.4.6. Los Lazos terapéuticos y los Lazos dobles.....	86
2.6.4.4.6.1. Preguntas de Lazo y Lazo Doble.....	88
2.6.4.4.6.2. El Lazo y el Lazo doble de tiempo.....	89
2.6.4.4.6.3. El lazo doble Consciente-Inconsciente.....	91
2.6.4.4.6.4. La doble disociación Doble lazo.....	93
2.6.5. Psicopatología.....	95
2.6.5.1. Psicopatología como sistema de aplicación clínica.....	96
2.6.6. Trastornos del sueño.....	98

2.6.6.1. La fisiopatología del sueño.....	99
2.6.6.1.1. El sueño en las personas mayores.....	100
2.6.6.2. Clasificación de los trastornos del sueño.....	101
2.6.6.2.1. Las Parasomnias.....	104
2.6.6.2.2. Las Disomnias.....	105
2.6.7. El Insomnio.....	105
2.6.7.1. Definiciones Etiopatogenia y fisiopatología del Insomnio.....	105
2.6.7.1.1. Etiopatogenia del Insomnio.....	106
2.6.7.1.1.1. Factores predisponentes.....	107
2.6.7.1.1.2. Factores precipitantes.....	107
2.6.7.1.1.3. Factores perpetuantes.....	108
2.6.7.1.2. Fisiopatología del Insomnio.....	108
2.6.7.2. Características Clínicas del Insomnio.....	109
2.6.7.3. Clasificación del insomnio.....	110
2.6.7.3.1. En función de su etiología.....	110
2.6.7.3.2. En función del momento de la noche en que se produce.....	111
2.6.7.3.3. En función de su duración.....	112
2.6.7.4. Diagnóstico del insomnio.....	112
2.6.7.4.1. Clasificaciones diagnósticas del insomnio.....	112
2.6.7.5. Esquematización del procedimiento diagnóstico del Insomnio.....	116
2.6.7.5.1. Criterios diagnósticos.....	116
2.6.7.5.2. Algoritmo Diagnóstico.....	120
2.6.7.6. Valoración del Insomnio.....	122
2.6.7.6.1. Entrevista clínica.....	122
2.6.7.6.2. Uso de escalas en insomnio.....	123
2.6.7.6.3. Valoración del grado de remisión/evolución.....	125
2.6.8. Insomnio psicofisiológico.....	125
2.7. Hipótesis.....	127
2.7.1. Hipótesis general.....	127
2.7.2. Hipótesis específicas.....	127
2.8. Señalamiento de variables de la Hipótesis.....	128

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1	
Enfoque.....	129
3.2 Modalidad Básica de la investigación.....	129
3.3. Nivel o tipo de investigación.....	129
3.4. población y muestra.....	130
3.4.1. Criterios de inclusión.....	130
3.4.2. Criterios de exclusión.....	131
3.5. Operacionalización de variables.....	131
3.6. Recolección de información.....	134
3.7. Procesamiento y análisis.....	136

CAPÍTULO IV: ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.

4.1. Características Clínicas de la muestra Poblacional.....	137
--	-----

4.2. Análisis de los resultados.....	137
4.2.1. Latencia de sueño.....	138
4.2.2. Tiempo Total de sueño.....	139
4.2.3. Tiempo despierto luego del inicio del sueño.....	141
4.2.4. Eficiencia de sueño.....	142
4.2.5. Tiempo total despierto.....	144
4.2.6. Calidad de sueño.....	145
4.3. Interpretación de datos.....	146
4.4. Verificación de hipótesis.....	148

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones.....	150
5.2. Recomendaciones.....	151

CAPÍTULO VI: PROPUESTA.

6.1.	
Tema.....	152
6.2. Datos Informativos.....	152
6.3. Antecedentes de la propuesta.....	152
6.4. Justificación.....	154
6.5. Marco Institucional.....	155
6.6. Objetivos.....	155
6.7. Análisis de Factibilidad.....	155
6.8. Metodología: Modelo Operativo.....	156
6.8.1. Esquema del tratamiento.....	157
6.8.2. Desarrollo del esquema del tratamiento: Análisis de la dinámica terapéutica.....	159
6.9. Administración.....	167
6.10. Previsión de evaluación.....	167

BIBLIOGRAFÍA.....	169
-------------------	-----

ANEXOS.

Anexo 1. Índice de gravedad del Insomnio (ISI).....	178
Anexo 2. Escala de Pittsburgh (PSQI).....	179
Anexo 3 (a). Preguntas clave para realizar una historia de sueño.....	181
Anexo 3 (b). Preguntas clave ante la sospecha de Insomnio primario...	182
Anexo 4 (a). Medidas de resultado utilizadas para evaluar la eficacia/ efectividad de las intervenciones terapéuticas para el insomnio.....	184
Anexo 4(b). Diario de sueño- Vigilia.....	186
Anexo 5. Cuestionario SF-36.....	187
Anexo 6. Gráfico de la Variación de la latencia del sueño.....	190
Anexo 7. Gráfico de la Variación del tiempo total de Sueño.....	191
Anexo 8. Gráfico de la Variación del tiempo total de despierto.....	192

Anexo 9. Gráfico de la Variación de la eficiencia de Sueño.....	193
Anexo 10. Gráfico de la Variación del tiempo total despierto.....	194
Anexo 11. Gráfico de la Variación de puntuación del test ISI.....	195
Anexo 12. Glosario.....	196

ÍNDICE DE CUADROS Y GRÁFICOS

GRÁFICOS:

Gráfico 1. Árbol de problemas:.....	10
Gráfico 2. Modelo explicativo de los componentes y mecanismos del insomnio crónico: hipótesis de la internalización.....	109
Gráfico 3. Algoritmo diagnóstico: Esquematización de los pasos para el diagnóstico del Insomnio Psicofisiológico.....	120-121
Gráfico 4. Variación del promedio del período de latencia del sueño (Antes y después del Tratamiento).....	138-139
Gráfico 5. Variación del promedio del tiempo total de sueño (Antes y después del Tratamiento).....	140
Gráfico 6. Variación del promedio del Tiempo total despierto luego del inicio del sueño (Antes y después del Tratamiento).....	142
Gráfico 7. Variación del promedio del porcentaje de eficiencia de sueño (Antes y después del Tratamiento).....	143
Gráfico 8. Variación del promedio del tiempo total despierto (Antes y después del Tratamiento).....	144
Gráfico 9. Porcentaje de resultados de la aplicación del test ISI (Anexo 1), a los 91 pacientes. Antes del tratamiento.....	145
Gráfico 10. Porcentaje de resultados de la aplicación del test ISI, a los 91 pacientes luego de concluido el tratamiento.....	145
Gráfico 11. (Anexo 6) Variación de la latencia del sueño.....	190
Gráfico 12. (Anexo 7) Variación del tiempo total de Sueño.....	191
Gráfico 13. (Anexo 8) Variación del tiempo total de despierto.....	192
Gráfico 14. (Anexo 9) Variación de la eficiencia de Sueño.....	193
Gráfico 15. (Anexo 10) Variación del tiempo total despierto.....	194
Gráfico 16. (Anexo 11) Variación de puntuación del test ISI.....	195

TABLAS:

Esquema N° 1. Niveles de conciencia.....	42
Tabla N° 1. Escala De Davis- Husband.....	50
Tabla N° 2. Escala De Lecron – Bourdeaux.....	51
Tabla N° 3. Características clínicas generales del sueño en las personas mayores.....	101

Tabla N° 4. Resumen de la ICSD-1 (1990).....	102
Tabla N° 5. Las características clínicas propias del insomnio (2004).....	109
Tabla N° 6. Clasificación de los trastornos del sueño y equivalencias entre DSM-IV-TR-AP, CIE-9-MC y CIE-10.....	114
Tabla N° 7. Criterios diagnósticos para el Insomnio primario, según el DSM-IV-TR.....	118
Tabla N° 8. Ítems de evaluación del Insomnio crónico.....	119
Tabla N° 9. Esquema de entrevista semi estructurada.....	122-123
Tabla N° 10. Resumen de resultados obtenidos con la aplicación del modelo hipnotetrapéutico PHI-TIP-AP. (latencia de sueño).....	138
Tabla N° 11. Análisis de varianza de los resultados obtenidos con la aplicación del modelo hipnotetrapéutico PHI-TIP-AP. (latencia de sueño).....	138
Tabla N° 12. Resumen de resultados obtenidos con la aplicación del modelo hipnotetrapéutico PHI-TIP-AP. (tiempo total de sueño).....	139
Tabla N° 13. Análisis de varianza de resultados obtenidos con la aplicación del modelo hipnotetrapéutico PHI-TIP-AP. (Tiempo total de Sueño).....	139
Tabla N° 14. Resumen de resultados obtenidos con la aplicación del modelo hipnotetrapéutico PHI-TIP-AP. (Tiempo despierto luego del inicio del sueño).....	141
Tabla N° 15. Análisis de Varianza de resultados obtenidos con la aplicación del modelo hipnotetrapéutico PHI-TIP-AP. (Tiempo despierto luego del inicio del sueño).....	141
Tabla N° 16. Resumen de resultados obtenidos con la aplicación del modelo hipnotetrapéutico PHI-TIP-AP. (Eficiencia de Sueño).....	142
Tabla N° 17. Análisis de Varianza de resultados obtenidos con la aplicación del modelo hipnotetrapéutico PHI-TIP-AP (Eficiencia de Sueño).....	142
Tabla N° 18. Resumen de resultados obtenidos con la aplicación del modelo hipnotetrapéutico PHI-TIP-AP. (Tiempo total despierto).....	144
Tabla N° 19. Análisis de Varianza de resultados obtenidos con la aplicación del modelo hipnotetrapéutico PHI-TIP-AP. (Tiempo total despierto).....	144
Tabla N° 20. Resumen de resultados GENERALES del Modelo PHI-TIP-AP 1 aplicado al Trastorno del Insomnio Psicofisiológico.....	146-147
Tabla N° 21. Resumen de la alteración del cuadró sindrómico por medio de la aplicación del test ISI (Antes del tratamiento Vs. Después del tratamiento).....	147-148
Tabla N° 22. Esquemización del (Protocolo Hipnoterapéutico Indirecto para el Tratamiento del Insomnio Psicofisiológico en Atención Primaria.....	157

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO.

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

“LA HIPNOSIS DE ENFOQUE INDIRECTO COMO TERAPIA DE ATENCIÓN PRIMARIA Y SU INFLUENCIA EN EL TRASTORNO DE INSOMNIO PSICOFISIOLÓGICO EN PACIENTES DE 15 A 25 AÑOS ATENDIDOS EN ÁREA DE CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL IESS AMBATO, DURANTE EL PERÍODO JUNIO – OCTUBRE 2012”

Autor: Gutiérrez Calero, Felipe Leonardo

Tutor: Dr. Villa Pilatuña, Jorge Enrique

Fecha: Abril, 2013

RESUMEN

Dentro de la presente investigación se estudió las consecuencias provocadas al aplicar la Hipnosis de enfoque Indirecto aplicada bajo una estructura de terapia breve específicamente diseñada para el contexto de Atención Primaria (Al cual se le denominó con el acrónimo PHI-TIP-AP 1, a pacientes con diagnóstico de Insomnio Psicofisiológico, según los criterios diagnósticos del Manual Diagnóstico y Codificado de los Trastornos del Sueño 2ª edición (ICSD-2), los mismos que se encuentran en la etiología y patología del insomnio primario tal como lo define La Clasificación del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales 4ª edición revisada (DSM-IV-TR), y la Clasificación del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales 4ª edición revisada. Atención primaria. (DSM-IV-TR-AP)). Para ello se aplicó el modelo terapéutico desarrollado por un período de cuatro meses a un total de 91 pacientes, evaluando los parámetros del cuadro sindrómico tanto generales como específicos, antes y después de haber sido aplicado el tratamiento. Se determinó que la eficacia terapéutica del protocolo alcanzó un 49.9 % en la evolución positiva de la sintomatología del Trastorno de Insomnio Psicofisiológico: 46,2% de remisión en la latencia de sueño, 48,89% de remisión en el Tiempo Total de Sueño, 51,39% de remisión en el mantenimiento del sueño, 57,2% de remisión en el tiempo total despierto luego del inicio del sueño, 52,8% de remisión en el tiempo total despierto, y un aumento del 48,1% en la eficiencia de sueño. Dichos cambios se produjeron en un 89% de las 91 personas atendidas. Por ello la investigación finaliza con la propuesta del

protocolo terapéutico desarrollado para la investigación y utilizado en la misma.

PALABRAS CLAVE: HIPNOSIS,
TRASTORNO_PSIKOFISIOLÓGICO, TRASTORNOS_MENTALES,
PSICOTERAPIA.

TECHNICAL UNIVERSITY OF AMBATO.

FACULTY OF HEALTH SCIENCES

CLINICAL PSYCHOLOGY CAREER

"HYPNOSIS FOR INDIRECT APPROACH AS PRIMARY THERAPY AND ITS INFLUENCE ON INSOMNIA PSYCHOPHYSIOLOGICAL DISORDER IN PATIENTS AGED 15 TO 25 YEARS ATTENDED IN AREA HOSPITAL OUTPATIENT AMBATO IESS, DURING THE PERIOD JUNE - OCTOBER 2012"

Author: Gutiérrez Calero, Felipe Leonardo

Tuthor: Dr. Villa Pilatuña, Jorge Enrique

Date: December, 2013

SUMMARY

Inside the present investigation it was studied the consequences developed by the application of the Hypnosis of Indirect focus, applied specifically under a structure of brief therapy designed for the context of Primary Attention's requirements (An hypnotherapeutic protocol designed by the acrostic PHI-TIP-AP-1, by the Spanish initials), to patient with diagnosis of Psycho physiological Insomnia, in accordance with the International Classification of Sleep Disorders 2th edition's (ICSD-2) diagnostics judgment. ones that are in the aetiology and pathology of the primary insomnia just as it defines in The Classification of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental disturbances 4^a revised edition (DSM-IV-TR), and the Classification of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental disturbances 4^a revised edition. Primary Attention. (DSM-IV-TR-AP). Therefore, it was applied the therapeutic pattern developed by a period of four months in 91 patients, evaluating the general and specific parameters of the sindromical frame, either general as specifics, before and after having been applied the treatment. It was determined that the therapeutic effectiveness of the protocol reached 49.9% in the positive evolution of the symptoms of the Dysfunction of Psycho physiological Insomnia: 46,2 remission% in latency of dream, 48,89% increase in Total Time of Dream, 51,39% remission in maintenance of dream, 57,2% remission in total awake time after beginning of dream, 52,8% remission in total awake time, and an increase of 48,1% in efficiency of dream. These changes took place in 89% of 91 assisted people. For this reason the investigation concludes proposing set up a therapeutic protocol for the investigation and used in the same one.

KEYWORDS: INDIRECT, HYPNOSIS,
PSYCHOPHYSIOLOGICAL_DESEASE, MENTAL_DESEASE,
PSYCHOTHERAPY.

INTRODUCCIÓN

La existencia humana está cimentada desde un punto de vista sociocultural sobre aparentemente pequeños parámetros específicos biopsicosociales, los mismos que al encontrarse en correcta relación con lo "Normal" generalmente pasan desapercibidos, pero al verse alterados estos parámetros, por pequeños que parezcan, desencadenan sin embargo no pocas veces cambios que al seguir en su curso actual alteran la estructura perceptiva y funcional del ser humano en mayor o menor grado, alejándolo de lo socialmente llamado "normalidad".

Si tomamos en cuenta la individualidad del ser humano como organismo autónomo llegaremos inevitablemente a la conclusión de que lo que resulta normal para un sujeto puede no serlo para el siguiente, ya que cada individuo posee su propio ritmo biopsicosocial, lo cual es una premisa epistemológica válida y básica para varios protocolos psicoterapéuticos usados en la actualidad como la terapia estratégica y la hipnoterapia sin trance.

Sin embargo existen parámetros inherentes al ser humano presentes tanto como entidad colectiva además de individual, ora latentes, ora manifiestos sin embargo siempre presentes.

La presente investigación busca hallar la relación existente entre dos de estos parámetros básicos del ser humano como son el sueño (como proceso fisiológico) y el estudio del estado hipnótico (como uno más de los estados de consciencia de la mente del hombre contemporáneo) desde su perspectiva como herramienta psicoterapéutica.

Evidentemente al ser el estado hipnótico, al igual que cualquier otro proceso psíquico, un fenómeno no aislable para su investigación individual, ausente excepto cuando se desarrolla y actúa, por ende no medible cuantitativamente es en sí mismo sujeto a subjetivismos, prejuicios y errores preceptuales que impiden un correcto estudio del fenómeno hipnótico como sujeto aislado.

Tomando esto en cuenta la presente investigación se centra en la Hipnosis como herramienta psicoterapéutica lleno de un espíritu clínico nuevo y fresco es decir cuya luz guía es el bienestar del paciente por encima de la teoría y no al revés, en las palabras de Paul Watzlawick (1989): *"La terapia puede ser un rápido y bien programado viaje del que se procura prever a demás de el inicio los diferentes pasos sucesivos el punto de llegada y la duración del viaje, justamente lo contrario de lo que sucede con la concepción tradicional de la psicoterapia, es como un juego de ajedrez sin embargo en contraste con esta la suma final no es cero en el que existe un vencedor y un vencido sino que la partida acaba con la victoria de ambos jugadores, terapeuta y paciente, o con la derrota conjunta de ambos"*, sin dejar de lado la rigurosidad científica característica de los estudios serios.

La Psicología moderna se funda aún en una visión del hombre terminado, provisto de funciones mentales jerarquizadas de una vez para siempre. Por el contrario, la presente investigación se fundamenta en la convicción de que el hombre no está terminado; compartiendo la visión de notables pensadores como Louis Powels y Jacques Bergier los cuales nos dicen: “ (...) nos parece analizar, a través de las formidables sacudidas que transforman el mundo en este momento, sacudidas hacia lo alto en el dominio del conocimiento, sacudidas a lo ancho producidas por la formación de las grandes masas, las primicias de un cambio de estado de la conciencia humana, de una «alteración renovadora» en el interior mismo del hombre. De suerte que una Psicología eficaz, adaptada al tiempo en que vivimos, debería fundarse, a nuestro entender, no en lo que es el hombre, o mejor, en lo que parece ser, sino en lo que puede devenir, en su evolución posible. (...)”

(...) Todas las doctrinas tradicionales descansan sobre la idea que el hombre no es un ser acabado, y los antiguos psicólogos estudian las condiciones en las cuales deben realizarse los cambios, las alteraciones, las transmutaciones, que llevarán al hombre a su verdadera plenitud”.

Ciertas reflexiones, absolutamente modernas, inducen a pensar que el hombre posee facultades que no explota, toda una maquinaria que no utiliza. El conocimiento del mundo exterior, llevado a su extremo, vuelve a poner sobre el tapete la cuestión de la naturaleza misma del conocimiento, de las estructuras de la inteligencia y de la percepción. Según Powels y Bergier *“la próxima revolución sería psicológica”*. Esta opinión no es privativa de estas investigaciones: es también la de muchos investigadores que dejaron huella en la historia de la humanidad, de Oppenheimer a Costa de Beauregard, de Wolfgang Pauli a Heisenberg, de Charles-Noël Martin a Jacques Ménétrier.

Con esta investigación se ha procurado contribuir a aquella revolución psicológica, al redescubrimiento de aquellas potencialidades ocultas del hombre para alcanzar su plenitud; si de alguna manera este estudio contribuye a evitar en cierta medida la universalización de las terapias químicas como única solución para todos los problemas del ser humano se ha cumplido con su propósito.

Espero sinceramente que la presente investigación sirva de base para futuros avances en el campo de la Psicología Clínica de nuestro medio, las cuales coloquen a nuestra profesión bajo la importancia real que posee y en la posición que se merece, como la base para una sociedad más equilibrada y desarrollada.

Felipe L. Gutiérrez C.

CAPÍTULO I El Problema de investigación

1.1. Tema de investigación

“La Hipnosis de enfoque indirecto como Terapia de Atención Primaria y su influencia en el Trastorno de Insomnio Psicofisiológico en pacientes de 15 a 25 años atendidos en área de consulta externa del Hospital IESS Ambato, durante el período Julio – Octubre 2012”

1.2. Planteamiento del problema

1.2.1. Contextualización

1.2.1.1. Nivel macro.

Las cifras de prevalencia del insomnio, en América, varían mucho de unos estudios a otros, lo que puede explicarse por diferencias metodológicas, principalmente relacionadas con la definición de insomnio utilizada.

En primer lugar, está la que incluye las cifras de las manifestaciones clínicas de insomnio, tales como la dificultad para iniciar y/o mantener el sueño o la queja de sueño no reparador, con independencia de su duración o sus consecuencias.

El segundo grupo lo componen los que, además de las manifestaciones relativas al sueño nocturno, tienen en cuenta las consecuencias diurnas y la insatisfacción con la cantidad o calidad del sueño. El tercer grupo responde a los criterios diagnósticos de insomnio, de acuerdo con clasificaciones como las del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (tercera edición revisada (DSM-III-R), cuarta edición (DSM-IV), y cuarta edición revisada (DSM-IV-TR) o la Clasificación Internacional de los Trastornos del Sueño (ICSD).

Así, en términos de prevalencia en población general de América, cuando nos referimos a “quejas” sobre el sueño (o quejas de insomnio), los estudios concluyen que alrededor de un 30% de la población tiene al menos alguna de las manifestaciones propias del insomnio.

Cuando se añade en la definición las consecuencias clínicas diurnas del insomnio y la insatisfacción con la cantidad/calidad del sueño, la prevalencia se sitúa entre un 9%-15% y un 8%-18%. Finalmente, si la definición se basa además en la clasificación del DSM-IV, la prevalencia de las personas con diagnóstico de insomnio se reduce al 6% [OMS] (2010).

Un meta análisis realizado en Estados Unidos, como por ejemplo muestra que del total de pacientes que acuden a AP, más del 50% se quejan de insomnio solo si se les pregunta específicamente por el sueño, el 30% lo mencionan a su médico de cabecera por iniciativa propia, y únicamente el 5% acuden a consulta con el objetivo principal de recibir tratamiento para este problema. Un estudio reciente, también en Estados Unidos, estima que únicamente un 15% de las personas con problemas de sueño fueron diagnosticadas de *Trastornos del sueño*. A un 4% de estos pacientes se les diagnosticó de *Insomnio* y tan sólo la mitad de ellos recibió un posterior tratamiento para esta patología.

También se observa que los pacientes con insomnio de larga duración, según los criterios del DSM III-R y DSM IV, oscilan, respectivamente, entre un 19% (en 1999) y un 26,5% (en 2001).

En países como Perú, Chile, Argentina y Venezuela los estudios de prevalencia sobre trastornos de sueño en la población general son muy limitados y muestran que aproximadamente un 23% presenta alguna dificultad de sueño y que un 11% dice tener insomnio. Estas cifras ya se observan en adultos jóvenes y parecen aumentar con la edad. El insomnio es el trastorno del sueño que los profesionales de AP encuentran más frecuentemente en su práctica clínica diaria en países de América en los que sus gobiernos se han preocupado por realizar una valoración de este tema. En un estudio de prevalencia realizado en México en AP se muestran cifras de un 17,4% de insomnio según criterios DSM-III-R, de un 27% de quejas de mal dormir y un 55,5% no tenían problemas de sueño según lo indica estudios de la OMS (2010).

La definición de insomnio, manejada en los estudios, influye en las cifras de prevalencia obtenidas y en las características socio demográficas del paciente insomne. Independientemente de la definición manejada, las mujeres tienen más riesgo que los hombres de padecer insomnio en todos los países de América en los que se ha realizado estudios al respecto.

En países de “primer mundo” como Estados Unidos (y en países de Europa) se han creado proyectos que tienen como objetivo final la mejora de la calidad en la toma de decisiones clínicas con respecto a trastornos como el insomnio en el Sistema Nacional de Salud elaboradas según unos criterios explícitos generados por su comité científico.

En base a esto dichos gobiernos han empezado a patrocinar investigaciones serias, las cuales aún se encuentran en fase de investigación, las cuales tienen como objetivo encontrar alternativas terapéuticas a muchos de los trastornos del ser humano.

Como consecuencia de ello se ha producido en países como Estados Unidos, Canadá, México, y Argentina, un desarrollo muy significativo en el uso de nuevas herramientas de psicoterapia y

específicamente en la aplicación de nuevos conceptos al campo clínico uno de ellos la Hipnosis.

En estos países el concepto de Hipnosis como herramienta terapéutica se encuentra ampliamente difundido tanto en su comunidad de profesionales de la salud como en su población. Esto ha desencadenado un impresionante avance en su sistema de salud pública y su consecuente desarrollo de herramientas como la Hipnosis aplicada en un sistema de salud clínico.

1.2.1.2. Nivel meso.

En América Latina son contados los estudios epidemiológicos sobre el tema del insomnio, pero los datos disponibles revelan un gran impacto poblacional. Según una encuesta realizada sobre 1770 pacientes en las ciudades de Buenos Aires, San Pablo y México, el 25,2% de los encuestados dijo tener afectada su calidad de sueño de forma “moderada” a “muy afectada”, mientras que otro 11,3% se declaró “levemente afectado”. Las estadísticas de la Organización Mundial de la Salud [OMS], estiman que más del 90 por ciento de la población de los países de América del sur experimentan algún grado de privación de sueño en algún momento de su vida.

En países de la Comunidad Andina, por ejemplo (Ecuador, Chile, Colombia, Venezuela, etc.), la OMS, que lidera el estudio, comprobó que aproximadamente el 30 por ciento de la población de esos países sufren de esta patología o algún trastorno relacionado al sueño.

Teresa Pavía, investigadora pionera del estudio del sueño en Brasil, analizó en el 9º Simposio “Detrás y Más allá del cerebro”, que se celebró en el 2011 la integración entre el sueño, los sueños y la vida social. Llegando a la conclusión de que los problemas del sueño son algunos de los trastornos cerebrales más caros en los países latinoamericanos. En 2010 se gastaron 35.400 millones de dólares para tratarlo, ocupando la novena posición en un grupo de 19 trastornos.

“El insomnio es el más común de todos los desórdenes del sueño y, a la vez, el más prevalente de todos los trastornos de salud mental”, asegura el doctor Norberto Kriguer (2009), director del Centro de Investigación de la Fatiga Crónica y de la Medicina del Sueño, y ex presidente de la Asociación Argentina de Medicina del sueño. Según estadísticas del Centro Nacional de Desordenes del Sueño, de los Estados Unidos, y su estudio realizado en América latina en el año 2008 entre un 30 y un 40% de las personas experimentarán problemas de insomnio en algún momento del año, y entre un 10 y 15% padecen la forma crónica de la enfermedad.

Pero más allá de la somnolencia diurna, los trastornos del humor y la mala calidad de vida que conlleva el insomnio, existen numerosos estudios en América latina como el que se publicó en el artículo *Insomnio:*

mucho más que la falta de sueño del año 2011: los cuales coinciden en señalar que las personas que padecen insomnio presentan un riesgo aumentado de padecer enfermedad cardíaca (21,9% entre los insomnes contra el 9,5% en la población sin insomnio) según, hipertensión (43,1% versus 18,7%), problemas respiratorios (24,8% versus 5,7%), gastrointestinales (33,6% versus 9,2%) y diabetes (13,4% versus 5,0%), entre otras afecciones. Según Reyes Haro Valencia, director de la Clínica de Trastornos del Sueño de la Universidad Nacional Autónoma de Méjico [UNAM], por ejemplo, la tercera parte de la población mexicana presenta algún trastorno del sueño y el 10 por ciento insomnio y ronquido crónicos; tan sólo este último podría derivar en un infarto, embolia o enfermedad de tipo cardíaca o cerebro-vascular.

Para el tratamiento de esta enfermedad en algunos países latinoamericanos como Argentina y Méjico se han desarrollado nuevas y muy originales técnicas terapéuticas entre ellas la Hipnosis Clínica dando como resultado a centros de especialización tanto públicos como privados, encargados de la aplicación y/o difusión de dichas herramientas en los diferentes sistemas de atención en salud pública y privada.

Esto ha dado como resultado la difusión en la sociedad de la Hipnosis como herramienta terapéutica, y su consiguiente adecuación como terapia primaria para muchos trastornos psicológicos.

1.2.1.3. *Nivel micro.*

En el Ecuador de una manera tanto histórico como social el insomnio al igual que muchas otras psicopatologías y la Hipnosis han sido temas ocultos, y poco conocidos. Tanto es así que en el Ministerio de Salud Pública así como en las diferentes Direcciones Provinciales de Salud no existen estudios estadísticos exclusivamente de el insomnio como un trastorno endémico y mucho menos como un dato epidemiológico a tomarse en cuenta frente a una cultura ciudadana que de igual manera no considera la falta de sueño como algo de importancia y por tanto la creencia popular no asume un tratamiento hasta que dicho trastorno se cronifica y deriva en nuevos problemas psicofisiológicos a partir de lo cual es tomado a consideración como un trastorno que merezca algún tipo de intervención profesional.

Estadísticamente hablando el insomnio es únicamente tomado en cuenta por las autoridades de salud pública al igual que por los estudios y las investigaciones realizadas dentro de los últimos cuatro años, como un síntoma secundario dentro de un cuadro sindrómico más grande, es así por ejemplo según H. Cedeño que en las provincias de la costa como Manabí existen un 9.46% de casos de insomnio en pacientes que acuden por trastornos depresivos, por supuesto que estos datos de insomnio son

subclínicos y no representan una tasa verdadera, en éstas estadísticas se observa que el foco de atención y el centro de investigación el síndrome primario desplazando al insomnio como algo que no merece una terapia específica, estos descuidos se hacen mucho más profundos cuando se trata de un tipo particular de insomnio como es el Psicofisiológico, el cual ante las autoridades de salud pública y la ciudadanía en general ya sea por ignorancia o falta de cultura psicológica parece inexistente, sin embargo la realidad en consulta es otra ya que se evidencian un porcentaje moderado de casos de insomnio de este tipo independientemente del estatus social económico o académico del individuo que lo posea.

Según el resumen ejecutivo del documento sobre, elaborado por el Dr. Dimitri Barreto Vaquero , médico psiquiatra del Centro de Salud N° 9 de la ciudad de Quito y profesor de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Central del Ecuador: *“La última versión del Plan Nacional de Salud Mental data del año 1999 y en él se contemplan las principales líneas políticas y estratégicas”*, sin embargo aclara: *“No existe una Ley de Salud Mental, pero en varios cuerpos legales se estipulan disposiciones muy claras sobre diversos aspectos de la salud mental de los ecuatorianos.”* (Vaquero, 2008).

Además agrega: *“Para las acciones de salud mental se dispone únicamente del 1.2% del presupuesto del Ministerio de Salud Pública.”*. De esta manera se evidencia la falta de preparación y actualización del sistema de salud pública provincial en cuanto a programas de prevención y tratamiento de trastornos concomitantes a la época actual que a pesar de que parecen poseer una trivialidad evidente no dejan de mostrar en la vida cotidiana la importancia que tiene su tratamiento para un buen desempeño del individuo y de la sociedad como la suma de los mismos.

Los servicios de salud mental han tenido un significativo desarrollo en los últimos años, de tal suerte que en los diferentes hospitales de nuestro país ya se cuenta con el concurso de médicos psiquiatras y psicólogos., así como en los centros de salud de cinco provincias. El mayor porcentaje de acciones se cumple en los servicios ambulatorios con una tasa de 239 por cada 100.000 habitantes frente a 113 por 100.000 h. de los hospitales psiquiátricos¹. Sin embargo no es posible hablar de una red coordinada de servicios. No existen datos concretos ni mucho menos una guía o protocolo clínico para el manejo de pacientes con insomnio ya sea por diferencias metodológicas, principalmente relacionadas con la definición de insomnio utilizada, o lamentablemente por ignorancia y falta de preparación por los profesionales de la salud mental.

Al analizar el tema del insomnio dentro de un aspecto social y cultural salen a relucir nuevos inconvenientes, ya sea desconocimiento total de la población sobre la semiología del mismo, un alto porcentaje de las personas en la provincia que padecen de algún tipo de insomnio han llegado a “adaptarse” al mismo inclusive considerando sus síntomas como algo “Normal”, y pasando el resto de su vida con los mismos, otro alto porcentaje opta por soluciones farmacológicas que en algunos casos no solucionan el problema y sin embargo crean nuevos en la vida del individuo con sus efectos secundarios, y no pocos optan por soluciones “Naturistas” que no han sido probadas ni clínica ni científicamente y que en muchas ocasiones resultan ser un engaño.

Hay que tomar en cuenta un aspecto muy importante en todo esto: los 14 millones de habitantes que conforman la población del Ecuador 5 millones se encuentra en zonas rurales, y una cantidad similar posee un nivel académico desde medio hasta bajo, por lo tanto no conocen sobre el trastorno en sí, ni sobre sus posibles formas de tratamiento farmacológico y peor aún sobre las alternativas no farmacológicas seg; un datos estadísticos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos [INEC] (2010).

La Hipnosis dentro del ámbito social y de la salud mental en nuestro país es uno de los temas más comentados, pero paradójicamente es uno de los menos conocidos en cuanto a sus bases teóricas, su fenomenología, su potencial y su correcta aplicación tanto clínica como terapéutica.

Pocos de los profesionales de la salud mental han tenido una correcta preparación en este campo como para que conozcan la correcta aplicación en determinados trastornos; o no tienen conocimiento alguno al respecto.

Según el Dr. Dimitri Barreto Vaquero: *“El Ministerio de Salud Pública, a través de la Oficina de Salud Mental cumple en forma periódica acciones de capacitación sobre atención primaria en salud mental, lo que ha permitido que el año 2.006 al menos el 20% de quienes laboran en ese sector se hayan capacitado. Una falencia crítica es la de servicios especializados y personal capacitado para atender a los niños y adolescentes con problemas de salud mental”* (Vaquero, 2008). Esto incluye una capacitación especializada en Hipnosis como herramienta psicoterapéutica por parte del gobierno en cuanto a la Salud mental.

Esto no sólo demuestra la poca importancia que se le da en la sociedad ecuatoriana a herramientas alternativas no-farmacológicas no solamente por escasez de conocimiento en las diferentes esferas de la

salud pública sino además por la falta tanto de iniciativas como de incentivos en cuanto a proyectos de investigación serios desde el punto de vista técnico, científico y metodológico que aporten a un desarrollo significativo en éste ámbito.

Sin embargo actualmente se ha producido un notable desarrollo en la disciplina hipnótica y sus diferentes aplicaciones en varios campos de la existencia humana, así por ejemplo existen diversos centros terapéuticos ubicados principalmente en la ciudad de Quito, que han empezado a usar la Hipnosis como herramienta en el tratamiento de diferentes trastornos sean estos psicológicos u orgánicos, dichos centros en su mayoría son de carácter privado, y se desconoce hasta qué punto se usa la Hipnosis como herramienta en el contexto de salud pública o de atención primaria ya que no existen estudios a este respecto.

En el Ecuador la sociedad actual mira el tema de la Hipnosis como una manera de entretenimiento, en el mejor de los casos, como un poder supra humano o metafísico por parte de quien lo aplica o inclusive en algunos casos como algo profano y hasta diabólico en los casos más extremos, eso sin mencionar que el concepto de Hipnosis clínica y su aplicabilidad en no pocas de las psicopatologías actuales e inclusive en trastornos e intervenciones de carácter físico y fisiológico quirúrgico de la medicina actual es casi desconocido en un gran porcentaje de los grupos sociales y de la salud del Ecuador, y evidentemente esto incluye su aplicación en el insomnio. Sin mencionar el retraso teórico y práctico que se evidencia en las instituciones de educación superior ecuatorianas con respecto a estos temas y la estrechez teórica combinada con la estandarización de una sola teoría psicoterapéutica “aceptable y aplicable” que no permite a los estudiantes desarrollar nuevas tendencias que podrían resultar más eficaces y eficientes tanto en proceso como en procedimiento en lo que a la psicoterapéutica de los trastornos endémicos de nuestro país se refiere.

Existen sin embargo algunos grupos de investigación y desarrollo en el campo de la Hipnosis como la “Sociedad Ecuatoriana de Hipnosis Terapéutica e Hipnopedia”, que es una de las pocas entidades reconocidas por el ministerio de salud pública del Ecuador en cuanto al estudio y la aplicación de la Hipnosis como herramienta hipnótica se refiere, pero a pesar de ello la Hipnosis naturalista, Ericksoniana o indirecta como se la conoce se encuentra relativamente poco difundida en la comunidad académica y científica de nuestro país.

1.2.2. Análisis crítico

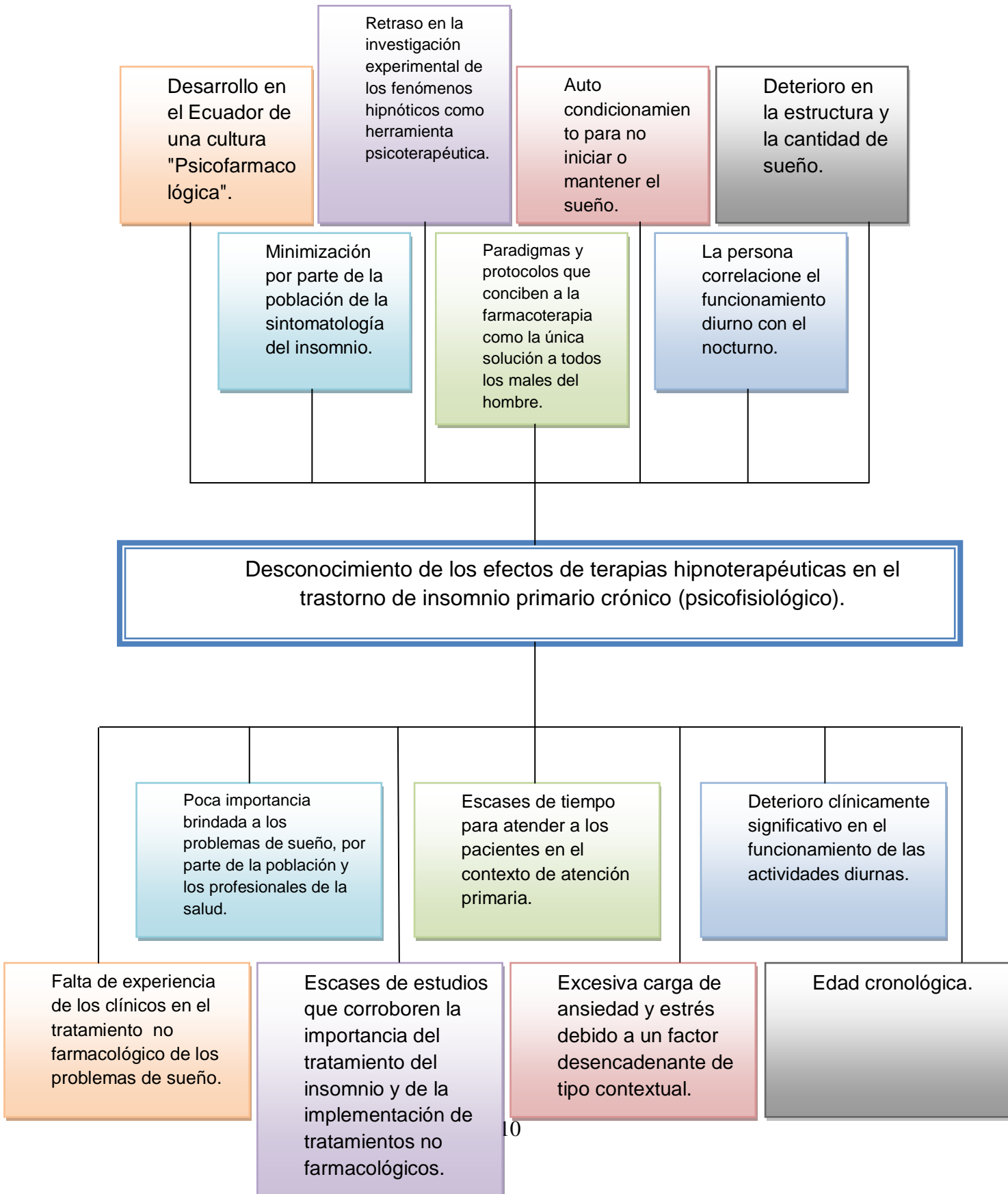


Gráfico 1. Árbol de problemas: Análisis de las causas y las consecuencias del problema de investigación

Autor: Felipe L. Gutiérrez C.

En nuestro medio existen diversos factores que dificultan el diagnóstico y reconocimiento del insomnio, y que lleva a un retraso e inadecuado tratamiento de este frecuente problema de salud. Algunos de estos factores y que más comúnmente encontramos en el sistema de salud pública ecuatoriano son: la falta de experiencia de los clínicos en el tratamiento de los problemas de sueño, la escasez de tiempo para atender a los pacientes que hace que se pasen por alto estos problemas, la poca importancia que se da a los problemas del sueño, y la escasez de estudios que corroboren el beneficio que aporta la mejora del insomnio en la evolución de la enfermedad de base, y en la vida misma del individuo.

Se ha desarrollado en el Ecuador una cultura “psicofarmacológica” en torno al tema de los trastornos de insomnio (y con mayor razón el de tipo Psicofisiológico), muchos pacientes acuden a consulta insistiendo en que sólo padecen de insomnio y que necesitan un somnífero, negándose a hablar sobre la verdadera causa del insomnio ya que se suele considerar la queja de insomnio como "un mal menor" dentro de los múltiples problemas que presenta el paciente, esto sumado a los paradigmas médicos actuales que ven a la farmacoterapia como un culto, como la única solución a todos los males del hombre (tanto físicos como psicológicos) o como una forma de beneficiarse de retribuciones económicas al convertirse en “voceros” o “portavoces” de determinados laboratorios farmacéuticos o de “vendedores” de X o Y psicofármaco a cambio de especializaciones pagadas en otros países, no han hecho más que agravar el panorama sin vistas de solución .

No pocos Clínicos, entre médicos, psiquiatras e inclusive psicólogos (a pesar de su impedimento legal) han optado por priorizar la terapia farmacológica con sus pacientes ante cualquier otra alternativa convirtiendo a los psicofármacos en la opción número uno para toda clase de trastornos del sueño, sin embargo es importante tomar en cuenta que “muchos clínicos no poseen información adecuada acerca del diagnóstico y tratamiento no farmacológico del insomnio, y por tanto el recurso siempre a mano es dar drogas hipnóticas.” (Informe del Ministerio de Salud Pública [MSP] 2008).

Si bien las drogas es lo más usado, no es lo más conveniente sobre todo cuando son indicadas por largo tiempo, ya que en nuestra sociedad se evidencia claramente la potencial inducción de tolerancia, adicción y efectos adversos sobre todo en ancianos. Las drogas más usadas en el Ecuador van desde antihistamínicos, agonista de receptores benzodiazepínicos, antidepresivos no sedantes, neurolépticos, etc. Es importante en este punto tomar en cuenta que el tratamiento farmacológico es en la mayoría de los casos efectivo sobre todo en el manejo del insomnio agudo (viaje a otras latitudes, problemas laborales, estrés agudo). Sin embargo está menos demostrado en el manejo del insomnio crónico, y en el de tipo psicofisiológico. Además de dudas sobre su efectividad existe el peligro de efectos adversos como sedación diurna, incoordinación motora, alteraciones cognitivas. Los efectos secundarios más frecuentes de los hipnóticos más usados en la comunidad de la salud mental ecuatoriana (las benzodiazepinas) son el insomnio de rebote, amnesia anterógrada (fallo de la memoria de fijación, especialmente con benzodiazepinas de acción rápida), entorpecimiento psicomotor, efectos negativos sobre la respiración, efectos adversos específicos y supresión de la fase de Rapid Eye Movements (REM), estados contusionales, síndromes de abstinencia, depresión respiratoria, abuso del medicamento, pérdida de concentración, peligro de accidentes con vehículos caídas, tolerancia y/o dependencia al medicamento y aumento de mortalidad etc. Todos los efectos secundarios están relacionados con dosis excesivas, retiradas bruscas, potenciación con otros fármacos o mal uso.). De este modo es importante preguntarse si realmente la cura es mejor que la enfermedad o si es menester evaluar alternativas terapéuticas ante este problema.

Lamentablemente en nuestra sociedad no se toma en cuenta que tratamiento no farmacológico tiene algunas ventajas con respecto al farmacológico: es más económico, presenta menos efectos secundarios, el paciente es protagonista activo de su mejoría y a largo plazo tiene menos riesgo de recaídas. Tiene el inconveniente de ser más difícil de poner en práctica ya que requiere mayor dedicación por parte de los clínicos y son pocos los terapeutas al menos si hablamos de la provincia de Tungurahua que dominan las técnicas y el conocimiento adecuado; es más sencillo y efectivo a corto plazo prescribir un hipnótico. La mayoría de la comunidad clínica de nuestro país no toma en cuenta que existen numerosas herramientas terapéuticas alternativas tan eficaces como la psicofarmacología (Si tomamos en cuenta el porcentaje de casos que realmente presentan una mejoría con este tratamiento) pero sin embargo que no presentan los problemas anteriormente citados como efectos

secundarios; la Hipnosis es una de las herramientas que poseen uno de los potenciales de aplicabilidad psicoterapéuticos más grandes, a la vez que su grado de eficacia y eficiencia supera ampliamente a la de otras herramientas más comúnmente usadas en la actualidad, en el tratamiento de otros trastornos, sin embargo paradójica y tristemente es una de las menos conocidas y a la vez más erróneamente entendidas en el ambiente clínico, y social actuales.

En la mayoría del sistema de educación superior se encuentra rezagada de la impresionante cantidad de investigación experimental sobre estos fenómenos hipnóticos que no se ha desarrollado en el ambiente de la salud pública ecuatoriana ni mucho menos se han realizado investigaciones de su aplicación en la misma. La Organización Mundial de la Salud por ejemplo en su informe del año 2001, recomienda como prioritarios los siguientes componentes en los sistemas de salud mental: Incorporación de acciones de salud mental a nivel de atención primaria; asegurar la disponibilidad de psicofármacos; prestar atención a la comunidad; educar al público; involucrar a las comunidades; las familias y los usuarios; establecer políticas y legislación a nivel nacional; Desarrollar recursos humanos; establecer vínculos con otros sectores; vigilar la salud mental de las comunidades; apoyar nuevas investigaciones.

Frente a esos planteamientos el gobierno ecuatoriano, así como el Ministerio de Salud Pública, y la dirección Provincial de Salud de Tungurahua tiene limitados logros, que se sintetizan en el lento desarrollo de los servicios a nivel de los Hospitales Generales y en varios centros de atención primaria; la capacitación al personal que labora en atención primaria; las campañas de educación al público sobre algunos tópicos de salud mental. Le quedan muchas tareas por cumplir entre las más urgentes: facilitar el acceso a los psicofármacos cuando es necesario y a terapias no farmacológicas cuando lo fármacos son en absoluto indispensables a la mayoría de pacientes; involucrar en las acciones de salud mental a los usuarios, las familias y la comunidad y establecer vínculos formales de colaboración con otros sectores.

1.2.3. Prognosis.

Por tanto, es evidente que uno de los principales problemas en la población y a la vez uno de los menos reconocidos como tal es el insomnio, tanto los factores como las variables que influyen en este problema pueden ser de diversa naturaleza pero las consecuencias son

genéricamente similares, pasando por el aspecto económico, social, emocional, y psicológico, la ignorancia por parte de quienes conformamos el círculo de la salud humana (ministerios, clínicos y pacientes) sobre alternativas o posibles tratamientos de más eficacia y sin efectos secundarios, han llevado a la estandarización de tratamientos que en no pocos casos llevan a consecuencias peores que el propio trastorno. De no hacerse algo a tiempo, el mantener este sistema de respuesta puede llevarnos no solamente a un estancamiento del desarrollo de la psicoterapéutica en nuestra ciudad sino además al incremento de problemas sociales relacionados con efectos no deseados de algunos de los tratamientos más comúnmente aceptados en la actualidad, como es el abuso o incluso la dependencia a los hipnóticos benzodiazepínicos; por ello es necesario analizar la Hipnosis como herramienta terapéutica aplicada a uno de los problemas más relevantes en la vida del ser humano, la falta de sueño.

1.2.4. Formulación del problema.

¿La Hipnosis de enfoque indirecto influye en el padecimiento del Trastorno de Insomnio Psicofisiológico al ser aplicada como tratamiento en Atención Primaria en los pacientes atendidos en área de consulta externa del Hospital IESS Ambato, durante el período Junio – Octubre 2012?

1.2.5. Preguntas directrices.

¿Qué nivel de eficiencia presentan las técnicas indirectas de Hipnosis en la remisión del trastorno al ser aplicada como tratamiento para insomnio psicofisiológico?

¿Cuál es el grado de evolución sindrómico del trastorno de insomnio psicofisiológico con la aplicación de la Hipnosis indirecta?

¿Qué protocolo hipnoterapéutico basado en las técnicas de la Hipnosis indirecta para que sirva de base para futuros clínicos en el tratamiento no farmacológico de el insomnio psicofisiológico se adaptaría a los requerimientos endémicos de nuestra sociedad?”

1.2.6. Delimitación del contenido

Campo: Psicoterapia.

Área: Psicopatología Clínica.

Aspecto: Tratamiento alterno del Insomnio Primario.

Delimitación Espacial: Esta investigación se realizará con los pacientes que acuden a consulta externa del Hospital IESS Ambato.

Delimitación temporal: Este problema será investigado. En el período comprendido entre los meses de Julio y Octubre del año

1.3. Justificación

La importancia de esta investigación radicó en que una vez realizada dentro del campo de la psicoterapia actual y en la sociedad en general, se dio a conocer herramientas hipnoterapéuticas harto importantes, beneficiosas pero por sobre todas las cosas naturales y que se encuentran dentro del mismo ser humano para el tratamiento de muchas de las afecciones psicológicas que nos aquejan en la actualidad, al tiempo que se desmitificó la Hipnosis como el concepto metafísico que ha venido siendo hasta hoy, se estableció una cultura de higiene onírica al plantear al insomnio como un trastorno a tomarse en cuenta y no como un mal menor, mientras se ofrecieron alternativas terapéuticas que no involucraron efectos secundario perniciosos los cuales en no pocos casos resultan ser mucho peores que el propio trastorno, consecuencias que en la mayoría de las veces se dan en el tratamiento químico del insomnio.

La originalidad de la investigación radica en el hecho que se contribuyó a la no estandarización de terapias psicofarmacológicas requiere y por ende a la preparación del equipo clínico en alternativas terapéuticas de menos riesgo pero de igual eficacia, que permita establecer nuevos procedimientos de intervención y remisión sintomática del paciente con insomnio. Lo cual no se había dado en el ambiente psicoterapéutico actual de nuestra colectividad. Para ello se requirió de una base tanto teórica como práctica sólida que identifique claramente todo aspecto relacionado con el uso de la Hipnosis como tratamiento alterno pero sobre todo no farmacológico en la solución de uno de los padecimiento más comunes en nuestro entorno como lo es el trastorno de insomnio psicofisiológico, el mismo que al no tener una base orgánica de la cual se derive es impensable seguir con el paradigma que en la alteración orgánico- fisiológica por medio de químicos se encuentra su principal solución. El impacto de esta investigación por consiguiente ha sido notable en cuanto a la relación patología-terapia se refiere.

Esta investigación ofreció precisamente esta alternativa, la cual al ser evidentemente de una importancia, y factibilidad terapéutica notables,

benefició a las personas que no requieren gastar ni su tiempo ni su dinero y tampoco su salud en la compra de fármacos, ya que su padecimiento tal vez no lo requiera así, a terapeutas que usarían nuevos procesos de terapia hipnótica lo cual en nuestro medio es tan escaso que estadísticamente es prácticamente nulo, y por sobre todo contribuyó a la erradicación de diversos factores que dificultan el diagnóstico y reconocimiento del insomnio, y que lleva a un retraso e inadecuado tratamiento de este frecuente problema de salud. Esto finalmente llevó a un adecuado establecimiento de un marco estructurado de proceso y procedimientos de las técnicas hipnóticas con incremento en su calidad y eficacia tanto para el paciente como para el desenvolvimiento del terapeuta en su entorno, lo cual evidentemente tiene una gran importancia teórica tanto para estudios posteriores como para métodos de intervención actuales.

1.4. Objetivos.

1.4.1. *Objetivo general:*

- Determinar el grado de influencia de La Hipnosis de enfoque indirecto en el padecimiento del Trastorno de Insomnio Psicofisiológico al ser aplicada como tratamiento en Atención Primaria.

1.4.2. *Objetivos específicos:*

- Analizar el nivel de eficiencia que presentan las técnicas indirectas de Hipnosis en la remisión del trastorno al ser aplicada como tratamiento para insomnio psicofisiológico.
- Identificar los patrones del cuadro sindrómico tanto generales como específicos de curso y evolución del trastorno de insomnio psicofisiológico se alteran con la aplicación de la Hipnosis indirecta.
- Desarrollar un protocolo hipnoterapéutico basado en las técnicas de la Hipnosis Indirecta para que sirva de base para futuros clínicos en el tratamiento no farmacológico de el insomnio psicofisiológico y que se adapte a los requerimientos endémicos de nuestra sociedad.

CAPÍTULO II

Maco Teórico

2.1. Antecedentes investigativos

Investigador: Dr. Alexandros N. Vgontzax, profesor de psiquiatría de la Escuela de Medicina de Penn State y del Centro Médico Hershey en Pennsylvania.

Institución: Centro Médico Hershey en Pennsylvania

Título de la investigación: “Insomnio y mortalidad”

Año de publicación: 2012

Resultados:

La investigación comprobó que los varones con esta patología y otras enfermedades crónicas cuentan con un 7% más de probabilidades de morir que el resto. Un riesgo que no afecta a las mujeres, en las que no se reportó mayor tasa de mortandad por problemas de sueño.

De los hombres que dormían menos de seis horas por noche, el 50% murió en un periodo de 14 años. De este modo, los que padecían insomnio fueron cuatro veces más propensos a morir que los que dormían bien durante el estudio, publicado el miércoles por la revista *Sleep*.

Sumándole hipertensión y diabetes, los hombres con insomnio eran siete veces más propensos a morir que los que no sufrían problemas de sueño, según los resultados de la investigación.

El informe no explica por qué no existe relación directa entre insomnio en mujeres y mortalidad. Sin embargo, Los investigadores analizaron a mujeres durante 10 años, en lugar de los 14 de los hombres.

En el estudio se escogió al azar a 1,741 personas en Pennsylvania, 1,000 mujeres y 741 hombres, con un promedio de edad de 50. De ese grupo, el 8% de las mujeres y el 4% de los hombres dijeron padecer insomnio crónico y dormían un promedio de menos de seis horas cuando fueron analizados en un laboratorio de sueño.

La investigación contempló factores como la edad, el índice de masa corporal, si eran fumadores, si bebían alcohol, si sufrían depresión y si tenían síndrome de apnea durante el sueño.

Entre los hombres que dormían bien, murió el 9%. De los que dijeron tener insomnio, pero dormían más de seis horas, murió el 13%. Y entre los que padecían insomnio y dormían menos de seis horas, murió el 51%.

Investigadores: María Elena Mendoza y Antonio Capafons.

Institución: Universidad de Valencia, España.

Título de la investigación: “Eficacia de la Hipnosis Clínica: Resumen de su evidencia Empírica”.

Año: 2009

Resultados:

La investigación indica que, cuando se la utiliza como coadyuvante a otras intervenciones sanitarias, incrementa la eficacia y/o eficiencia de tales intervenciones. Así mismo, la Hipnosis aplicada se usa en otros ámbitos (deporte, Psicología Forense, hábitos de estudio y concentración, etc.), si bien estas áreas de intervención han recibido poca atención por parte de los investigadores, por lo que, en este artículo, nos centramos sólo en la Hipnosis Clínica.

Además señala del estado de la evidencia empírica de la eficacia de la Hipnosis clínica, basada en los criterios metodológicos más estrictos, permite concluir que los procedimientos hipnóticos se consideran como *eficaces y tratamiento bien establecido* en el manejo del dolor, y *eficaces* para elementos emocionales del asma; *probablemente eficaces* en el tratamiento coadyuvante de la depresión, la ansiedad, de ciertos trastornos del sueño, en la reducción del peso, en el tratamiento del tabaquismo, el asma, la enuresis en niños y la preparación a la cirugía, aunque en este último caso, la evidencia acumulada la aproxima con mayor claridad a tratamiento eficaz.

En otras áreas, como el tratamiento del colon irritable, no hay estudios que cumplan los criterios metodológicos más rigurosos para concluir que es un procedimiento *posiblemente eficaz*. En oncología existen resultados clínicos prometedores, especialmente para reducir vómitos provocados por la quimioterapia, el dolor y la medicación analgésica, aunque es necesario realizar más estudios controlados.

En odontología, dermatología, otorrinolaringología e inmunología no se han encontrado estudios concluyentes.

En el caso de la pediatría, exceptuando la enuresis nocturna, donde es *posiblemente eficaz*, la mayoría de la investigación publicada se basa en estudios de caso y de grupos pequeños con diseños no

controlados, que cumplen la función de indicar las áreas relevantes de estudio de la investigación futura.

Investigadores: Etzel Cardeña, José Maldonado, María José Galdón y David Spiegel

Institución: University of the Health Sciences. Bethesda, MD.

Título de la investigación: “La Hipnosis y los trastornos postraumáticos”.

Año: 1999

Resultados:

De acuerdo con las estadísticas, ésta investigación concluye que casi todos nosotros experimentaremos al menos un suceso traumático a lo largo de nuestra vida, pero sólo una minoría desarrollará una condición postraumática (por ejemplo, trastorno de estrés agudo o trastorno de estrés postraumático). El uso de la Hipnosis y sus técnicas deberían ser particularmente útiles en estos casos porque, al parecer, aumentan la eficacia de otros enfoques terapéuticos más generales y porque los pacientes postraumáticos tienden a ser muy hipnotizables y sufrir de síntomas disociativos y otros que responden bien a las intervenciones hipnóticas. Concluye además que la Hipnosis es particularmente adecuada para un enfoque en tres fases del tratamiento de las condiciones postraumáticas, con técnicas como la relajación, reforzamiento del ego y procesamiento memorístico. Además recomienda que los teóricos y terapeutas interesados en el trauma, debieran considerar un entrenamiento serio en Hipnosis.

Investigadores: Giorgio Nardone, Paul Watzlawick.

Institución: Instituto de Psicología de la Universidad de Siena, Centro de Psicoterapia estratégica de Arezzo (Italia).

Título de la investigación: “Aplicación de la Terapia estratégica y la Hipnoterapia sin trance a los trastornos Fóbicos y Obsesivo-Compulsivo”.

Año: 1990

Resultados:

Los autores concluyen que:

La eficacia del tipo de tratamiento queda claramente demostrada y su porcentaje general de éxito se presenta decididamente elevado. De

hecho, los resultados positivos del tratamiento se refieren a un 83 % de los casos tratados.

Además, esta eficacia resulta todavía mayor en lo tocante a determinadas formas específicas de trastornos, como por ejemplo los trastornos fóbicos (agorafobia y ataques de pánico), en los que ésta alcanza el 95 % de casos con éxito terapéutico.

La eficacia del tratamiento se mantiene en el tiempo. De hecho el porcentaje de las recaídas es notablemente bajo.

La eficiencia del tratamiento es la característica que, no obstante, nos parece diferenciar de manera más positiva los resultados obtenidos mediante el planteamiento estratégico, de los obtenidos mediante otros procedimientos psicoterapéuticos.

Investigadores: Grupo de Trabajo de las Guías de Prácticas Clínicas en Atención Primaria.

Institución: Ministerio de Ciencia e Innovación de España, Ministerio de Sanidad y Política Social de España.

Título de la investigación: “Guía de Práctica Clínica para el manejo de pacientes con insomnio en Atención Primaria”.

Año: 2009

Resultados:

Esta investigación establece la incidencia y prevalencia de los trastornos de insomnio en España además de los procesos y procedimientos terapéuticos farmacológicos y no farmacológicos más utilizados.

Establece un algoritmo diagnóstico para el diagnóstico del insomnio en el contexto de atención primaria el mismo que hemos adoptado como fundamento teórico para esta investigación.

Además recomienda que para futuras sean necesarios estudios longitudinales de observación para identificar aquellos factores que afectan a la incidencia, la historia natural y la remisión del insomnio. También que se necesitan estudios específicos sobre la posible etiología genética del insomnio crónico.

Y sobre todo que es necesario que los estudios sobre intervenciones psicológicas para el insomnio definan con menos variabilidad los componentes de la terapia cognitivo-conductual (TCC) que utilizan.

Sugiere que se deben realizar estudios adicionales para comparar las intervenciones de TCC y las intervenciones sólo conductuales. Así mismo también se necesita comparar cada técnica aplicada como única técnica, en relación a los parámetros de resultado. Y que son necesarias

más investigaciones que comprueben si hay una ventaja añadida de efectividad al proporcionar una combinación de intervenciones conductuales y de TCC frente a una terapia sola; e identificar en qué grupos de pacientes sea más apropiado la combinación o una intervención sola.

Establece que es necesario utilizar instrumentos validados de evaluación de resultados, tanto objetivos como subjetivos, para evaluar la eficacia de las intervenciones.

Y pone de manifiesto la limitación que existe con los parámetros de resultados utilizados en los estudios sobre intervenciones conductuales y de TCC, porque se centran en la sintomatología del insomnio y no evalúan, por ejemplo, efectos como son la reducción de la morbilidad u otros más cualitativos como la mejora de la calidad de vida y del funcionamiento diurno de los pacientes. Proponiendo que sería necesario poder determinar si el insomnio, puede ser causa de incapacidad o baja laboral y si el tratamiento puede mejorar el funcionamiento intelectual y laboral.

Y finalmente que es necesario realizar estudios de mayor duración (seguimiento) para poder establecer conclusiones acerca de la eficacia a largo plazo de la terapia psicológica. Como hay una proporción importante de pacientes con insomnio crónico que aún beneficiándose de la terapia a corto plazo, permanecen vulnerables a episodios recurrentes, se necesitan más estudios para evaluar tanto la efectividad de este tipo de tratamiento a largo plazo, como las técnicas de mantenimiento para prevenir o reducir al mínimo la recurrencia del insomnio.

2.2. Fundamentación filosófica

La presente investigación se fundamentó exclusivamente dentro de un enfoque Crítico – Propositivo, ya que tuvo como finalidad la comprensión del problema del tratamiento no farmacológico del Insomnio Psicofisiológico por medio de un análisis exhaustivo y por ende la identificación de las potencialidades de cambio del sistema psicoterapéutico actual de nuestro medio, por medio de una acción emancipadora. Para éste proyecto fue de gran importancia comprender que un estudio profundo y coherente de la Naturaleza Humana requiere algo más que espíritu de observación, requiere de una interacción transformadora, lograda únicamente por medio de una investigación comprometida e influida por valores éticos, morales pero sobre todo profesionales.

La investigación buscó explicaciones contextualizadas de la forma en la cual la Hipnosis de Enfoque indirecto alteró al Trastorno de insomnio Psicofisiológico, como un efecto del contacto con la realidad cuando ésta se percibe directamente y no filtrado por el sueño intelectual, por los hábitos, por los prejuicios, por los conformismos. De esta manera la presente investigación percibió a la realidad como algo socialmente construido y por ende de carácter múltiple. Su observación por

consiguiente se consiguió por medio de una metodología hermenéutica de tipo dialéctica que no expresa la universalización del fenómeno interpretativo desde una historicidad concreta y personal sino que más bien adecuó el método al objeto de estudio y tomando en cuenta que éste se desarrolló endémicamente y bajo un contexto determinado. De esta manera la presente investigación estuvo inevitablemente diseñada para que sea de tipo participativa, abierta, flexible, y al servir de base para posibles futuras investigaciones, nunca acabada, dando énfasis en el aspecto cualitativo del fenómeno a investigarse.

2.3. Fundamentación legal

En la constitución del Ecuador no existe artículo alguno que hable sobre el insomnio como trastorno específicamente, sin embargo la constitución garantiza aspectos de gran importancia para cada investigación que busque el bienestar Biopsicosocial de la comunidad y del individuo como ente de la sociedad, planteándose nuevas alternativas en pro de la salud pública. De esta manera la presente investigación se fundamenta legalmente en los siguientes artículos:

En El TÍTULO VII: Régimen del Buen Vivir de La Constitución Política del Ecuador aprobado por la Asamblea Constituyente en el año 2008.

El Art. 363 numeral 1 dice: “Formular políticas públicas que garanticen la promoción, prevención, curación, rehabilitación y atención integral en salud y fomentar prácticas saludables en los ámbitos familiar, laboral y comunitario” (Asamblea Constituyente, 2008).

Además en el numeral 4 expresa: “Garantizar las prácticas de salud ancestral y alternativa mediante el reconocimiento, respeto y promoción del uso de sus conocimientos, medicinas e instrumentos” (Asamblea Constituyente, 2008).

La Hipnosis como tal no está considerado dentro del ámbito legal como algo habitual en nuestra sociedad por lo tanto no existen leyes estatales que garanticen su regulación o su correcto uso, sin embargo a nivel nacional existe un ente institucional certificado por el Ministerio de Salud Pública para la instrucción y la acreditación de los profesionales de la salud en la Hipnosis como herramienta terapéutica, éste es la Sociedad Ecuatoriana de Hipnosis Terapéutica e Hipnopedía [SEHTH], la misma que posee un código de honor, la cual es una especie de normativa constitucional y penal que regula la ética en cuanto a el uso de la Hipnosis como herramienta se refiere.

En su introducción reza:

“Este código de honor de la actividad profesional del hipnoterapeuta está destinado a servir como regla de conducta

profesional en el ejercicio de la Hipnosis terapéutica en cualquiera de sus modalidades. La Sociedad Ecuatoriana de Hipnosis Terapéutica e Hipnopedía [SEHTH-I.GTH-Ec.] actuará de acuerdo con sus normas para juzgar el ejercicio de la profesión de los asociados.

La actividad del hipnoterapeuta se rige, ante todo, por los principios de convivencia y de legalidad democráticamente establecidos en el Estado ecuatoriano, por los Estatutos y los Reglamentos de la SEHTH-I.GTH-Ec. Y por el presente Código de Honor.”

“En el ejercicio de su profesión, el/la hipnoterapeuta tendrá en cuenta las normas explícitas e implícitas, que rigen en el entorno social en que actúa, considerándolas como elementos de la situación y valorando las consecuencias que la conformidad o desviación respecto a ellas, puedan tener en su quehacer profesional. El/la hipnoterapeuta rechazará toda clase de impedimentos o trabas a su independencia profesional y al legítimo ejercicio de su profesión, dentro del marco de derechos y deberes que traza el presente Código.

Entre los artículos más destacados del Código de honor se encuentran los siguientes:

Art. 5.- El/la hipnoterapeuta respetará los criterios morales, filosóficos, políticos y religiosos de sus clientes, sin que ello impida su cuestionamiento cuando sea necesario en el curso de una intervención profesional.

Art. 7.- El/la hipnoterapeuta no aprovechará, para lucro o beneficio propio o de terceros, la situación de poder o superioridad que el ejercicio de la profesión pueda conferirle sobre los clientes.

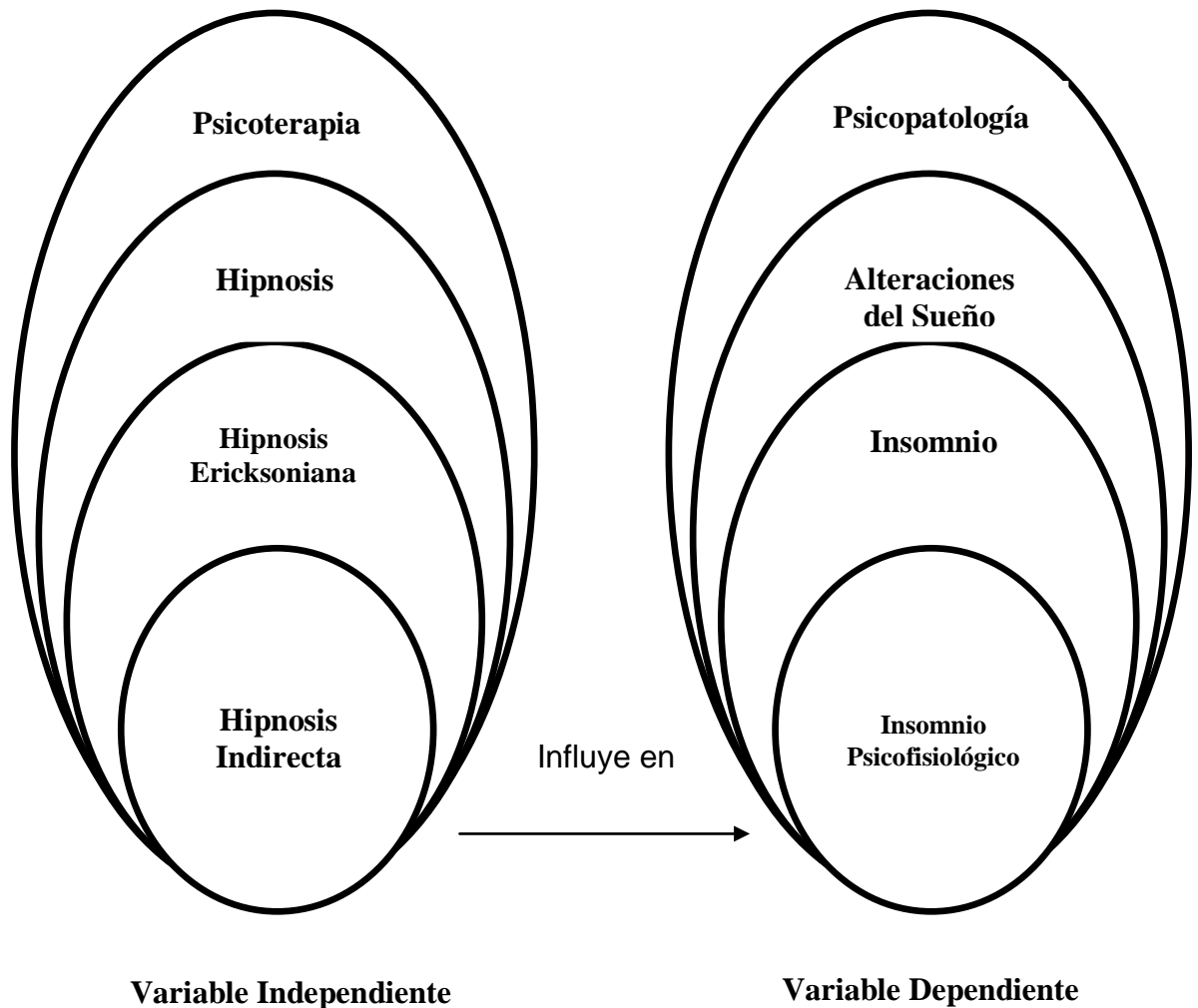
Entre otros de gran importancia para la ética profesional.

2.4. Fundamentación psicológica

La investigación se fundamentó en base a los postulados de la corriente teórica sistémica, esto debido a que para el diagnóstico, del trastorno de insomnio psicofisiológico (variable dependiente) se utilizaron parámetros de evaluación que no solamente involucraron al individuo sino a su entorno familiar, laboral, personal, social etc. Los mismos que fueron tomados como parámetros en continua interrelación y no aislables.

De igual manera la Hipnosis de enfoque indirecto (Variable independiente), concibe al individuo como una entidad en continuo cambio e intercambio con el mundo que lo rodea, busca realizar cambios dentro de los sistemas internos y externos del entorno del individuo y de esta manera provocar un cambio a su sistema actual, y de esta manera reestructurar la sintomatología en una manera más funcional de vida.

2.5. Categorías fundamentales.



2.6. Fundamentación teórica

2.6.1. Psicoterapia

Antes de entrar de lleno a definir la palabra psicoterapia se hace necesario el proceder a establecer el origen etimológico de la misma. Este se halla en el griego y más concretamente en la unión de dos términos: por un lado, está “psico” (psyche) que podría traducirse como “alma” y por otro lado está “terapia” (teraphia) que vendría a significar “tratamiento”.

La terapia es un tratamiento que intenta acceder a lo esencial de algo. En la medicina por ejemplo, se asocia a los métodos que buscan aliviar o curar las enfermedades. Y el prefijo “psico” en la connotación

actual lo reciben todos aquellos conceptos relacionados con la mente humana, es decir, si unimos ambas definiciones, podemos llegar a comprender que Psicoterapia es un método de tratamiento que intenta resolver conflictos o situaciones que atraviesa un individuo; de esta manera el Diccionario de la real academia española de la lengua define a la palabra “Psicoterapia” como:

“Tratamiento de las enfermedades, especialmente de las nerviosas, por medio de la sugestión o persuasión o por otros procedimientos psíquicos”.

Algunas de las significaciones que arrojan los diccionarios especializados sobre psicoterapia son, por ejemplo: *Denominación general para designar el tratamiento médico del alma*, que muestra la tradicional visión del tratamiento hacia las perturbaciones y conflictos psíquicos, principalmente observándola como patrimonio de la entidad médica y homologando, por otra parte, el psiquismo con el alma – concepto vertido por los griegos que hasta le encontraron una sede en el cuerpo humano-.

Es decir la terapia es el tratamiento de las enfermedades mentales por procedimientos basados en la comunicación verbal y emocional, así como en otros comportamientos simbólicos.

La psicoterapia se diferencia de la ayuda informal que una persona puede prestar a otra en, al menos, dos aspectos:

- El primero, en que la controla un psicoterapeuta, formado y autorizado para ello, lo que supone una sanción cultural que le otorga la autoridad propia de los médicos;
- El segundo es que se apoya en teorías científicas que han estudiado el origen de los trastornos mentales y la forma de aliviar sus consecuencias.

Precisamente porque la comunicación es fundamental en la mayoría de las formas de psicoterapia, la relación que se establece entre el terapeuta y el paciente es mucho más importante que en otras relaciones médicas. La personalidad del terapeuta influye en el paciente y viceversa además la personalidad del terapeuta puede ser utilizada de modo deliberado para conseguir determinados objetivos terapéuticos. En palabras de M. Rodríguez Ceberio (2004):

“El arte del manejo de la retórica con la finalidad de resolver problemas de la mente, es tan antiguo que forma parte de las relaciones humanas en la historia del hombre”. (Rodríguez, 2004 p. 7)

La curación de los trastornos mentales y emocionales a través de métodos exclusivamente psicológicos data de tiempos remotos. A lo largo

de la historia, estos métodos han estado basados en creencias y ceremonias religiosas o mágicas. A mediados del siglo XVIII las técnicas psicoterapéuticas comenzaron a basarse en principios científicos con el físico austriaco Franz Anton Mesmer (del cual hablaremos más adelante). Las neurosis se tratarían en el siglo XIX con diversos medios, además de los baños de aguas medicinales o las dolorosas corrientes eléctricas (electrochoque) cuya efectividad dependía en gran parte de la sugestión ejercida sobre el paciente. Sin embargo el objetivo básico de la psicoterapia ha sido el mismo conseguir que un paciente en cuestión pueda lograr una serie de mejoras y cambios positivos en lo que respecta a su comportamiento, a su salud psíquica y física, a la adaptación al entorno o a su identidad psicológica. Dentro de este proceso se establece un lazo comunicativo entre un psicoterapeuta (un experto que se ha preparado para evaluar cuadros y proponer alternativas para modificar el problema de quien requiere su ayuda) y la persona que solicita sus servicios profesionales (Reconocido con el nombre de paciente)

Cabe destacar que el término psicoterapia no está definido bajo un criterio científico concreto, sino que permite denominar un amplio abanico de índole científica la cual se refleja en diferentes corrientes tanto teóricas como prácticas.

De esta manera, en la actualidad la psicoterapia contempla una extensa variedad de enfoques y de definiciones teóricas vinculadas a este campo que determinan distintas maneras de condicionar y abordar la comunicación que se desarrolla entre el psicoterapeuta y cada uno de sus pacientes.

Ives Pelicier, por ejemplo en su *Lexique Psychiatrie* (Léxico de psiquiatría.1976) delimita los siguientes “*métodos reglamentados de tratamiento psicológico*”:

- Psicoterapias simples como estímulo y apoyo.
- Psicoterapia profunda (como el Psicoanálisis o la Psicología Analítica).
- Psicoterapias breves inspiradas en el Psicoanálisis.
- Psicoterapias profundizadas (Rogers, Sueño despierto dirigido, Psicodrama)
- Psicoterapias de expresión
- Psicoterapias Técnicas (Hipnosis, relajación, subnarcosis)
- Psicoterapias conductuales.
- Psicoterapias de grupo.
- Psicoterapia Institucional.

Por otra parte J. Kriz (1985) explica en su obra “*Corrientes fundamentales en Psicoterapia*”, la vasta clasificación de los diferentes tipos de psicoterapia, que se desarrollaron hasta la actualidad.

Las divide en:

- Abordajes de la Psicología Profunda, comprendiendo aquí el Psicoanálisis, la Psicología Individual (Adler), la Psicología Analítica (Jung), Vegetoterapia (Reich),
- Bioenergética (Lowen), Análisis Transaccional (Berne).
- Abordajes de la Conducta, conformado por los que se basan en la Teoría del Aprendizaje, los cognitivos, la Terapia Racional Emotiva.
- Los abordajes Humanistas, incluyendo aquí, la Gestalt (Perls), Psicoterapia del
- Diálogo (Rogers), Logoterapia (Frankl), Psicodrama (Moreno).
- Abordajes Sistémicos, discriminando psicoterapia familiar, estructural, estratégica, centrada en la experiencia, psicoterapia breve.

Los métodos psicoterapéuticos son muy numerosos y aparentemente, muy dispares entre sí, pero conservan puntos en común, existen dos rasgos básicos que se repiten en todas las corrientes de psicoterapia: el contacto directo y personal entre el especialista y quien acude a él para iniciar un tratamiento, en especial a través del diálogo. Y la calidad de relación terapéutica del contexto de comunicación, es decir la ayuda destinada a lograr un cambio en el paciente. Aunque en los últimos años se ha desarrollado una nueva modalidad de intervención proctológica a distancia a través del Internet, conocida como ciberpsicoterapia.

2.6.1.1. La redefinición de Psicoterapia.

El avance de la ciencia psicoterapéutica sumada a la combinación de la misma con otras ciencias y descubrimientos actuales en los últimos años ha abierto la posibilidad de una redefinición de la antigua noción de psicoterapia. Aunque hablar de una *vieja* y *nueva psicoterapia*, no resultarán rótulos afortunados para aquellos que continúan explicando a la psicoterapia de manera clásica, como *una forma de tratamiento que tiene por objetivo curar a las personas*.

Esta definición, está sostenida teóricamente en el sentido médico, es decir, la concepción del tratamiento como una metodología que conlleva una serie de pasos a seguir en pos de curar la enfermedad del paciente.

Pero el hecho de curar, implica la creencia de entender a la persona que consulta como un *enfermo* (hecho que también denuncia la concepción biológica-médica), aunque la enfermedad como tal también cobra su grado de relatividad, puesto que puede explicarse o definirse desde diferentes ámbitos de conocimiento. De esta manera, nos encontramos estableciendo diferenciaciones entre las polaridades de *salud y enfermedad* y, a su vez, puntos de convergencia con lo que da en llamarse *normalidad y anormalidad*.

Marcelo Rodríguez en su ensayo titulado: *“El Counseling Y La Psicoterapia Breve”*, fundamenta la crítica a la antigua concepción de Psicoterapia en la noción epistemológica de conceptos básicos en la sociedad en el ámbito clínico como normalidad y salud de la que deriva dos antinomías que establecen la relatividad de dichas concepciones, en las palabras de Rodríguez:

“En el campo práctico, existe una equidistancia que homologa los términos normalidad y salud, de la misma manera que los conceptos de anormalidad y enfermedad, aunque no del todo sinrazón, ya que parcialmente coinciden. Tal vez, la diferencia principal radica en que ambos baremos son construidos en relación a dos variables independientes (en apariencia), pero que en realidad funcionan en total interdependencia: la variable científica y la social”.

En la primera antinomia que establece Rodríguez -normalidad/anormalidad- se entrevé que el polo de lo normal se establece a partir de la asociación entre común y mayoría. Los patrones de normalidad, son creados mediante casuísticas y recuentos estadísticos que permiten *“nomenclar como normal a todo fenómeno que se dé en amplios porcentajes en el contexto social”*. Por tanto, todo elemento que se aparte de la franja estipulada por la media esperable, será considerado anormal. La base de estas aseveraciones, parten de un análisis sociológico.

En el ámbito científico se elabora la segunda antinomia -salud y enfermedad-, en donde la desviación o degeneración del correcto funcionamiento -en términos biológicos- es considerado enfermedad. Si el médico, bioquímico, biólogo, etc., descubre tal proceso, aplicará el tratamiento adecuado que le permita corregir dicha desviación, cuestión que el sujeto pueda retornar al estado esperable: la salud.

Lo cierto, es que ambas antinomias se elaboran a través de la convergencia de factores científicos y sociales, y resulta en términos de Rodríguez *“una utopía aislar ambos territorios como compartimentos estancos, más aún, cuando se articulan e influyen de manera recíproca”*. Uno va de la mano del otro y resultaría un error otorgarle relevancia a alguno de ellos. Pero no siempre se encuentran puntos de coincidencia entre salud y normalidad, puesto que a veces, los patrones estadísticos no arrojan los resultados esperables para esta asociación. Por ende, no quiere decir que todo lo que se considere normal sea sinónimo de salud (por ejemplo, la mayoría de las personas tienen caries, razón por la que es normal, aunque no quiere decir que sea saludable).

Por otra parte, el baremo de normal o anormal se relativiza aún más cuando se involucra al contexto. Mientras que en cierto tipo de sociedades, algunos hechos son considerados normales, en otras, forman

parte de la esfera de la anormalidad. Es el contexto, entonces, el que delimita la diferenciación.

La definición de salud de la OMS (Organización mundial de la salud) condensa, por así decirlo, el marco científico y social, señala que:

“(...) la salud sugiere el completo bienestar psicofísico, mental y social, y no solamente ausencia de afecciones o enfermedades”.

Curar, en este sentido, implica corregir una desviación. La desviación puede observarse tanto en el significado científico como en el social. La enfermedad, es una desviación respecto de lo esperable en tanto funcionamiento adecuado. Lo anormal es el apartamiento de la norma. Si hablamos de problemas humanos, estamos señalando (desde una perspectiva cibernética que es uno de los fundamentos epistemológicos en los que se basan algunas de las nuevas corrientes psicoterapéuticas actuales entre ellas la Hipnosis Ericksoniana e Indirecta) una desviación de la energía que bloquea la posibilidad de homeodinamia del sistema.

En síntesis, según Rodríguez manifiesta en su ensayo que la palabra curación sugiere introducirse en el campo médico, aunque la enfermedad como tal exceda este campo. No obstante, enfermedad y curación son terminologías que se apropió el campo de la medicina. Introducidas en la definición de psicoterapia, estos conceptos, de alguna manera denuncian una concepción que parte de la patología y no de la salud. Ya en los comienzos del siglo XX, el mismo Freud señalaba que *todos somos neuróticos* y bajo esta premisa, la acción de la psicoterapia deviene en un *arte de curar* coherente con la filosofía médica de la cual se origina.

Diferente concepción es pensar al ser humano, no como un enfermo sino como una persona con problemas a resolver. Pero tampoco se trata de ir tan lejos, como para desconocer la existencia de alteraciones de factores biológicos y bioquímicos en ciertas patologías severas como la psicosis o las depresiones graves, etc. Es indudable, que este punto nos hace entrar en otras cuestiones de orden nosográfico.

Es decir, para muchos -y principalmente sistémicos en sus posiciones más ortodoxas- la clasificación de patologías psiquiátricas (DSM IV, por ejemplo) no son consideradas enfermedades y menos problemas de un individuo, sino conductas resultado de disfuncionalidades en las interacciones de las personas con su entorno, o consigo mismos. Las clasificaciones psiquiátricas se crearon con la misma orientación que la medicina tradicional, pero resulta extremadamente difícil (Tanto en el ámbito clínico como semiológico), abarcar totalmente la diversidad de sintomatologías posibles. Este mismo fenómeno sucedió en el siglo XVII, cuando se comenzaron a elaborar las primeras nosografías,

de las que años más tarde Kraepelin se constituiría en uno de sus máximos expositores.

Los manuales de diagnóstico psicopatológico, conciben al ser humano de manera lineal y monádica y centran la patología en la persona, lejos de entender a la sintomatología como causa y efecto de la persona en relación con su entorno. Poco, en realidad se ha desarrollado acerca de diagnósticos relacionales. Sobre la base del DSM IV, algunos autores -con la venia de la pragmática sistémica- han creado modelos de trabajo clínico y descripciones relacionales sobre, por ejemplo, los trastornos distímicos y las depresiones (Linares.1996), trastornos fóbicos y de pánico (Nardone.1992.1997 y Watslawick 1994), trastornos psicósomáticos (Onnis.1998), trastornos esquizofrénicos (Bateson.1962, Jackson.1967, Selvini.1981), Anorexia y bulimia (Selvini. 1981), Terapia Hipnótica Indirecta (Rossi y Rossi. 1980, 2000).

Según algunos autores contemporáneos cambiar el término *tratamiento* por *trabajo terapéutico*, implica extraerle el marco patológico al término. La palabra *tratamiento*, se halla en directa relación con las acepciones de curar y enfermedad, es decir, la trilogía *enfermedad, curación y tratamiento* pertenecen a la misma concepción médica de los problemas psicológicos.

Hablar de trabajo terapéutico, sugiere formar un equipo de trabajo (el terapeuta más el paciente) que, bajo una planificación estipulada, tiene como objetivo el cambio y la modificación del problema que lleva a la crisis a la persona.

Permutar el concepto de *enfermedad* por *problema*, sugiere entender al hombre en *relación con* y no como un sujeto aislado y como víctima de una enfermedad. Sugiere entender diferentes niveles de complejidad, en donde las dificultades pueden rápidamente complicarse y transformarse en problemas que bloquean los desarrollos evolutivos individuales y del sistema donde la persona se halla inmersa. Más allá, que hablar de *persona con problemas* suena menos descalificante que *persona enferma*. Tengamos en cuenta, además, que hay pacientes que asisten a consulta y que se hallan enfermos, ya sea porque padecen alguna enfermedad orgánica o psicósomática (ya sea úlceras, alergias, asma, cáncer, etc.) y si bien la enfermedad incidirá o creará un trastorno psicológico, tal vez, no será el centro de su motivo de consulta.

Según las relativamente nuevas concepciones psicoterapéuticas la necesidad de trabajar con la familia o con el resto de los participantes del entorno del paciente y que participan en la producción del problema, radica en la concepción de que el hombre es un ser eminentemente social. La historia y los estudios de los procesos biológicos, evolutivos, demuestran que como ninguna otra especie, el hombre depende en sentido físico o psíquico, desde sus necesidades más primitivas hasta las

más complejas, en la interacción con su medio, cuyo primer vínculo o nexo de dependencia es la relación con sus padres.

Según J. Kriz (1985), en gran medida las estructuras que hacen posible su experiencia, que favorecen su desarrollo y crecimiento, serán socialmente estructuradas mucho antes de que él se establezca en el escenario de la vida, por lo tanto:

“[...] los resultados generales del trabajo social y de otros procesos de interacción (instrumentos y materiales transformados por el hombre, pautas sociales de rol y de acción, “cultura”, es decir, lenguaje, escritura, conocimientos adquiridos, etc.) y la específica constelación histórica, geográfica y socioeconómica existente en el tiempo de su nacimiento y su desarrollo, determina su vida, por lo menos en la misma medida que la experiencia “filogenética” del homosapiens” (Kriz, 1985).

Este autor destaca, además, otro punto clave, que caracteriza a la naturaleza del hombre y que favorecía el campo propicio para el nacimiento de la psicoterapia: su coincidencia reflexiva. O sea, que la conducta humana no estaría únicamente determinada por los instintos y los estímulos naturales del medio ambiente, sino que además, la estructuración y, por ende, la sistematización de su experiencia le permite anticipar a través del pensamiento una conducta determinada y un abanico de probables consecuencias o resultados que le proveen la posibilidad de actuar intencionalmente, y de esta manera modificarlo en su beneficio, J. Kriz continúa en este sentido:

“Es evidente que de igual manera, estas estructuras de sentido están en buena parte determinadas socialmente e inmersas en procesos de signos (es decir, estímulos sociales con significado aprendido)”.

La suma de estas características, entonces, revela la posibilidad de sembrar un campo fértil de lo que a posteriori se llamará el *arte de la psicoterapia*. Por otra parte, la sociedad, como todo sistema, se encuentra estructurada mediante una serie de normas, pautas, escalas de valores que conforman un determinado patrón de funcionamiento.

Esto, a su vez, constituiría un baremo clasificatorio en donde ciertas reacciones de los sujetos integrantes de la sociedad son tildadas como normales o patológicas, como lo señalamos anteriormente. Y las representaciones y expectativas de corte individual que todo ser humano posee y desarrolla, en todas las oportunidades no son coincidentes con lo que espera la "socio cultura". Por lo tanto, es factible que el hombre se encuentre particularmente sensible a la desviación de la norma. Si bien los umbrales de tolerancia, el sistema de valores y la pauta misma varían de acuerdo a los diversos períodos históricos, y a las diferentes culturas y diferentes puntos geográficos, siempre existió veneración de santos, idealizaciones externas y eliminación o segregación de ineptos,

deficientes, minusválidos, improductivos. Es así que para esta última *casta*, existieron en la comunidad personas que a través de la palabra trataron de disminuir y aliviar los *dolores* provocados por esta estigmatización, desde los miembros de una familia hasta los curanderos que procuraban asistencia.

Como conclusión, la práctica psicoterapéutica es tan antigua como la humanidad misma. Pero la aparición de la psicoterapia profesional, tal cual como se la conoce en nuestros días según la mayoría de los autores, no se sitúa antes del siglo XIX. La fecha que Kriz remite como referencia, es la primera obra freudiana de envergadura "*La interpretación de los sueños*" (1900) o la publicación de Freud y Breuer "*Acerca del mecanismo psíquico de los fenómenos histéricos*", basado en el análisis del caso de Ana O (1893), o en el año 1895 que corresponde a los "*Estudios sobre la histeria*" en donde se expone dicho caso, conjuntamente con otras observaciones.

Hasta ese momento, el Psicoanálisis como técnica psicoterapéutica, responde a la tradición de indagación del pensamiento científico clásico: causa-efecto (relación lineal).

Investiga diacrónicamente el origen de las situaciones conflictivas actuales, buscando sus causas en la historia del paciente, analizando el porqué de las sintomatologías presentadas -revelar lo oculto a través del relato manifiesto- a través de la asociación libre, interpretando sueños, actos fallidos. Bajo el supuesto de que *haciendo consciente lo inconsciente*, por el método interpretativo, el *insigth* subsecuente proveería la desaparición del síntoma.

Su perspectiva es psicopatológica. El descubrimiento de la neurosis revela una sociedad neurótica, en donde el sujeto sano no existe y donde el patrón de normalidad es ser neurótico. De esta manera, mediante la rigurosidad de dos, tres y más sesiones semanales -prolongándose a lo largo de años- se constituye el llamado *tratamiento* (al estilo médico ya que se trabaja con una persona enferma de neurosis) con el objetivo de explorar el inconsciente y *curar* al paciente.

En síntesis, podría definirse a la Psicoterapia como una relación de dos personas (o más en el caso de la Terapia Familiar, de pareja o grupal) en donde una (el paciente) asiste a otro (el terapeuta) en busca de ayuda para aliviar su dolor. A la vez el primero: *el experto* (profesional supuestamente capacitado) a través de una serie de herramientas terapéuticas (estrategias, tácticas y técnicas) intentará guiar interactivamente al segundo (paciente) hacia un cambio de perspectiva, una óptica diferente, que llevará a esa persona a revertir su situación y conectarse con el bienestar general.

La vida de un ser humano está poblada de situaciones dificultosas, obstáculos que en ocasiones imposibilitan el normal desarrollo en el ciclo

evolutivo. El punto de inflexión se produce cuando estas dificultades son transformadas en *problema*, es decir, se categorizan en esta tipología. Es allí, cuando frenan el curso hacia determinados objetivos, formando rígidos circuitos recursivos o círculos viciosos que, de cara a soluciones intentadas ineficaces, cuanto la persona hace más para solucionar el problema más lo complejiza.

La tarea psicoterapéutica consistiría en destrabar estos circuitos. Volver al status de dificultad lo que se convirtió en problema, y como una dificultad es un obstáculo que puede sortearse, el paciente con sus propios recursos podrá resolverla y dar un paso más en dirección al crecimiento. Consiste, además, en plantear metas y propuestas de vida con objetivos claros y delimitados promoviendo así otra actitud frente a la experiencia que lleva a que la persona encuentre un auténtico y genuino sentido de vida que lo conecte con la felicidad. Sin embargo es importante señalar que la psicoterapia implica el respeto y la educación hacia un código deontológico, que marca bases sobre la privacidad y la confidencialidad de la información intercambiada en el marco de la comunicación entre el psicoterapeuta y el paciente.

2.6.1.2. Las nociones de Eficacia y Eficiencia Psicoterapéuticas.

La valoración de los efectos o del resultado obtenido mediante la intervención terapéutica es, sin duda alguna, uno de los argumentos más ambiguos al que ha de enfrentarse la psicoterapia. Esta dificultad se debe al hecho de que las diversas escuelas de psicoterapia poseen criterios diferentes entre ellas para establecer la eficacia de la terapia, lo cual es consecuencia inevitable de las diversas perspectivas teóricas que a veces adoptan posiciones contrapuestas.

Por ejemplo, para un analista jungiano, la eficacia de la terapia será el logro de la «individuación» personal, mientras que para un conductista el éxito terapéutico estará representado por la «extinción» del síntoma de la conducta.

Es lógico que diferentes teorías sobre la personalidad humana prevean también distintos objetivos por alcanzar y que estos objetivos distintos prevean a su vez modalidades de valoración del resultado diversas entre sí.

Es decir, es la concepción teórica sobre la «naturaleza humana» a que nos referimos lo que determina nuestros criterios de valoración de lo que ha de considerarse sano o insano, normal o patológico, y por tanto también el consiguiente concepto de «curación» y los objetivos de la terapia.

En palabras de Ambrose Bierce (*El diccionario del diablo*, 1906):

Anormal, adj. *Que no responde a la norma. En cuestiones de pensamiento y conducta ser independiente es ser anormal y ser anormal es ser detestado. En consecuencia, el autor aconseja parecerse más al Hombre Medio que a uno mismo. Quien lo consiga obtendrá la paz, la*

perspectiva de la muerte y la esperanza del Infierno. (Ambrose Bierce, 1906, pág. 150).

Como consecuencia de ello, dentro del programa de la psicoterapia existen muchos conceptos diversos de «curación» así como muchos conceptos distintos de eficacia del tratamiento.

Sin embargo, como afirma Sirigatti (1988, p. 230), parece que, en la actualidad, existe un cierto acuerdo en lo tocante a definir como eficaz un tratamiento cuando éste lleva a:

- Mejoría sintomática;
- Mejoría productiva en el trabajo;
- Mejoría del equilibrio y del deseo sexual;
- Mejoría en las relaciones interpersonales;
- Aumento de la capacidad de hacer frente a los habituales
- Conflictos psicológicos; aumento de la capacidad de reaccionar al estrés cotidiano.

En este punto del estudio es necesario determinar claramente en primer lugar los conceptos de eficacia y eficiencias psicoterapéuticas ya que constituyen un eje fundamental en el proceso de esta investigación para ello desarrollaremos los conceptos básicos de los términos anteriormente mencionados para luego poder extrapolarlos al contexto psicoterapéutico y en especial al de atención primaria.

Según el diccionario de la real academia de la lengua el término “eficacia” se define cómo:

“Capacidad de lograr el efecto que se desea o se espera”.

Es decir dentro del ámbito psicoterapéutico ésta definición se referiría a los objetivos planteados conjuntamente al inicio de la terapia con el propio paciente sea estos cuales fueran, para ello Nardone y Watzlawick, en *El arte del Cambio* (1989 p. 127- 129), proponen varios parámetros de evaluación de la eficacia psicoterapéutica, entre ellos tenemos:

- A. La valoración del resultado final de la terapia.
- B. Si, a distancia de cierto tiempo, los resultados obtenidos se han mantenido o si al contrario, se han presentado recaídas sintomáticas o si han reaparecido síntomas sustitutivos de los originarios.

El planteamiento indirecto Ericksoniano, como se explicará más adelante, no hace referencia a una teoría que describa en clave definitiva los conceptos de normalidad y anormalidad, y mucho menos a una teoría sobre la «naturaleza humana» que describa todas y cada una de sus características; más bien tiene que ver con la filosofía del conocimiento constructivista, que, basándose en la idea del carácter irreductible de la

naturaleza y la conducta humanas a una única y omnicomprensiva descripción y explicación, se interesa por las maneras adecuadas para que la relación con *nuestra* realidad sea más funcional. Desde esta perspectiva teórica, la eficacia de una intervención terapéutica puede estar representada por la resolución del problema específico que el paciente presenta.

El concepto de «curación» no ha de considerarse como el logro de un hipotético, por improbable, estado de absoluta ausencia de problemas, sino como la superación del problema específico que vive el sujeto, en un determinado momento y contexto de su vida. Por consiguiente, la valoración de los efectos de la terapia puede considerarse ciertamente en consonancia con los criterios antes descritos, en los que los investigadores se hallan de acuerdo, pero reafirmando el hecho de que no puede hacerse ninguna generalización absoluta y que el éxito o el fracaso han de ser vistos desde los objetivos que nos proponemos. Por esto, en terapia, el éxito será la resolución efectiva y permanente de los problemas presentados por el paciente y el logro de los objetivos propuestos de acuerdo con él como finalidad de la terapia.

Además, el éxito o el fracaso pueden existir a diversos niveles y, por tanto, es conveniente considerar no sólo las categorías de casos «resueltos» y no resueltos, sino también las categorías relativas a los casos muy mejorados o poco mejorados, así como es importante valorar la posibilidad de empeoramientos como consecuencia de la terapia (véase Sirigatti 1988, p. 221).

Cabe recalcar que es precisamente en éste criterio metodológico desarrollado para las investigaciones de la escuela de Palo Alto (California), la Universidad de Selena, y el centro de Psicoterapia estratégica de Arezzo (Italia), sobre los que se ha fundamentado la recolección de datos de esta investigación.

Por consecuencia en esta investigación se considerará que un caso está resuelto, y por consiguiente que puede decirse que el tratamiento ha tenido éxito si, y sólo si, además del resultado positivo de la eficacia (A), se ha obtenido también una respuesta positiva al criterio (B). Es decir cuando la desaparición de los síntomas y de los problemas al final de la terapia se mantiene en el tiempo, sin que se manifiesten recaídas o síntomas sustitutivos de los originarios.

Basándonos en este criterio metodológico, se Las instituciones de Palo Alto y Arezzo han articulado la valoración de los efectos de la terapia en las siguientes cinco categorías de resultado del tratamiento.

- *Casos resueltos*. Esto es, casos con completa resolución del problema al final de la terapia y con ausencia de recaídas en el espacio de un año.
- *Casos muy mejorados*. Esto es, casos con remisión completa de los síntomas al final de la terapia, que han demostrado en

los *follow-up* un claro mejoramiento de su situación, pero también la presencia de ligeras recaídas esporádicas, rápidamente controladas.

- *Casos poco mejorados*. Esto es, casos con reducción parcial de la sintomatología al final del tratamiento, que han referido en los *follow-up* la presencia de frecuentes momentos críticos y recaídas sintomáticas. Aun cuando estas situaciones han sido definidas por el sujeto como mucho menos intensas que las anteriores a la terapia.
- *Casos sin cambio alguno*. Esto es, casos en los que el tratamiento no ha llevado, en el tiempo de las diez sesiones, a ningún cambio de la situación problemática presentada por el paciente. En estos casos, se ha interrumpido el tratamiento en la décima sesión con la convicción de que, si no se ha logrado cambiar nada en diez sesiones, es muy improbable que se logre incluso con un período de tiempo más largo de tratamiento.
- *Casos empeorados*. Esto es, casos en los que el tratamiento ha llevado a un empeoramiento de la situación del paciente.

Garfield (1980), observa que uno de los aspectos valorativos de la psicoterapia referente a los resultados menos investigados y menos considerados es, su eficiencia, es decir, la relación costes/beneficio de la terapia. En palabras de Nardone (1989)

“(...) desempeña un papel teórico y social muy importante; pues, de hecho, hay una buena diferencia entre resolver determinados problemas en tres meses o en tres años. La diferencia está en el costo a que se da lugar y sobre todo en el hecho de que una persona cuanto antes resuelve sus problemas que la han llevado a la terapia tanto más pronto vivirá mejor, mejorando la calidad de su existencia y volviéndose más feliz.”

Resulta entonces evidente que la consideración atenta de la eficiencia del trabajo clínico ha de ser un factor importante de estudio cuando se quiera analizar y valorar la capacidad real de intervención de un modelo de terapia. De hecho, una vez hemos establecido la eficacia de una terapia, cuanto más eficiente sea ésta tanto más ha de ser tenida por positiva. En otras palabras, el tiempo empleado para obtener un resultado cualifica aún más el resultado mismo; en realidad, la relación entre coste y beneficios de una intervención será tanto más positiva cuanto más breve sea el tratamiento para obtener la resolución efectiva y permanente de los problemas presentados.

De esta manera para medir la eficiencia del tratamiento de esta investigación, se ha recurrido a una clasificación semejante a la utilizada en los institutos de Arezzo y Palo Alto para describir su eficacia éstos establecen los siguientes parámetros.

- Duración Media de tratamiento (sesiones).
- Duración Mínima de Tratamiento (sesiones).
- Duración Máxima de Tratamiento (sesiones).

La eficiencia es medida en términos de duración media del tratamiento a nivel general de toda la muestra. Además, la eficiencia se ha valorado es valorada con más precisión separando de la muestra total de casos tratados los casos considerados con éxito positivo, es decir, los completamente resueltos y los muy mejorados.

2.6.2. Hipnosis

2.6.2.1. Historia.

Los estados de “trance” están descritos desde épocas muy antiguas. En las culturas no occidentales se empleaban sobre todo por parte de los “curanderos” o “sacerdotes”, siendo generalmente ellos quienes entraban en estado de trance como parte de las ceremonias de curación.

El doctor David Waxman autor de numerosos artículos y libros de hipnoterapia, psiquiatra y miembro fundador de la sección correspondiente a Hipnosis Médica y Mental de la Real Sociedad de Medicina de Londres señala que:

“Desde los comienzos de la raza humana, el ser humano ha intentado imponer, para bien o para mal, sobre sus semejantes su fuerza y voluntad. Desde los albores de la historia, ha tratado de influir sobre los destinos ajenos recurriendo a la brujería o hechicería, a la revelación a través de los agentes supernaturales, al poder de la palabra o a la sugestión. Del descubrimiento accidental de un fenómeno natural y mediante los poderes mágicos y fluidos magnéticos han surgido las técnicas del siglo XX que producen el estado conocido como Hipnosis” (1981, p. 1).

La Hipnosis, tal como hoy la conocemos, empezó hace dos siglos en Francia. La palabra “Hipnosis” proviene de la palabra griega *Hipnos* (hypnos) nombre que según su mitología se le atribuía al dios poseedor del poder del sueño, hermano menor de Hades (Ades) dios de la muerte, ya que los griegos poseían una concepción en la que sostenían que los sueños, dominio de Hipnos, arribaban hasta cierto punto del “reino del más allá”. Fue definida por James Braid en 1843, pero lo que Braid describía no era sino lo que había iniciado en París un médico alemán llamado Franz Anton Mesmer, bajo el nombre de “magnetismo animal”.

Mesmer fue el descubridor de una espectacular manera de curar enfermedades, basada en la sugestión. Llegó a París en 1778 precedido

de una reputación de hacedor de milagros. La forma de trabajar de Mesmer era espléndida y teatral. Partía de la base de que él era capaz de acumular una porción del “fluido universal” y de transmitirlo a sus semejantes.

La Academia de Medicina rechazó sus técnicas, pero uno de sus pacientes (M. Bergasse) abrió una suscripción de 100 luisas por persona que le fue ofrecida a Mesmer para montar una clínica, a condición de revelar a los suscriptores los secretos del “magnetismo animal”.

La sala de tratamientos que montó Mesmer estaba instalada con gran habilidad rodeado de un ambiente altamente sugestivo. No era extraño que durante el acto los pacientes entrasen en trances convulsivos para lo cual algunos empleados de Mesmer, bien pagados, daban el pertinente ejemplo. El caso es que Mesmer se hizo el “hombre de moda”, y su consulta, tenía grandes listas de espera.

Ante las apasionadas discusiones entre partidarios y críticos, el Rey encargó a una comisión de científicos que analizaran el trabajo de Mesmer, los resultados fueron negativos para el alemán, y un informe de la comisión ilustra que se trataba de una superchería.

Mesmer volvió a Alemania y se llevó el dinero de sus suscriptores, quienes nunca obtuvieron el secreto prometido. A pesar de sus evidentes falacias, el método de Mesmer fue un indiscutible precursor (y posiblemente un inspirador) de futuras investigaciones y aplicaciones en el campo de la medicina psicosomática.

2.6.2.1.1. Bernheim, Liébeault y Charcot.

Hipólito Bernheim, psiquiatra nacido en Alsacia (Francia), era profesor agregado de la facultad de Medicina de Estrasburgo, en el último cuarto del siglo pasado, cuando contactó con un médico rural, Liébeault, el cual había desarrollado un método hipnótico muy parecido a los que se emplea actualmente. Juntos crearon la “Escuela psicológica de Nancy”, auténtica pionera en el estudio de la Hipnosis, y opuesta a la “Escuela neurofisiológica de París” del Hospital de la Salpêtrière, en la que el neurólogo francés más importante de aquellos tiempos, Charcot, impartía sus lecciones de neurología, pero también de psiquiatría e Hipnosis. La doctrina de Charcot era que solamente se podía hipnotizar a los enfermos histéricos.

La escuela de Nancy, menos laureada en su época, trabajó de forma más callada. Las publicaciones de Bernheim son predecesoras de la moderna medicina psicosomática, y de las aplicaciones de la Hipnosis en este tipo de enfermedades.

2.6.2.1.2. James, Prince, Janet, Breuer, Freud.

El interés de la Hipnosis se mantuvo en los Estados Unidos a través de escritos de William James, Morton Prince y Boris Sidis, interesados por las extrañas manifestaciones de ciertos pacientes histéricos con doble personalidad, o con personalidad múltiple. En

Europa, Janet acuñó el concepto del inconsciente y usó la Hipnosis como un método para acceder a las capas más desconocidas de la conciencia. Breuer y Freud empleaban la regresión hipnótica como base para llegar al análisis de los contenidos inconscientes traumáticos. Freud abandonó más adelante la técnica, al desarrollar el método psicoanalítico, si bien en sus últimos años reconoció la validez de la Hipnosis como un método eficaz.

2.6.2.1.3. Siglo XX.

El interés por la Hipnosis, muy enfriado en las primeras décadas de nuestro siglo, resurgió durante la década de 1930, y más adelante en la segunda guerra mundial, cuando los psiquiatras del ejército estadounidense advirtieron que la técnica era útil para resolver los estados de trance llamados “neurosis de trincheras”.

En los años 50 aparece una fiebre investigadora acerca de la Hipnosis. La prestigiosa APA (American Psychiatric Assotiation) reconoce el valor de la Hipnosis como legítimo método terapéutico, y, hoy en día, una división de la American Psychological Assotiation está dedicada a su estudio, investigación y desarrollo.

2.6.2.2. Conceptos y teorías acerca del Fenómeno Hipnótico

Existen diversas concepciones de lo que es la Hipnosis, en las palabras de Henry Leo Bolduc En su libro “*Auto Hipnosis*” (2004): “*La Hipnosis, como el amor, es difícil de definir porque cada uno la experimenta de forma diferente. (2004, p.4).*” En nuestro medio es una palabra que evoca un sinnúmero de reacciones, cada una de ellas enfocada desde una perspectiva diferente sea ésta la neurología, neurofisiología, Psicología, medicina alternativa, asuntos de investigación policial, aplicaciones deportivas, o simplemente el conocimiento general de la gente o el escepticismo especulativo, etc. Sin embargo en estas páginas analizaremos los conceptos y postulados más relevantes derivados de investigaciones serias y empíricamente demostrables para propósitos de la presente investigación.

M. T. Orne en el libro de E. Fromm y R. E. Shor: “*Hypnosis: Research, Develoments And Perspectives*” (1972), da una definición de Conducta Hipnótica en las siguientes palabras:

“Los fenómenos hipnóticos sólo pueden observarse cuando se proporcionan sugerencias que distorsionen la percepción y la memoria del individuo, el individuo hipnotizado sólo puede ser identificado por su habilidad para responder a las sugerencias adecuadas alterando apropiadamente una o todas las modalidades de percepción y memoria”(1972, p.102)

Por otra parte Gill y Brenman proponen una definición de la fenomenología hipnótica que en contraste con la anteriormente mencionada se enfoca desde una perspectiva psicoanalítica:

“(...) es una regresión psicológica inducida que se produce en el contexto de una relación regresiva particular entre dos personas, es un estado relativamente estable que incluye un subsistema del ego con diferentes grados de control del aparato del ego”. (Gill y Brenman ,1959, p. 23)

Esto demuestra cuán relativas pueden llegar a ser las definiciones en lo que al fenómeno hipnótico se refiere, ésta falta de consenso también se extiende a la aplicación de la Hipnosis en los contextos experimental y clínico. Esto se debe a que las investigaciones en el campo experimental tratan de medir la conducta externa y observable del sujeto, por contraste en el contexto clínico se hace hincapié en el acceso a las experiencias subjetivas, si a esto le añadimos las diferencias derivadas de los contextos y de los objetivos, es comprensible que exista ambigüedad en la definición de este fenómeno. La Hipnosis experimental se desarrolla en el contexto del laboratorio mientras que la Hipnosis como tratamiento se desarrolla en el entorno clínico, el objetivo de la primera es develar el aspecto fenomenológico de la Hipnosis y el de la última es usar a la Hipnosis como herramienta para el alivio de dolencias mentales y físicas.

La ambigüedad en cuanto a su definición se hace más profunda si tomamos en cuenta que en los últimos años se han desarrollado aplicaciones de la Hipnosis en gran parte de los aspectos de la sociedad humana, ya sea este deportivo, policial, o del espectáculo, sin que esto desmerezca el hecho de que la Hipnosis es una valiosa herramienta en cada una de estas áreas. Todos experimentamos esta actividad hipnótica conforme entremos cada noche en la etapa del sueño y posteriormente cuando despertamos por la mañana. Sin embargo el estado hipnótico como tal tiene pocas semejanzas etiológicas y neurofisiológicas con el estado de sueño común, y mucho menos se trata de algo proveniente del “más allá”. Puede parecer a otros que los sujetos hipnotizados están durmiendo sin embargo éstos sujetos pueden pensar, hablar, abrir los ojos, responder a la sugestión y moverse en cualquier forma. La gente que experimenta la Hipnosis está alerta de su entorno y puede escuchar otros sonidos además de la voz del hipnotista. No hay nada realmente sorprendente acerca de la Hipnosis, excepto el uso del potencial ilimitado de la mente humana.

Como se dijo al inicio existen innumerables explicaciones que oscilan desde lo científico hasta lo esotérico sin embargo, desde un criterio científico sólido básicamente son seis las principales corrientes teóricas existentes en la actualidad, relativamente completas y fundamentadas y que al mismo tiempo abarcan en un grado aceptable la fenomenología y estructura del proceso hipnótico. Las mismas que

analizaremos en estas páginas. Cada una de estas teorías están enfocadas desde diversos terrenos epistemológicos lo cual nos provee de un abundante y fértil punto de partida para el análisis posterior de la Hipnosis indirecta enfocada desde un aspecto netamente psicoterapéutico; estas son:

2.6.2.2.1. Teoría neuropsicológica.

Según la concepción neuropsicológica, la Hipnosis es un estado mental y físico es decir que intervienen factores mentales que se ven reflejados en alteraciones fisiológicas y comportamentales objetivas, dentro de la misma “cambiamos” la forma de funcionar del cerebro y de la conciencia, es decir es la modificación de la conciencia, (que se realiza creando un estado artificial sobre la corteza cerebral), producida por procedimientos psicológicos, fisiológicos, o químicos, para su empleo en la terapéutica y en la investigación.

Normalmente estamos más o menos atentos, pero captando lo que sucede a nuestro alrededor. Si aprendemos a “reducir” la atención difusa (la que se dirige al entorno, al ambiente), al tiempo que aumentamos la atención interna, la que se dirige a nuestro propio pensamiento, llegaremos a conseguir un estado de “superconcentración”, dirigida exactamente a aquellos contenidos que nos interesen.

Esta modificación permite un trance profundo de relajación o sueño sugerido estado que ha sido denominado de muchas formas a lo largo de la historia: estado de trance, experiencia mística, meditación trascendental, recogimiento, estado hipnótico, estado sofrónico o simplemente “Hipnosis”.

Lo importante es que se trata de un estado fácil de conseguir para la mayor parte de la gente. Es probable que casi todo el mundo pueda llegar a un mayor o menor grado de este cambio de conciencia a poco que se aplique. Si otro nos enseña a llegar a este estado de conciencia, hablaremos de Hipnosis. Cuando lo aprendemos a hacer nosotros mismos, estaremos elaborando un auto Hipnosis. En sentido estricto, el proceso no se produce por el hecho que una persona hipnotice a otra. Lo que sucede es que una persona entra en un estado de concentración y relajación, y otra le explica cómo hacerlo.

2.6.2.2.1.1. La Hipnosis y los estados de conciencia.

No hay una definición simple y consensuada de la conciencia. Ciertas definiciones tienen una orientación tautológica o puramente descriptiva (la conciencia como conjunto de percepciones, pensamientos o sentimientos). Además del problema de su definición, el concepto de conciencia ha tenido una historia accidentada. Aunque fue el principal tema de estudio de la Psicología durante bastante tiempo, cayó luego en el olvido para resurgir en la actualidad como un área en constante debate.

Sin embargo, desde finales de la década de 1950, reapareció el interés por el estudio de la conciencia, y de una manera concreta por los aspectos y técnicas relacionados con los estados alterados de la conciencia entre ellos la Hipnosis y los estados inducidos por drogas. El impulso en la investigación del sueño y la actividad onírica estuvo influido por un hallazgo relacionado con la naturaleza de la conciencia, al descubrirse un indicador fisiológico del estado de ensoñación: a intervalos de unos 90 minutos, aparece una fase de movimientos oculares rápidos (*Rapid Eye Movement: REM*) que coinciden con unas ondas cerebrales encefalográficas similares a las que se observan en el estado de vigilia. Si se despierta al sujeto durante esta fase REM, casi siempre es capaz de recordar sueños, lo que no ocurre cuando es despertado en otras fases. Éste, y otros descubrimientos, demostraban con claridad que el sueño debía considerarse como un estado activo, y no pasivo, de conciencia.

La Hipnosis evidentemente es otro punto de estudio para investigadores dedicados a descubrir más sobre los diferentes niveles de conciencia. En cualquier caso, y a pesar de la utilización creciente del hipnotismo, todavía queda mucho por saber sobre este peculiar estado de conciencia.

Los niveles de Hipnosis son medidos por la frecuencia de las ondas cerebrales. Técnicamente los investigadores del sueño, de bio-retroalimentación, técnicos y médicos practicantes ven al cerebro humano compuesto por cuatro niveles de actividad, cada uno con un intervalo particular en ciclos por segundo como se ilustra en el esquema 1.

Aunque sigue existiendo ambigüedad en este nuevo campo, los investigadores han llamado *beta* al estado de alerta normal diario. *Alfa* es un estado de transición que la gente experimenta cuando están medios despiertos y medio dormidos. *Teta* ocurre en la Hipnosis profunda, intensa meditación y durante las primeras etapas del sueño nocturno. *Delta* es el nivel menos entendido de la mente humana, es el sueño más profundo ó inconsciencia.

La mayoría de la gente experimenta el estado hipnótico cuando están en *alfa*, cuando la atención es centrada en su objetivo, pero ellos pueden estar alerta de los ruidos y de otra gente en la habitación. Generalmente recuerdan la mayor parte de la sesión a menos que se dé una sugestión contraria y sea aceptada.

ÁREA DE INFLUENCIA	NIVELES DE CNSCIENCIA	FENOMENOLOGÍA COMPORTAMENTAL
--------------------	-----------------------	------------------------------

Mundo físico	Beta	acción	Otros niveles de consciencia y comportamiento en vigilia.	
Mundo Mental	Alpha	Sueño	Consciente interno	Pensamientos, deseos, Somnolencia e Hipnosis Ligera
Plano			Básico	
?	Theta		Niveles De Relajación E Hipnosis Profunda	
	Delta		Inconsciencia	

Esquema Nº 1. Niveles de conciencia: a la vez se establece las respectivas áreas de influencia de cada uno de estos niveles y los fenómenos comportamentales asociados.

2.6.2.2.2. Teoría de la sugestión.

Sobre la base de los registros existentes, el doctor Ambroise August Liebeault fue el primero en proponer que la Hipnosis podía ser inducida mediante una condición específica de sugestibilidad aumentada, a la cual se podía acceder mediante la sugestión verbal. Sigmund Freud no creyó que pudiera lograrse una definición de la sugestión. Sin embargo, según Heap (1995), propuso recientemente una definición que entre la comunidad científica actual es muy aceptable:

“La sugestión puede definirse como la comunicación oralmente transmitida por el hipnotizador, cuya finalidad es dirigir la imaginación del sujeto en una dirección determinada que permita elicitación de alteraciones pretendidas en su modo de comportarse, pensar o sentir” (Heap, 1996, p. 498).

En este punto debería señalarse que las sugestiones suelen ser aceptadas por los sujetos sin ninguna razón “lógica”. Ésta es una de las bases fundamentales para el tratamiento de dolencias mediante la hipnoterapia y, evidentemente, para el ejercicio de la Hipnosis escénica.

Para propósitos de la presente investigación es menester establecer una diferencia entre el término "sugestibilidad" y el de "sugestión". La sugestibilidad es la medida o grado en que una persona está predispuesta a aceptar ideas y proposiciones de forma no crítica. Aunque cotidianamente estemos expuestos a múltiples sugestiones, bien sea a través de anuncios televisivos o artículos de prensa, la medida en que nos influyen tales sugestiones depende de nuestro grado de sugestibilidad. En términos hipnóticos algunas personas son más susceptibles que otras a la sugestión.

El doctor H.B. Gibson, Presidente de la Sociedad Británica de Hipnosis Experimental y Clínica y el doctor Michael Heap en su obra "*Hypnosis In Therapy*" recomiendan que:

Todas las pruebas disponibles indican que la "susceptibilidad"(o Sugestibilidad) y el "estado hipnótico" están estrechamente vinculados y que cuanto más sugestionable sea el sujeto más fácilmente se le induce a la Hipnosis y se profundiza en ella (Heap, 1991, p. 21).

Siguiendo éste mismo lineamiento teórico, Chemnitz y Feingold vincularon los dos elementos al describir la sugestión como:

[...] El estímulo que induce la conducta y la experiencia sugestionable. Conducta y experiencia sugestionables que se describen como conducta emocional, incontrolada, no crítica y muchas veces inconsciente, mientras que la sugestionabilidad se entiende como la tendencia a reaccionar ante las sugerencias y, por lo tanto, se refiere a un rasgo de personalidad (Chemnitz y Feingold, 1980, p. 76).

En su libro *The Structure of Human Personality* (1970), el psicólogo alemán Hans J. Eysenck señala que los Rasgos de personalidad son "*relativamente permanentes*" y, en consecuencia, el grado de sugestibilidad de una persona podría permanecer de forma bastante estática durante toda su vida. Heap confirma esta idea cuando señala que:

"Parece que la sugestibilidad es una característica muy firme que tiende a permanecer relativamente estable a lo largo de la vida de una persona" (Eysenck, 1996, p. 499).

Heap añade que el otro proceso básico, relacionado con la sugestión es el trance, que describe como:

"Un estado de alerta en el que la atención del sujeto se aleja de su contexto inmediato en lo que respecta a sentimientos, cogniciones e imaginación" (1996 p. 498).

Según este autor el estado trance es equivalente al acto de soñar despierto, estado que cualquier persona experimenta muchas veces al día, tiene semejanza al estado el que nos encontramos cuando nos absorbe la lectura de un libro o la visión de un programa televisivo.

Uno de los puntos importantes dentro de ésta teoría es la explicación del hecho de que en un estado hipnótico se aceptan y activan inmediatamente las sugerencias, cuando en un estado plenamente consciente las mismas sugerencias serían críticamente valoradas y quizás rechazadas.

Según ésta teoría un aspecto de la mente inconsciente es que la persona desconoce su presencia y sus contenidos, incluso aunque influya constantemente sobre sus pensamientos y su conducta. A pesar de que el inconsciente pueda ejecutar la mayoría de las funciones de la mente consciente, no puede evaluar críticamente las "dilaciones". En consecuencia, si a una persona en un estado plenamente consciente se le pidiera que ejecute una actividad absurda, ésta persona evaluaría críticamente la sugerencia y la rechazaría. Sin embargo, en un estado hipnótico la misma persona realizaría dicha tarea. La diferencia reside en

que la mente inconsciente opta por aceptar de forma no crítica la sugestión y por no rechazarla.

Así pues, según Iván Pavlov y muchos otros científicos posteriores a él, el poder de la crítica se suspende total o parcialmente cuando la persona entra en un trance hipnótico.

La suspensión de tal capacidad crítica podría explicar por qué algunas personas presentan una mayor predisposición a aceptar sugestionamientos que se incrustan en su subconsciente. En ese momento las sugestionamientos se convierten en realidad y se actúa sobre la base de las mismas.

Cuanto más se suprime la mente consciente más aumentará la sugestibilidad de la persona. En el trance hipnótico, cuanto más profundo sea éste mayor es la exposición de la mente inconsciente y menor la actividad de la mente consciente. Cuando se alcanza una Hipnosis muy profunda o incluso el grado de sonambulismo, parece que la mente inconsciente dispone de todo el control y se elimina por completo la capacidad crítica. Un paciente que recibe tratamiento terapéutico bajo Hipnosis acepta sin ningún cuestionamiento las sugestionamientos y durante la fase post-hipnótica la mente inconsciente las respeta automáticamente. Puede producirse una gran mejoría en dolencias como la tensión y la ansiedad si la mente inconsciente actúa sobre la base de sugerencias de calma y paz, que posteriormente la mente consciente las considera reales y actúa en consecuencia.

Gibson y Heap postulan algunos principios aplicables al estado hipnótico:

- La respuesta a la Hipnosis dependerá del grado en que se suprime el poder de crítica y se elimine el poder de rechazo normalmente ejercido por la mente consciente.
- La profundidad de la Hipnosis en cualquier caso concreto se relacionará directamente con el grado de supresión alcanzado. La supresión leve generará sólo una Hipnosis leve; la supresión completa generará una Hipnosis profunda o sonambulismo.
- Cuanto más se suprime la mente consciente, mayor será la sugestibilidad del individuo (Gibson y Heap 1991, pp. 23-24).

2.6.2.2.3. Teoría pavloviana de la Hipnosis.

Conocida también con el nombre de " Teoría de respuesta condicionada" y fue inicialmente propuesta por el psicólogo ruso Iván Irovich Pavlov (1849-1936), conocido sobre todo por su experimentación con animales. Pavlov defendía que tanto los seres humanos como los animales aprendían las respuestas a los estímulos y su repetición generaba hábitos. A tales hábitos denominó "respuestas condicionadas". Propuso que la Hipnosis producía respuestas condicionadas. Es decir, que las sugerencias o sugestionamientos hipnóticos propuestos por el hipnotizador producían cambios en el funcionamiento de la mente.

Consideraba que bajo Hipnosis las partes civilizadas y críticas del cerebro se inhibían y, simultáneamente, las partes más primitivas, más susceptibles a las sugerencias, se convertían en dominantes, Pavlov defendió que si las sugerencias se repetían en los períodos de dominancia de las partes primitivas, se crearía una respuesta condicionada y que esta respuesta sería de naturaleza hipnótica.

Aplicando su teoría, Pavlov demostró cómo podía producirse una respuesta particular recurriendo al mismo estímulo una y otra vez. Demostró que una palabra o gesto particular podría inducir un trance hipnótico en el sujeto. De esta manera es como un hipnotizador televisivo prepara de antemano a sus sujetos, de modo que durante el espectáculo, pueda fácilmente inducirlos al trance inmediato, sólo necesita susurrarles una palabra al oído o rozarles el hombro. Es decir mediante la aplicación de un estímulo.

De un modo similar, el paciente dentro de un tratamiento en la cual se use Hipnosis como herramienta terapéutica para el alivio de sus dolencias de ansiedad y tensión es condicionado bajo Hipnosis para que reaccione a la palabra, P. e. "calma", sugiriendo que el uso de esta palabra en un estado plenamente consciente producirá tranquilidad y relajación. A partir de ahí, el cliente pensará en la palabra cada vez que sienta ansiedad o tensión y aunque sea plenamente consciente, se relajará y tranquilizará.

Aunque Pavlov propuso esta teoría de la Hipnosis, él defendía que la Hipnosis era una forma de sueño; lo que no es cierto como anteriormente se mencionó. Es innegable que un factor altamente preponderante en la fenomenología hipnótica es el proceso de condicionamiento, en las palabras de Waxman:

"Sin ninguna duda el condicionamiento participa en la Hipnosis: condicionamiento para cerrar los ojos ante una señal particular, condicionamiento para lograr la relajación física total, condicionamiento para alcanzar la calma mental y condicionamiento para responder a determinadas señales de un modo específico" (1981, p. 24).

Sin embargo no es el único factor que determina el desarrollo del trance hipnótico dada la complejidad del fenómeno en sí, intervienen factores tanto exteriores como internos; superficiales y profundos de la mente del individuo, igual de importantes como el condicionamiento Pavloviano.

2.6.2.2.4. Teoría psicoanalítica.

Existen un sinnúmero de técnicas psicoanalíticas destinadas a liberar la información de la mente inconsciente, donde se halla oculta mediante estratagemas que Freud denominó "mecanismos de defensa". Los mecanismos de defensa han sido creados para manejar directamente los sentimientos de ansiedad y no la fuente de ésta, ocultando así la ansiedad de la mente consciente.

Según Freud, la descarga de la información reprimida produce una catarsis, porque ya no se puede evitar que dicha información llegue a la conciencia, ni que se disfrace de alguna otra manera. Independientemente del mecanismo de defensa que se emplee y de la naturaleza del material de la mente inconsciente, cuando este material accede a la mente consciente se ha eliminado ya la protección de la realidad externa. En este estado se produce la catarsis con sus consecuentes y subsiguientes efectos beneficiosos.

El concepto de mente inconsciente es una de las bases fundamentales de esta teoría. Así mismo, constituye también una de las premisas claves de la hipnoterapia en general, incluida la hipnoterapia psicoanalítica, porque la existencia de la mente inconsciente es una premisa básica de la Hipnosis. El hecho de que el terapeuta esté en contacto directo con la mente inconsciente le confiere una ventaja frente al psicoanálisis no hipnótico.

2.6.2.2.5. Teoría de la Hipnosis como disociación.

Ésta teoría se basa en la premisa de que la Hipnosis elimina la voluntad humana y se convierte en un modo de automatismo. Fue inicialmente propuesta por el filósofo francés Pierre Janet (1859-1947), que estudió la histeria y la Hipnosis en profundidad. El Diccionario Médico de Oxford define la histeria como *"una forma de neurosis caracterizada por [...] la represión, la disociación [...] y la vulnerabilidad a la sugestión"* (1998, p. 322). Existe una estrecha relación entre la histeria y la Hipnosis, entre la represión y la sugestión.

Janeth consideraba que la histeria estaba causada por una fractura producida en la mente consciente en dos partes, de las cuales la mente inconsciente se convierte en la dominante. Esta fractura de la mente que se produce durante la histeria es idéntica a los procesos que intervienen durante la Hipnosis. La idea de la división de la mente se introdujo en la medicina psiquiátrica bajo el nombre de "disociación"; concepto que el Diccionario Médico de Oxford define como *"el proceso mediante el cual los pensamientos y las ideas pueden escindirse de la consciencia y funcionar con independencia de ella [...]"* (P. Janet, 1998, p. 189).

La teoría de la disociación explica de manera adecuada la naturaleza de los fenómenos de la Hipnosis pero depende excesivamente del fenómeno de la Amnesia. Esta dependencia surge de la incapacidad para recordar información, incapacidad ocasionada por la ruptura de la cadena de información. Cuando se produce esta situación, se crea un estado de amnesia y, en consecuencia, de disociación. De esta manera, la Amnesia es un elemento esencial de esta teoría, pero es ahí donde pierde parte de su credibilidad, porque incluso en los trances más profundos no siempre se produce una gran pérdida de la memoria de los acontecimientos previos o simultáneos a la Hipnosis. Esto no significa que deba desacreditarse la teoría en su totalidad, porque la amnesia pos hipnótica puede surgir si se sugestiona al individuo para que experimente pérdida de memoria con respecto a ciertos hechos específicos. Lo que

tiende a confirmar la teoría de la disociación, aunque ésta no se produzca de forma natural.

Ernest R. Hilgard psicólogo estadounidense que ha realizado experimentos en este sentido creía que los fenómenos posthipnóticos podían ser parte de la teoría de Hipnosis como disociación de Janet. A este respecto Hilgard manifestaba en su libro *"Hypnosis at its Bicentennial"*:

"Algunos sistemas cognitivos, incluso aunque no estén representados en la conciencia en ese momento, siguen registrando y procesando la información entrante y cuando a tal sistema se le elimina la inhibición, usa esta información como si hubiera sido consciente en todo momento" (Hilgard, 1978, p. 124).

2.6.2.2.6. Teoría de la Hipnosis como rol playing y fantasía dirigida a objetivos.

El doctor T. X. Barber (1974) defiende que el sujeto de un trance hipnótico se esfuerza por interpretar el rol de una persona hipnotizada, tratando de actuar tal y como se espera de ella en esa situación,

El doctor Nicholas P. Spanos desarrolló la teoría de la "fantasía dirigida a objetivos". Lo que ocurre cuando el pensamiento y la imaginación sugestionados al sujeto se dirigen a imaginar una situación que coincida con las sugerencias. Cuando al sujeto hipnotizado se le sugiere que su brazo pesa tanto que no puede alzarlo, y simultáneamente visualiza una pesada carga que tira de su brazo en dirección al suelo, el sujeto participa en una fantasía dirigida a objetivos.

Con anterioridad a Barber y Spanos, R. W. White (1941) habían señalado que la Hipnosis podía ser considerada como un "esfuerzo dirigido a un objetivo". A este respecto afirmaba:

"Sugerimos y explicamos con claridad al sujeto qué esperamos de él, y dada la compenetración existente, el sujeto parece esforzarse por satisfacer el rol que le hemos asignado. Su motivo dominante parece ser la sumisión a las demandas del operador" (Barber y Spanos, 1941, p. 478).

G. H. Estabrooks, en su libro *"Hipnotismo"* (1957), manifestaba que las pruebas de anestesia hipnótica realizadas con descargas eléctricas Mostraban que los sujetos hipnotizados podían aguantar descargas diez veces superiores a las de los sujetos que se hallaban plenamente conscientes y, aparentemente, no mostraban señales adicionales de malestar. Si los sujetos hubieran estado interpretando un papel, no se hubieran sometido a tales descargas sin ayuda de algún analgésico.

En su libro *"Hartland's Medical and Mental Hipnosis"* de igual manera plantea:

"Parece que nuestro conocimiento presente relativo al comportamiento humano no es suficiente para producir una teoría completa y satisfactoria sobre la Hipnosis. Cuando tratamos de definirla"

con la precisión necesaria sólo describimos el resultado final... En la mayoría de los estados de trance, tanto la sugestión, como la disociación y el condicionamiento participan en alguna medida” (Estabrooks, 1989, p. 31-32).

Es evidente que el fenómeno hipnótico, tan complejo como se presenta no ha podido ser hasta el día de hoy determinado por un concepto que abarque de forma satisfactoria la gama fenomenológica que lo caracteriza, como lo expresa James R. Hodge: *“De hecho no sabemos qué es exactamente la Hipnosis, y todas las definiciones existentes son ambiguas o teóricas, o se limitan a la descripción del fenómeno que se elicit durante el estado hipnótico (1974, p. 126).* Sin embargo es un fenómeno “tangible” y perceptible que es susceptible de estudio únicamente cuando actúa, por ende resulta de gran importancia describir la naturaleza de la Hipnosis en términos de sus características.

2.6.2.3. Características y niveles fenomenológicos en la Hipnosis.

Rever en su *“Dictionary of Psicology”* define al término “característica” como: *“Algún rasgo, atributo, o singularidad individual que sirve para identificar y caracterizar algo”,* y dentro de esta misma línea de razonamiento la diferencia de “síntoma” o “fenómeno” al definirlo como: *“[...] cualquier acontecimiento o cambio de estado en el sistema que tiende a producirse con otro acontecimiento o cambio de estado y en consecuencia puede ser considerado como indicador”*(Rever, 1974/2002). En este sentido la inducción al trance hipnótico, sea del enfoque que sea, correspondería al acontecimiento, y el cambio del estado en el sistema comportamental del individuo al indicador o síntoma.

Por otra parte el “fenómeno” difiere de una “característica” en Hipnosis, en que el primero simplemente implica un acontecimiento que puede ser observado, lo que requiere que todos los síntomas que se desarrollan durante la inducción al trance puedan ser observados por el hipnotizador y por los demás, es decir constituye un método objetivo para la medición y recolección de datos cuantitativos, por otro lado las características del estado hipnótico son en su mayoría de naturaleza subjetiva y por lo tanto cualitativa ya que no pueden ser observados en contraste con los fenómenos.

Al igual que sucede con la definición, existen diferentes perspectivas de las características que mejor tipifiquen la naturaleza de la Hipnosis cada una de ellas influida por diversas corrientes teóricas y epistemológicas.

Como ilustración mencionaremos las características citadas por Hambleton en su libro *“Practising Safe Hypnosis”* (2002, p. 48 y sig.), el cual menciona cinco características principales desde el punto de vista de la teoría de la sugestión, estas son:

- Mayor sugestibilidad. Según muchos autores cuanto mayor sea la sugestibilidad de un individuo mayor será su susceptibilidad hacia la Hipnosis.
- Menor comprobación de la realidad. Es decir existe una mayor predisposición por parte del sujeto para aceptar las ideas y propuestas sugeridas por el hipnotizador de una manera no crítica. *“Sin preocuparse de la coherencia lógica de éstas” Gibson y Heap (1991 p. 7).*
- Mayor capacidad de interpretación. Los sujetos interpretan roles de una manera más convincente que si estuvieran en estado de vigilia normal. Considerándose que la representación es demasiado “perfecta” para ser fingida.
- Surgimiento de Conducta post hipnótica. Es decir la conducta del individuo se ve afectada tras finalizar el trance debido a sugerencias o ideas implantadas por el hipnotizador durante el mismo.
- Surgimiento e incremento de la actividad ideosensorial. Se relaciona con la capacidad de la persona hipnotizada para crear imágenes mentales que sean diferentes de las que se presentan en el contexto físico, añadidas a éste o por una alteración del mismo. Pudiendo darse en cualquiera de las modalidades sensoriales (Vista, oído, olfato, tacto, o gusto) de forma positivas (creación de cosas inexistentes en la realidad física del individuo), o negativa (Eliminación de cosas existentes en la realidad física del individuo). Se diferencian de la actividad alucinatoria (La cual también puede ser creada por el hipnotizador) en que la actividad ideosensorial puede desarrollarse de manera espontánea en el sujeto como fenómeno característico del proceso hipnótico.

Existen numerosos autores y “expertos” que han catalogado las fases del trance hipnótico de diferente manera correlacionando la fenomenología con las características y los síntomas propios de los diferentes niveles de trance que se pueden desarrollar en el individuo, ya que para muchos hipnotistas a falta de una definición y clasificación consensuada éstas características les sirve como prueba tanto de que una persona se encuentra en un trance hipnótico como de su profundidad, como la clasificación de H. Bernheim, A. Liebeault, J. Charcot, M. Fontaine, Bechterev y A. Forel. Lowenfeld. Sin embargo aquí esbozaremos los más importantes (desde el punto de vista didáctico y esquemático (Tabla 1 y 2).

ESCALA DE DAVIS- HUSBAND	
PROFUNDIDAD	GRADO SUGESTIONES DE PRUEBA Y RESPUESTA.
Insensible	0
Hipnoidal	1 Relajamiento.

	2	Temblor en los párpados.
	3	Cierre de los ojos.
	4	Relajamiento físico total
	5	Catalepsia ocular.
Trance Leve	6	Catalepsia de las extremidades.
	7	Catalepsias rígidas.
	8	Anestesia de guante.
	9	Amnesia parcial.
Trance Medio	10	Anestesia post hipnótica.
	11	Cambios de personalidad.
	12	Sugestiones post hipnóticas simples.
	13	Alucinaciones sensorio motoras, amnesia total.
	14	Capacidad para abrir los ojos sin afectar el trance.
Trance Profundo	15	Sugestiones post hipnóticas caprichosas.
Sonambulismo	16	
	17	Sonambulismo completo.
	18	Alucinaciones visuales post hipnóticas positivas
	19	Amnesia post hipnótica sistematizada
	20	Alucinaciones auditivas negativas
	21	Alucinaciones visuales negativas, hiperestesia.

Tabla Nº 1 ESCALA DE DAVIS- HUSBAND, en la cual se correlaciona, los indicadores característicos del trance hipnótico con el nivel de profundidad.

ESCALA DE LECRON – BOURDEAX		
Insensible. hipnoidal	0	El sujeto no reacciona de ningún modo
	1	Relajamiento físico
	2	Modorra aparente.
Trance leve	3	Temblor de los párpados.
	4	Cierre de los ojos
	5	Relajamiento mental, letargo parcial de la mente.
	6	Pesadez de las extremidades.
	7	Catalepsia ocular.
	8	Catalepsia parcial de las extremidades.
	9	Inhibición de los grupos de músculos menores.
	10	Respiración más lenta y profunda, pulso lento.
	11	Laxitud Acusada (Resistencia a moverse, hablar, pensar o actuar).
	12	Contracciones espasmódicas de la boca o mandíbula durante la inducción.

	13	Rapport entre sujeto y operador.
	14	Observación de sugerencias post hipnóticas simples.
	15	Espasmo ocular en La vigilia.
	16	Cambios de personalidad.
	17	Sensación de pesadez en el cuerpo.
Trance medio	18	Parcial sentimiento de desinterés.
	19	Reconocimiento del trance, (descripción dificultosa pero percepción clara).
	20	Inhibiciones musculares completas (Alucinaciones sensorio motoras)
	21	Amnesia parcial.
	22	Ilusiones táctiles.
	23	Anestesia del guante.
	24	Ilusiones gustativas.
	25	Ilusiones olfatorias.
	26	Hipersensibilidad de las condiciones atmosféricas.
	27	Catalepsia total de las extremidades o cuerpo.
Trance profundo	28	Capacidad para abrir los ojos sin afectar el trance.
Sonambulismo	29	Mirada fija cuando los ojos están abiertos, dilatación pupilar.
	30	Sonambulismo.
	31	Amnesia completa.
	32	Amnesias post hipnóticas sistematizadas.
	33	Anestesia completa.
	34	Anestesia post hipnótica
	35	Observación de sugerencias post hipnóticas raras.
	36	Pérdida del control del movimiento del globo del ojo, pérdida de control ocular.
	37	Sensación de liviandad, de independencia como de estar flotando, sentirse lleno de aire etc.
	38	Rigidez y lentitud en los movimientos musculares y en las reacciones.
	39	Aumento y disminución cíclica en el sonido de la voz del operador (Como el de una radioemisora).
	40	Control de las funciones orgánicas del cuerpo (latidos, presión, digestión).
	41	Recuerdo de recuerdos perdidos (Hipermnesia).
	42	Regresión a edades anteriores.
	43	Alucinaciones visuales post hipnóticas

	positivas.
44	Alucinaciones visuales post hipnóticas negativas.
45	Alucinaciones auditivas post hipnóticas positivas.
46	Alucinaciones auditivas post hipnóticas negativas.
47	Estimulación de los sueños (en trance o post hipnótica en el sueño natural).
48	Hiperestесias.
49	Experimentación de sensación de dolor.
50	Condición de estupor en la que se inhibe toda actividad espontánea, puede desarrollarse el sonambulismo mediante sugerencias adecuadas.

Tabla Nº 2. ESCALA DE LECRON – BOURDEAX: el cual especifica los síntomas y fenómenos mostrados en cada uno de los niveles de trance.

2.6.2.4. Riesgos de La Hipnosis:

Son varios los enfoques relativos a los riesgos asociados a la Hipnosis. Cada una de ellas vista desde diversas perspectivas que van desde lo legal hasta lo científico y experimental.

Un buen ejemplo de esto es el hecho de que en algunos países de Europa como Inglaterra desde mucho tiempo atrás se lleva reconociendo el daño o lesión psicológica como integrable en la definición que corresponde a la agresión. Esto implica que el daño psicológico (también denominado efecto secundario, contraindicación o efecto negativo, complicaciones o reacciones inusuales en términos de Hipnosis) que se derive de la inducción al trance hipnótico también satisface la definición. Y por consiguiente puede ser considerado como un delito, establecido como tal si los efectos negativos se ajustan a criterios como los del “Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Texto Revisado. Atención Primaria”. (DSM-IV-TR-AP) o de la Clasificación internacional de enfermedades (CIE- 10).

Por otro lado están los enfoques que establecen los posibles efectos adversos de la Hipnosis desde una perspectiva investigativa.

Frank J. MacHover, hipnoterapeuta alemán define los efectos adversos de la Hipnosis o "complicaciones" tal y como las califica a:

“Las complicaciones de la Hipnosis consisten en pensamientos, sentimientos o conductas inesperadas e indeseadas que se producen durante o después de la Hipnosis, que son incoherentes con los objetivos acordados y que interfieren con el proceso hipnótico perjudicando al funcionamiento mental. No existe incidencia previa o histórica de síntomas físicos o mentales similares. Son no-terapéuticas (no constituyen una parte de un plan de tratamiento o protocolo de

investigación) o anti terapéuticas (condiciones tratables en sí mismas o derivadas de otras) (MacHover, 1986, p. 16)

Esta es una definición excesivamente amplia e incluye todos los efectos adversos, de cualquier naturaleza o duración, independiente de su grado de levedad o gravedad.

En otro documento, enumera comprensivamente las "complicaciones" asociadas a la Hipnosis. Dicho listado comprende un total de 45 alteraciones tanto físicas como fisiológicas que según su autor se derivan del uso de la Hipnosis

El listado se basa en investigación clínica y experimental así como en su propia experiencia de más de 18 años en la práctica hipnótica clínica. En referencia al listado señala: "[...] *Muchas complicaciones coincidentes con la Hipnosis han sido halladas en personas sin historial médico o psiquiátrico previo y sin síntomas similares*" (MacHovec, 1986 p. 45). Esto implica que cuando se ha hipnotizado al sujeto no estaban presentes las "condiciones preexistentes", hasta el grado en que se puedan garantizar y, por consiguiente, es razonablemente seguro suponer que las complicaciones han sido originadas por la Hipnosis.

MacHovec además define lo que él denomina la "intensidad" y "duración" de las de las complicaciones:

La intensidad oscila entre leve, moderada y grave. Desde los síntomas transitorios, molestos y fastidiosos que desaparecen con o sin tratamiento (leves), a los persistentes con ansiedad o agitación notable y que perjudican a la vida cotidiana del sujeto (moderados), hasta las emergencias psiquiátricas o médicas que amenazan la vida o son totalmente incapacitantes (graves). Agudas (de corta duración), las que se mantienen durante horas o semanas y crónicas (de larga duración), las que se mantienen durante meses o años" (1986 p. 46).

Sin embargo, cada caso debe ser juzgado sobre la base de los hechos que se presenten. En algunos estudios, donde las indicaciones relativas a los efectos adversos son escasas o inexistentes, deben hacerse presunciones y éstas suelen estar influenciadas por la naturaleza de los efectos adversos.

2.6.2.4.1. Efectos secundarios no coincidentes con el uso de la Hipnosis.

Hasta el momento se ha supuesto que los efectos adversos, a referidos como "lesiones" o "daños", han sido causados por la inducción al trance hipnótico, o por los procedimientos subsiguientes. Sin embargo, no siempre suele ser así. Un sujeto puede padecer alguna condición, mental o física, preexistente.

Este término general de "condición preexistente" incluye diversas situaciones, que han sido reconocidas por los doctores Louis West y Gordon H. Deckert, ambos expertos profesionales e investigadores en hospitales y universidades americanas. En un artículo publicado el año 1965 establecieron detalladamente las circunstancias de riesgo para el sujeto que presenta condiciones preexistentes.

Las condiciones preexistentes constituyen un aspecto extremadamente importante para determinar si los efectos adversos ha sido "causado" por la Hipnosis. Las condiciones preexistentes se clasifican como "riesgos para la Hipnosis", a consecuencia de las reacciones adversas que pueden derivarse de ellas.

Roger Hambleton en su libro *"Practising safe Hypnosis"* (2002) contempla varios "Riesgos" vinculados a las condiciones preexistentes que pudiera poseer un individuo, entre ellas tenemos:

- Riesgo de precipitar un trastorno mental latente.

Por ejemplo, un trastorno, como la esquizofrenia, que se esté gestando y cuyos síntomas hayan comenzado a formarse, pero que no sea aún un trastorno completo y aparente, puede precipitarse por efecto de la Hipnosis.

- Riesgo de empeorar un trastorno existente.

Según Hambleton algunos de estos efectos secundarios pueden llegar a ser trastornos graves. Además, en el tratamiento de algunas enfermedades el sujeto puede reaccionar como si la inducción al trance fuera un tipo de amenaza para un síntoma y como si del hallazgo de amenaza se generara una condición mucho más grave y molesta.

Meldman (1960, p. 361) dentro de este mismo lineamiento reconoce la sustitución de síntomas y recomienda que *"la Hipnosis es efectiva para la eliminación de síntomas"*. Sin embargo, advierte que:

"La eliminación de síntomas puede ser arriesgada y no debería usarse cuando el síntoma se relaciona con un sistema obsesivo-compulsivo o con un defecto grave de personalidad, carácter o ego" (Meldman, 1960, p. 361).

- Riesgos de prolongar el trastorno
- Riesgos de mejorías superficiales

Hambleton además refiere lo que él llama *"Categorías de riesgos de la Hipnosis"*. Dentro de las cuales se incluyen las siguientes:

- Riesgos per se de la Hipnosis y en su uso terapéutico

- Riesgos de la Hipnosis durante la terminación
- Riesgos de coerción en la Hipnosis
- Riesgos de la Hipnosis escénica

Evidentemente para propósitos de esta investigación se analizará prioritariamente la categoría perteneciente del uso terapéutico de la Hipnosis.

Según algunos autores como Hambleton los efectos adversos graves son más probables cuando se emplea la Hipnosis con fines terapéuticos que con la aplicación exclusiva de la Hipnosis “*per se*” es decir con un objetivo escénico o anestésico por ejemplo. Entre los efectos graves más frecuentes señala brotes de ansiedad y depresión posteriores a la terapia hipnótica, y atribuye este hecho al factor “*Episódico del uso terapéutico de la Hipnosis*” en su palabra se refiere al hecho de que:

“En el uso terapéutico el terapeuta persigue la producción de un cambio relativamente permanente en los síntomas del sujeto. Estos síntomas sirven a alguna función de la mente inconsciente que se adaptó en algún momento y que produce los síntomas indeseados. Por lo tanto es probable que la amenaza percibida sea la responsable de precipitar los efectos adversos”. (Hambleton, 2002, p.94)

Adicionalmente, subraya cuan importantes son la experiencia y la formación de las personas que practican la Hipnosis con fines terapéuticos.

Lamentablemente los Estudios de Hambleton son en base a datos aleatoriamente recogidos y analizados cada uno de los estudios citados en su trabajo son diferentes entre sí tanto en proceso como en procedimiento y por ende no susceptibles a un meta-análisis de los mismos, por tanto sus conclusiones son empíricas y en ocasiones especulativas en el sentido de que no existen datos específicos de incidencia de efectos contraproducentes en la terapia. Por tanto se requiere más estudios a este respecto para obtener datos concluyentes.

M. T. Orne en su Artículo “*Efectos indeseables de la Hipnosis: los determinantes y manejos*”, se expresa de una manera similar de los riesgos derivados de la Hipnosis aplicada al contexto clínico:

“No existen riesgos significativos o específicos asociados a la Hipnosis per se. El peligro real es aquél que acompaña a toda relación psicoterapéutica” (Orne, 1965, p.61)

Sin embargo la mayor parte de autores y profesionales entrenados que trabajan con Hipnosis recalcan que el procedimiento hipnótico no es peligroso, siempre y cuando se tenga una adecuada preparación. Es decir que un punto muy importante a tener en cuenta, es que ningún hipnotizador debe realizar tratamientos sin tener conocimiento de lo que hace. Muchos psicoterapeutas coinciden en este punto y recalcan que no es aconsejable intentar aplicar Hipnosis a problemas que no se pudiera resolver sin el uso de esta herramienta.

Es entonces evidente concluir que la Hipnosis puede ser aplicada dentro de muchos contextos, los mismos que van desde el entretenimiento hasta el aspecto clínico y experimental. Cada una de estas aplicaciones conlleva riesgos sin embargo es sumamente importante aclarar que estos riesgos no se derivan de la Hipnosis como un fenómeno en sí mismo, ni del contexto en el que se la aplique ya que estado hipnótico no entraña peligro alguno, puesto que es un estado natural. Si existiera alguna posibilidad de peligro, sólo podría localizarse en el hipnotizador, en su inexperiencia, su falta de preparación, falta de información tanto de la naturaleza como de la mente humana, y en su falta de entrenamiento.

La Hipnosis es una herramienta y como tal debe ser operada por personas con la suficiente preparación, instrucción, y conocimiento que permita minimizar al máximo cualquier riesgo que eventualmente pueda surgir independientemente del aspecto en el que se la aplique sea este clínico terapéutico, experimental o en el campo del entretenimiento.

2.6.3. *La Hipnosis Ericksoniana*

Hasta este momento se ha expuesto los principios básicos del fenómeno hipnótico, como se ha podido observar la Hipnosis puede ser aplicada dentro un sinnúmero de contextos en cierta medida relacionados con los objetivos que se busque conseguir con la utilización de la misma, de esta manera como se indicó anteriormente, por ejemplo, el objetivo de la Hipnosis clínica no es el mismo que busca la Hipnosis experimental.

Básicamente desde el punto de vista epistemológico y metodológico el fenómeno hipnótico se divide en dos grandes categorías:

La primera es aquella que incluye a las técnicas y métodos que elicitán el fenómeno hipnótico y que se han desarrollado sobre bases epistemológicas clásicas (como la teoría de la sugestión, la teoría pavloviana la teoría psicoanalítica del fenómeno hipnótico etc.). Sin embargo durante los últimos cuarenta años empieza a desarrollarse una “*nueva Hipnosis*” fundada dentro de un concepto *naturalista* del estado de trance, el mismo que lo empieza a concebirlo como un estado natural muy difundido, y que puede presentarse espontánea y repetidamente en el transcurso del día. Lo que en la concepción clásica era considerado como un estado de excepción se convierte en un estado común de todos los días, el “*comon everyday trance*” (Haley, 1978) que se alterna y se integra al grado de vigilia, pasando a través de una gama riquísima de grados intermedios.

De la misma manera dentro de la Hipnosis clínica estas nuevas bases epistemológicas produjeron transformaciones en los procedimientos y procesos hipnoterapéuticos terapéuticos ortodoxos. En las palabras de Camilo Lorieo (*Hipnosis y terapias hipnóticas 2008*):

“El hipnotizador no es propuesto ya como figura autoritaria, y carismática que aplica de forma artificial procedimientos rituales sino por el contrario que se esfuerza en reconocer y respetar las características de la persona. El paciente por su parte no asume un papel pasivo y sometido sino que se convierte en protagonista activo del proceso inductivo en el que participa” (Loriedo, 2008, p. 16)

Del mismo modo se ve transformada la concepción del trance como fenómeno:

“El trance es una relación natural y fisiológica, cotidiana, antes que extraordinaria capaz de movilizar recursos y capacidades que parecían inaccesibles”

A principios de 1920 Milton H. Erickson empezaba a emerger en el amplio campo de la comunidad hipnótica norteamericana, habiendo sido formado dentro de la nueva concepción naturalista de la Hipnosis, Erickson no aceptaba el énfasis puesto por la comunidad hipnótica de la época en la figura del hipnotizador y en el valor de la adopción sistemática de técnicas de inducción estandarizadas para utilizar en el laboratorio y la terapia. En cambio, atribuía una importancia determinante al complejo proceso interno que se desarrollaba en la persona en estado de Hipnosis y en la necesidad de adaptar (*tayloring*) los métodos inductivos a las características individuales de cada uno.

Sin embargo para propósitos de esta investigación es necesario estructurar adecuadamente el marco epistemológico sobre el cual se sostiene la Hipnosis Ericksoniana ya que la misma es la base para el posterior desarrollo de la Hipnosis indirecta usada como herramienta terapéutica.

2.6.3.1. Sistematización epistemológica de La Hipnosis Ericksoniana.

Como se ha mencionado anteriormente, el propio Milton Erickson evitó de cierta forma la estandarización y sistematización de su teoría, debido al hecho de que la eficacia de las normas generales se ve disuelta al entrar en el reino de la individualidad humana, sin embargo, es posible recopilar ciertos rasgos generales que puedan resumir someramente el proceder terapéutico en un análisis Ericksoniano.

Para ello utilizaremos una sistematización basada en doce criterios epistemológicos que nos permitan esbozar básicamente la Terapia Hipnótica Ericksoniana:

2.6.3.1.1. Noción del cambio terapéutico.

Erickson definió a su terapia hipnótica en los siguientes términos: *“La psicoterapia hipnótica es un proceso de aprendizaje para el paciente, es un proceso de reeducación, los resultados efectivos en la terapia hipnótica o hipnoterapia solamente derivan de las actividades del paciente. El terapeuta simplemente estimula al paciente hacia la actividad, a menudo sin saber qué actividad pueda ser, luego lo guía y hace uso del juicio clínico para determinar el monto de trabajo por hacer para lograr los resultados deseados. Cómo guiar y juzgar constituyen un problema del terapeuta, mientras que la tarea del paciente es aprender a través de sus propios esfuerzos, para aprender su vida experiencial en una nueva forma. Tal reeducación es desde luego en los términos de la experiencia de vida del paciente, sus comprensiones, recuerdos, actitudes, e ideas, **no puede ser en términos de las opiniones e ideas del terapeuta**”* (Erickson 1980^a/1994, p.14).

En ese mismo artículo, Erickson escribió:

“La inducción y mantención del trance sirven para proveer un estado psicológico especial”. Como se ha visto en las explicaciones anteriores sobre el fenómeno hipnótico, no solamente es psicológico sino psicobiológico, a un nivel muy profundo como lo afirman Rossi y Rossi (2008) Erickson continúa: *“dicho estado especial permite al paciente reasociar y reorganizar sus complejidades psicológicas interiores de una manera concordante con su propia vida experiencial. Sirve para permitirle un espacio para aprender más respecto a sí mismo, y a expresarse en forma adecuada.* (Erickson 1980^a/1994, pag.13).

Por lo tanto el cambio terapéutico es concebido en este enfoque como el producto de la reorganización de la vida experiencial del paciente, la cual puede facilitarse a través de distintos medios, una vez producido un cambio, por muy pequeño que este sea, puede *“haber una bola de nieve en una dirección positiva”* (Zeig 1990/1994, pág.38).

Esto significa que la terapia es como echar a rodar una bola de nieve en una montaña. Se arma en un momento y puede crecer hasta convertirse en una avalancha. Y en las palabras de Erickson *“todo lo que el terapeuta tiene que hacer es echar a rodar una bola de nieve”*. (Erickson, citado en Rosen, 1988/1994 Pág.38).

En este enfoque hay dos postulados que esquematizan el cambio en el paciente:

- La mente inconsciente tiende a ser benigna y generalmente busca la salud (análogo al principio finalista y al concepto de “significado” de la Psicología analítica Jungiana), y
- El inconsciente contiene soluciones para los problemas los cuales pueden ser traídos a primer plano. Una vez que los esquemas (Frames) rígidos de comportamiento son interrumpidos, las personas pueden moverse a niveles de funcionamiento más efectivos. Al tener acceso a potenciales previamente sub- utilizados.

Con el objetivo de analizar de mejor manera éstos postulados es necesario precisar cómo se entiende el concepto de inconsciente en este enfoque:

Según el enfoque Ericksoniano se entiende a la mente inconsciente a aquella parte de la persona que es un reservorio de todas aquellas experiencias adquiridas a través de la vida. Son una evidencia de las funciones inconscientes, nuestras experiencias, aprendizajes, costumbres, impulsos, motivaciones y necesidades para nuestra interacción con el mundo, y el funcionamiento automático de innumerables conductas cotidianas. La mente inconsciente no es rígida ni analítica. Es capaz de la interpretación simbólica y tiende a ser global, la mente inconsciente puede procesar la información en un nivel más simbólico y metafórico que la mente consciente.

Una característica resaltante de este enfoque y que lo diferencia de los demás enfoques de psicoterapia, es que Erickson *“le quitó el énfasis e incluso se opuso a la comprensión o toma de consciencia (insigth) para precipitar el cambio”* (O’Hanlon, 1989, pág.28). En éste sentido Erickson afirmó:

“(...) muchos psicoterapeutas consideran casi axiomático, que la terapia depende de que se haga consciente lo inconsciente. Cuando se piensa en el inconmensurable papel que el inconsciente desempeña en la vida experiencial total de una persona, desde la infancia en adelante, esté despierta o dormida, poco cabe esperar que pueda hacerse algo más para volver conscientes algunas pequeñas partes de él. Además el inconsciente como tal no transformado en consciente constituye una parte especial del funcionamiento psicológico” (Erickson, citado por O’Hanlon, 1989, Pág. 28.).

Esto revela la forma en la que Erickson concebía la relación dialéctica consciente inconsciente y lo que es más remarcable e importante dentro de este enfoque es el hecho de que reconoce que es “necesario” que ciertos contenidos permanezcan inconscientes a este respecto Erickson continúa:

“(...) en la terapia hipnótica muy a menudo puede darse una adecuada terapia al inconsciente, con el consciente o hacer que sea totalmente accesible a la mente consciente las nuevas comprensiones, según sus necesidades. Comparable a este descuido sería una apendicetomía que olvide cerrar su incisión, es en este aspecto que muchos críticos de sillón denuncian a la Hipnosis como sin valor. Ya que “trata sólo con la mente inconsciente”, adicionalmente es aún más descuidado el hecho repetidamente demostrado, por la experiencia clínica, que en algunos aspectos es deseable la reintegración directa del problema del paciente bajo la guía del terapeuta; en otros aspectos, el inconsciente solamente debería ser hecho disponible a la mente consciente, con lo cual se permite una reintegración espontánea, libre de

toda influencia inmediata del terapeuta. Propiamente, la hipnoterapia debiera estar igualmente orientada al consciente y al inconsciente, ya que la meta de la psicoterapia es la integración de la personalidad total.” (Erickson, citado por O’Hanlon, 1989, Pág. 28).

Sin embargo lo anteriormente dicho no significa que la integración deba constantemente marcar el paso de la terapia, una de las más grandes ventajas de la hipnoterapia radica en la oportunidad de trabajar independientemente con el inconsciente sin ser estorbado por la renuencia o a veces la inhabilidad real de la mente consciente para aceptar las ganancias terapéuticas.

La investigación experimental ha demostrado repetidamente que las buenas comprensiones inconscientes a las cuales se les ha permitido hacerse conscientes antes que exista una disposición consciente promueve rechazo, represión e incluso la pérdida, a través de la represión, de las ganancias inconscientes. Al trabajar con el inconsciente hay, entonces una oportunidad de controlar la velocidad de progreso del paciente y de este modo efectuar una reintegración en una forma aceptable para la mente consciente.

Relacionado con este aspecto se encuentra la noción que tenía Erickson de los síntomas. O’Hanlon (1989) indica que para muchos enfoques psicoterapéuticos, se supone que los síntomas surgen porque cumplen una función (Para el individuo, su sistema familiar), y continúan teniéndola cuando persisten porque de lo contrario desaparecerían.

Puesto que Erickson a veces procuraba sólo aliviar el síntoma de la patología, sin intentar resolver el problema o la posible función subyacente, sostenía un punto de vista diferente. Para Erickson era posible que los síntomas patológicos surgieran porque cumplen funciones, pero después de cierto tiempo dejan de cumplir con esa función y persisten porque las personas quedan pautadas de esa manera. Ante la interrogante si se “limitaría” a resolver el síntoma patológico Erickson respondió del siguiente modo:

“Usted supone que el síntoma patológico sirve a otros fines, ¿Nunca ha pensado que la sintomatología puede desgastarse como servidora de propósitos, y convertirse en una pauta habitual?” (Haley Citado en O’Hanlon, 1989, p. 30).

2.6.3.1.2. Orientación temporal de la terapia.

La orientación temporal de la terapia Ericksoniana está ubicada en el presente y dirigida hacia el futuro.

Erickson exhortaba a sus alumnos y clientes que la terapia como la vida era vivida en el presente y dirigidas hacia el futuro. (Zeig 1987/1994).

“Una terapia es buscada en primer término no para esclarecer un pasado inmodificable, sino a causa de una insatisfacción con el presente y un deseo de mejorar el futuro. Ni el paciente ni el terapeuta pueden saber en qué dirección se ha de verificar un cambio y en qué grado ha de tener lugar este último. Pero se precisa cambiar la situación actual, y una vez establecido el cambio, por pequeño que sea se precisa de otros cambios menores que conduce a otros más importantes, de acuerdo con las posibilidades del paciente” (Erickson “Prefacio”, Watzlawick, Weakland y Fisch 1974 p. 9).

Esto no significa que Erickson desmereciera el valor terapéutico que pudiera tener el pasado de un individuo el tratamiento del problema ya que en ocasiones se valía precisamente de dicha información para “diseñar” el tratamiento en este sentido afirmó:

“El pasado no puede cambiarse, sólo se cambia la interpretación y el modo que tenemos de verlo e incluso esto se modifica con el paso del tiempo. En consecuencia, en el mejor de los casos, los modos de ver y las interpretaciones del pasado tienen importancia sólo cuando embrutecen a una personalidad en una rigidez. La vida se vive en el presente para el mañana. Por lo tanto, la psicoterapia se orienta de modo apropiado con respecto a la vida de hoy al preparar el mañana, el mes próximo, el año próximo, el futuro, que en sí mismo impondrá muchos cambios en el funcionamiento de la persona. En todos los niveles de su conducta.” (Citado por O’Hanlon 1989, p. 24).

Podría decirse que Erickson no se orientaba únicamente hacia el problema sino hacia la solución, si existía una forma más eficiente de tratar al paciente Erickson lo utilizaba. Se orientaba hacia las soluciones y fuerzas que existía en la persona en el presente o que podrían desarrollarse y utilizarse en el futuro.

2.6.3.1.3. Procedimientos Diagnósticos.

En la terapia Ericksoniana al igual que en los demás enfoques humanistas, no se realizan procedimientos diagnósticos tradicionales (DSM- IV, y otros similares), ni estudios de la personalidad del cliente.

Hay varios postulados en los cuales se basa este proceder:

- Según Erickson las teorías acerca de las personas y su funcionamiento psicológico, en lugar de ayudar al terapeuta lo “estorbaban”. Por lo tanto no se esforzó por tener una teoría especial, ni hipótesis generales acerca de los problemas, prefería tomar cada caso tal como se presentaba, formulando hipótesis específicas para cada cliente en particular. (O’Hanlon 1989).

Al respecto Erickson escribió: *“En el desarrollo de la psicoterapia como un campo de los esfuerzos médicos, ha habido una extensa elaboración de la teoría y una sorprendente rigidez de procedimientos. (...) esto se produce ya que la psicoterapia*

convencional invariablemente posee la convicción de que los mismos acercamientos rígidos y estereotipados de la terapia son aplicables para todos los pacientes, todas las veces en todas las situaciones (...) además de que la psicoterapia efectiva ocurre a través de una interpretación y explicación del paciente, directa o indirectamente respecto al significado interno de su vida experiencial, formulada en términos de las especulaciones postuladas por una escuela en particular de psicoterapia.” (Erickson 1980b/1994, p. 3-4).

Esta serie de convicciones de la psicoterapéutica convencional según este enfoque descuida el significado inmediato de (a) la individualidad de las experiencias vitales, las reacciones y el aprendizaje; (b) el contexto del problema en relación a la situación de la vida actual; (c) el carácter de la sintomatología manifestada ya sea básicamente psicológica, fisiológica, somática, o una variada combinación de aquellas.

- Erickson poseía una visión pragmática de la vida y de la personalidad del individuo. Para él las personas podían cambiar mucho a lo largo de la vida, y por tanto la personalidad no es algo inmutable. Independientemente de cómo sea la personalidad del cliente, siempre hay aspectos alternativos de la personalidad susceptibles de sacarse a la luz y usarse en beneficio del cliente. (O’Hanlon, 1989). En este sentido Erickson menciona:

“Su paciente es una persona hoy totalmente otra persona mañana y será otra la próxima semana, el próximo mes, el próximo año. Dentro de cinco, diez o veinte años serán otras personas. Es verdad que todos tenemos un cierto modo general, pero somos personas distintas en cada día de nuestras vidas”. (Erickson citado por O’Hanlon, 1989, pág. 29).

- Su trabajo ofrece una nueva forma de mirar a los pacientes y a sus problemas, muy apartada de la noción tradicional de la patología. No consideraba a los pacientes como frágiles o vulnerables ante fuerzas misteriosas dentro o alrededor de ello, sino que los pacientes tienen la capacidad para modificar sus problemas de forma activa, aunque puedan no estar conscientes de ello.

Sin embargo la no utilización de procedimientos diagnósticos tradicionales, no significa que el terapeuta trabaja a ciegas, los procedimientos diagnósticos en este enfoque pueden ordenarse en dos niveles, distintos y complementarios:

- Utilización de pautas diagnósticas (Yapko, 1988; Robles, 1991), que refleja el estilo individual de vivir, sentir y comportarse de los clientes /consultantes ayudan a comprender la experiencia subjetiva del consultante incluyendo sus fortalezas y limitaciones.

Estos criterios sirven a tres propósitos generales:

- Sirven para determinar el modo en que se entregará la terapia a cada paciente en particular (terapia “hecha a la medida”), (Robles, 1991). Son pautas útiles de considerar, o se haga uso de la terapia estratégica (Hipnoterapia sin trance).
 - Ayudan a determinar en qué forma el paciente construye su realidad, cómo estas pautas utilizadas participan en la mantención del problema, y cuales pueden utilizarse para ayudar a la solución.
 - Por otro lado algunos de ellas también serán el blanco de la terapia, cuando se presentan desbalanceados (En palabras de Yapko “Déficit experiencial”) (Yapko 1988, p.98). Según Yapko una terapia que no incluya el tratamiento de esos déficits experienciales como objetivos de la terapia deja expuesto al cliente/ consultante a continuar utilizando pautas disfuncionales que lo pueden llevar a una recaída o a presentar problemas en otras áreas distintas a las tratadas en el proceso terapéutico.
- Obtención de información respecto a cómo se manifiestan él o los problemas en la actualidad, con especial énfasis en las pautas involucradas en su mantención. (Cade y O’Hanlon, 1995).

Zeig(1992) ha indicado que este aspecto es especialmente importante puesto que es un verdadero axioma que el terapeuta puede utilizar para construir un tratamiento, el mecanismo a través del cual se mantienen los síntomas/ problemas del cliente. Aunque los síntomas parecen ocurrir en forma automática el comportamiento del paciente parece que realmente mantiene el síntoma.

De lo anterior se deriva que las técnicas terapéuticas utilizadas pueden ser desarrolladas a partir de esos mecanismos que mantienen el problema, esto implica tal como lo sugería Erickson más arriba que la terapia debe ser individualizada y debe ser efectuada a partir de las mismas pautas disfuncionales del paciente, de tal manera que es menos probable que se suscite resistencia al cambio terapéutico.

2.6.3.1.4. *Objetivos de la terapia.*

Puesto que Erickson no tenía ninguna teoría a cerca del funcionamiento normal o anormal de la personalidad, esta es una terapia pragmática orientada a metas.

En general, a través de la obtención de información relevante respecto a lo que le ocurre al cliente se colocan de acuerdo en cuáles serán las metas del tratamiento, dichas metas se definen de modo tal que

sean fácilmente alcanzables y susceptibles de ser evaluadas tanto por el cliente como por el terapeuta.

Nardone y Watzlawick en su libro "*El arte del cambio*" (1994), afirman que esta concepción de la terapia (Ericksoniana y estratégica sistémica en general), es una verdadera y auténtica "herejía" desde la perspectiva de las teorías y prácticas clásicas en el campo psicoterapéutico.

Estos autores analizan cuatro herejías que subyacen a estos enfoques:

- El terapeuta no se deja encarcelar por ningún modelo rígido de la interpretación de la "naturaleza humana", ni por una concepción rígida y ortodoxa de la Psicología y la Psiquiatría. El fundamento filosófico que subyace a estos enfoques es el constructivismo radical, (Watzlawick, 1979, 1988) el cual se basa en la premisa que es imposible por parte de cualquier ciencia ofrecer una explicación absolutamente "verdadera" y "definitiva" de la realidad, y sobre el hecho de que la realidad está determinada por el punto de vista del investigador/ sujeto/ paciente.

El pensamiento Ericksoniano y estratégico no se funda en una teoría que, describiendo la "naturaleza humana" perciba en consecuencia conceptos de "sanidad" o "Normalidad" comportamental o psíquica en oposición a los de la patología. Éste pensamiento más bien se interesa por la funcionalidad del comportamiento humano frente a los problemas de la existencia y de la convivencia entre individuos. El objetivo es el buen funcionamiento de estas relaciones, no en términos generales y absolutos de normalidad, sino en términos de realidad netamente personal, diversa de individuo a individuo y de contexto a contexto. (Nardone y Watzlawick, 1994, pág. 36).

- La segunda herejía es que la tarea del terapeuta no se centra en el análisis "profundo", ni en la búsqueda de las causas del problema hasta la extrapolación de las verdades escondidas, sino cómo funciona y cómo puede cambiar la situación de malestar de un sujeto, de una pareja, o de una familia. El paso es de los contenidos a los procesos. Y se trata de un saber **cómo** más que de un saber **por qué**. (Nardone y Watzlawick, 1994, pág. 37).
- La tercera herejía tiene relación con la noción de cambio terapéutico. Desde esta óptica, los problemas humanos pueden resolverse mediante problemas focales que rompen el sistema circular de retroacciones que mantienen operante el problema. De esta ruptura de un equilibrio disfuncional habrá de derivar el cambio en el comportamiento y en las concepciones del sujeto,

enjaulado en una situación problemática. Hay que “obligar” al paciente a salir de la rigidez de su perspectiva, conduciéndolo a otras posibles perspectivas que determinarán nuevas realidades y soluciones. (Nardone y Watzlawick, 1994, pág. 44).

- La cuarta herejía se refiere a las estrategias terapéuticas y a los procesos de cambio en la mayor parte de las psicoterapias. Impregnadas de la idea del “cogito centrismo” (centralidad del pensamiento por sobre las acciones), se basa en el supuesto que el actuar sigue al pensar. Por consiguiente para cambiar un pensamiento erróneo o una situación problemática, hay que cambiar primero la manera de pensar del paciente y sólo después es posible cambiar su manera de obrar. Desde el punto de vista estratégico y Ericksoniano, que en definitiva es el constructivismo radical, este proceso debe invertirse. Es decir se parte de la convicción que para cambiar una situación problemática, antes hay que cambiar el obrar, y como consecuencia el pensar del paciente, o mejor, el punto de observación, el “marco” de la realidad. (Nardone y Watzlawick, 1994, pág. 47).

2.6.3.1.5. Duración de la terapia.

Queda absolutamente claro en base al punto anterior que esta es una terapia breve, en cuanto el número de horas terapéuticas invertidas en el tratamiento.

Lo anterior significa que según el problema definido por el terapeuta y el paciente, la terapia puede variar desde una sola sesión hasta varias sesiones.

En general se entiende por terapia breve (en la comunidad terapéutica actual) a un período de menos de 20 sesiones.

La frecuencia de las sesiones puede ir desde una sesión semanal a sesiones quincenales o mensuales. Erickson extrajo la idea de acortar la terapia de sus estudios de Hipnosis, la cual desde sus inicios en el siglo pasado (gracias al trabajo de Braid, Charcot y Janet) fue definida como una intervención breve.

El mismo Erickson afirmó:

“el supuesto que la psicoterapia necesariamente debe ser compleja y muy prolongada, contradice la experiencia de la vida cotidiana. Los sucesos diarios simples de un carácter breve y transitorio, pueden, y con frecuencia lo hacen, ejercer influencias profundas y perdurables sobre la personalidad humana. Estos sucesos pueden derivar totalmente del presente inmediato y pueden evocar respuestas importantes que dirigen el presente y el futuro de los individuos. Esas respuestas significativas a los eventos cotidianos, a pesar de la sincera creencia sostenida por muchos adherentes a las escuelas interpretativas de la psicoterapia, no

son necesariamente un reflejo y nuevas ediciones de experiencias traumáticas infantiles. Esto no desacredita en forma alguna la importancia del trauma físico en la infancia y en la niñez. Por el contrario enfatiza el hecho que las experiencias traumáticas pueden ocurrir en cualquier edad y pueden reflejar solamente la situación de vida actual implicada” (Erickson 1980. p. 56).

2.6.3.1.6. Relación terapéutica.

En este enfoque la relación terapéutica ha recibido especial importancia, en el sentido que se la entiende como una relación de **influencia** del comportamiento del cliente.

Si el terapeuta quiere **influenciar** en el comportamiento del cliente será necesario que este acepte y/o coopere con las directivas entregadas por el terapeuta. Sin embargo en lugar de adaptar al cliente al encuadre del terapeuta es el propio terapeuta quien se adapta al encuadre de su cliente.

Por lo tanto el terapeuta creará un clima de aceptación de los comportamientos del cliente al tiempo que es empático con este.

El terapeuta utilizará con estos fines el lenguaje del cliente, sus intereses y motivaciones, las creencias y marcos referenciales, la conducta presente del cliente sus síntomas y resistencias. En este sentido Erickson comenta:

“Con demasiada frecuencia los psicoterapeutas intentan tratar a sus pacientes empleando su propio lenguaje doctoral, pretendiendo explicar lo que es el “Yo”, el “Súper Yo” y el “Ello”, la consciencia y el inconsciente, y el paciente no sabe si él está hablando de cereal, o papas. Por lo tanto traten de emplear el lenguaje del paciente”. (Citado en O’Hanlon, 1989, Pág. 36).

“En otras palabras usted trata de aceptar las ideas del paciente sean cuales fueren y a continuación trata de orientarlas” (Citado en O’Hanlon, 1989, Pág. 38).

“En pocas palabras, sea cual fuere la conducta puesta de manifiesto por los sujetos, habría que acogerla y considerarla como agua para el molino” (Citado en O’Hanlon, 1989, Pág. 40).

De esta manera podemos entender de mejor manera uno de los principales parámetros del enfoque naturalista dentro del cual se entiende la aceptación y utilización de la situación que se encuentra, sin esforzarse por reestructurarla psicológicamente. Al hacerlo así, la conducta que se presente *“se convierte en una ayuda definida y en una parte real de la inducción de trance, más que en un obstáculo posible”.* (Citado en O’Hanlon, 1989, pág. 41)

Este enfoque ha sido definido por Haley (1989), como estratégico; es decir, una terapia en la cual el terapeuta inicia lo que ocurre durante ella y diseña un enfoque particular para cada problema. En este tipo de

enfoque el terapeuta asume la responsabilidad de influir directamente en las personas.

Puede considerarse a Erickson como el maestro del enfoque estratégico en terapia. Durante mucho tiempo se lo ha conocido como el más importante especialista a nivel mundial en Hipnosis Médica, y dedicó su vida al estudio experimental y la utilización terapéutica de la Hipnosis, desarrollando infinitas variantes. Menos conocido es su enfoque estratégico para la atención de individuos, parejas y familias sin el empleo formal de la Hipnosis, (esto incluye la Hipnoterapia sin Trance).

Es posible visualizar la terapia estratégica de Milton Erickson como una extensión lógica de la técnica hipnótica. La formación como hipnólogo y más aún la de hipnoterapeuta clínico fomenta la habilidad para observar a las personas, y sus complejos modos de comunicación, para motivar a la gente de manera que siga directivas y para influir sobre ella mediante la palabra, las entonaciones y los movimientos corporales. También alienta la concepción que la gente es modificable y el espacio y el tiempo maleables, y provee ideas específicas acerca de cómo dirigir a otras personas para que se hagan más autónomas. En este sentido Haley dice:

“El pensamiento de tipo estratégico ocupa un lugar central en el enfoque hipnológico cuando se utiliza adecuadamente, y Erickson lo ha llevado a sus límites. Es a la vez un hipnólogo experimental y un terapeuta experimental que transfirió ideas desde el terreno de la Hipnosis a los procedimientos terapéuticos donde uno no hubiera esperado encontrarlas”. (Haley, 1980, pág. 8-9).

2.6.3.1.7. Rol del cliente.

En este enfoque el rol del cliente es **activo**. Esto puede ser considerado “raro” por aquellas personas que consideran que cuando se usa Hipnosis el cliente está dormido, escuchando en forma pasiva las instrucciones (“Programaciones”) del terapeuta. Sin embargo, la hipnoterapia de Erickson, a diferencia de la hipnoterapia clásica, utiliza en la mayoría de los casos **sugerencias indirectas, en lugar de directas**.

Erickson y Rossi (1980) indican que tradicionalmente uno puede distinguir entre sugestión directa (en donde el terapeuta hace un requerimiento directo y claro de cierta respuesta), y la sugestión indirecta (en donde la relación entre la sugestión del operador y la respuesta del sujeto son menos obvias).

Se reconoce como bases de la sugestión directa, el prestigio y la autoridad del operador, los principios de la repetición, homoacción y heteroacción, junto a la evocación de procesos ideosensorios e ideomotores, que son mediados frecuentemente por fantasías dirigidas. (Erickson y Rossi, 1980).

Se ha sugerido que las sugerencias indirectas, son más complejas en función de la individualidad del sujeto, y quizás por eso son más efectivas que la sugestión directa.

Ingenuamente se ha creído que el sujeto hipnótico es un sujeto pasivo, un autómata que es programado por el hipnotista. Según la concepción Ericksoniana esto es un error, existe una tendencia en las personas a mediar o construir sus propias respuestas externas al estímulo y sugerencias ofrecidas por el hipnotista.

Algunos de los rasgos básicos de las sugerencias indirectas son:

- Permite que se manifieste la individualidad del sujeto, sus experiencias vitales previas y sus potencialidades peculiares.
- Involucran un nivel más inconsciente de todos los procesos de aprendizaje. De modo que:
- Tienden a rodear la crítica consciente y debido a esto pueden ser más efectivas que la sugestión directa.

Las sugerencias indirectas no determinan lo que el paciente hará, sino que exploran y facilitan que el sistema de respuestas de este paciente pueda realizar en un nivel autónomo sin hacer realmente un esfuerzo consciente para dirigirse a sí mismo. Esto posibilita una gama mucho más amplia de recursos terapéuticos provenientes del paciente, y por consiguiente una amplia gama de herramientas a disposición del terapeuta.

Las formas indirectas de sugestión son ambientes semánticos que facilitan la experiencia de nuevas posibilidades de respuesta. Evocan automáticamente búsquedas y procesos internos independientes de nuestra voluntad consciente. (Erickson y Rossi 1979).

Las sugerencias indirectas además no necesitan ser entregadas solamente mientras el cliente está en trance hipnótico formal. Sino que pueden ser deslizadas en conversaciones interesantes, que atrapan la atención del individuo.

Otra característica del trabajo terapéutico de este enfoque, y que implica la participación activa del cliente es el uso recuente de tareas terapéuticas para ser realizadas entre las sesiones.

2.6.3.1.8. *Concepción y manejo de la resistencia terapéutica.*

Existen diversas formas en las cuales el paciente evidencia que está resistiéndose a la terapia: Faltar a las sesiones, no realización de las tareas asignadas, discusión de las estrategias propuestas.

Sin embargo no debe presumirse que todas estas respuestas impliquen resistencia. Pues “pueden ser respuestas idiosincrásicas, que ocurren sin interferir el curso de la terapia”. (Yapko, 1990).

Los orígenes de la resistencia pueden ser diversos, uno de los más comunes es el temor a lo que sucederá durante el proceso terapéutico, también puede deberse a fracasos anteriores, ya sea por la propia

experiencia o la experiencia dignas de confianza del sujeto. También puede surgir de una falta de Rapport con el terapeuta, o de variables contextuales en el ambiente inmediato, el ánimo del sujeto o el tiempo atmosférico.

Sin embargo, mucha de la resistencia puede ser atribuida a la cualidad de las sugerencias y directivas terapéuticas, específicamente cómo acompañan la experiencia del paciente: Erickson y Rossi establecen varios cuestionamientos a este respecto algunos de los más prioritarios son los siguientes: *¿Se está imponiendo un comportamiento?, ¿El terapeuta es muy directivo?* Erickson (Erickson y Rossi, 1979) creía que la denominada “resistencia al trance”, y la terapia no era realmente una resistencia, sino que una reacción razonable a la creencia errónea tan difundida de la hipnoterapia como una relación de “dominación – sumisión”.

Así, entonces, la “resistencia”, es generalmente “una expresión de la individualidad del paciente”.

La respuesta del enfoque Ericksoniano a la resistencia es comprenderla, aceptarla, incluso alentarla, y utilizar esa individualidad para ayudar al cliente a rodear sus limitaciones aprendidas. Al aceptar la resistencia del paciente como una respuesta válida, se le **redefine** como una **conducta cooperativa**, y se puede construir sobre ella. (Yapko, 1990).

El grado de resistencia que presente el sujeto nos indicará, el grado de indirección que debemos usar: a mayor resistencia será necesario usar más sugerencias y manejos indirectos. (Zeig, 1987 /1994)

De Shazer. (1991) afirma que a través de su trabajo terapéutico se fue percatando que las personas en realidad desean cambiar. A este respecto nos ilustra:

“Por cierto algunos clientes consideran que las ideas sobre cómo cambiar no son adecuadas, pero me resulta difícil rotular ese modo de pensar como “resistencia”, me parece antes bien un mensaje que el cliente está enviando, en un esfuerzo por ayudar al terapeuta a que lo ayude. Reiteradamente he hallado gente con deseos desesperados de cambiar y sumamente cooperativa que me había sido derivado de otros terapeutas con el rótulo de cliente resistente”, y continuando con el desarrollo de ésta época continúa:

“(…) en realidad la clave que mis colegas y yo creamos para promover la cooperación es realmente simple:

En primer término vinculamos el presente con el futuro (Ignorando el pasado), luego felicitamos al cliente por lo que ya ha hecho de útil o bueno (o ambas cosas) para él, y a continuación (una vez que él sabe que estamos de su parte) podemos sugerir algo nuevo que él podría hacer y que es o por lo menos podría ser bueno para él” (Shazer, 1991, pag 65).

De esta manera es claro que la gente que visita a un terapeuta desea cambiar su situación. Pero sea lo que fuere que haya hecho para

lograr el cambio, no obtuvieron resultados. Han ido encerrándose en su propio camino. Tal vez accidentalmente empeoraron, y han desarrollado pautas de conducta habitual poco afortunadas. En vista de esto, la idea que van a resistirse al cambio está por lo menos desorientada. De hecho, con este tipo de idea en su mente el terapeuta puede realmente generar “resistencia” o no cooperación, cuando no directamente un conflicto, es decir que las *“concepciones del terapeuta son capaces de producir profecías de auto cumplimiento, con un desenlace infortunado.”* (De Shazer, 1991, pág. 32-34).

2.6.3.1.9. *“Herramientas” básicas del terapeuta.*

La herramienta básica o concepto clave que impregna todo el trabajo Ericksoniano es el de la **utilización terapéutica**. (Zeig 1990/1994).

Erickson describió el método de utilización terapéutica de la siguiente forma:

“(...) los terapeutas que desean ayudar a sus pacientes, nunca debieran despreciar, rechazar o condenar alguna parte de la conducta de ellos debido a que es una obstrucción irrazonable, e incluso irracional. El comportamiento del paciente es parte del problema que traen a la consulta. Constituye el ambiente personal dentro del cual deberá efectuarse la terapia. Puede constituir la fuerza dominante en toda la relación paciente/doctor. De modo que cualquier cosa que el paciente traiga a la consulta es, en alguna forma una parte de él y de su problema. El paciente debe ser visto con un ojo simpático, valorando la totalidad con la cual se confronta el terapeuta. Al hacerlo así, el terapeuta no debería limitarse a una valoración de lo que es bueno y razonable, que aparece ofreciendo una base posible para los procedimientos terapéuticos. A veces, de hecho muchas veces, de lo que es advertido, la terapia puede ser establecida con firmeza sobre una base sólida solamente a través de la utilización de las manifestaciones absurdas, irracionales y contradictorias. La dignidad profesional de uno no está implicada, pero la competencia profesional sí.” (Citado en Zeig, 1992/1994, pág. 74).

Zeig, ha definido a la utilización terapéutica como *“la disposición del terapeuta para responder estratégicamente a cualquiera y a todos los aspectos del paciente o del ambiente”*

O’Hanlon (1989) ha descrito las siguientes pautas Ericksonianas que están implicadas en la utilización terapéutica:

- Utilización del lenguaje del cliente.
- Utilización de las creencias y marcos de referencia del cliente.
- Utilización de los intereses y motivaciones del cliente.
- Utilización de la conducta presente.
- Utilización de los síntomas.

- Utilización de la “Resistencia”.

Según este enfoque para poder colocar en la práctica este principio Ericksoniano, es un requisito indispensable que el terapeuta desarrolle a lo menos dos habilidades fundamentales:

- Flexibilidad: la tarea de construir el vínculo terapéutico y la construcción de la terapia con el cliente, implica necesariamente que el terapeuta adapte sus comportamientos a los del cliente. Como cada paciente es único, deben construirse intervenciones que funcionen realmente para cada persona en particular. Y que se adapten a su comportamiento actual y marco de referencia.
- Desarrollo de la capacidad de observación: tanto si se trabaja con técnicas hipnóticas o su extrapolación al trabajo estratégico no hipnótico el terapeuta debe desarrollar una capacidad para observar reforzar y utilizar las señales mínimas (Minimal Clues) que envía el cliente. Entendiéndose a las señales mínimas como el conjunto de comportamientos sutiles que envía el cliente: Postura corporal, movimiento o falta de movimientos, estilo con el cual presta atención, cambios en la tonalidad de la voz, ritmo, ausencias notables (en el sentido de los déficits experienciales de Yapko), alteración de los reflejos, etc.

En este sentido uno de los cambios básicos y al mismo tiempo uno de los más importantes introducidos por la terapia de Hipnosis Ericksoniana es la premisa que indica que la ausencia de los indicadores fisiológicos del estado de trance tal y como los concibe la epistemología hipnótica clásica no necesariamente quiere decir que el individuo no se encuentre en un estado de trance, los hipnoterapeutas Ericksonianos aprenden detectar y aprovechar los “estados de trance cotidianos” que se producen tanto espontáneamente como por consecuencia de las inducciones indirectas desde las primeras etapas del tratamiento, estados que pueden desarrollarse incluso sin alterar el estado de vigilia del individuo.

2.6.3.1.10. Modalidad de la terapia.

Este es un enfoque versátil, cuyos principios básicos entregan pautas de trabajo para el terapeuta, más que un conjunto de técnicas rígidas adosadas a una teoría de la personalidad, de la salud, la enfermedad y el cambio psicológico.

La versatilidad del enfoque permite que sea utilizado en la psicoterapia individual (desde niños hasta ancianos), la terapia de pareja y la terapia familiar estratégica. Aunque la terapia de Erickson se desarrolló antes del desarrollo y aplicación del pensamiento sistémico a la terapia familiar y la terapia estratégica, existen elementos sistémicos en su concepción terapéutica ya que sus intervenciones siempre consideraron el impacto del cambio individual en el sistema de

interacciones significativas para el individuo. Aun así esta no es una teoría exclusivamente sistémica.

Este tipo de enfoque y las técnicas utilizadas, dada su individualización no se prestan para ser entregadas en el contexto de un trabajo grupal. Existe una versión de la aplicación de las técnicas hipnóticas en un marco grupal, la "Hipnosis grupal", pero en realidad no es un verdadero trabajo en terapia de grupo, puesto que se trabaja de forma individual en el ámbito de un grupo de personas que también están haciendo trabajo individual.

2.6.3.1.11. Técnicas.

El enfoque Ericksoniano se caracteriza por utilizar estrategias terapéuticas dentro y fuera de la sesión. Las técnicas pueden ser tanto hipnóticas como no hipnóticas, ambos tipos de técnicas como se mencionó anteriormente comparten los mismos principios de aplicación.

Dada la diversidad de técnicas, aquí solamente se mencionarán las más representativas y de una forma básica para propósitos de explicación, desarrollándolas más detallada y profundamente más adelante en la explicación de la Hipnosis de enfoque indirecto y se remite al lector a la lectura de las referencias bibliográficas de esta investigación.

2.6.3.1.11.1. Técnicas utilizadas en la sesión terapéutica.

- Trance hipnótico formal (es decir, se siguen ciertos procedimientos para la inducción de trance), en donde se utilizan los fenómenos hipnóticos clásicos (Pacheco, 1997; Rossi, 1986/1993; Yapko, 1999), o se utilizan estrategias para alterar la pauta del problema presentado (O'Hanlon, 1989).
- Hipnosis no formal (aunque se usan los mismos principios básicos que en los trances hipnóticos formales, lo que se busca especialmente es la disposición a atender del cliente), para entregar metáforas y anécdotas terapéuticas (Cade y O'Hanlon, 1995; Haley, 1990; Rosen, 1986).
- Uso de analogías (Cade y O'Hanlon, 1995).
- Re encuadre (Cade y O'Hanlon, 1995; Watzlawick, Weakland y Fisch, 1976).
- Estrategias como alentar la resistencia, advertir respecto a los peligros de la mejoría (cuando el paciente está cambiando muy rápidamente) y prescripción de recaídas. Etc. (Cade y O'Hanlon, 1995; Fisch, Weakland y Segal, 1984; Haley, 1980).

2.6.3.1.11.2. Técnicas utilizadas para ser efectuadas entre las sesiones de terapia.

- Tareas paradójicas (Cade y O'Hanlon, 1995; Fisch, Weakland y Segal, 1984; Haley, 1980, 1987; Lankton, 1988; Watzlawick, Weakland y Fisch, 1976).
- Tareas para construir habilidades (Lankton, 1988).
- Tareas de función ambigua (Lankton, 1988).

2.6.3.1.12. Criterios de finalización de la terapia.

Como se dijo anteriormente, esta es una terapia que busca alcanzar metas co-construidas por el cliente y el terapeuta. Una vez que se alcanzan las metas, o porque el cliente se percata que ya no necesita más terapia, la terapia se da por finalizada.

2.6.3.1.13. Críticas al enfoque.

2.6.3.1.13.1. Es un enfoque que promueve la manipulación de los clientes.

Zeig (1990/1994, p. 47-65) responde a esta crítica indicando que si se entiende a la comunicación como un proceso de influencia social entre los interactuantes entonces toda psicoterapia implica esa relación de influencia. Es imposible concebir a la psicoterapia como una relación igualitaria, puesto que los clientes pagan por los servicios del terapeuta, lo cual coloca a éste en una posición superior.

Reflexiona que toda terapia debiera ser como una intervención quirúrgica, en donde el terapeuta entra y sale de la vida del paciente tan rápido como sea posible.

2.6.3.1.13.2. Es un enfoque superficial.

Aquellos que practican la terapia de larga duración critican a los métodos Ericksonianos por ser "superficiales". En esta crítica se desliza un error de análisis, puesto que el enfoque Ericksoniano posee supuestos epistemológicos distintos a las terapias más tradicionales (terapias psicodinámicas).

El terapeuta Ericksoniano supone que al trabajar con problemas específicos, esos cambios pueden reverberar saludablemente en otros aspectos de la vida del cliente, incluido su sistema social. Es un enfoque breve, al cual el paciente puede regresar intermitentemente a través de su vida para tratar otros asuntos específicos. Esto no significa que la terapia se focaliza únicamente en los aspectos externos del individuo como lo hacen algunas terapias contemporáneas (como la teoría cognitiva o

cognitivo- conductual) ya que el inconsciente, su concepto y estructura, así como su reestructuración juegan u papel preponderante en este enfoque. De hecho el mismo Erickson realizó técnicas de reestructuración del inconsciente de sus pacientes si el caso así lo ameritaba.

2.6.3.1.13.3. Es un enfoque no investigable.

Lankton (1990/1994, p. 64-67) indica que esta crítica se basa en los problemas que surgen cuando se aplican para el estudio de las técnicas Ericksonianas los paradigmas de investigación que corresponden a una concepción epistemológica de la causalidad lineal.

Esos paradigmas de investigación se aplican con facilidad a los enfoques que son redundantes; en cambio presentan dificultades cuando se intentan aplicar a tratamientos individualizados. El enfoque estratégico Ericksoniano intenta ser muy individualizado, y por lo tanto no se hacen aquellas cosas que facilitarían la aplicación de los paradigmas de investigación tradicionales (como la entrega de las técnicas en secuencias y contenidos estándares). Zeig indica que Erickson realizó mucha investigación respecto a la naturaleza de la Hipnosis indirecta y su aplicación a la psicoterapia. Sin embargo, sus estudios eran más experimentos de campo antropológicos que el tipo de investigación empírica que ha predominado en la Psicología contemporánea.

2.6.4. Hipnosis Indirecta.

2.6.4.1. La Observación.

La observación es el aspecto más importante del entrenamiento temprano del hipnoterapeuta. La observación de las regularidades y correlaciones en la conducta humana es el sine qua non, el comercio en acción, del hipnoterapeuta creativo.

Es las regularidades de conducta son de gran importancia. Estas regularidades son las herramientas que él usa para formar los fenómenos hipnóticos y conductuales. Dado un cierto estímulo, es útil para él saber que una cierta contestación lo seguirá. O, si él puede evocar un fragmento de conducta, es importante para él saber que otro fragmento de conducta se relaciona estrechamente al primero y es probable que ocurra. Así, él puede usar un estímulo para evocar cierta contestación y entonces usar dicha contestación para evocar, por la asociación, otra contestación específica, etc.

La situación es subjetivamente experimentada como hipnótica cuando estas respuestas parecen tener lugar sin la intención consciente, porque los pacientes no son conscientes de estas asociaciones predecibles dentro de ellos. Los pacientes no saben todas las posibilidades dentro de su propio repertorio conductual. Por consiguiente, cuando ellos experimentan algo que ellos no podrían predecir (aunque el

terapeuta puede, debido a su conocimiento de las asociaciones conductuales de los pacientes), ellos asumen de algún modo que los hipnoterapeutas lo causaron. Los hipnoterapeutas colocaron la situación conductual para que una cierta contestación por el paciente siguiera naturalmente. Pero el hipnoterapeuta pudo sólo "causar" la contestación sabiendo utilizar las estructuras preexistentes dentro de la matriz conductual del paciente.

De esto se deduce que mientras más los terapeutas sepan sobre las leyes de conducta, más adecuadamente pueden evocar las contestaciones deseadas en cualquier situación específica. Y mientras más sean capaces de observar las regularidades específicas de los pacientes individuales, más podrán ser capaces de facilitar las respuestas terapéuticas en esos individuos.

2.6.4.2. El Consciente e Inconsciente en La Hipnosis Clínica Indirecta.

Erickson da énfasis a ciertos aspectos de las relaciones entre el consciente e inconsciente y las muchas maneras de utilizarlos para los propósitos terapéuticos en su trabajo con la Hipnosis clínica. Nosotros creemos que la conciencia, programada por las actitudes típicas y creencias del hombre racionalista moderno, está penosamente limitada. La mayoría de nosotros simplemente no sabemos utilizar nuestras capacidades individuales. Nuestro sistema educativo nos ha enseñado cómo medir a ciertas instancias *externas* del aprendizaje. Nosotros aprendemos nuestro A B C, cómo leer y escribir, y las habilidades similares. La adecuación de nuestro aprendizaje es medida por nuestra puntuación estandarizada de logros en las pruebas, en lugar del grado al que nosotros utilizamos nuestros propios y únicos circuitos neurales para nuestras metas individuales. Nuestro sistema educativo aún tiene pequeños o ningún medio de entrenamiento o medición de la habilidad del individuo de utilizar su propia única matriz conductual y los procesos asociativos aunque estas habilidades *interiores* constituyen la esencia de la creatividad y el desarrollo de personalidad.

De esta forma se programa la conciencia para encontrarse normas consensuales exteriores de logro, mientras lo que es único dentro del individuo permanece en suspenso. Es decir, la mayoría de nuestra individualidad permanece inconsciente y desconocida. Erickson dice:

"[...] es muy importante para las personas saber que su inconsciente es más inteligente que ellos. Hay una riqueza mayor de material guardado en el inconsciente. (Erickson 1923a)"

Los pacientes tienen problemas porque su programación consciente tiene demasiado limitadas sus capacidades. La solución es ayudarles a superar las limitaciones de sus actitudes conscientes para liberar su potencial resolutivo inconsciente ante los problemas.

De nuevo y de nuevo nosotros encontraremos que los acercamientos de Ericsson para inducir trance y resolver problemas

normalmente están dirigidos a engañar a las limitaciones rígidas y aprendidas de las actitudes conscientes y habituales del paciente.

Todas estas frases denotan el mismo esfuerzo por liberar a los individuos de sus limitaciones de aprendizaje. Como Erickson tan claramente lo ha establecido:

"Usted construye su técnica alrededor de instrucciones que le permiten a su mente consciente retirarse de la tarea, y le deja todo al inconsciente."

Al llevar a cabo esta meta de liberar los potenciales inconscientes de las limitaciones de la conciencia, Erickson ha abierto el camino a los acercamientos *indirectos* y a las sugerencias hipnóticas. Estas aproximaciones están en el marcado contraste con la mayoría de trabajos anteriores y actuales en Hipnosis donde todavía se considera que las sugerencias *directas* son la modalidad terapéutica principal. Ernest Rossi en "Realidades Hipnóticas" (1976) comenta sobre los acercamientos indirectos en los siguientes términos:

"Tan multifacéticas y vastas son las posibilidades de estos acercamientos indirectos que Erickson nunca ha podido organizarlos en un sistema comprensivo; de hecho, él no siempre entiende por qué y cómo ellos trabajan. Los acercamientos indirectos son así todavía un campo virgen, una terra incógnita que algunos lectores explorarán esperanzadamente y se extenderán más allá en su propia investigación y práctica terapéutica". (E. Rossi, 1976, p. 27-28)

2.6.4.3. La Teoría de utilización de la Sugestión Hipnótica Indirecta.

La teoría de utilización de la sugestión hipnótica ha sido esbozada recientemente como sigue (Erickson y Rossi, 1975, p. 143-157):

"El trance es un estado especial que intensifica la relación terapéutica y enfoca la atención de los pacientes en realidades internas; el trance no asegura la aceptación de sugerencias. Erickson depende de ciertos artificios de comunicación. . . para evocar, movilizar los procesos asociativos de un paciente y las habilidades mentales en ciertas direcciones y a veces lograr ciertas metas terapéuticas. Él cree que la sugestión hipnótica realmente es este proceso de evocar y utilizar los procesos mentales propios de un paciente de maneras que deje de lado su rango usual de control intencional o voluntario".

Esto sugiere que el hipnoterapeuta eficaz aprende a usar las palabras, entonaciones, gestos, y otras cosas que evocan los propios mecanismos mentales del paciente y los procesos conductuales. La sugestión hipnótica no es un tipo de magia verbal que puede imponerse en los pacientes para hacer que hagan algo. Las sugerencias hipnóticas sólo son eficaces al grado que ellos pueden activar, bloquear, o alterar el

funcionando de mecanismos mentales naturales y asociaciones que ya existen dentro del paciente. Erickson enfatizaba el hecho que la sugestión hipnótica puede evocar y puede utilizar potenciales que ya existen dentro de los pacientes, pero no puede imponer algo totalmente ajeno. La hipersugestibilidad necesariamente no es una característica del trance terapéutico como él lo usa.

En su primer artículo sobre la Hipnosis (1932) Erickson escribió esto:

"La hipersugestibilidad no se notó" como una característica necesaria del trance. Su trabajo con 300 sujetos involucrando algunos miles de trances lo llevó a esta conclusión:

"Lejos de hacerles hipersugestibles, se encontró necesario hacer un tratamiento cauteloso con ellos para impedir perder su cooperación y se sintió a menudo que ellos desarrollaron un negativismo compensatorio hacia el hipnotizador para compensar cualquier aumento en la sugestibilidad. Los sujetos entrenados para entrar al instante en un trance profundo al chasquido de un dedo podrían sustancialmente resistirse cuando involuntariamente se interesen en otros proyectos. ... En resumen, parece probable que si hay un desarrollo o aumento de la sugestibilidad, es insignificante en magnitud". (Erickson, 1932, p. 321-327).

Para Erickson, el trance y la sugestión hipnótica son fenómenos separados que pueden o no pueden asociarse en cualquier individuo, en cualquier momento dado. Debido a esto Erickson ha dado énfasis a la diferencia entre *"la inducción al trance contra la utilización del trance"*. En su trabajo inicial él encontró necesario gastar *"cuatro a ocho o aun más horas induciendo el trance y entrenando los a sujetos para funcionar adecuadamente, antes de intentar la experimentación hipnótica o la terapia"*. (Erickson, 1952, p. 70-144).

Se verá que el trance es un proceso altamente individualizado que puede ser experimentado muy diferentemente incluso por la misma persona en ocasiones separadas. Para los propósitos terapéuticos de Hipnosis clínica, sin embargo, nosotros enfocaremos nuestro interés en explorar y facilitar sólo un aspecto particular del trance. Nosotros estamos interesados en el aspecto terapéutico del trance en donde las limitaciones de los juegos (Sets) conscientes usuales de uno y los sistemas de creencias son temporalmente alteradas para que uno pueda ser receptivo a una experiencia de otros modelos de asociación y modos de funcionamiento mental.

Erickson ve el problema aparte de la sugestión hipnótica como un problema en la comunicación y en la utilización. Para facilitar la sugestión uno debe aprender a comunicar más eficazmente y por ello a lo largo de los años paulatinamente se fue desarrollando una forma de comunicación Hipnótica más eficaz que se ha denominado "Hipnosis Indirecta".

Estas formas hipnóticas son artificios de comunicación que facilitan la evocación y utilización de las propias asociaciones del paciente, los

potenciales, y los mecanismos mentales naturales de maneras que son normalmente experimentadas como involuntarias por el paciente. Cotidianamente sugerencias no hipnóticas se realizan porque nosotros los hemos evaluado con nuestras actitudes conscientes usuales y las hemos encontrado como una guía aceptable para nuestra conducta, así nosotros los llevamos a cabo de una manera voluntaria. La sugestión hipnótica, por el contrario, es diferente en que el paciente es sorprendido al encontrar esa experiencia y la conducta es alterada de una manera aparentemente autónoma; la experiencia parece estar fuera del sentido usual de control y auto dirección de uno mismo. Una experiencia de Hipnosis clínica exitosa, entonces, es una en que el trance altera las actitudes habituales y modos de funcionar para que al ser cuidadosamente formulara las sugerencias hipnóticas puedan evocar y puedan utilizar otros modelos de asociaciones y potencialidades dentro del paciente para llevar a cabo ciertas metas terapéuticas.

La utilización de la aproximación a la inducción al trance (Erickson, 1958, 1959) y la utilización de la conducta presente (presenting behavior) así como los síntomas como una parte integral de la terapia (Erickson, 1955, 1965b) está entre las contribuciones originales de Erickson al campo de la Hipnosis clínica. Este uso de la aproximación, en donde la individualidad de cada paciente se estudia cuidadosamente, se facilita, y se utiliza, es una de las maneras de Hipnosis "clínica", es diferente de los acercamientos estandarizados de la Hipnosis experimental y de investigación como es normalmente dirigida en el laboratorio. Está en la habilidad del médico evaluar y utilizar la singularidad del paciente junto con las exigencias de su siempre cambiante situación de la vida real, con las que los más notables resultados hipnóticos y terapéuticos son a menudo alcanzados. El uso de la aproximación indirecta logra sus resultados precisamente porque ellos activan y extienden el desarrollo de lo que ya está dentro del paciente en lugar de intentar imponer algo del exterior que podría ser impropio para la individualidad del paciente.

La mayoría de las formas indirectas de sugestión hipnótica que se abrieron camino con Erickson para facilitar el uso de la aproximación se desarrolló en la práctica clínica y en experimentos de campo sin el beneficio del análisis detallado o la aprobación experimental controlada. En esta sección del estudio, por consiguiente, se empezará el proceso de análisis, varios de estos términos indirectos de sugestión hipnótica, para primero lograr un poco de comprensión de su aplicación clínica, y segundo, proponer una investigación que se necesitará para una exploración más extensa de su naturaleza y uso.

2.6.4.4. Técnicas De Inducción Indirecta.

2.6.4.4.1. Truismos que utilizan los mecanismos mentales.

La forma más simple de sugestión indirecta es un Truismo (truism) una declaración de hecho, simple, sobre una conducta que el paciente ha experimentado tan a menudo que no puede negarse. Erickson

frecuentemente habla sobre tales procesos psicológicos como si él estuviera simplemente describiendo hechos objetivos al paciente. Realmente, estas descripciones verbales pueden funcionar como formas indirectas de sugestión hipnótica cuando se las desliza asociadas con procesos ideomotores o ideosensoriales que ya existen dentro del sujeto (Weitzenhoffer, 1957); el truísmo puede evocar y puede utilizar el propio almacén de experiencias de la vida del paciente, asociaciones, y los mecanismos mentales. La Orientación de Realidad Generalizada (Shor, 1959) normalmente mantiene estas asociaciones subjetivas y los mecanismos mentales en el control apropiado cuando nosotros estamos hablando en una conversación ordinaria. Cuando la atención es fija y enfocada en el trance, sin embargo, que los siguientes truísmos realmente pueden desliarse como una experiencia literal y concreta de la conducta sugerida.

- *“Usted ya sabe experimentar las sensaciones agradables como el calor moderado del sol en su piel”.*
- *“Todos hemos tenido la experiencia de mover la cabeza diciendo “sí” o agitándola para decir “no” incluso sin darse cuenta de ello”.*
- *“Nosotros sabemos que cuando usted está dormido su inconsciente puede soñar”.*
- *“Usted puede fácilmente olvidar lo que soñó al despertar”.*

Según algunos autores como E. Rossi la experiencia práctica demuestra que evocando la experiencia personal de un sujeto por la vía de una imagen concreta como ilustramos en el ejemplo “a”. Es un acercamiento eficaz para evocar la experiencia ideosensorialmente. La “idea” de calor moderado y la imagen del sol en la piel evocan las asociaciones personales de experiencias anteriores que generan una “sensación” real de calor moderado en la piel. De una manera similar, hablando sobre una experiencia de la vida común como mover la cabeza diciendo “sí” en el ejemplo “b” es una “idea” que tiende a evocar la contestación “motriz” real del movimiento de cabeza. Tales procesos ideomotrices e ideosensoriales estaban anteriormente reconocidos como la base de muchos fenómenos hipnóticos (Bernheim, 1895), y ellos pueden medirse hoy fácilmente con los instrumentos psicofisiológicos. Muchas formas de retroalimentación (biológica biofeedback) (Brown, 1974), por ejemplo, puede entenderse como respuestas ideosensoriales e ideomotrices que se amplifican y refuerzan por la instrumentación electrónica. La mayoría de los procesos cognoscitivos como el sueño y la amnesia pueden ser facilitadas cuando se sugestionan por los truísmos que el sujeto normal comúnmente no puede negar, como en los ejemplos “c” y “d”. Éste, entonces, es un mecanismo básico de sugestión hipnótica: nosotros ofrecemos verdades simples que automáticamente evocan las asociaciones condicionadas de una manera particularmente vívida. La sugestión es un proceso de evocar y utilizar los potenciales y experiencias

de vida que ya están presente en los sujetos pero quizás fuera de su rango usual de control. La sugestión terapéutica ayuda a los pacientes a ganar un acceso a sus propias asociaciones y habilidades para resolver sus propios problemas.

2.6.4.4.2. Truismos que utilizan tiempo.

Una forma particularmente importante de truísmo es aquel que incorpora el tiempo. Cuando Erickson realizaba un requerimiento para una respuesta conductual definida, él normalmente lo temperamentaba con tiempo. Él nunca diría, "Su dolor de cabeza se ha ido", porque no podría ser, y el paciente habría, con un poco de justicia, empezado a experimentar una pérdida de creencia. En cambio, Erickson convierte la sugestión directa en un truísmo diciendo, "El dolor de cabeza va a irse pronto." Podría ser unos segundos, minutos, horas, o incluso días.

En un sentido similar, todas las siguientes sugerencias se vuelven truísmos porque el factor de tiempo les permite a los pacientes utilizar sus propias asociaciones y experimentarlas como reales.

- *"Tarde o temprano, su mano va a levantarse [sus ojos van a cerrarse, etc.]"*
- *"Su dolor de cabeza [o cualquier problema] desaparecerá en cuanto su sistema esté listo para dejarlo".*
- *"Probablemente sucederá tan pronto como usted esté listo. Nosotros permitiremos al inconsciente tomar tanto tiempo como necesite para permitir que esto pase".*

2.6.4.4.3. "No Sabiendo", "No Haciendo" (Not Doing, Not Knowing).

Un aspecto básico de la experiencia del trance es permitirles a los procesos mentales tener lugar por sí mismos. Nosotros pedimos al sujeto que se "relaje y permita las cosas pasar.

"No hacer" es una forma básica de sugestión hipnótica indirecta que es de valor particular induciendo al trance. La mayoría de las personas no sabe que la mayoría de los procesos mentales son autónomos. Ellos creen en sus pensamientos para manejar y dirigir sus propios procesos asociativos. Y hasta cierto punto ellos lo hacen. Pero viene como una sorpresa agradable cuando ellos se relajan y encuentran que las asociaciones, sensaciones, percepciones, y movimientos, así como los mecanismos mentales pueden actuar por sí mismos. Este flujo autónomo unidireccional de experiencias es una manera simple de definir el trance. La sugestión hipnótica entra en juego cuando las directrices del terapeuta tienen una influencia significativa facilitando la expresión de ese flujo autónomo en una dirección u otra.

Cuando uno está relajado, el sistema parasimpático es predominante, y uno está fisiológicamente predispuesto a "no hacer" en

lugar de hacer cualquier esfuerzo activo. Debido a esto es muy fácil aceptar las siguientes sugerencias de “no hacer” durante las fases iniciales de inducción del trance.

- *“Usted no tiene que hablar o moverse o hace cualquier clase de esfuerzo. Usted no tiene que mantener ni saquea abiertos sus ojos”.*
- *“Usted no tiene que molestarlo intentando escucharme porque su inconsciente puede hacerlo y responder solo”.*
- *“Las personas pueden dormir y no pueden saber que ellos están dormidos. Ellos pueden soñar y pueden no recordar ese sueño”.*

“No hacer” es una condición previa para más experiencias hipnóticas. La mayoría de los fenómenos hipnóticos puede experimentarse por relajación al punto donde nosotros simplemente dejamos nuestros modelos habituales de control y auto-dirección. Esto es lo contrario de la situación usual en vida cotidiana donde nosotros hacemos concentrados esfuerzos para recordar. En palabras de Ernest Rossi:

“En el trance nosotros somos felicitados por olvidar (la amnesia hipnótica). En la vida normal nosotros somos obligados a prestar la atención; en el trance nosotros somos aplaudidos por permitirle a la mente vagar (el ensueño, sueño hipnótico). Nos obligan a que actuemos según nuestra edad en los asuntos diarios; en el trance nosotros logramos el éxito simplemente permitiendo que una cómoda regresión de edad tenga lugar. En la vida normal nosotros gastamos grandes esfuerzos continuamente para lograr percepciones verdaderas; en el trance nosotros permitimos las distorsiones perceptuales y sensoriales para dar lugar y poder incluso complacernos con las alucinaciones” (Rossi, 1976, p.32-33.)

Desde este punto de vista nosotros podemos entender cómo es de hecho mucho más fácil y agradable el experimentar el trance que el extenso esfuerzo que exige quedarse normalmente despierto.

Así, las indicaciones iniciales del entrenamiento en trance de Erickson es ayudar al sujeto a tener una experiencia cómoda en el “no hacer”. Frecuentemente esto puede experimentarse como una pérdida momentánea de las habilidades que normalmente se realizan de una manera automática e inconsciente. Los sujetos pueden perder la habilidad para ponerse de pie o poner una mano en el muslo. Ellos pueden perder la habilidad para enfocar su mirada y ver claramente; ellos pueden perder la habilidad de hablar.

Estrechamente relacionado a “no hacer” está el “no saber”. En la vida cotidiana nosotros debemos gastar energía y esfuerzo continuamente para saber. Cuan agradable, entonces, el encontrar una situación donde nosotros podemos relajarnos y no necesitamos saber. La mayoría de los sujetos pueden ver el hecho de estar ante la experiencia del trance como una nueva sensación de libertad de las demandas del

mundo. Ellos realmente no tienen que saber o hacer algo; su inconsciente puede manejarlo solo.

Para ayudar a los sujetos a comprender esto, Erickson daba frecuentemente una charla de pre inducción sobre el consciente y el inconsciente o la parte "Delantera" y "Trasera" de la mente. Él daba énfasis a cómo el inconsciente es normalmente capaz de regular el cuerpo (respiración, el latido del corazón, todos los procesos fisiológicos) y la mente por sí solo. De hecho, las personas frecuentemente tienen los problemas porque su mente consciente está intentando hacer algo que el inconsciente puede hacer bien.

Con muchas anécdotas, historias, y los datos interesantes de conducta se coloca cuidadosamente el fundamento para ayudar a los pacientes a comprender y valorar el hecho que el inconsciente sabe más y que el consciente puede ayudar simplemente con confiar que el inconsciente hará estas cosas. Esto permite a los sujetos adoptar una postura receptiva y de aceptación en donde ellos se vuelven agudamente más sensibles a sus propios procesos internos así como las sugerencias del terapeuta.

2.6.4.4.4. El "Yes Set".

El "Yes Set" es otra forma hipnótica básica para cubrir con las limitaciones de las actitudes conscientes rígidas y negativistas del paciente. Mucho del esfuerzo inicial en cada inducción al trance es evocar un conjunto o estructura de asociaciones que facilitarán el trabajo que será logrado. Dentro de una sesión, por ejemplo, se puede evocar un "conjunto de aprendizajes tempranos (early learning set)" como una analogía de la nueva situación de aprendizaje que la Hipnosis representará Tal como cuando éramos niños aprendimos el ABC con éxito, sugerimos al paciente que aprenderá a experimentar el trance con éxito. Así, el juego de aprendizaje temprano (early learning set) puede en sí mismo ser entendido como un "Yes Set" que sirve como una estructura para orientarla al trabajo del trance.

Uno de las anécdotas favoritas de Erickson es sobre un estudiante principiante que descubrió la utilidad el "Yes Set" en la inducción hipnótica. El estudiante se encontró confrontado por un sujeto hostil quien fuertemente se negó a aceptar la posibilidad que él pudiera experimentar el trance. El estudiante, actuando en un instinto creativo, procedió preguntando al sujeto resistente entonces simplemente una serie de 20 o 30 preguntas cada una de las cuales sacarían una respuesta obvia "sí." Toda suerte de simples y aburridas preguntas como las siguientes podrían usarse.

- *¿Usted está viviendo a la dirección x?*
- *¿Usted trabaja en x?*

- *¿Hoy es martes?*
- *¿Son las 10:00 de la mañana?*
- *¿Está usted sentado en una silla?*

Sin comprenderlo el sujeto desarrolla un "Yes Set" y también se aburre un poco con la situación. En este punto el estudiante preguntó finalmente de nuevo si al sujeto le gustara experimentar el trance. El sujeto asintió entonces simplemente debido al "yes set" y su deseo de escapar a la circunstancia embotada de simplemente diciendo "sí" a las preguntas obvias.

2.6.4.4.5. La Implicación Psicológica.

Una comprensión de cómo Erickson usa que la implicación nos proporcionará el modelo más claro de su acercamiento indirecto a la sugestión hipnótica. Subsecuentemente su uso de "implicación" puede involucrar algo más que la definición típica del diccionario, nosotros asumiremos que él puede desarrollar una forma especial de "implicación psicológica" en su trabajo.

Para Erickson, la implicación psicológica es una llave que automáticamente convierte las acrobacias de los procesos asociativos de un paciente en modelos predecibles sin el conocimiento de cómo pasó. El pensamiento implícito o la contestación parecen surgir autónomamente dentro de los pacientes, como si fuera su propia contestación interna en lugar de una Sugestión iniciada por el terapeuta. La implicación psicológica es así una manera de estructurar y dirigir los procesos asociativos de pacientes cuando ellos no pueden hacerlo para sí mismos. El uso terapéutico de este acercamiento es obvio. Si los pacientes tienen los problemas debido a las limitaciones de su habilidad para utilizar sus propios recursos, entonces las implicaciones son una manera de desviar estas limitaciones.

- *"Si usted se sienta, entonces usted puede entrar en trance".*

Cualquier implicación declarada en la forma lógica "si. . . entonces" puede ser una manera útil de estructurar una sugestión. El la palabra introductoria "si" establece una condición que es aceptable o fácilmente entendida por el paciente de esta manera un "yes set" es creado para la sugestión que sigue a la conclusión de la frase "entonces."

- *¡Obviamente, usted no está entrando en trance, ahora!*

"Ahora" sólo dura por un rato corto; la implicación es que usted entrará en un trance en cuanto "ahora" haya terminado.

- *"Ciertamente su brazo no estará dormido antes de que yo cuente hasta cinco".*

Implica que estará dormido después de contar cinco.

En cada implicación psicológica hay una dirección inicialmente estructurada por el terapeuta y una contestación creada por el paciente. En lo anteriormente dicho nosotros estamos inicialmente estructurando las implicaciones que dirigirán las asociaciones del paciente y su conducta en las direcciones predecibles. Exactamente cuando el paciente entre en trance o cómo el entumecimiento este será creado, sin embargo, hay contestaciones mediadas en un nivel inconsciente por el paciente. Consideremos los ejemplos siguientes:

- *“Antes de que usted entre en el trance, usted debe estar cómodo”.*

La implicación más obvia es que uno entrará en trance luego de que uno esté cómodo. El mismo proceso de ponerse cómodo, sin embargo, también evoca muchos ajustes inconscientes de relajación y “no hacer” los cuales también son importantes para comenzar la experiencia de trance.

“En la complejidad del funcionamiento mental

Un truismo.

usted entra en un trance para encontrar

Una frase que implica que el paciente tiene un propósito importante entrando en un trance

un gran conjunto de cosas que usted... puede hacer”.

Esto implica que lo importante no es lo que el terapeuta puede hacer sino lo que el paciente puede hacer.

Y hay mucho más de lo que usted soñó.

(Pausa)

La pausa implica que el paciente inconsciente puede hacer una búsqueda para encontrar algunas de estas cosas individuales de las cuales ella estaba previamente inadvertida.

Es importante en la formulación de las implicaciones psicológicas comprender que el terapeuta sólo proporciona un estímulo; el aspecto hipnótico de las implicaciones psicológicas es creado en un nivel inconsciente por el oyente. El aspecto más eficaz de cualquier sugestión es aquel que pone en movimiento las propias asociaciones del oyente y los procesos mentales en una acción automática. Es esta actividad autónoma de las propias asociaciones del oyente y de los procesos mentales con lo que se crea la experiencia hipnótica.

Hay, para ser precisos, crudos y principalmente ineficaces usos de implicación en la vida cotidiana dónde el hablante de una manera muy obvia intenta lanzar implicaciones negativas o aspersiones en el oyente. Éste uso crudo de la implicación es creado obviamente completamente por el hablante. En el uso de la implicación psicológica, sin embargo, el objetivo es decir algo bastante diferente. En el clima psicológico del encuentro terapéutico el paciente se entiende como el centro del enfoque. Cada verdad psicológica es conscientemente o inconscientemente recibida por el paciente para su posible aplicación en él. De esta forma la implicación psicológica se vuelve un valioso acercamiento indirecto para evocar y utilizar las propias asociaciones de un paciente para tratar con sus propios problemas.

Esto fue ilustrado bien cuando un colegio se remitió a un adolescente rebelde a Erickson. Él escuchó calladamente la historia del muchacho y entonces comenzó un desarrollo terapéutico importante con una declaración simple.

“Yo no sé cómo su conducta cambiará”. (Erickson, 1945)

El adolescente rebelde no estaba de humor para aceptar el consejo de un doctor, y, en verdad, Erickson no supo realmente cómo su conducta iba a cambiar. Admitiendo abiertamente que él no supo, Erickson desarmó la resistencia del muchacho para que él pudiera experimentar un *“conjunto de aceptación”* momentáneamente. Erickson entonces consiguió insertar una implicación en ese momento de aceptación: "Su conducta cambiará." El muchacho salió con la idea de cambio; sus propias asociaciones y experiencia de vida tendrían que crear exactamente cómo ese cambio iba a tener lugar.

2.6.4.4.6. Los Lazos Terapéuticos y los Lazos Dobles.

El concepto del lazo doble se ha usado de muchas maneras. Dentro de la Hipnosis Indirecta se usan los términos de "lazo" y lazo doble" *en un sentido muy especial y limitado para* describir formas de sugestión que ofrecen a los pacientes la posibilidad de estructurar su conducta en una dirección terapéutica. Un *lazo* ofrece una libre elección de dos o más alternativas comparables, esto es, cualquier opción que sea elegida conduce a la conducta en una dirección deseada. Los lazos terapéuticos son presentaciones diplomáticas de las posibles formas alternativas de conducta constructiva que está disponible al paciente en una situación dada. El paciente está dando libre, voluntariamente una elección entre ellas; el paciente normalmente se siente limitado, sin embargo, acepta una alternativa.

Los lazos dobles, en contraste, ofrecen las posibilidades de conducta que están fuera del rango usual de elección consciente y control del paciente. Desde la formulación original del lazo doble (Bateson, Jackson, Haley, y Weakland, 1956) como una hipótesis sobre la naturaleza y etiología de la comunicación en la esquizofrenia, varios autores han

buscado utilizar el concepto del lazo doble para entender y facilitar la psicoterapia e Hipnosis (Haley, 1963; el Watzlawick et al, 1967, 1974; Erickson y Rossi, 1975). Ya que las técnicas indirectas conciben el término en un sentido muy especial y limitado, aquí se presentará sólo un perfil de cómo se conceptúa el lazo doble para una comprensión del trance terapéutico y la sugestión hipnótica.

El lazo doble sobrepasa las posibilidades de comunicación en más de un nivel. Nosotros podemos (1) decir algo y (2) simultáneamente comentar lo que nosotros estamos diciendo. Nosotros podemos describir nuestro mensaje primario (1) como estando en un nivel objetivo de comunicación mientras el comentario (2) está en un nivel superior de abstracción el cual normalmente es llamado como secundario o meta nivel de comunicación (una meta comunicación). Una situación peculiar aparece cuando lo que se declara en una comunicación primaria se reestructura o lanza en otro marco de referencia en la meta comunicación. En la evocación de una respuesta ideomotriz como la levitación de la mano, por ejemplo, nosotros (1) les pedimos a los pacientes que le permitan su mano elevarse pero (2) para experimentarlo como una levitación de manera involuntaria. Pidiendo una respuesta ideosensorial nosotros podemos (1) pedirles a los pacientes que experimenten una sensación imaginaria de calor moderado, pero (2) es normalmente entendida como tal, una experiencia que está fuera del rango normal del autodomínio del paciente. Por consiguiente, los pacientes deben permitir al calor moderado desarrollarse en otro, y más involuntario nivel. Nosotros tenemos muchas maneras de decir o implicar a los pacientes que (1) algo pasará, pero (2) usted no lo hará conscientemente, su inconsciente lo hará. Nosotros llamamos este el “lazo doble consciente-inconsciente”: Ya que la conciencia no puede hacerlo, el inconsciente debe hacerlo en un nivel involuntario. Se pone intencionalmente al consciente y a los juegos mentales usuales de uno en un lazo que tiende al despotencializar su actividad; los potenciales inconscientes tienen una oportunidad de introducirse ahora. El lazo doble consciente-inconsciente es la base esencial de muchos de los lazos dobles terapéuticos discutidos más adelante.

En la práctica real la meta comunicación que hace un comentario al mensaje primario, puede tener lugar sin palabras: uno puede comentar con un tono de duda en la voz, un gesto o un movimiento del cuerpo, señales sociales sutiles y contextos. Implicaciones ocultas o asunciones inconscientes también pueden funcionar como un meta comunicador ligando o calificando lo que se dice en el nivel interactivo ordinario. Debido a esto el paciente normalmente no es consciente que estos mensajes contradictorios están recibándose. El antagonismo frecuentemente es lo suficiente para romper los modos usuales de funcionamiento del paciente, sin embargo, mucho más que los procesos más inconscientes e involuntarios son activados.

Idealmente, nuestros lazos dobles terapéuticos son dilemas suaves que le proporcionan una oportunidad al paciente para el crecimiento. Estos dilemas son formas hipnóticas indirectas en la medida en que ellos

tienden a bloquear o romper las actitudes habituales del paciente y los marcos de referencia para que así la opción no se haga fácilmente en un nivel consciente, voluntario. En este sentido un lazo doble puede ser operativo siempre que los marcos usuales de referencia de uno no puedan ser suficientes y uno es forzado a otro nivel de funcionamiento.

Bateson (1975) ha comentado que este otro nivel puede ser "un nivel superior de abstracción que puede ser más sabio, más sicótico, más cómico, más religioso, etc.". Nosotros simplemente agregamos que este nivel puede también ser más autónomo o involuntario en su funcionamiento; es decir, fuera del rango usual de la persona de auto-dirección y control. Así nosotros encontramos que el lazo doble terapéutico puede uno llevarlo a cavo para experimentar esos estados alterados que nosotros caracterizamos como trance para que los potenciales previamente no realizados puedan ponerse manifiestos.

En la práctica real hay un rango infinito de situaciones que pueden o no pueden funcionar como lazos o lazos dobles. Lo que es o no es un lazo o lazo doble dependerá en gran medida de cómo es recibido por el oyente. Lo que es un lazo o el lazo doble para una persona puede no serlo para otra. A continuación, por consiguiente, nosotros describiremos varias formas que pueden llevar a un paciente particular a experimentar un lazo o lazo doble. Estas formulaciones son los "acercamientos" a la experiencia hipnótica; ellos no pueden considerarse como técnicas que invariablemente producen la misma respuesta en todos. Los humanos son demasiado complejos y las diferencias individuales son absolutamente demasiado grandes. Los hipnoterapeutas bien especializados tienen disponible muchos posibles acercamientos a la experiencia hipnótica. Ellos le ofrecen uno después de otro al paciente y cuidadosamente evalúan qué realmente lleva al resultado deseado. En la práctica clínica se puede determinar lo que era o no era un lazo terapéutico o el lazo doble con una mirada retrospectiva estudiando la respuesta del paciente. Por consiguiente, las siguientes formulaciones ofrecen sólo la posibilidad de lazos terapéuticos o los lazos dobles que pueden estructurar la conducta deseada.

2.6.4.4.6.1. Preguntas de Lazo y Lazo Doble.

Los lazos son formados fácilmente por preguntas que dan una "opción libre" al sujeto entre las alternativas comparables. Cualquier selección, sin embargo, facilita un acercamiento hacia una contestación deseada. Para facilitar la aceptación de la situación de trance existen un gran número de posibilidades, como las siguientes:

- *¿Le gustaría experimentar un trance ligero, mediano, o profundo?*
- *¿Le gustaría entrar en trance sentándose a o acostándose?*
- *¿Le gustaría tener sus manos en sus muslos o en los brazos de la silla cuándo usted entre en trance?*

Nosotros podríamos designar estas preguntas como lazos porque mientras ellos estructuran una situación de trance, ellos pueden contestarse fácilmente por la mayoría de las personas con sus conjuntos conscientes usuales. Para algunas personas, sin embargo, el segundo ejemplo podría funcionar como un lazo doble si se encuentra que ellos entran, de hecho, en un trance cuando ellos se sientan o se acuestan en la contestación a la pregunta.

Las siguientes preguntas, en contraste, son más lazos dobles típicos porque ellos no pueden contestarse con los conjuntos conscientes usuales. Uno normalmente debe relajarse y debe permitir a las funciones más autónomas o inconscientes cumplirlas. Tales preguntas de lazo doble son de particular interés para facilitar el acercamiento experiencial a los fenómenos hipnóticos de Erickson. Volviendo la atención a la experiencia subjetiva propia, uno se enfoca hacia el interior de una manera que puede llevar fácilmente a una experiencia de trance y fenómenos hipnóticos. Esta pregunta de aproximación también es particularmente conveniente para esos sujetos que responden a la fase inicial de inducción al trance con una actitud de hiperalerta, ansiosa, o tensionada. La pregunta les permite utilizar su enfoque consciente para facilitar el reconocimiento de los fenómenos sugeridos. La pregunta de lazo doble es así muy útil para sujetos "resistentes" que necesitan usar su conciencia para mantener algún mando en la situación hipnótica. Considere estos ejemplos:

- *¿Empezará su mano derecha o su izquierda a sentirse ligera primero? ¿O quiere que las dos sientan esa ligereza al mismo tiempo?*
- *¿Su mano derecha se moverá primero, alzará o cambiará de lado o apretará? ¿O será su mano izquierda?*
- *¿Usted empieza a experimentar un entumecimiento primero en los dedos o en la parte de atrás de la mano?*
- *¿Qué parte de su cuerpo empieza a sentirse muy cómodo (caluroso, fresco, pesado, etc.)?*

Estas preguntas pueden funcionar como los lazos dobles porque una sugestión hipnótica en la forma de una respuesta ideo motriz o ideo sensorial está facilitándose no importa qué alternativa es experimentada. Cuando sujetos ingenuos experimentan tales fenómenos por la primera vez, ellos son usualmente sorprendidos y algo encantados. Tales fenómenos son prueba experiencial que ellos pueden aprender a desarrollar los potenciales latentes y los modos alterados de funcionar para el futuro trabajo terapéutico.

2.6.4.4.6.2. El Lazo y el Lazo Doble de tiempo.

El tiempo es una demostración excelente de formulación de preguntas y situaciones lazadas (binded).

- *¿Usted quiere entrar en el trance ahora o en unos minutos?*
- *¿Le gustaría entrar rápidamente o despacio en el trance?*

- *¿Usted estará listo para superar ese hábito esta semana o la próxima?*

Estas preguntas pueden contestarse con los marcos usuales de referencia propias y pueden ser clasificadas por consiguiente como lazos que simplemente enfocan la atención en la dirección de una contestación deseada. Cualquiera que sea la respuesta del paciente, sin embargo, ellos siendo enlazados para realizar la respuesta terapéutica sea ahora o después.

Según Rossi (1986/1993) con algunos sujetos las primeras dos preguntas pueden realmente evocar las experiencias iniciales de trance; para ellos el contexto de la situación hipnoterapéutica y la actitud del terapeuta de expectativa que ellos entrarán en trance puede funcionar como meta comunicación que active procesos autónomos que los llevan en la experiencia de trance.

Lazos dobles que utilizan tiempo para evocar las contestaciones en un nivel más autónomo pueden estructurarse como sigue:

- *“Por favor permítame saber cuando ese sentimiento de calor moderado se desarrolle en su mano. ¿Esa anestesia está procediendo rápidamente o despacio?”*
- *“Tarde todo el tiempo que usted necesite para aprender realmente a experimentar (cualquier contestación ideomotoria o ideosensorial) en ese tiempo especial del trance en donde cada momento en trance es equivalente a horas, días, o incluso semanas de tiempo regular”.*

Todas estas preguntas y situaciones que utilizan tiempo contienen una implicación psicológica fuerte que la contestación deseada tendrá lugar. La mayoría de contestaciones hipnóticas toman tiempo. En trance los sujetos normalmente experimentan “Retraso psicomotor”. Hay un retraso entre el tiempo cuando una sugestión se da y cuando el sujeto puede finalmente llevarlo a cabo. El lazo de tiempo capitaliza este retraso de tiempo y le hace una parte íntegra de la respuesta hipnótica.

Un ejemplo encantador de la posibilidad de un lazo doble terapéutico que utiliza tiempo se ofreció a un niño de seis años por Erickson.

- *“Yo sé que su padre y madre han estado pidiéndole, Jimmy, deja de morder sus uñas. Ellos no parecen saber que usted es simplemente un muchacho de seis años. Y ellos no parecen saber que usted dejará de morder sus uñas naturalmente sólo, antes de que usted tenga siete años. ¡Y ellos realmente no saben eso! ¡Así cuando ellos le dicen que deje de morder sus uñas, simplemente ignórelas!”*

Claro, Jimmy no supo que Erickson supo que él tendría siete en unos meses. Las palabras de Erickson, proferidas con la convicción sincera y en un tono confidencial que implica que él estaba aceptando a Jimmy en una confianza confidencial, fue suficiente el doble lazo para que Jimmy desertara de comerse las uñas dentro de dos meses de una manera que el muchacho no pudiera entender conscientemente. Por ejemplo, él no

podría entender el placer que permitió ignorar la irritación de sus padres al exigirle que él deje de morder sus uñas realmente reforzó el lazo doble que activó sus propios recursos interiores para crear una manera de dejar de comerse las uñas sólo. Como resultó, Jimmy pudo después presumir que él abandonó el hábito un mes entero antes de que él tuviera siete años.

2.6.4.4.6.3. *El Lazo Doble Consciente-Inconsciente.*

Erickson frecuentemente daba una charla de preinducción sobre las diferencias entre el funcionar de la mente consciente y la mente inconsciente. Esto prepara al paciente para lazos dobles que descansan en el hecho que nosotros no podemos controlar conscientemente nuestro inconsciente. El lazo doble consciente-inconsciente bloquea los modos voluntarios usuales del paciente de conducta para que deban mediarse las respuestas en un nivel más autónomo o inconsciente. Por ejemplo, cualquier contestación a lo siguiente situaciones requiere que el sujeto experimente un trance.

- *“Si su inconsciente desea que usted entre en trance, su mano derecha alzará. Por otra parte su mano izquierda alzará”.*
- *“Usted ni siquiera tiene que escucharme porque su inconsciente está aquí y puede oír lo que necesita responder sólo en la manera correcta”.*
- *“Y no importa realmente lo que su mente consciente haga porque su inconsciente automáticamente hará lo que necesita a para lograr esa anestesia [regresión de edad, catalepsia, etc.]”.*
- *“Usted ha dicho que su mente consciente es incierta y confusa. Y eso es porque la mente consciente se olvida. Y ya nosotros sabemos que el inconsciente tiene el acceso a los muchos recuerdos, imágenes y experiencias que puede hacer disponible a la mente consciente para que usted pueda resolver ese problema. ¿Y cuándo hará el inconsciente esos valiosos aprendizajes disponibles a su mente consciente? ¿Estará en un sueño? ¿Durante el día? ¿Vendrá rápidamente o despacio? ¿Hoy? ¿Mañana?”*

En esta serie de lazos dobles el terapeuta está usando un acercamiento de final abierto. El terapeuta da varios truismos sobre el funcionar psicológico cada uno de los cuales ayudará a resolver el problema del paciente. El valor de este acercamiento de final abierto es que da al inconsciente del paciente la libertad para trabajar de cualquier manera que sea conveniente para sus propios y únicos modelos de funcionamiento.

Este acercamiento de final abierto, junto con el lazo doble consciente-inconsciente, es también la esencia de uno de los acercamientos de Erickson a los pacientes resistentes. Cuando lo combina con las señales ideomotrices para indicar cuando el inconsciente ha hecho una respuesta satisfactoria o ha contestado una pregunta, el lazo doble consciente-

inconsciente se vuelve una manera fiable de evocar las respuestas hipnóticas o involuntarias de una manera que es normalmente aceptable incluso al sujeto más resistente, asustadizo, o mal informado. En general, todos los acercamientos del lazo dobles son los medios excelentes para ayudar a así llamada resistencia evitativa del paciente o resolver las ideas erróneas y las limitaciones de su sistema de creencias que ha estado impidiendo la sensibilidad hipnótica y el cambio terapéutico.

Erickson introdujo una serie de lazos que eran todos dirigidos hacia la despotencialización los conjuntos conscientes dando énfasis a la potencia del inconsciente sobre la conciencia. Que enlistaremos a continuación:

- *“Pero su mente consciente sólo lo guardará con el consentimiento de su mente inconsciente”.*
- *“Usted no necesita escucharme. Su mente inconsciente puede escucharme sin su conocimiento”.*
- *“Y la mente inconsciente ha tenido una pequeña oportunidad de darle un reconocimiento de sus propias maneras de entendimiento. [Implicando que serían bueno dar al inconsciente esa oportunidad en este momento.]”*
- *“Hay muchas maneras diferentes en que la mente puede funcionar, las que el inconsciente puede unirse con el consciente. Muchas maneras diferentes en que el inconsciente puede evitar a la mente consciente sin que la mente consciente sepa que ha recibido un regalo”.*

Si el lector estudia el contexto de estos comentarios, encontrará que ellos normalmente se dirigen a liberar la capacidad del paciente para funcionar en un nivel inconsciente con la finalidad de explorar las muchas respuestas potenciales que se han excluido por la conciencia. El aprender a experimentar el trance y las respuestas potenciales que están disponibles en el trance se relaciona directamente a la habilidad del paciente para abandonar las funciones directivas y limitantes de sus marcos usuales de referencia. Erickson distrae a los pacientes típicamente por lo menos durante dos a cinco minutos después de la terminación formal del trance porque, a menos que un paciente haya sido entrenado de otra manera, normalmente le toma un largo tiempo el separar totalmente el estado de trance del estado despierto. El período de distracción permite las conexiones asociativas para que los eventos del trance sean rotos. Una vez rotos, los eventos del trance tienden a permanecer amnésicos. Esto también ayuda a la elaboración de una demarcación reconocible entre trance y vigilia. Esta demarcación reconocible en este sentido ratifica automáticamente el hecho que el trance fue "real."

De esta manera la Hipnosis Indirecta ve a los acercamientos experimentales clásicos a la Hipnosis en dónde el investigador administra a una escala estandarizada de sugerencias directas y entonces inmediatamente pregunta a los sujetos sobre su experiencia como algo destructivo de los únicos aspectos de las primeras fases de aprender

cómo experimentar el trance. El interrogatorio inmediato nubla la aún delicada distinción entre el trance y el estado despierto en sujetos que están apenas aprendiendo cómo permitirse a ellos mismos a experimentar el trance. Las preguntas inmediatas de los experimentadores inconscientemente levantan puentes asociativos entre los contenidos del trance y del estado de vigilia. *Estos puentes asociativos realmente destruyen la experiencia del trance como un estado alterado que es discontinuo del estado despierto ordinario.* Es un hecho curioso pero tristemente verdadero que la conciencia normalmente no reconoce cuando está en un estado alterado; las personas deben aprender a reconocer la experiencia delicada y naciente de desarrollar el trance así como ellos deben aprender a reconocer cualquier otro estado alterado (debido al alcohol, drogas, toxemias, la psicosis, etc.) (Erickson y Rossi, 1976).

2.6.4.4.6.4. *La Doble-disociación Doble Lazo.*

Erickson introduce otro lazo doble más complejo a otro en esta sección para facilitar la disociación. Nótese el enclavando sutil de las siguiente sugerencias para disociación que parece cubrir todas las posibilidades de contestación, mientras introduce la posibilidad de ciertas respuestas posthipnóticas al mismo tiempo.

- *“Usted puede despertar como una persona, pero usted no necesita despertar como un cuerpo. (Pausa)*
- *Usted puede despertar cuando su cuerpo despierte pero sin un reconocimiento de su cuerpo.”*

En la primera la mitad de esta declaración el despertar como una persona se disocia de despertar como un cuerpo. En la segunda mitad el despertar como una persona y un cuerpo se disocia de un reconocimiento del cuerpo. Debido a esto nosotros podemos llamar este tipo de declaración una doble-disociación doble lazo. Tan complejo es el efecto total de esta sugerencia que no es inmediatamente obvio precisamente qué posibilidades de respuesta están sugestionándose. Las posibilidades de respuesta reales son las siguientes:

- a. *Usted puede despertar como una persona, pero usted no necesita despertar como un cuerpo.*
- b. *Usted puede despertar como una persona, pero usted no necesita despertar como un cuerpo y reconocer su cuerpo.*
- c. *Usted puede despertar como una persona, y usted puede despertar como un cuerpo, pero sin un reconocimiento de su cuerpo.*

Las formas hipnóticas como el doble-disociación doble lazo tienen un potencial excitante para *explorar las habilidades de respuesta de un individuo así como* las sugerencias intermedias. Como con otras sugerencias indirectas, doble-disociación doble lazo permite una cierta cantidad de libre elección que permite a la individualidad de un sujeto

expresarse de maneras que incluso son sorprendente al mismo sujeto. La doble-disociación doble lazos tiende a confundir a la mente consciente del sujeto y así despotencializa sus conjuntos habituales, prejuicios, y las limitaciones de aprendizaje. Bajo estas circunstancias el campo es aclarado por la posibilidad de procesos creativos para expresarse de una manera más autónoma e inconsciente. Se conoce de los estudios en Neuropsicología (Luria, 1973) que las áreas de la asociación secundarias y terciarias del contexto parieto-temporo-occipital son capaces de sintetizar y mediar la misma función psicológica de muchas maneras diferentes. Las formas hipnóticas como el lazo de doble-disociación pueden habilitar el sujeto al ejercicio y uso de los potenciales increíbles de éstas áreas de asociación de maneras que son completamente nuevas y fuera del rango de la experiencia anterior del sujeto. Entendido de esta manera, la doble-disociación doble lazo puede explorarse como un medio de mejorar la creatividad en lugar de simplemente programar las sugerencias.

Otros ejemplos que ilustran posibilidades de doble-disociación del lazo doble son como sigue:

- *“Usted puede escribir ese material sin saber lo que es entonces...
...usted puede regresar y puede descubrir que usted sabe lo que está sin saber que usted lo ha hecho”.*

Las formulaciones como la anterior para la escritura automática con o sin o un reconocimiento de su significado o lo que uno ha escrito en ello no es tan arbitrario como ellos pueden parecer. Los estudios de las zonas secundarias de la corteza occipital y funciones óptico-gnósticas (Luria, 1973) ilustra que cada uno de las posibilidades anteriores puede ocurrir naturalmente en la forma de agnosias cuando hay perturbaciones orgánicas específicas de los tejidos cerebrales. Cada uno de estas agnosias sólo es posible porque un mecanismo mental discreto para el normal funcionamiento se ha perturbado cuando estas aparecen. Las agnosias son así las etiquetas por identificar los mecanismos mentales discretos. Una así llamada sugestión en la forma de una doble-disociación doble lazo puede estar utilizando estos mismos mecanismos mentales naturales. Los estudios de Rossi y Rossi (2008) establecen que estos mecanismos mentales pueden encenderse o apagarse en el trance aunque ellos son normalmente autónomos en su funcionamiento cuando una persona está normalmente despierta.

Las formas hipnóticas indirectas adecuadamente formuladas realmente pueden estar utilizando procesos naturales del funcionamiento cortical eso es característico de las zonas secundarias y terciarias de la organización cerebral. Estos procesos son sintéticos e integradores en su funcionamiento y son responsable de los procesos de percepción, experiencia, reconocimiento, y conocimiento. Construyendo formas hipnóticas que pueden o bloquear o facilitar estos mecanismos discretos de las zonas secundarias y terciarias tienen el potencial para extender nuestra comprensión del funcionamiento cerebral inmensamente. Ésta

puede ser la base neuropsicológica para usar las formas hipnóticas para alterar la conducta humana y extender grandemente todas las formas de experiencia del hombre.

Básicamente se ha analizado de forma breve solamente algunas de las técnicas básicas de inducción indirecta a la Hipnosis, evidentemente la base metodológica sobre la que se basa la presente investigación es mucho más extensa y rica en procesos y procedimientos de lo que se establece en el presente estudio para lo cual remitimos a la lectura de los libros presentes en la bibliografía* de la presente investigación.

2.6.5. Psicopatología.

La psicopatología es un término polisémico, y su utilización en el lenguaje médico o psicológico varía en función de la orientación científica o de la especialidad de quien hace uso de él. Esto no es algo nuevo en el campo de la psiquiatría, donde conceptos y términos se toman sin rigor, lo cual contribuye a difuminar sus límites semánticos, ya de por sí endebles en estas especialidades. El término psicopatología, etimológicamente *psyché* (psyjé): alma o razón, *páthos* (pazos): enfermedad, *logía*: o *lógos*, que significa discusión o discurso racional, puede ser usado en tres sentidos:

- Como designación de un área de estudio: Es aquella área de la salud que describe y sistematiza los cambios en el comportamiento que no son explicados, ni por la maduración o desarrollo del individuo, ni como resultado de procesos de aprendizaje también entendidos como trastorno psicológico, enfermedades o trastornos mentales.
- Como término descriptivo: Es aquella referencia específica a un signo o síntoma que se puede encontrar formando parte de un trastorno psicológico.
- Como designación de un área de estudio en Psicología que, en oposición al estado de salud (tal y como es definida por la Organización Mundial de la Salud: social, psicológica y biológica), se centra en estudiar los procesos que pueden inducir estados «no sanos» en el proceso mental. Así, el papel del aprendizaje, análisis de la conducta (Psicología conductista) o cualquier otro proceso cognitivo, permite explicar los estados «no sanos» de las personas, así como posibles aproximaciones de tratamiento. En este sentido, enfermedades o trastornos

* Específicamente obras como “Realidades Hipnóticas”, “Experimentando la Hipnosis” e “Hipnoterapia” de Milton H. Erickson, Ernest L. Rossi, y Sheyla E. Rossi, los cuales constituyen la trilogía bibliográfica básica en lo que se refiere a aproximaciones e inducciones indirectas al trance hipnótico.

mentales no es estrictamente un sinónimo de psicopatología, ya que existen aproximaciones que permiten explicar la ausencia de salud. Esta precisamente es la connotación que hemos tomado para la investigación y el estudio7 análisis del Insomnio que realizaremos a continuación.

- La perspectiva biomédica aborda los trastornos mentales como cualquier otra clase de enfermedad, al considerar que las alteraciones psicopatológicas son generadas por anormalidades biológicas subyacentes (genéticas, bioquímicas o neurológicas). Por lo tanto, según muchos autores contemporáneos el tratamiento debe estar enfocado a la corrección de dichas anormalidades de raíz orgánica.

En este sentido, puede decirse que un comportamiento anormal es una enfermedad surgida por el funcionamiento patológico de alguna parte del organismo. Estos se hallan relacionados con alteraciones en la porción cerebral, las cuales pueden ser anatómicas (el tamaño o la forma de ciertas regiones cerebrales no están dentro de los cánones normales) o bioquímicas (cuando los elementos bioquímicos que contribuyen al funcionamiento neuronal poseen su función alterada).

La psicopatología entiende que los trastornos mentales orgánicos son aquellos que poseen causas físicas evidentes, mientras que los trastornos mentales funcionales nuclea a los patrones de conducta anormales que no ofrecen indicios concretos de alteraciones orgánicas en el cerebro. En el caso de las psicopatologías o trastornos psicopatológicos son aquellos cuya etiología se encuentra en la mente de la persona por tanto Psicopatología, en Psicología, es tanto estudio de los problemas de conducta, conciencia y comunicación, considerados como procesos patológicos de la vida psíquica. Es también denominada Psicología de los procesos anormales o de las conductas desviadas.

2.6.5.1. *Psicopatología como sistema de aplicación clínica.*

El término “psicopatología” en el sentido en que se empleará en este estudio y dentro de la clínica práctica, está en íntima relación y es hasta cierto punto un sinónimo de “semiología”. Dicho de otra manera, la psicopatología es el conjunto de signos y síntomas que los profesionales de la salud mental utilizan para el diagnóstico de las enfermedades psíquicas. Así, mientras *“la psicopatología es la ciencia básica de la psiquiatría y Psicología clínicas”* (Eguíluz y Segarra) 2001, y su función consiste en la descripción y explicación de la conducta patológica, con relación a la psicopatología La Psicología Clínica adquiere su identidad fundamental al definirse como “el conjunto de consecuencias científicotécnicas y culturales que resultan de la correcta aplicación de un lenguaje psicopatológico”.

Utilizada de esta manera, psicopatología es sinónimo de otros términos que los lectores podrán encontrar en otros textos: psicopatología descriptiva, fenomenología o semiología psiquiátrica.

De esta manera el profesional de la salud mental se ocupa de identificar signos y síntomas que llegan a configurarse como síndromes, enfermedad o trastorno mental. Esto sirve tanto para el diagnóstico de pacientes individuales o para la creación de clasificaciones diagnósticas (Como lo veremos a continuación)

Al aplicar los conocimientos del proceso mental a la comprensión de la psicopatología, se derivan disciplinas tales como la psicoterapia. Los procesos de aprendizaje y el contexto social, son por tanto, factores importantes en la explicación de la psicopatología. Desde la modificación de conducta se entiende que no existen propiedades emergentes en la identificación de psicopatología, es decir, puede describirse un trastorno en una persona concreta, pero la clasificación no explica por sí sola, sino tan sólo describe una situación con una categoría (un análisis más detallado permitiría explicar y tratar el problema en cuestión.

De todos las posibles formas de uso de los conocimientos psicopatológicos (los cuales dependen de un sinnúmero de factores), aquella que más sirve para los propósitos de éste estudio es la que postula R. Segarra en *“Introducción a la Psicopatología”* (2001). *“la psicopatología no pretende ser un tratado de la teoría de formación de las anomalías psíquicas sino que aspira a recoger, el conjunto de síntomas a través de los cuales el profesional llega al diagnóstico .Por eso resulta sinónimo del término «psicopatología descriptiva, pues éste es el nivel (descriptivo) en el que trata de quedarse en la práctica clínica”*.

Para Berríos (1999), la psicopatología descriptiva es *“un lenguaje que se define por un conjunto sistemático de principios generales, enunciados descriptivos y reglas de aplicación”*. Como todos los lenguajes, es un producto histórico que surge en unas coordenadas socioculturales determinadas y que está sujeta a cambio, deja para otras áreas del conocimiento médico o psicológico la determinación de las causas que llevan a las personas a sufrir las anomalías mentales descritas.

El proceder clínico en este sentido se basa en una serie de actuaciones que son comunes al conjunto de las especialidades. De manera muy simplificada, comienza por la recogida de un conjunto de datos, que conformarán la historia clínica de una persona que acude al médico aquejado por una serie de anomalías. Utilizará para ello el concepto de enfermedad como modelo explicativo (psicopatología descriptiva, semiología, niveles de conceptualización diagnóstica, etc.) de las mismas. Tras la recogida de la información, se emite una hipótesis diagnóstica de la que se deriva un tratamiento. El ensayo de tratamiento

se practica siguiendo su resultado. En caso de que el tratamiento escogido modifique el curso de las anomalías detectadas, se confirmará la hipótesis inicial; si éste es fallido, se propondrá otro o bien se refutará la hipótesis inicial propuesta, y se tratará de llegar a una nueva mediante el re análisis del caso o la realización de nuevas exploraciones.

Podemos decir, en resumen, que la semiología psiquiátrica es la psicopatología descriptiva clínica, ésta resulta ser el equivalente a la exploración física que se realiza mediante aparatos en el resto de las especialidades médicas. El conocimiento de esta sub disciplina es fundamental, en consecuencia, para un correcto diagnóstico en Psicología Clínica, y son muchos los autores que afirman que el movimiento filosófico denominado “fenomenología”, originado por E. Husserl, influyó de manera decisiva en la psicopatología descriptiva a través de la obra de Jaspers “*Psicopatología General (1913)*”.

Jaspers, por su vinculación con la obra de Husserl, sostenía la posibilidad de descripciones neutrales y a teóricas de las conductas anómalas. Sin embargo, autores como Barrios sostienen que la psicopatología descriptiva que poseemos en la actualidad comenzó a desarrollarse casi un siglo antes de que Jaspers publicara su obra, y que ésta no parece haber sido tan crucial para su evolución como muchos afirman. Por otra parte, en la actualidad se acepta que los síntomas psicopatológicos poseen dos componentes: a) biológico, que genera una alteración de la conducta, y b) psicosocial relacionado con la interpretación de esta alteración por el propio paciente y por el observador.

En conclusión la breve explicación que se ha dado del ámbito psicopatológico actual ha sido con el único objetivo de brindar una clara idea de el sentido epistemológico que se ha tomado del término “psicopatología”, para el presente estudio, un sentido clínico, esta investigación hace referencia a la psicopatología descriptiva dentro de un contexto clínico y específicamente de Atención primaria hace referencia a aquella disciplina que no sirve de guía para brindar un diagnóstico y tratamiento sólidos basados en pautas teóricas concretas y por ende científicas.

2.6.6. *Trastornos del Sueño.*

Los trastornos del sueño constituyen un grupo muy numeroso y heterogéneo de procesos. Hay muchísimas enfermedades que cursan con algún trastorno del sueño como uno más de sus síntomas. De hecho, es difícil encontrar alguna enfermedad que no altere en nada el sueño nocturno o la tendencia a dormir durante el día. Sin embargo, con el propósito de entender mejor a los trastornos del sueño en el presente estudio se iniciará la explicación de este tema con un análisis básico de lo que es el proceso fisiológico del sueño para posteriormente detentar una

buena introducción al modo de clasificar tales enfermedades en la actualidad.

2.6.6.1. La fisiología del sueño.

El sueño es un estado (o conducta compleja), diferente de la vigilia, con la que está íntimamente relacionado, aunque ambos expresen distintos tipos de actividad cerebral. Los dos estados se integran en un conjunto funcional denominado *ciclo vigilia-sueño*, cuya aparición rítmica es circadiana y resultado de la interacción de diferentes áreas a nivel del tronco encéfalo, di encéfalo y corteza cerebral.

El ser humano invierte, aproximadamente, un tercio de su vida en dormir. Se ha demostrado que dormir es una actividad absolutamente necesaria ya que, durante la misma, se llevan a cabo funciones fisiológicas imprescindibles para el equilibrio psíquico y físico de los individuos: restaurar la homeostasis del sistema nervioso central y del resto de los tejidos, restablecer almacenes de energía celular y consolidar la memoria.

La duración del sueño nocturno varía en las distintas personas y oscila entre 4 y 12 horas, siendo la duración más frecuente de 7 a 8 horas aunque, incluso en una misma persona, la necesidad de sueño cambia de acuerdo a la edad, estado de salud, estado emocional y otros factores. El tiempo ideal de sueño es aquel que nos permite realizar las actividades diarias con normalidad.

En la actualidad los estudios demuestran que existen dos tipos de sueño bien diferenciados: el sueño con movimientos oculares rápidos, conocido como sueño REM (Rapid Eye Movement), sueño MOR (movimientos oculares rápidos) o sueño paradójico, y el sueño con ondas lentas, conocido como sueño No-REM (Non Rapid Eye Movement) o No MOR. El sueño REM o paradójico se asocia a una elevada actividad neuronal y con los “sueños”. En adultos normales, el dormir se inicia con sueño NMOR, mientras que en los infantes normales comienza con MOR. El sueño No-REM se subdivide en cuatro estadios.

- El estadio 1 se caracteriza por pérdida del ritmo alfa, sensación de adormecimiento y presencia de actividad theta con movimientos lentos de los ojos. Este estado dura un periodo corto de tiempo y se corresponde con la fase de sueño más ligero.
- El estadio 2 supone más del 50% del tiempo total de sueño, con mayor lentitud en el electroencefalograma (EEG), además de la aparición de los husos de sueño y complejos K. Los husos de sueño son ritmos sinusoidales de 1 segundo de duración, con frecuencia entre 12 a 14 Hz, en promedio aparecen 5 husos por minuto. Los complejos K consisten en una onda aguda negativa seguida inmediatamente por un componente positivo y tiene

duración no mayor de 0,5 segundos. Tanto los husos como los complejos K pueden suceder simultáneamente.

Después de 20 minutos en promedio de permanecer en estado 2 de sueño el EEG muestra un aumento gradual en la amplitud de las ondas con una frecuencia no mayor de 2 ciclos por segundo (actividad delta). Estas ondas lentas ocupan más del 20% de la página de registro y menos del 50% iniciándose el estado 3.

- Los estadios 3 y 4 corresponden al denominado sueño delta; siendo éste el sueño más profundo y reparador. La diferencia entre estado 3 y estado 4 es arbitraria ya que las características fisiológicas son idénticas. A estos dos estados se les denomina en conjunto sueño lento, delta o sueño profundo. No hay movimientos oculares y la actividad muscular esta considerablemente reducida. Su duración es de 20 a 40 minutos terminando con una serie de movimientos corporales seguidos por despertar (ascenso a un estado de sueño más superficial).

Durante el periodo de sueño nocturno se alternan de manera cíclica (4 a 6 veces) el sueño REM y No-REM. Al inicio de la noche predomina el sueño delta y a medida que se avanza ocupa cada vez menos tiempo, mientras que la duración de los periodos de sueño REM aumenta en los sucesivos ciclos. El primer periodo de sueño REM típicamente ocurre de los 70 a los 100 minutos después de iniciado el sueño. Es un periodo corto con duración promedio de 10 minutos. Se observan movimientos rápidos de los ojos con atonía muscular generalizada. En un adulto, durante una noche de sueño normal, del 75 al 80% del total de sueño es sueño No-REM que se reparte de la siguiente forma: 5% para el estadio 1, 50% para el estadio 2 y 20% para los estadios 3 y 4. La duración del sueño REM ocupa entre el 20 y el 25% del total del sueño.

En el sueño REM (sueño paradójico) aparecen diversos trastornos reversibles: disartria, ataxia o trastornos de la visión (visión doble o nistagmus), depresión respiratoria principalmente en pacientes con obstrucción de vías respiratorias o daño cerebral previo.

Cuando existen problemas con el sueño, y estos sobrepasan cierta intensidad o superan la capacidad adaptativa de la persona, es cuando éstos se convierten en patológicos, provocando malestar significativo con síntomas que afectan tanto a la esfera física, como a la psicológica y conductual.

2.6.6.1.1. El sueño en las Personas mayores.

Las personas mayores, en general, no duermen menos que el resto de la población, sino que duermen distinto. Las características del sueño en los mayores, difieren en algunos aspectos con respecto a las de los

adultos. Es importante conocerlas, tanto por parte de los profesionales como del paciente, porque de esta manera evitaremos diagnósticos inadecuados y el paciente se dará cuenta que lo que él percibe como patológico es perfectamente adecuado para su edad.

Con la edad se produce una redistribución del sueño a lo largo de las 24 horas, provocada tanto por la desorganización temporal de las funciones fisiológicas como por la disminución y/o ausencia de sincronizadores externos, lo que se traduce en una menor duración del sueño nocturno y en un incremento de la tendencia al sueño durante el día.

El sueño REM apenas se modifica con la edad y su proporción permanece estable en los sujetos sanos hasta edades muy avanzadas. La única modificación que encontramos es su distribución a lo largo de la noche: el primer REM aparece más precozmente en los mayores que en sujetos más jóvenes y desaparece su incremento a lo largo de la noche. Así el primer sueño REM es más duradero que en los jóvenes, sin diferencias notables con los correspondientes a los ciclos posteriores.

Desde el punto de vista polisomnográfico, hay un aumento del número de alertamientos (ver glosario) y una menor duración del sueño profundo delta.

Un resumen de las características del sueño en las personas mayores queda reflejado en la siguiente tabla propuesta por J. Ribera en su libro *“Trastornos del sueño en la persona Mayor”* (2006):

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">• La duración del sueño nocturno disminuye• Tendencia a las siestas o “cabezadas” múltiples durante el día• Sueño más fragmentado• Mayor número de despertares nocturnos, que pueden ser más prolongados• Disminución de la capacidad de recuperación del sueño tras períodos de privación de éste• Disminución de la cantidad de sueño, respecto al tiempo en cama• Disminución progresiva del umbral del despertar con estímulos auditivos (sueño más ligero)• Aparente tendencia a un sueño nocturno adelantado y a un despertar precoz• Mayor percepción de mala calidad del sueño, especialmente entre el sexo femenino |
|---|

Tabla Nº 3. Características clínicas generales del sueño en las personas mayores.

2.6.6.2. Clasificación de los trastornos del sueño.

Las clasificaciones han buscado sistematizar los trastornos del sueño como enfermedades propias y no sólo como síntomas. Sin

embargo, el modo de clasificar tales enfermedades se ha basado, en la mayoría de los casos, en el síntoma principal, y por ello se dividían en insomnios, hipersomnias, parasomnias, etc. Esto cambió en la primera Clasificación Internacional de Trastornos del Sueño ICSD-1 de 1990 y revisada en 1997 (Tabla 4). Fue propuesta conjuntamente por la Asociación Americana [ASDA], europea [ESRS], japonesa [JSSR] y latinoamericana [LASS]. Quince años después de este intento la nueva clasificación ha vuelto al esquema tradicional, facilitando el identificar una enfermedad según su síntoma principal.

DISOMNIAS	PARASOMNIAS	ALTERACIONES ASOCIADAS A OTRAS ENFERMEDADES	SÍNDROMES PROPUESTOS
1. Intrínsecas - Insomnio psicofisiológico - Mala percepción del sueño - Insomnio idiopático - Narcolepsia - Hipersomnia idiopática - SAOS - MPP - Síndrome de apneas centrales. 2. Extrínsecas Secundario a: altitud, alergia a alimentos, alcohol, fármacos, higiene del sueño, ruido. 3. Alteración del ritmo circadiano Jet-lag, ritmo irregular, ciclo corto, ciclo largo, trabajo en turnos -	1. Alteración del despertar - Despertar confusional - Sonambulismo - Terrores nocturno 2. Alteración transición vigilia sueño - Jactatio capitis - Somniloquios - Calambres nocturnos 3. Parasomnias en REM Parálisis del sueño Pesadillas Alt. de conducta en REM Parada sinusal en REM 4. Otras parasomnias Bruxismo, Enuresis, Disquinesia Paroxística nocturna, mioclonus, ronquido primario, hipo ventilación congénita	1. Enf. Psiquiátricas - Psicosis, alt pánico, alt ansiedad, alt humor, alcoholismo 2. Enf. Neurológicas - Insomnio fatal familiar - Demencia - Parkinsonismo - Enf degenerativas - Epilepsia, status del sueño - Cefalea relacionada al sueño 3. Enf. Médicas - Isquemia cardíaca nocturna - EPOC - Asma relacionada al sueño - Reflujo gastroesofágico - Úlcera gastroduodenal - Fibromialgia - Enf. del sueño	Hiperhidrosis del sueño - Sd. de subvigilia - Laringoespasmo - Sueño largo - Sueño corto - Taquipnea - Alucinaciones - Atragantamiento - Alt. en embarazo - Alt. perimenstruales

Tabla N° 4. Resumen de la ICSD-1 (1990).

Cada uno de los sistemas tiene ventajas e inconvenientes. Dentro de éste análisis se va a presentar la clasificación actual y las diferencias más importantes con respecto a las previas, incidiendo en las ventajas e inconvenientes, así como en las causas que han llevado a producir los cambios.

- **ICD-9 (Clasificación Internacional de Enfermedades, 9ª Edición)**

No incluye los trastornos del sueño como tales, recogiendo las múltiples enfermedades del sueño en distintos apartados. De hecho sus códigos fueron los que se tomaron en la Clasificación Internacional de Trastornos del Sueño ICSD-1, propuesta en 1990.

- **ICD-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades, 10ª Edición)**

Dedica a los trastornos del sueño un capítulo propio. En el apartado G47 se incluyen los trastornos del sueño, distinguiendo entre insomnios, hipersomnias, alteración del ritmo sueño-vigilia,

apnea del sueño, narcolepsia y cataplejía, “otros trastornos” del sueño, como el síndrome de Kleine-Levin, y trastornos del sueño no especificados.

Además en la sección F51 se introducen los trastornos del sueño no orgánicos, como el insomnio, hipersomnias, alteraciones del ritmo sueño-vigilia, sonambulismo, terrores nocturnos y pesadillas, además de un grupo de “otros” y otro grupo de “no-especificados” como, por ejemplo, las alteraciones del sueño emocionales.

- ICSD-1(Clasificación Internacional de Trastornos del Sueño)

Fue la propuesta conjunta de la Asociación Americana de Trastornos del Sueño [ASDA], Asociación Europea de Investigación en Sueño [ESRS], Sociedad Japonesa de Investigación en Sueño [JSSR] y la Sociedad Latinoamericana de Sueño [LASS]. Esta clasificación comprendía tres ejes: el primero sobre el diagnóstico del proceso, el segundo sobre procedimientos diagnósticos en ese trastorno, y el tercero sobre las enfermedades médicas y psiquiátricas asociadas a ese trastorno. En cada eje se asignaba un código con letras y números intentando seguir en lo posible el ICD-9. Por ejemplo, se diría, que un paciente sufre un síndrome de apneas de sueño, moderado y crónico, siendo éste el diagnóstico final (eje A), confirmado por polisomnografía (eje B), y produciendo depresión reactiva e hipertensión arterial (eje C). En siglas sería 780.53 F23 (eje A), P2A (eje b), 300.4, 401.1 (eje C). En el eje A se distinguían cuatro tipos de enfermedades del sueño: las disomnias, las parasomnias, las alteraciones asociadas a otras enfermedades, y una serie de síndromes propuestos como tales.

- (ICSD-2) (Clasificación Internacional De Los Trastornos De Sueño 2º Edición)

La clasificación propuesta en 2005 vuelve al diagnóstico clínico tradicional, dando más peso al síntoma principal o a los tipos de trastornos que aparecen durante el sueño. Su objetivo es presentar una clasificación estructurada, racional y válida, que se base en la descripción clínica y científica y sea lo más compatible posible con las clasificaciones ICD-9 e ICD-10. Se centra en las enfermedades del sueño y no en los métodos diagnósticos.

Sin embargo, sí sigue siendo también extensa en la descripción de cada uno de los trastornos del sueño, ya que incluye datos sobre cada proceso como son: otros nombres, características esenciales, características adicionales, demografía, patrón familiar, factores precipitantes y predisponentes, fisiopatología, hallazgos en la polisomnografía y otras pruebas, criterios diagnósticos, subtipos, datos no resueltos y direcciones futuras, diagnóstico diferencial y bibliografía. Por lo tanto, el libro de la clasificación más que una clasificación es un libro de referencia sobre los trastornos del sueño.

La principal diferencia con la ICSD-1 es el abandono de los 3 ejes de la clasificación previa siendo ahora de un solo eje. También elimina los números de los códigos de cada eje. Además desaconseja el uso de la palabra disomnias, por considerarla no adecuada para describir un síntoma que en realidad es una combinación de síntomas.

Como conclusión y para una clara comprensión basada en las diferentes clasificaciones internacionales de los diferentes trastornos del sueño, básicamente los mismos se agrupan en cuatro categorías importantes: las disomnias, las parasomnias, los trastornos del sueño asociados con enfermedades médicas o psiquiátricas y otros trastornos del sueño no relacionados con ninguna de los apartados anteriores. A continuación se brinda una breve explicación de cada una de ellas.

2.6.6.2.1. Las Parasomnias.

Se refieren a trastornos de la conducta durante el sueño, asociados con episodios breves o parciales de despertar, sin que se produzca una interrupción importante del sueño ni una alteración del nivel de vigilia diurno. Estos fenómenos pueden ser normales o anormales.

Los brincos hípnicos, son las parasomnias más frecuentes y consisten en movimientos mioclónicos (sacudidas) que ocurren al principio del sueño.

La somniloquia es frecuente en todas las edades; es más común en las mujeres y se presenta durante el sueño NMOR. En forma aislada no tiene implicaciones médicas.

El sonambulismo es más frecuente en niños que en adultos y ocurre durante el primer tercio del sueño. Los episodios se caracterizan por movimientos torpes, sin propósito, con ojos abiertos, pero mirada perdida. Puede realizar actividades como vestirse y desvestirse. La actividad motora termina espontáneamente, o retorna a su cama y continúa durmiendo. Usualmente hay amnesia del episodio o un recuerdo fragmentario. El episodio puede durar de 15 a 30 minutos.

En los pacientes con demencia el vagabundeo nocturno corresponde a un período de desorientación, más que a un episodio de sonambulismo. Algunos medicamentos pueden producir o exacerbar el sonambulismo como el litio y la perfenazina.

Los terrores nocturnos aparecen durante el sueño NMOR. Son más frecuentes en los niños y se caracterizan por inicio súbito, gritos, agitación y expresión facial de pánico. En general hay amnesia del episodio o un recuerdo muy vago de terror o presencia de muerte. Los terrores nocturnos ocurren al comienzo de la noche y pueden ser precipitados por estrés emocional, diferenciándose de las crisis convulsivas, las cuales se pueden presentar en cualquier momento de la noche.

El trastorno del comportamiento del sueño MOR se caracteriza por la pérdida de la atonía del sueño MOR y por la aparición de actividad motora relacionada con el contenido onírico; ocurre con mayor frecuencia

en hombres mayores de 60 años con enfermedad neurológica. Los pacientes con este trastorno se quejan de sensación desagradable de sueños vívidos y de sueño interrumpido por comportamientos violentos que pueden llevarlos a herirse ellos mismos o al cónyuge.

2.6.6.2.2. Las Disomnias.

Son trastornos que pueden ser intrínsecos cuya etiología está dentro del organismo; o extrínsecos ocasionados por causas externas y las alteraciones de los ciclos circadianos que resultan de la distorsión sueño-vigilia. Las dos quejas más comunes y principales dentro de esta categoría son el insomnio y el hiperinsomnio, que son síntomas y generalmente no constituyen un diagnóstico específico excepto en algunos casos como se verá en las explicaciones subsecuentes. Estos trastornos tienen diversas clasificaciones dependiendo de qué factores se tomen en cuenta el momento de clasificación. Evidentemente para propósitos de la presente investigación a continuación se desarrollará únicamente el trastorno de insomnio ya que es el tema central del presente estudio, amplia y detalladamente se analizará sus diferentes clasificaciones, características clínicas y pautas diagnósticas.

2.6.7. El Insomnio.

Los trastornos del sueño, y de forma particular el insomnio, son motivos de consulta frecuente en Atención Primaria (AP) y un buen número de las demandas por este cuadro clínico se resuelven o podrían resolverse en este nivel de atención. Los profesionales de AP son normalmente los primeros, dentro del sistema de salud, a los que consultan los pacientes para pedir consejo y recibir tratamiento, y por ello juegan un papel clave en la detección y manejo del insomnio. Para realizar un correcto abordaje terapéutico es fundamental que ante un paciente con queja de insomnio se lleve a cabo un diagnóstico correcto, y un tratamiento etiológico.

Las múltiples clasificaciones y definiciones del insomnio dificultan su manejo en Atención Primaria. Es fundamental facilitar herramientas a los profesionales que permitan clasificaciones prácticas y útiles para abordar estos trastornos disminuyendo la variabilidad tanto en el abordaje diagnóstico como en el terapéutico. Para ello a continuación se analiza detalladamente y a profundidad el problema del insomnio.

2.6.7.1. Definiciones, etiopatogenia y fisiopatología del Insomnio.

La palabra Insomnio literalmente quiere decir “falta de sueño a la hora de dormir” (del latín, *Insomnium*). Sin embargo, en la práctica este término se usa con significados muy diversos, lo que además de introducir cierta confusión en el ámbito clínico, explica la gran disparidad de los resultados de prevalencia de los estudios epidemiológicos. De hecho, no debería confundirse insomnio, con la privación o falta de sueño voluntaria

o impuesta, ni con la “queja de dormir mal” en la que no existe una repercusión en el funcionamiento al día siguiente.

Las manifestaciones más características del insomnio son las dificultades para iniciar y mantener el sueño y el despertar final adelantado; aunque, como demuestran algunos estudios epidemiológicos, las personas que refieren padecer estas dificultades no reconocen necesariamente padecer insomnio. Según Bonnet M., Arand D. (*Activity, arousal, and the MSLT in patients with insomnia*. 2000) nos explica:

“Los pacientes que consultan por insomnio además se quejan de otros síntomas durante el día, como son alteraciones del humor (por ejemplo apatía), cansancio, dificultad para realizar las tareas cotidianas, déficit cognitivos, somnolencia y otros. Pese a la queja, en ocasiones, de somnolencia, las personas con insomnio no pueden dormirse durante el día, algo que está demostrado con registros poligráficos diurnos –como el test de latencias múltiples de sueño- y que reconocen cuando se les pregunta directamente por ello” (Bonnet-Arand, 2000, p.205, 2012).

De hecho, muchos autores consideran el insomnio como “un estado de hiperalerta o “trastorno de la vigilancia que dura las 24 horas del día”, convirtiéndose en un problema que afecta a la persona, tanto por la noche como por el día” (Peraita-Adrados R. “Avances en el estudio de los trastornos del sueño”. 2005, p. 48-49).

Aunque en algunos de los actuales manuales diagnósticos, no se haga referencia a la dificultad para dormir durante el día, según otras publicaciones como la “*Guía Práctica Clínica para el manejo de pacientes con Insomnio en Atención Primaria, (2009)*”, ésta debería incluirse en las definiciones del insomnio; lo que permitiría distinguir el insomnio de aquellas situaciones -frecuentes por otra parte en la clínica-, en las que el sueño nocturno puede estar alterado y el paciente presenta somnolencia diurna pero si intenta dormir, lo consigue. Tal puede ser el caso de una variedad de enfermedades de distintos aparatos y sistemas. No obstante, hay personas que pueden padecer este tipo de afecciones y desarrollan un estado de excesiva activación que afecta a las 24 horas, tal y como ocurre asociado al insomnio.

De esta manera según muchos autores contemporáneos, el insomnio se considera un estado de hiperalerta o “trastorno de la vigilancia que dura las 24 horas del día”, por lo que es característico la dificultad para dormir también durante el día.

2.6.7.1.1. Etiopatogenia del insomnio.

Varios expertos (Kales A, Kales J.D. (1984). y Spielman A., Caruso L., Glovinsky P. (1987)), postulan que los factores que contribuyen a la

aparición, el desarrollo y el mantenimiento del insomnio se agrupan en: predisponentes, precipitantes y perpetuantes. Esta división, basada en el curso clínico del trastorno en el que actúan los diversos factores es orientativa, pues en algunos aspectos pueden solaparse.

2.6.7.1.1.1. Factores predisponentes.

- El género, la edad, el nivel socioeconómico y el estado de salud, son factores predisponentes para el insomnio.
- Genéticos. Hay pocos estudios en este ámbito, probablemente por la dificultad para definir el fenotipo. Algunos estudios en gemelos o familias (Perlis M. 2005) sugieren la heredabilidad del insomnio. Aunque se necesitan estudios más específicos, lo que parece heredarse son ciertos rasgos temperamentales, como la emocionalidad lo que, a efectos del insomnio, se traduce en una mayor facilidad para alertarse ante una situación estresante.
- Psicológicos. Destacan, sobre todo, los sentimientos negativos y la tendencia a rumiar, que difícilmente se puede dissociar de la tendencia a internalizar las emociones (inhibición de la expresión emocional), lo que desde el siglo pasado se ha relacionado con estados de hiperactivación somática. No obstante, algunos “modelos” separan de forma artificial lo emocional y lo cognitivo en la génesis y desarrollo del insomnio. Además, los factores predisponentes de naturaleza psicopatológica han sido ampliamente documentados en estudios que han usado criterios operativos como los del DSM. Éstos han demostrado que la casi totalidad de los pacientes con insomnio crónico presentan sintomatología y/o rasgos/trastornos de personalidad; siendo los más comunes el trastorno distímico, los trastornos de ansiedad y los rasgos/trastornos de personalidad obsesivos. Por otra parte, los pacientes con insomnio crónico usan estrategias de afrontamiento del estrés centradas en la emoción que son menos eficaces en la resolución de problemas y típicamente incrementan la activación emocional.

2.6.7.1.1.2. Factores precipitantes.

Los más comunes para el insomnio crónico son aquellos que se relacionan con las *situaciones estresantes*. Estudios controlados (Healey ES, Kales A, Monroe LJ et al. 1981) han demostrado que el comienzo del insomnio crónico está precedido de un aumento de acontecimientos estresantes.

2.6.7.1.1.3. Factores perpetuantes.

Se relacionan, sobre todo, con el *miedo a no dormir y con las creencias y comportamientos no adaptativos* (con el consiguiente desarrollo de hábitos erróneos) *en relación con el sueño*.

2.6.7.1.2. Fisiopatología del Insomnio.

Puede resumirse como la de un *estado de hiperactivación psicofisiológica*. Esto se ha demostrado de forma objetiva en los ámbitos de la actividad cerebral, vegetativa y endocrina. En conjunto diversos estudios como el de Basta M, Chrousos GP, Vela-Bueno A et al. (2007) han demostrado una hiperactividad de los dos brazos (CRH-ACTH-cortisol y simpático) del sistema de respuesta al estrés y de alteraciones en el ritmo de secreción de las citoquinas proinflamatorias (IL-6 y TNF α).

Esto parece ser la base fisiológica de las frecuentes quejas clínicas de las personas con insomnio crónico de no poder dormir durante el día (o dicho de otra forma de no presentar somnolencia diurna) y, en cambio, estar fatigados.

En los últimos años se han propuesto varios “modelos” teóricos en este sentido, que ofrecen visiones parciales para fundamentar las técnicas de tratamiento no farmacológico del insomnio.

Una visión integrada de los factores etiopatogénicos y la fisiopatología del insomnio crónico la ofrece la “*hipótesis de la internalización*” (*inhibición de la expresión emocional*) de Kales y Kales (1984) que se la expone en el gráfico 2.

Como se muestra en el gráfico 2, la interacción entre los acontecimientos vitales estresantes y la vulnerabilidad del individuo son el origen del insomnio. En particular, los pacientes con insomnio ponen en marcha estrategias de afrontamiento del estrés centradas en la emoción, típicamente la tendencia a inhibir la expresión emocional (*internalización de la emoción*), ante dichos estresores. Esto da lugar a un estado de *excesiva activación emocional*, la cual provoca una *excesiva activación fisiológica* antes y durante el sueño que impide dormir, es decir, que produce *insomnio*. Una vez que aparece el insomnio, se establece un proceso de condicionamiento que contribuye a que el insomnio se haga crónico del siguiente modo: cuando la persona ya tiene la experiencia del insomnio, desarrolla *miedo a volver a dormir mal y a sus consecuencias*, y por tanto una aprensión al insomnio; a partir de ahí su atención se centra excesivamente en el insomnio.



Gráfico 2. Modelo explicativo de los componentes y mecanismos del insomnio crónico: hipótesis de la internalización.

El *miedo al insomnio*, produce entonces por sí mismo una *activación emocional y fisiológica, que pasa a primer plano y agrava la excesiva activación fisiológica preexistente y, en consecuencia, el insomnio de un modo circular y creciente*, lo que establece una forma condicionada de insomnio crónico. Esta hipótesis, además de dar un sentido global a la relación entre factores etiológicos (el estrés y su afrontamiento) y fisiopatológicos (la excesiva activación emocional y fisiológica y el miedo condicionado), tiene un valor clínico ya que se puede utilizar para formular un plan de tratamiento multidimensional de un problema multifactorial como es el insomnio crónico.

2.6.7.2. Características clínicas del Insomnio.

Aunque los pacientes con insomnio crónico se quejan principalmente de la cantidad y/o calidad del sueño nocturno, el insomnio como trastorno se caracteriza clínicamente por manifestaciones tanto nocturnas como diurnas como lo manifiesta Peraita-Adrados R,(2005)⁷¹. Por lo tanto Las características esenciales del insomnio crónico incluyen una queja subjetiva de insomnio (respecto a la cantidad y/o calidad del sueño) y dificultades diurnas en las esferas de lo fisiológico, emocional y cognitivo.

Las características clínicas propias del insomnio se presentan en la tabla siguiente (Basada en *“Insomnio subjetivo y psicofisiológico: un examen de la tendencia de sueño y la personalidad”* de Dorsey CM, Bootzin RR., 1997):

- **Sueño nocturno:**
 - **Dificultades para conciliar el sueño (+++)**
 - **Dificultades para mantener el sueño (+++)**
 - **Despertar final adelantado (+++)**
 - **Sueño no reparador (+++)**

- **Funcionamiento diurno:**
 - **Fatiga (+++)**
 - **Síntomas de ansiedad y depresión (+++)**
 - **Disforia (+++)**
 - **Déficits leves de atención / concentración (++)**
 - **Déficits de memoria (+)**
 - **Déficits en funciones ejecutivas (+)**
 - **Excesiva somnolencia (+)**
- **Otras características asociadas:**
 - **Rasgos de personalidad tendentes a la preocupación (+++)**

Tabla 5. Las características clínicas propias del insomnio

Nota: Características presentes casi siempre (+++), algunas veces (++) y rara vez (+).

Modificado de Morin y Espie “Insomnia: a clinical guide to assessment and treatment. (2004).

Hay que resaltar que mientras los pacientes con insomnio crónico se pueden quejar de somnolencia durante el día, en realidad presentan dificultades tanto para dormir a cualquier hora del día (incluida por ejemplo, la siesta), como altos niveles de cansancio (es decir, fatiga). Es importante que el profesional diferencie estos dos conceptos, *somnolencia* y *fatiga*, no solo para evaluarlos en el insomnio sino también para descartar otros posibles problemas ligados a excesiva somnolencia diurna (ver Glosario).

2.6.7.3. Clasificaciones del Insomnio.

Existen múltiples clasificaciones del insomnio, pero a efectos prácticos se puede clasificar en función de la *etiología*, *momento de la noche en que se produce* y *de su duración*.

2.6.7.3.1. En función de la etiología.

- **Insomnio primario (o Intrínseco):** el que no tiene un factor etiológico claramente identificable o no está asociado a ningún otro cuadro clínico. Puede estar relacionado con ciertos rasgos de personalidad o estilos de afrontamiento.

El DSM-IV TR define el insomnio primario como un trastorno del sueño caracterizado por la dificultad para iniciar o mantener el sueño, o no tener un sueño reparador, durante al menos 1 mes (En este sentido es un Insomnio de tipo crónico), que provoca un malestar notable o un deterioro clínicamente significativo de la actividad del individuo, no asociado a otros trastornos (ver tabla 7). Esta definición pretende englobar en el

concepto de *primario* tanto la cronicidad (duración) como la etiología.

Por el contrario, la Clasificación Internacional del Manual Diagnóstico y Codificado de los Trastornos del Sueño, 2ª edición (ICSD-2) utiliza el término *insomnio psicofisiológico* (que lo desarrollaremos más a fondo en el apartado 5.8 correspondiente al tema), y se centra en la etiología y fisiopatología del insomnio primario, clasificándolo dentro de las “Disomnias Intrínsecas” junto con otros tipos de trastornos como Insomnio por mala percepción del sueño, Insomnio idiopático, Narcolepsia, Hipersomnia idiopática, SAOS, MPP (movimiento periódico de las piernas), Síndrome de apneas centrales. Etc.

- **Insomnio secundario o comórbido***: aparece como consecuencia, o en el contexto, de otro(s) cuadro(s) clínico (s) o de una situación adaptativa.

Todo esto dentro de la práctica implica que, aunque el enfermo presente el insomnio como su nuevo problema, el profesional debe valorar si está ante un insomnio primario o no. Para ello hay que examinar el consumo de sustancias que puedan interferir con el sueño y los rasgos psicopatológicos del paciente, aunque estos configuren entidades clínicas de naturaleza subumbral, ya sea en el eje I ó II del DSM-IV TR.

2.6.7.3.2. *En función del momento de la noche en que se produce.*

Algunos autores como G.-Portilla MP et al. (2002), proponen que tanto la evaluación como el procedimiento y procesos terapéuticos se ven enormemente influenciados por el contexto en el que se desenvuelven de esta manera proponen para propósitos prácticos dentro del contexto de Atención Primaria la siguiente clasificación:

- **Insomnio de conciliación**: las quejas del paciente se refieren a dificultades para iniciar el sueño. Se produce generalmente

* El término “secundario” se ha sustituido más recientemente por el de “comórbido”. Las razones alegadas por los autores de esta sustitución son: a) el escaso entendimiento de los mecanismos en el insomnio crónico, lo que según dichos autores, impide extraer conclusiones claras sobre la naturaleza de la asociación entre insomnio y otros cuadros clínicos y, por tanto, la de la relación de causalidad; b) el uso del término “secundario” podría provocar que el insomnio se considerara de menor importancia y, por tanto, no se tratara adecuadamente según lo refieren autores como Nowell PD, Buysse DJ, Reynolds CF, III et al. En “**Factores clínicos que contribuyen al diagnóstico diferencial del Insomnio Primario y el insomnio Relacionado a los Trastornos Mentales**”. (1997).

en jóvenes, siendo la forma más frecuente de insomnio ligado a problemas médicos, consumo de drogas o algunos trastornos psiquiátricos, como los trastornos de ansiedad.

- **Insomnio de mantenimiento:** el paciente presenta problemas para mantener el sueño, apareciendo frecuentes interrupciones y/o períodos de vigilia durante el mismo. Según J. Sanjuan (2000): “Suele ser frecuente en casos de problemas psíquicos y médicos ligados al envejecimiento”.
- **Despertar precoz:** el último despertar se produce como mínimo dos horas antes de lo habitual para el paciente.

2.6.7.3.3. *En función de su duración.*

- **Insomnio de tipo transitorio:** su duración es inferior a una semana. Es el más frecuente y generalizado entre la población. Según autores algunos autores (Sarraís F, de Castro M.P. (2007) y Peraita Adrados R. (2005)), en el período de un año, alrededor de 1/3 de la población adulta sufre algún problema de insomnio y, de ellos, aproximadamente la mitad padece lo que se conoce como insomnio transitorio.
- Suele estar asociado a factores estresantes desencadenantes (por ejemplo, causas medioambientales, cambios bruscos de horario, estrés físico ocasional, crisis emocionales) y cuando éstos desaparecen, el sueño vuelve a la normalidad.
- **Insomnio de corta duración o agudo:** dura de una a cuatro semanas. Se relaciona con factores estresantes, pero más duraderos en el tiempo que en el insomnio de tipo transitorio.
- **Insomnio crónico:** dura cuatro semanas o más y puede deberse a causas intrínsecas al organismo, por ejemplo a una enfermedad física o psiquiátrica de larga duración o no tener causa subyacente evidente.

2.6.7.4. *Diagnóstico del Insomnio.*

Es evidente que al existir diferentes formas de clasificación de los trastornos del sueño y del insomnio específicamente existen por consiguiente diferentes enfoques para su diagnóstico a continuación se presentan los más relevantes según criterios internacionales.

2.6.7.4.1. *Clasificaciones diagnósticas del Insomnio.*

Existen criterios universales para diagnosticar si una persona padece un Trastorno del sueño y, más concretamente, insomnio. Los criterios diagnósticos varían según las distintas clasificaciones que se utilicen.

Las clasificaciones utilizadas en el ámbito de Atención Primaria son:

- Clasificación Internacional de Atención Primaria (CIAP-2)
- Clasificación del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 4ª edición revisada. Atención Primaria (DSM-IV-TR-AP)
- Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y otros Problemas de Salud (CIE-10)
- Clasificación Internacional del Manual Diagnóstico y Codificado de los Trastornos del Sueño, 2ª edición (ICSD-2)
- Clasificación Internacional de la Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería (NANDA-I)

2.6.7.4.1.1. Clasificación Internacional de Atención Primaria (CIAP-2), Organización Mundial de las Universidades Nacionales, Academias y Asociaciones Académicas de Médicos Generales y de Familia (WONCA).

La CIAP-2 es en la actualidad la clasificación más utilizada en AP en muchos de los países del primer mundo en los que se han preocupado por problemas como el insomnio, estando instaurada en la mayoría de las Historias clínicas electrónicas de AP. El código **PO6 Trastornos del sueño**, es el que incluye, entre otros trastornos, el insomnio. También se incluyen en ese código las pesadillas, la apnea del sueño, el **sonambulismo y la somnolencia y excluye los problemas por el cambio del huso horario/jet lag (A38)**.

Como criterio de inclusión del insomnio, es el de un trastorno importante del sueño en el que el profesional y el paciente están de acuerdo en que no es producido por otra enfermedad, sino una entidad en sí mismo. Es un trastorno cualitativo o cuantitativo del sueño que lo convierte en insatisfactorio para el paciente y que dura un tiempo considerable. Los códigos equivalentes de la *CIE-10* corresponden al *F51 (Trastornos no orgánicos del sueño)* y al *G47 (Alteraciones del sueño)*.

2.6.7.4.1.2. Clasificación del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 4ª edición revisada, Atención Primaria (DSM-IV-TR-AP), de la Asociación de Psiquiatras Americanos (APA).

Manual elaborado entre AP y Psiquiatría con el fin de diagnosticar trastornos mentales en Atención Primaria. Todos los códigos incluidos provienen del DSM-IV-TR.

2.6.7.4.1.3. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y otros Problemas de Salud (CIE-10), Organización Mundial de la Salud (OMS).

La lista de códigos CIE-10 es la décima versión de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y otros Problemas de Salud, del inglés ICD (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems). Provee los códigos para clasificar las enfermedades y una amplia variedad de signos, síntomas, hallazgos anormales, circunstancias sociales y causas externas de daños y/o enfermedad.

CIE-9-MC es un acrónimo de Clasificación Internacional de Enfermedades, novena revisión, Modificación Clínica, versión anterior al código actual, CIE-10.

2.6.7.4.1.4. Clasificación Internacional del Manual Diagnóstico y Codificado de los Trastornos del Sueño, 2ª edición (ICSD-2), Asociación Americana de Trastornos del Sueño (ASDA).

La Clasificación Internacional de los Trastornos del Sueño es bastante diferente en su estructura a la del DSM IV. Este manual está enfocado únicamente al diagnóstico de los trastornos de sueño. Presenta más de 80 trastornos discretos, organizados en ocho categorías y no usa un sistema axial, como la DSM. La ICSD-2 representa la opinión por consenso de más de 100 especialistas de sueño de todo el mundo.

A continuación, en la Tabla 5, se presentan las clasificaciones más utilizadas en el contexto terapéutico mundial para los trastornos del sueño, estableciéndose las equivalencias entre las mismas: manual de la DSM-IV-TR-AP, CIE-9-MC y CIE-10 (con sus códigos oficiales), extraída de la “Guía De Práctica Clínica Para El Manejo De Pacientes Con Insomnio En Atención Primaria” (2009).

Tabla 6. Clasificación de los trastornos del sueño y equivalencias entre DSM-IV-TR-AP, CIE-9-MC y CIE-10.

CIE-9-MC	TRASTORNOS NO ORGÁNICOS DEL SUEÑO (CIE-10)	TRASTORNOS PRIMARIOS DEL SUEÑO (DSM-IV-TR-AP)
[327]	G47.x TRASTORNOS ORGÁNICOS DEL SUEÑO	TRASTORNO DEL SUEÑO DEBIDO A... (indicar ENFERMEDAD)
[780.59]	G47.3 APNEA DEL SUEÑO	TRASTORNO DEL SUEÑO RELACIONADO CON LA RESPIRACIÓN
[291.82]	F10.8 TRASTORNO DEL SUEÑO DEBIDO AL	TRASTORNO DEL SUEÑO INDUCIDO POR ALCOHOL

	ALCOHOL	
[292.85]	F19.8 TRASTORNO DEL SUEÑO DEBIDO A MÚLTIPLES DROGAS U OTRAS SUSTANCIAS PSICOTRÓPICAS	TRASTORNO DEL SUEÑO INDUCIDO POR SUSTANCIAS
[307.42]	F51.0 INSOMNIO NO ORGÁNICO	INSOMNIO RELACIONADO CON... (indicar Trastorno del EJE I o del EJE II)
[307.44]	F51.1 HIPERSOMNIO NO ORGÁNICO	HIPERSOMNIA RELACIONADA CON... (indicar Trastorno del EJE I o del EJE II)
[307.45]	F51.2 TRASTORNO NO ORGÁNICO DEL CICLO SUEÑO-VIGILIA	TRASTORNO DEL RITMO CIRCADIANO (antes Trastorno del ritmo sueño-vigilia)
[307.47]	F51.5 PESADILLAS	PESADILLAS (antes Trastorno por sueños angustiosos)
[307.46]	F51.4 TERRORES DEL SUEÑO (Terrores nocturnos)	TERRORES NOCTURNOS
[307.46]	F51.3 SONAMBULISMO	SONAMBULISMO
[307.47]	F51.8 OTROS TRASTORNOS NO ORGÁNICOS DEL SUEÑO	PARASOMNIA NO ESPECIFICADA
[307.42]	F51.0 INSOMNIO NO ORGÁNICO	INSOMNIO PRIMARIO
[307.47]	F51.9 TRASTORNO NO ORGÁNICO DEL SUEÑO, NO ESPECIFICADO	DISOMNIA NO ESPECIFICADA
[347]	G47.4 NARCOLEPSIA	NARCOLEPSIA
[307.44]	F51.1 HIPERSOMNIO NO ORGÁNICO	HIPERSOMNIA PRIMARIA

2.6.7.5. Esquematización del procedimiento diagnóstico del Insomnio.

Como se ha podido observar durante este análisis existen varias clasificaciones que desde el punto de vista de la comunidad terapéutica internacional toman en cuenta diversos aspectos del Insomnio, de esta manera si un paciente acude con un problema de insomnio el procedimiento diagnóstico dependerá de qué criterios usemos, qué perspectivas enfoquemos y lo más importante dentro de qué contexto se desarrolle este proceso clínico (Diagnóstico/ tratamiento).

El anterior análisis ha aportado una idea suficientemente clara de lo que es el trastorno de insomnio desde diversas perspectivas (diagnósticas, etiopatogénicas y clínicas), sin embargo tomando en cuenta los propósitos del presente estudio es necesario establecer desde qué tipo de clasificación diagnóstica se va a extraer los criterios para la obtención de la muestra poblacional, esto servirá al mismo tiempo para determinar a profundidad las características fenomenológicas y semióticas del tipo específico de trastorno de insomnio que se ha tomado como variable para la presente investigación (Insomnio Psicofisiológico). Como ayuda para el diagnóstico, es conveniente tener en cuenta las principales características clínicas nocturnas y diurnas del insomnio, citadas anteriormente (Tabla 5), los criterios diagnósticos (presentados aquí en forma de pasos) y en los que se ha basado esta investigación para extraer la muestra poblacional están basados en parámetros establecidos internacionalmente y a la vez se establece al final un algoritmo diagnóstico elaborado a partir de dichos pasos recomendado en la *Guías De Práctica Clínica Para El Manejo De Pacientes con Insomnio En Atención Primaria*, algoritmo que se ha usado para la presente investigación.

2.6.7.5.1. Criterios diagnósticos.

A continuación se propone el esquema establecido en el manual DSM-IV-TR-AP⁵⁸ (*Clasificación del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 4ª edición revisada. Atención Primaria*), en forma de pasos, que presenta los criterios diagnósticos que deben cumplir los Trastornos del sueño para ser considerados como tal y llegar, concretamente, al diagnóstico de *insomnio primario*, dato necesario para el establecimiento de una muestra poblacional de calidad con parámetros sólidos. Esquema que ha sido usado en la presente investigación, y que para dichos propósitos ha sido adaptado a las necesidades y requerimientos que demanda el contexto de Atención Primaria, muy diferentes a otros contextos del ámbito hospitalario como son la clínica en atención especializada o en internalización del paciente.

Paso 1

Considerar el papel de una enfermedad médica o el consumo de sustancias y tener en cuenta si la alteración del sueño se explica mejor por otro trastorno mental:

1A. Considerar el papel de las enfermedades médicas.

Trastorno del sueño debido a... (Indicar enfermedad médica), (diferente del Trastorno del sueño relacionado con la respiración)

1B. Si el sujeto está consumiendo una sustancia de abuso o está tomando una medicación, considerar:

Trastorno del sueño inducido por sustancias (incluyendo medicación)

1C. Considerar el papel de otros trastornos mentales.

Insomnio relacionado con otro trastorno mental

Hipersomnia relacionada con otro trastorno mental

Paso 2

Considerar si la alteración del sueño tiene que ver con frecuentes cambios de husos horarios o cambios del turno del trabajo:

Trastorno del ritmo circadiano (antes Trastorno del ritmo sueño-vigilia)

En este trastorno se incluyen el tipo *sueño retrasado* (en el que ciclo sueño-vigilia está retrasado en relación a las demandas de la sociedad), el tipo *jet lag* (en relación con frecuentes viajes a zonas con distinto huso horario), el tipo *cambios de turno de trabajo* y el tipo *no especificado*.

Información adicional: hay que diferenciar entre las quejas atribuibles a factores externos, intrínsecos o del ritmo circadiano. En muchos de los pacientes que consultan en AP las causas que provocan insomnio están relacionadas con el entorno del paciente; sobre todo con factores ambientales como los efectos de la luz, la temperatura y el ruido, así como el hecho de dormir en condiciones ambientales distintas de las habituales y los cambios de ritmos y horarios en personas que trabajan apresuradamente.

Paso 3.

Considerar si los síntomas son básicamente sucesos que aparecen durante el sueño:

3A. Si aparecen despertares repetidos con el recuerdo de sueños terroríficos, considerar:

Pesadillas (antes Trastorno por sueños angustiosos)

3B. Si se dan despertares repetidos sin el recuerdo de éstos o del contenido de los sueños, considerar:

Terrores nocturnos

3C. Si el individuo se levanta y camina durante el sueño sin estar despierto, considerar:

Sonambulismo

3D. Si durante el sueño se producen acontecimientos clínicamente significativos, pero no cumple los criterios para ninguna de las parasomnias antes mencionadas, considerar:

Parasomnia no especificada

Paso 4.

Considerar los Trastornos del sueño relacionados con la respiración:

Si el trastorno del sueño está relacionado con una historia de ronquidos o de obesidad, considerar:

Trastorno del sueño relacionado con la respiración.

Paso 5.

Considerar si el síntoma primario es el insomnio (es decir, la dificultad para conciliar o mantener el sueño):

5A. Si la dificultad para conciliar o mantener el sueño persiste durante más de 1 mes, considerar:

Insomnio Primario

Dificultad para iniciar o mantener el sueño, o la sensación de no haber tenido un sueño reparador, durante al menos 1 mes (criterio A). La alteración del sueño se relaciona con fatiga diurna, provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo (criterio B).

Información clínica adicional: El diagnóstico de Insomnio primario sólo puede establecerse una vez se han descartado otras posibles causas de insomnio. Por tanto, es esencial llevar a cabo una adecuada anamnesis para considerar todas las causas secundarias de insomnio. (Ver Tabla 7).

CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE INSOMNIO PRIMARIO

A. El síntoma predominante es la dificultad para iniciar o mantener el sueño, o no tener un sueño reparador, durante al menos 1 mes.

B. La alteración del sueño (o la fatiga diurna asociada) provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

C. La alteración del sueño no aparece exclusivamente en el transcurso de la narcolepsia, el trastorno del sueño relacionado con la respiración, el trastorno del ritmo circadiano o una parasomnia.

D. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de otro trastorno mental (por ejemplo, trastorno depresivo mayor, trastorno de ansiedad generalizada, delirium).

E. La alteración no es debida a los efectos fisiológicos directos de sustancias o de una enfermedad médica.

Tabla 7. Criterios diagnósticos para el Insomnio primario, según el DSM-IV-TR

Para valorar la gravedad del insomnio crónico primario existen diferentes ítems que permiten definir de forma operativa y evaluar el significado clínico del insomnio crónico (ver Tabla 8).

Alteración del sueño nocturno:

- Latencia del sueño o tiempo despierto después de inicio de sueño, mayor de 30 minutos.
- El último despertar ocurre más de 30 minutos antes de la hora deseada y antes de que el tiempo total de sueño alcance las 6 horas y media.
- Porcentaje de sueño obtenido respecto al tiempo en cama (“eficiencia” del sueño), del sueño es menor al 85%.

Frecuencia:

- Dificultades de sueño presentes 3 o más noches a la semana.

Duración:

- Las dificultades de sueño y/o la queja de insomnio están presentes durante más de 1 mes (criterio DSM-IV).

Alteración del funcionamiento diurno:

- El paciente puntúa 3 ó 4 en los ítems 3 y 5 del Índice de Gravedad del Insomnio (ISI; Anexo 1)*.

*Aunque es recomendable suministrar el ISI al completo, para una valoración más rápida se pueden utilizar estos ítems a modo de preguntas estructuradas.

Tabla Nº 8: Ítems de evaluación del Insomnio crónico. Modificado de MORIN, C.M, y ESPIE, C.A. (2004) “Insomnia: a clinical guide to assessment and treatment”. Y de LINEBERGER, M.D. CARNEY, CE y EDINGER, J.D. et al. (2006). “Defining insomnia: quantitative criteria for insomnia severity and frequency”. P. 85.

5B. Si existe una dificultad clínicamente significativa para iniciar o mantener el sueño, que persiste durante menos de 1 mes, considerar:

Disomnia no especificada (Ver paso 7)

Considerar si el síntoma primario es una somnolencia excesiva:

Paso 6.

6A. Si existe un patrón de somnolencia excesiva acompañado de ataques de sueño y episodio de pérdida de tono muscular, considerar:

Narcolepsia

6B. Si la somnolencia excesiva causa un malestar o alteraciones significativas, considerar:

Trastorno del sueño relacionado con la respiración

6C. Si la somnolencia excesiva se manifiesta por episodios prolongados de sueño o sesteo regular durante al menos 1 mes, considerar:

Hipersomnia primaria

6D. Si la somnolencia excesiva causa malestar o deterioro pero dura menos de 1 mes, considerar:

Disomnia no especificada (ver paso 7)

Paso 7.

Considerar si hay alteraciones del sueño clínicamente significativas, pero no se cumplen los criterios de ninguno de los trastornos descritos anteriormente:

Disomnia no especificada

En esta categoría se engloban los cuadros clínicos de insomnio, hipersomnia o alteraciones del ritmo circadiano que no reúnen criterios para una disomnia específica. El clínico puede establecer la presencia de un trastorno del sueño, pero es incapaz de determinar si éste es primario, debido a una enfermedad médica o relacionado con el consumo de alguna sustancia.

Paso 8.

Si el clínico ha determinado que no existe un trastorno pero desea indicar la presencia de síntomas, considerar:

Alteraciones del sueño, sueños angustiosos.

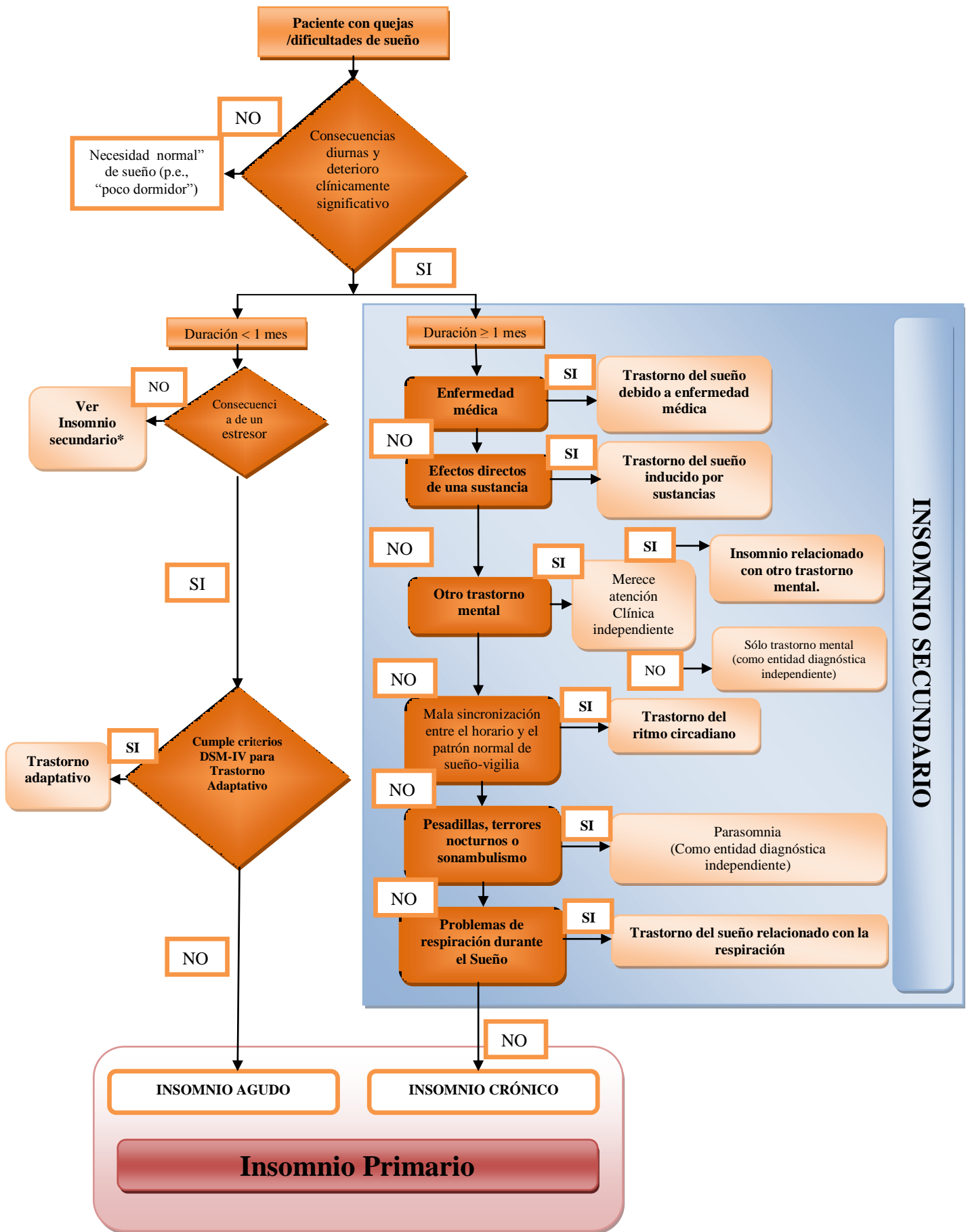
Insomnio.

Somnolencia excesiva.

2.6.7.5.2. Algoritmo Diagnóstico.

Como se mencionó anteriormente el criterio diagnóstico usado para la presente investigación puede esquematizarse dentro de un algoritmo que sirve tanto para propósitos didácticos como explicativos, el mismo que engloba todo el proceso anteriormente descrito como se esquematiza en el siguiente gráfico:

Gráfico 3. Algoritmo diagnóstico: Esquematización de los pasos para el diagnóstico del Insomnio Psicofisiológico.



2.6.7.6. Valoración del Insomnio.

2.6.7.6.1. Entrevista clínica.

Como se ha podido analizar hasta este momento el diagnóstico del insomnio es básicamente clínico y el instrumento por excelencia para realizarlo es la entrevista clínica.

Dentro de esta investigación el instrumento primordial usado en consulta ha sido la Entrevista Semiestructurada (que combina los dos modelos de entrevista: la entrevista libre y la entrevista dirigida) ya que la misma se adapta a las características del encuentro profesional-paciente que se da en el ámbito de la Atención Primaria. Esta entrevista incorpora el abordaje biopsicosocial (es decir comprende a la “persona completa”), se centra en el paciente como experto en sí mismo, buscando acuerdos con el paciente e integra la gestión del tiempo en consulta. Con el objetivo de exponer el proceso usado en ésta investigación se la referirá brevemente.

Se inicia con preguntas más abiertas, (cuyos contenidos parcialmente predetermina el profesional), apoya la narración del paciente y, posteriormente, dirige el encuentro con preguntas más específicas o cerradas, que consiguen no dejar interrogantes imprescindibles en la identificación y manejo del problema. Las diferentes partes de la entrevista semiestructurada se describen en la tabla siguiente (La misma que ha sido realizada en base a esquemas de entrevistas usados en protocolos terapéuticos de algunos autores (Borrel Carrión F, (1989); Golberg D, Huxley P. (1990); Gradillas V. (1992); y Stern T, Herman J, Slavin P. (2005).).

FASES DE LA ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA			
Fase Preliminar	Fase Exploratoria	Fase Resolutiva	Fase Final
<ul style="list-style-type: none">• Recepción cordial• Delimitar el motivo de consulta• Prevención de demandas aditivas: Evitar el “ya que estoy aquí”, eliminando los motivos de consulta• Toma de	<ul style="list-style-type: none">• Obtener información específica básica<ul style="list-style-type: none">- Cómo son los síntomas- Localización- Intensidad- Cronología y evolución• Recoger información específica complementaria<ul style="list-style-type: none">- Presencia de	<ul style="list-style-type: none">• Síntesis y enumeración del (los) problema (s)• Información al paciente de la naturaleza del problema• Comprobación de que ha entendido las explicaciones• Implicación del paciente en la	<ul style="list-style-type: none">• Toma de precauciones• Acuerdo final• Despedida

precauciones <ul style="list-style-type: none"> • Acuerdo final • Despedida 	patología orgánica o iatrogénica <ul style="list-style-type: none"> - Factores desencadenantes: cambios, duelos... - Entorno socio familiar - Antecedentes personales: episodios maníacos, depresiones previas... - Situaciones que empeoran o mejoran • Exploración de la esfera psicosocial <ul style="list-style-type: none"> - Creencias y expectativas - Contenido del pensamiento - Afectividad - Personalidad 	elaboración de un plan diagnóstico-terapéutico <ul style="list-style-type: none"> - Acuerdos - Negociación - Pactos 	
---	--	--	--

Tabla 9. Esquema de entrevista semiestructurada, adaptado de:
DUPUY y L. LOSASSO, A. (2004.) "Entrevista clínica: algunas herramientas. Archivos de Medicina Familiar y General. Cap. 1 p. 1-15.
PASCUAL, P e INDURÁIN, S (2001)." "Cómo mejorar nuestras entrevistas clínicas". Anales del Sistema Sanitario de Navarra. 24; Suplemento Cap. 2 p.15-21.
VÁZQUEZ-BARQUERO, J.L. et al. (1998) "Psiquiatría en Atención Primaria". 1998; Madrid: Grupo Aula Médica, SA.

Además de esto en el Anexo 3 (a y b) se brinda un formato de "preguntas clave" para realizar una correcta valoración tanto de la historia del sueño, como si se sospecha que el paciente presenta un cuadro de Insomnio Primario.

2.6.7.6.2. *Uso de escalas en insomnio.*

Las escalas son instrumentos de medida que sirven para completar una adecuada valoración del problema del paciente, ya que refuerzan el juicio diagnóstico elaborado tras la entrevista clínica y la exploración psicopatológica. Según Lobo A, Montón C, Campos R et al. en. (1993): "Las escalas por sí mismas no generan diagnóstico, sino que permiten

seleccionar personas con puntuación alta en las que se sospecha la presencia de patología, lo que justifica la realización posterior de un estudio más profundo”.

Las escalas en insomnio no sirven para realizar cribado poblacional. No es pues factible, ni recomendable, utilizar de forma rutinaria las escalas en AP con fines clínicos, y en ningún caso sustituyen a la entrevista clínica. Sí son útiles como guía de la entrevista y para apoyar el juicio clínico, así como también se han convertido en herramientas esenciales en el ámbito de la investigación clínica, además muchos autores están de acuerdo (Chamorro García L. (2004) y Badía X, Alonso J. (2007).), en que las escalas de insomnio son una gran herramienta para comprobar el efecto que las distintas intervenciones terapéuticas tienen en la evolución de la enfermedad.

En relación con el insomnio, algunas de las escalas que según muchos autores podrían ser de utilidad en Atención Primaria son las siguientes:

- **Índice de Gravedad del Insomnio (ISI)** (Insomnia Severity Index). Cuestionario breve, sencillo y auto administrado. Consta de siete ítems. El primero evalúa la gravedad del insomnio (dividido en tres ítems); los demás sirven para medir la satisfacción del sueño, las interferencias del funcionamiento diurno, la percepción del problema del sueño por parte de los demás y el nivel de preocupación del paciente.
- **Índice de Calidad del Sueño de Pittsburgh (PSQI)** (Pittsburgh Sleep Quality Index). Cuestionario auto administrado. Consta de 19 ítems que analizan diferentes factores determinantes de la calidad del sueño, agrupados en siete componentes: calidad, latencia, duración, “eficiencia” y alteraciones del sueño, uso de medicación para dormir y disfunción diurna.
Puede orientar al clínico sobre los componentes del sueño más deteriorados.
Para un punto de corte de 5, se obtuvo una sensibilidad del 88,63%, una especificidad del 74,99% y un VPP del 80,66%.
- **Escala de Activación Previa al Sueño (PSAS)** (Pre-Sleep Arousal Scale).
Escala auto administrada de 16 ítems en total, que se divide a su vez en dos subescalas, una somática y otra cognitiva. Se considera útil para identificar elementos cognoscitivos asociados al sueño y puede ser una herramienta de ayuda en el cribado o detección de personas con un sueño alterado.
- **Escala de Somnolencia de Epworth (ESS)** (Epworth Sleepiness Scale).

Cuestionario auto administrado de 9 ítems. Aporta información acerca del estado diario de somnolencia del paciente.

De las escalas previamente citadas para propósitos de la presente investigación se han incluido dos, **el Índice de Gravedad del Insomnio (ISI) (Anexo 1) y la escala de Pittsburgh (PSQI) (Anexo 2).**

2.6.7.6.3. Valoración de el grado de remisión/ evolución.

Este apartado se ha considerado importante agregarlo debido a que es necesario establecer la metodología que se usará en esta investigación para valorar el grado en que se modifica o no el trastorno de insomnio, hasta ahora hemos dado una explicación desde el punto de vista de la clínica práctica de el marco teórico sobre el que la investigación se va a basar en cuanto a establecer el diagnóstico (criterios diagnósticos del DSM-IV-TR-AP, y la Clasificación Internacional del Manual Diagnóstico y Codificado de los Trastornos del Sueño, 2ª edición (ICSD-2), el origen y el curso de el trastorno (preguntas clave para realizar un historial de sueño en el Anexo 3, y entrevista semiestructurada en la Tabla 9), sin embargo es necesario establecer el esquema sobre el que se basará la investigación para extraer los datos una vez aplicada la terapia correspondiente seleccionada en esta investigación. Los tipos de medidas de resultado utilizadas para evaluar la eficacia y/o efectividad de estas intervenciones quedan resumidas en el Anexo 4.

2.6.8. Insomnio Psicofisiológico.

Los análisis y explicaciones anteriores han otorgado una visión profunda y a la vez completa sobre el trastorno de insomnio, se ha podido observar que es posible establecer diferentes criterios diagnósticos de el insomnio dependiendo de si se lo enfoca desde el punto de vista de su etiología, fenomenología o si se utiliza uno de los tantos protocolos diagnósticos disponibles en la actualidad.

Independientemente del método diagnóstico elegido, en esencia desde el punto de vista clínico es importante establecer dos factores: si el insomnio que presenta un paciente se deriva de alguna otra alteración o si es una entidad sindrómica en sí mismo; y cuál es su gravedad. Desde el punto de vista práctico, estos dos parámetros (de estar correctamente definidos), nos proveerán una base sólida de la cual podremos partir.

El insomnio psicofisiológico es uno de estos síndromes que constituyen una entidad en sí mismos, por consiguiente es posible analizarlo como un trastorno independiente sin correlacionarlo como consecuencia de otro trastorno. Como habíamos mencionado anteriormente éste trastorno se encuentra en la Clasificación Internacional de Trastornos del Sueño (ICSD) y Se define como:

“La dificultad condicionada para dormirse y/o extrema facilidad para despertarse del sueño, durante un periodo superior al mes, expresada por

al menos una de las siguientes condiciones: ansiedad o excesiva preocupación por el sueño; dificultad para quedarse dormido al acostarse o en siestas planificadas, pero no en otros momentos del día en los que se llevan a cabo tareas monótonas y en los que no hay intención de dormirse; hiperactividad mental, pensamientos intrusivos o incapacidad para cesar la actividad mental, que mantienen al sujeto despierto; mejoría del sueño fuera del entorno y dormitorio habituales; excesiva tensión somática en la cama, que incapacita la relajación e impide conciliar el sueño”.

Es el tipo más común de Insomnio Primario y puede desencadenarse a partir de un factor precipitante, *pero persiste a pesar que el factor desaparezca*. Se puede considerar como el resultado de la interacción de factores precipitantes, predisponentes y perpetuadores. Vale la pena resaltar los factores perpetradores que consisten en: permanencia prolongada en la cama, horario irregular para acostarse y levantarse, ansiedad sobre la pérdida del sueño, expectativa de una mala noche, condicionamientos mal adaptativos, ingestión de hipnóticos y alcohol. Sin embargo existen datos subclínicos que muestran la persistencia de éste tipo de trastorno a pesar de la eliminación de los factores Perpetradores.

Todos los insomnios de causa psicofisiológica y psiquiátrica requieren un abordaje higiénico y psicológico global y no se solucionan con hipnóticos.

Según Perlis M, Giles D, Mendelson W, Bootzin R, Wyatt J. (1997)⁷²:

“Es el tipo de insomnio más común en la población joven y adulto joven cama, que incapacita la relajación e impide conciliar el sueño. Afecta predominantemente al sexo femenino, y en grupos de edad de adolescentes y adultos jóvenes” (Perils et al. (1997), p. 179-188).

En este sentido se concluye que El Trastorno de Insomnio Psicofisiológico tiene las siguientes características:

- Un trastorno de tipo Primario Tal como lo Especifica El DSM-IV-TR-AP (Clasificación del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 4ª edición revisada. Atención Primaria).
- La Tipificación de “Insomnio Psicofisiológico” se debe a la Clasificación Internacional del Manual Diagnóstico y Codificado de los Trastornos del Sueño, 2ª edición (ICSD-2), el cual se centra en la etiología y fisiopatología del insomnio primario, criterios diagnósticos que son más útiles para los propósitos clínicos especialmente dentro de un contexto de atención primaria. Por esta razón para propósitos de esta investigación se han tomado en cuenta ambos criterios.
- Las características clínicas fundamentales del Insomnio Psicofisiológico son que, es de tipo auto condicionado, el

trastorno persiste a pesar que el evento que lo desencadenó haya pasado o haya sido superado, excesiva tensión somática en la cama.

Hasta aquí se ha realizado en profundidad un análisis bastante completo de el marco teórico sobre el que se sustenta esta investigación, a pesar de que la mayoría de los datos aquí presentados han sido el resultado de investigaciones y trabajos de estudio que se han realizado fuera de nuestro país, eso no significa que en conjunto no formen una base teórica sólida, de hecho un gran porcentaje de los estudios aquí presentados son la base en la que se apoya la clínica y la psicoterapéutica actual en gran parte de los países de Latinoamérica. Es necesario aclarar que los estudios sobre trastornos del sueño, insomnio y todo lo que se relaciona a este respecto cotejados para este marco teórico se han circunscrito exclusivamente al ámbito de la Atención Primaria, tomada en las investigaciones antes mencionadas (y evidentemente en la presente investigación), no como una variable sino como un contexto, como uno de los muchos escenarios en los que se puede desarrollar la investigación y la terapéutica. Por tanto para la presente investigación es necesario aclarar que Atención Primaria se considera como un área del sistema de Salud Pública Ecuatoriana, constante en el sentido que no dejará de estar constituida por los primeros niveles de atención en salud pública, e invariable en el sentido de dicha constitución es la misma independientemente si la observamos en un centro de salud, hospital, o clínica, el contexto y la estructura de la Atención Primaria es la misma.

2.7. Hipótesis

2.7.1. Hipótesis general.

La Hipnosis de enfoque indirecto tiene un alto grado de influencia en el padecimiento del Trastorno de Insomnio Psicofisiológico al ser aplicada como tratamiento en Atención Primaria.

2.7.2. Hipótesis específicas.

- Las técnicas indirectas de Hipnosis al ser aplicada como tratamiento para insomnio psicofisiológico presentan nivel superior el 50% de eficacia en la remisión del trastorno.
- Todos los patrones del cuadro sindrómico tanto generales como específicos de curso y evolución del trastorno de insomnio

psicofisiológico presentan una evolución favorable mayor al 40%, con la aplicación de la Hipnosis indirecta.

2.8. Señalamiento de variables de la hipótesis.

Unidades de observación: Pacientes que acudan a consulta y que padezcan de insomnio psicofisiológico.

Variable Independiente: La Hipnosis de enfoque indirecto como Terapia de Atención Primaria.

Variable Dependiente: el Trastorno de Insomnio Psicofisiológico.

Término de relación: y su influencia en.

CAPÍTULO III

Metodología

3.1. Enfoque

El enfoque de la investigación fue predominantemente cualitativo puesto que privilegió técnicas de este tipo, buscó la comprensión del insomnio cómo fenómeno social, dentro de un Sistema filosófico que considera la naturaleza como primer principio de la realidad. Todo esto por medio de un marco de observación que intensificó los caracteres del realismo reflejando los hechos que trata de reproducir, y que siguió los métodos de la ciencia investigativa en cuanto a su concepción determinista de las actitudes humanas, dentro de un enfoque contextualizado y circunscrito en el ambiente de la atención de salud pública primaria, y por ende con una perspectiva interna de dicho contexto. La investigación estuvo orientada al descubrimiento y comprobación de la hipótesis planteada, por medio y dando énfasis al proceso descrito, y por tanto sus resultados no fueron generalizables ya que se vieron desarrollados dentro de un contexto de salud pública socio cultural específico tomado así como fenómeno endémico característico y por tanto no emulable a escalas mayores o en contextos diferentes. La investigación tomó en cuenta a la concepción de cada realidad como un todo distinto de la suma de las partes que lo componen, asumiendo de esta manera a la realidad como dotada de un carácter dinámico y desde este punto de vista en continuo cambio.

3.2. Modalidad básica de la Investigación

La presente investigación se desarrolló tanto con una modalidad de campo ya que se estudiaron los hechos y los acontecimientos de forma sistemática y en el lugar que éstos se produjeron (El contexto de Atención primaria), de esta manera el investigador entró contacto de forma directa con ésta realidad, para obtener información conforme a los objetivos planteados en éste proyecto.

Por otra parte la investigación de igual manera fue desarrollada con una modalidad de investigación documental- bibliográfica, ya que se requirieron ampliar, y profundizar, conceptos, técnicas, procedimientos, criterios, y protocolos relativos a las cuestiones de los objetos de estudio de la misma, previa, durante y posterior a la realización de ésta.

3.3. Nivel o tipo de Investigación

La presente investigación correspondió a los niveles:

Exploratorio: Puesto que tuvo como principales puntos el desarrollo de un nuevo protocolo psicoterapéutico, la generación de hipótesis, el reconocimiento de variables de interés investigativo, pero sobre todo el indagar en un problema poco investigado de manera científica y relativamente desconocido en nuestro medio en particular.

Descriptivo: Por cuanto comparó entre dos fenómenos situacionales para realizar predicciones básicas de posibles resultados, requirió de un conocimiento suficiente de ciertos métodos, técnicas y procedimientos así como también de procesos psicopatológicos vigentes en la sociedad actual, los mismos que son clasificados según criterios específicos otorgados por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Todo esto dentro de un carácter endémico que caracteriza a la comunidad de nuestro país, además obtuvo brindó y distribuyó datos de las dos variables consideradas como objeto de estudio en el proceso investigativo, las mismas que pueden considerarse de forma aislada o conjunta para observación de sus interacciones correspondientes.

Asociativo de variables: en la medida que avalúo las variaciones de una de las variables en función de la gama comportamental de la otra variable propiamente dicha, al tiempo que midió el grado de relación existente entre dichas variables para un análisis de correlación dentro de éste sistema de variaciones y una medición lo más exactamente posible en función de las capacidades del proceso investigativo, de la relación entre variables anteriormente mencionadas en los sujetos presentes dentro del contexto determinado en la delimitación de la investigación y no más allá de la misma. Todo esto determinó modelos comportamentales estadísticamente primordiales en dicho contexto.

Explicativo: Ya que se comprobó experimentalmente la hipótesis planteada en el mismo, descubrió las causas del problema propuesto y finalmente detectó factores que determinan ciertos comportamientos o estilos comportamentales que mantienen dicho problema.

3.4. Población y Muestra

La muestra de la presente investigación estuvo formada en base a un muestreo regulado, es decir la muestra estuvo formada por los elementos del universo en las cuales se hace presente el problema de investigación tomando en cuenta los siguientes criterios:

3.4.1. Criterios de inclusión.

- Toda persona Que tuvo una edad de entre 15 a 25 años que poseyó la sintomatología de Insomnio Psicofisiológico tal como la utiliza el Manual Diagnóstico y Codificado de los Trastornos del Sueño 2ª edición (ICSD-2), los mismos que se encuentran en la etiología y patología del insomnio primario tal como lo

define La Clasificación del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales 4ª edición revisada (DSM-IV-TR), y la Clasificación del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales 4ª edición revisada. Atención primaria. (DSM-IV-TR-AP).

- Debieron acudir al servicio de Atención primaria en Salud mental de la institución en la que se realizará la presente investigación.

3.4.2. Criterios de Exclusión.

- La persona no pudo formar parte de la muestra para esta investigación si recibió tratamiento externo de algún tipo sea este de tipo farmacológico o no, antes o durante su asistencia al servicio de atención primaria en salud mental de la institución en la que se realizó la misma.

3.5. Operacionalización de variables.

Variable Independiente: La Hipnosis De Enfoque Indirecto como tratamiento en Atención Primaria.				
Conceptualización	Dimensiones	Indicadores	Ítems Básicos	Técnicas e Instrumentos
Hipnosis de enfoque indirecto como tratamiento en atención primaria se conceptúa como la aplicación de las técnicas hipnoterapéuticas indirectas en las afecciones de la salud mental que no requieran de atención especializada y que puedan intervenir de forma ambulatoria tomando en cuenta el nivel de eficiencia y eficacia terapéutica el cual será determinado en función de la remisión y/ o evolución del individuo en lo que	Eficacia terapéutica Eficiencia terapéutica Tratamiento en Atención Primaria.	Nivel de mejoría sintomática Nivel de Mejoría productiva en el trabajo Nivel de Mejora del equilibrio y deseo sexual Nivel de Mejoría en las relaciones interpersonales Nivel de la capacidad de hacer frente a los habituales conflictos psicológico; aumento de la capacidad de reaccionar al	¿Se han alcanzado al final de la terapia los objetivos prefijados y acordados con el sujeto que pide ayuda? ¿Se han resuelto los problemas presentados por el paciente y han desaparecido al final del tratamiento?	Follow –up (Seguimiento) Entrevista estructurada de Sirigatti (1988) Cuestionario de objetivos y metas prefijados al inicio del tratamiento.

<p>a su cuadro sindrónico se refiere.</p>		<p>estrés cotidiano.</p> <p>Reducción objetiva y permanente del problema presentado por el paciente.</p> <p>Logro de objetivos propuestos de acuerdo con él como finalidad de la terapia.</p> <p>Resultado final de la terapia.</p> <p>Eficacia temporal: si los resultados obtenidos se mantienen en el tiempo o si más bien se presentan recaídas o si bien han aparecido trastornos sustitutivos, coomorbiles de los originarios</p>		
---	--	---	--	--

Variable Dependiente: El trastorno de insomnio Psicofisiológico.				
Conceptualización	Dimensiones	Indicadores	Ítems Básicos	Técnicas e Instrumentos
<p>El trastorno de Insomnio Psicofisiológico se conceptúa como dificultad auto condicionada para iniciar y/o mantener el sueño, o la sensación de no haber dormido un sueño reparador, acompañado generalmente de un despertar final adelantado se trata</p>	<p>Alteración del sueño nocturno.</p> <p>Sintomatología diurna asociada.</p> <p>Persistencia de la sintomatología tanto diurna como nocturna asociada luego de que el evento ansiógeno desencadenante</p>	<p>Alteraciones del sueño nocturno: Dificultades para conciliar el sueño.</p> <p>Dificultades para mantener el sueño. Despertar final adelantado.</p> <p>Sensación subjetiva de sueño no</p>	<p>¿Tiene dificultad para dormir por la noche?</p> <p>¿Se despierta durante la noche y permanece despierto más de media hora sin desearlo o más de una hora en total?</p>	<p>Entrevista clínica semi-estructurada.</p> <p>Diario de sueño-vigilia (Shulte-Rodins, Broch L. Buysse et al.)</p> <p>Índice de Gravedad de insomnio (ISI) (Bastien CH, Vallieres A,</p>

<p>de un problema de disminución de la cantidad y/o calidad del sueño, el cual repercute en el estado de vigila del individuo ya que al no conseguir una duración y calidad de sueño adecuada para restaurar la energía y el estado de vigilia normal provoca sintomatología diurna como alteraciones del humor, disminución de la concentración, falta de energía física, dificultad para realizar tareas cotidianas, alteraciones del comportamiento, déficit cognitivo, dificultad para dormir durante el día , somnolencia y fatiga, con una duración igual o mayor a un mes , y principalmente caracterizada por su persistencia luego de que el evento ansiógeno desencadenante haya sido resuelto por parte del individuo.</p>	<p>haya sido resuelto por parte del individuo.</p>	<p>reparador manifestado por el paciente.</p> <p>Funcionamiento diurno: Sensación subjetiva de fatiga manifestada por el paciente</p> <p>Sintomatología de ansiedad y depresión evidenciada en el paciente.</p> <p>Disforia.</p> <p>Déficits leves de atención y concentración.</p> <p>Déficits de memoria.</p> <p>Déficits en funciones ejecutivas.</p> <p>Excesiva somnolencia.</p> <p>Rasgos de personalidad tendientes a la preocupación.</p>	<p>¿Se despierta antes de haber dormido lo habitual?</p> <p>¿Se despierta más de dos horas antes de lo que deseara?</p> <p>¿Se siente cansado al despertarse con la sensación de no haber dormido nada?</p> <p>¿Cómo comenzó este problema?</p> <p>✓ ¿Asociado a un acontecimiento o evento?</p> <p>✓ ¿A alguna fecha o momento?</p> <p>✓ ¿Hubo algún cambio importante en su vida en esa época?</p> <p>✓ ¿Ha habido variaciones desde entonces?</p> <p>✓ ¿Se ha resuelto el evento desencadenante?</p> <p>¿Por cuánto tiempo padece lo anteriormente citado?</p> <p>¿Todo esto le provoca un deterioro en las actividades cotidianas?</p>	<p>Morin CM, 2001).</p> <p>Índice de calidad del sueño de Pittsburgh. (Buysse DJ, Reynolds CF, Monk TH et al. 1989).</p> <p>Cuestionario SF-36 (Ware JE Jr, Sherbourne CD 2000)</p>
---	--	---	--	---

			¿Cómo afecta el sueño nocturno a su funcionamiento diurno? ✓ ¿Durante el día se encuentra cansado, fatigado, somnoliento? ? ✓ ¿Tiene mala concentración?	
--	--	--	---	--

3.6. Recolección de información

3.6.1. ¿Para qué?

Se logró:

- Analizar qué nivel de eficiencia presentan las técnicas indirectas de Hipnosis en la remisión del trastorno al ser aplicada como tratamiento para insomnio psicofisiológico.
- Identificar qué patrones del cuadro sindrómico tanto generales como específicos de curso y evolución del trastorno de insomnio psicofisiológico se alteran con la aplicación de la Hipnosis indirecta.

3.6.2. ¿De qué personas y objetos?

- Toda persona que tenga una edad de entre 15 a 25 años que presentó la sintomatología de Insomnio Psicofisiológico tal como la utiliza el Manual Diagnóstico y Codificado de los Trastornos del Sueño 2ª edición (ICSD-2), los mismos que se encuentran en la etiología y patología del insomnio primario tal como lo define La Clasificación del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales 4ª edición revisada (DSM-IV-TR), y la Clasificación del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales 4ª edición revisada. Atención primaria. (DSM-IV-TR-AP) y que acudieron al servicio de Atención primaria en Salud mental de la institución en la que se realizará la presente investigación.

3.6.3. *¿Sobre qué aspectos?*

- Nivel de mejoría sintomática, productiva laboral, ecuanimidad, deseo sexual, y relaciones interpersonales del individuo.
- Nivel de la capacidad de hacer frente a los habituales conflictos psicológico; aumento de la capacidad de reaccionar al estrés cotidiano.
- Reducción objetiva y permanente del problema presentado por el paciente.
- Logro de objetivos propuestos de acuerdo.
- Alteraciones del sueño nocturno:
 - Dificultades para conciliar y/o mantener el sueño.
 - Despertar final adelantado.
- Sensación subjetiva de sueño no reparador manifestado por el paciente.
- Sensación subjetiva de fatiga manifestada por el paciente
- Sintomatología de ansiedad y depresión evidenciada en el paciente.
- Disforia.
- Déficits leves de atención y concentración.
- Déficits de memoria.
- Déficits en funciones ejecutivas.
- Excesiva somnolencia.
- Rasgos de personalidad tendientes a la preocupación.
-

3.6.4. *¿Quién tuvo que investigar?*

Felipe Leonardo Gutiérrez Calero.

3.6.5. *¿Cuándo?*

La investigación se realizará dentro del período comprendido entre los meses de Junio y Octubre del año 2012.

3.6.6. *¿Dónde?*

La investigación se realizará en el Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) de la ciudad de Ambato.

3.6.7. *¿Qué técnicas de recolección se usaron?*

- Entrevista semi-estructurada estándar.
- Psicodiagnóstico.

- Follow –up (Seguimiento)
- Entrevista estructurada de Sirigatti (1988)
- Historial clínico estructurado.

3.6.8. ¿Qué instrumentos se utilizaron?

- Diario de sueño-vigilia (Shulte-Rodins, Broch L.Buysse et al.)
- Índice de Gravedad de insomnio (ISI)
- Índice de calidad del sueño de Pittsburgh
- Cuestionario de objetivos y metas prefijados al inicio del tratamiento.

3.6.9. ¿En qué situación?

Los individuos que formaron parte de la muestra que sirvió a los propósitos de la presente investigación se encontraron en una situación de padecimiento del trastorno de insomnio psicofisiológico tal como la utiliza el Manual Diagnóstico y Codificado de los Trastornos del Sueño 2ª edición (ICSD-2), los mismos que se encuentran en la etiología y patología del insomnio primario tal como lo define La Clasificación del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales 4ª edición revisada (DSM-IV-TR), y la Clasificación del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales 4ª edición revisada. Atención primaria. (DSM-IV-TR-AP).

3.7. Procesamiento y análisis

- Para el procesamiento y análisis de los datos recolectados en el presente proyecto se realizó los siguientes procedimientos:
- Revisión crítica de la información recogida, lo que comprende limpieza de la información defectuosa, contradictoria, incompleta, no pertinente, etc.
- Repetición de la recolección en ciertos casos individuales, para corregir fallas de contestación.
- Tabulación de cuadros según variables de cada hipótesis, cuadros de una sola variable, cuadros con cruce de variables, etc.

- Manejo de información.
- Estudio estadístico de datos para presentación de resultados.

CAPÍTULO IV

Análisis e interpretación de resultados

4.1. Características clínicas de la Muestra Poblacional

Durante el período de esta investigación se atendió a 91 personas de las cuales 37 eran mujeres y 64 hombres, los cuales presentaban las siguientes características clínicas y criterios de inclusión:

4.1.1. Criterios de inclusión.

- Toda persona Que tuvo una edad de entre 15 a 25 años que poseyó la sintomatología de Insomnio Psicofisiológico tal como la utiliza el Manual Diagnóstico y Codificado de los Trastornos del Sueño 2ª edición (ICSD-2), los mismos que se encuentran en la etiología y patología del insomnio primario tal como lo define La Clasificación del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales 4ª edición revisada (DSM-IV-TR), y la Clasificación del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales 4ª edición revisada. Atención primaria. (DSM-IV-TR-AP).
- Debieron acudir al servicio de Atención primaria en Salud mental de la institución en la que se realizará la presente investigación.

4.1.2. Criterios de exclusión.

- La persona no pudo formar parte de la muestra para esta investigación si recibió tratamiento externo de algún tipo sea este de tipo farmacológico o no, antes o durante su asistencia al servicio de atención primaria en salud mental de la institución en la que se realizó la misma.

4.2. Análisis de los resultados

Para el análisis de los resultados obtenidos con la aplicación de la Hipnosis de enfoque Indirecto como tratamiento en atención primaria al Trastorno de insomnio Psicofisiológico, se evaluó cada uno de los parámetros que conforman el síndrome anteriormente mencionado basándonos en el esquema de Medidas de resultado tanto primarias

como secundarias de insomnio, para evaluar la eficacia/efectividad de las intervenciones terapéuticas (Anexo 4a.), obteniendo los siguientes resultados:

4.2.1. Latencia De Sueño.

Tabla N° 10: Resumen de resultados obtenidos con la aplicación del

RESUMEN				
Grupos	Cuenta	Suma	Latencia promedio de sueño (min)	Varianza
Antes de tratamiento	91	9620	105,7142	3291,984
Después de Tratamiento	91	3540	38,9010	767,112

modelo hipnotetrapéutico PHI-TIP-AP. (latencia de sueño).

Autor. Felipe L. Gutiérrez C.

ANÁLISIS DE VARIANZA						
Origen de las variaciones	Suma de cuadrados	Grados de libertad	Promedio de los cuadrados	F	Probabilidad	Valor crítico para F
Entre grupos	203112,09	1	203112,0879	100,077	5,1578E-19	3,8936
Dentro de los grupos	365318,68	180	2029,5482			
Total	568430,77	181				

Tabla N° 11: Análisis de varianza de los resultados obtenidos con la aplicación del modelo hipnotetrapéutico PHI-TIP-AP. (latencia de sueño.)

Autor: Felipe L. Gutiérrez C.

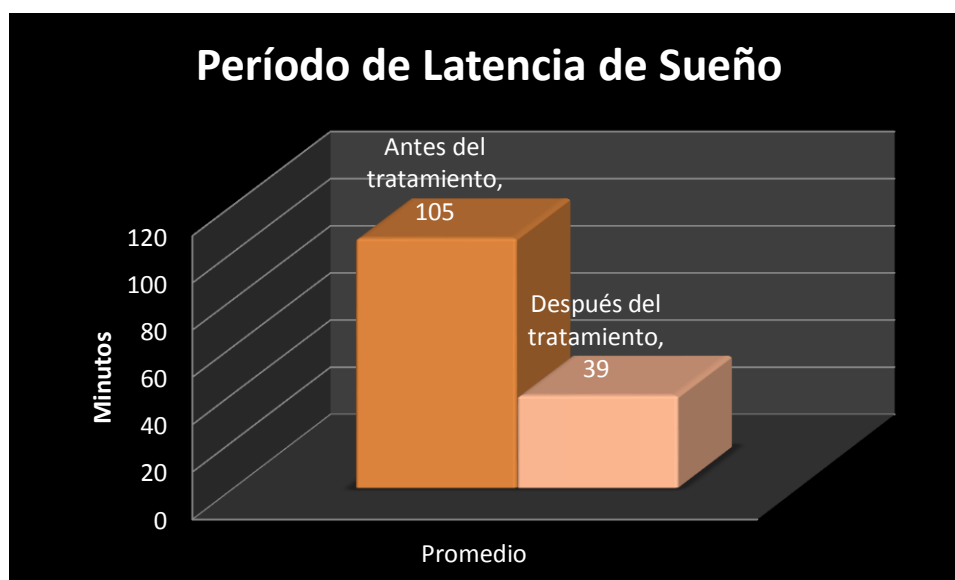


Gráfico 4. Variación del promedio del período de latencia del sueño (Antes y después del Tratamiento)

Autor. Felipe L. Gutiérrez C.

4.2.1.1. Análisis:

Podemos observar que el tiempo o período de latencia de sueño disminuyó desde 105,7 minutos antes del tratamiento, hasta 38,9 minutos después del tratamiento, por esta razón se obtiene dentro del análisis de varianza valor de $F = 100$.

4.2.1.2. Interpretación:

Los datos muestran que la variación sintomatológica del período de latencia de sueño es significativa es decir que los pacientes tuvieron una remisión sintomatológica de este factor en particular, que se vio reflejado en que el tiempo que los pacientes se demoran desde el momento de acostarse en la cama hasta el momento en que conciliaban el sueño disminuyó significativamente.

4.2.2. Tiempo Total de Sueño.

RESUMEN				
<i>Grupos</i>	<i>Cuenta</i>	<i>Suma</i>	<i>Promedio de tiempo total de sueño (min)</i>	<i>Varianza</i>
Antes de tratamiento	91	9075	99,7252	1782,9792
Después de Tratamiento	91	26440	290,5494	8785,2503

Tabla N° 12: resumen de resultados obtenidos con la aplicación del modelo hipnotetrapéutico PHI-TIP-AP. (tiempo total de sueño)
Autor. Felipe L. Gutiérrez C.

ANÁLISIS DE VARIANZA						
<i>Origen de las variaciones</i>	<i>Suma de cuadrados</i>	<i>Grados de libertad</i>	<i>Promedio de los cuadrados</i>	<i>F</i>	<i>Probabilidad</i>	<i>Valor crítico para F</i>
Entre grupos	1656830,9	1	1656830,907	313,5493	2,7901E-41	3,8936
Dentro de los grupos	951140,66	180	5284,1147			
Total	2607971,6	181				

Tabla N° 13: Análisis de varianza de resultados obtenidos con la aplicación del modelo hipnotetrapéutico PHI-TIP-AP. (Tiempo total de Sueño)

Autor. Felipe L. Gutiérrez C.

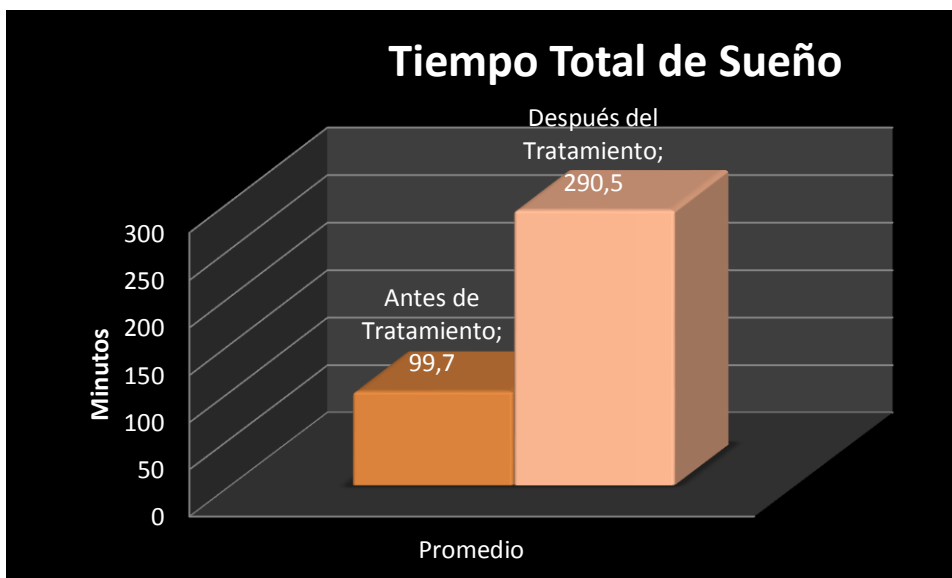


Gráfico 5. Variación del promedio del tiempo total de sueño (Antes y después del Tratamiento)

Autor: Felipe L. Gutiérrez C.

4.2.2.1. Análisis:

Podemos observar que el tiempo total de sueño aumentó desde 99,7 minutos antes de la aplicación del tratamiento, hasta 290,5 minutos después del tratamiento, por esta razón se obtiene dentro del análisis de varianza valor de $F= 313,54$.

4.2.2.2. Interpretación:

Los datos muestran que la variación tiempo total de sueño es significativa es decir que los pacientes aumentaron significativamente este factor en particular, que se vio reflejado en que el tiempo que los pacientes pudieron conciliar el sueño desde el momento de acostarse en la cama hasta el momento en que se levantaron amentó significativamente.

4.2.3. Tiempo despierto luego del inicio del sueño.

RESUMEN				
Grupos	Cuenta	Suma	Promedio De tiempo total despierto luego del inicio del sueño (min)	Varianza
Antes del Tratamiento	91	15505	170,3846	4470,1282
Después del tratamiento	91	4220	46,3736	2766,1477

Tabla N° 14: resumen de resultados obtenidos con la aplicación del modelo hipnotetrapéutico PHI-TIP-AP. (Tiempo despierto luego del inicio del sueño)

Autor. Felipe L. Gutiérrez C.

ANÁLISIS DE VARIANZA						
Origen de las variaciones	Suma de cuadrados	Grados de libertad	Promedio de los cuadrados	F	Probabilidad	Valor crítico para F
Entre grupos	699732,01	1	699732,0055	193,3956	2,4755E-30	3,8936
Dentro de los grupos	651264,84	180	3618,1379			
Total	1350996,8	181				

Tabla N° 15: Análisis de Varianza de resultados obtenidos con la aplicación del modelo hipnotetrapéutico PHI-TIP-AP. (Tiempo despierto luego del inicio del sueño)

Autor. Felipe L. Gutiérrez C.

4.2.3.1. Análisis.

Podemos observar que el tiempo despierto luego del inicio del sueño disminuyó desde 170,3 minutos antes de la aplicación del tratamiento, hasta 46,3 minutos después del tratamiento, por esta razón se obtiene dentro del análisis de varianza valor de $F = 193,39$.

4.2.3.2. Interpretación.

Los datos muestran que la variación tiempo despierto luego del inicio del sueño es significativa es decir que los pacientes disminuyeron significativamente este factor en particular, que se vio reflejado en que el número de “alertamientos”* pudieron conciliar el sueño desde el momento

* Ver Glosario.

de acostarse en la cama hasta el momento en que se levantaron amentó significativamente.



Gráfico 6. Variación del promedio del Tiempo despierto luego del inicio del sueño (Antes y después del Tratamiento)

Autor. Felipe L. Gutiérrez C.

4.2.4. Eficiencia de Sueño.

RESUMEN				
Grupos	Cuenta	Suma	Eficiencia Promedio de Sueño	Varianza
Antes del Tratamiento	91	2450,9821	26,9338	119,5464
Después del Tratamiento	91	6995,9127	76,8781	258,2346

Tabla N° 16: resumen de resultados obtenidos con la aplicación del modelo hipnoterapéutico PHI-TIP-AP. (Eficiencia de Sueño)

Autor. Felipe L. Gutiérrez C.

ANÁLISIS DE VARIANZA						
Origen de las variaciones	Suma de cuadrados	Grados de libertad	Promedio de los cuadrados	F	Probabilidad	Valor crítico para F
Entre grupos	113496,67	1	113496,669	600,8594	2,9707E-59	3,8936
Dentro de los grupos	34000,298	180	188,8905			
Total	147496,97	181				

Tabla N° 17: Análisis de Varianza de resultados obtenidos con la aplicación del modelo hipnotetrapéutico PHI-TIP-AP. (Eficiencia de Sueño)

Autor. Felipe L. Gutiérrez C.

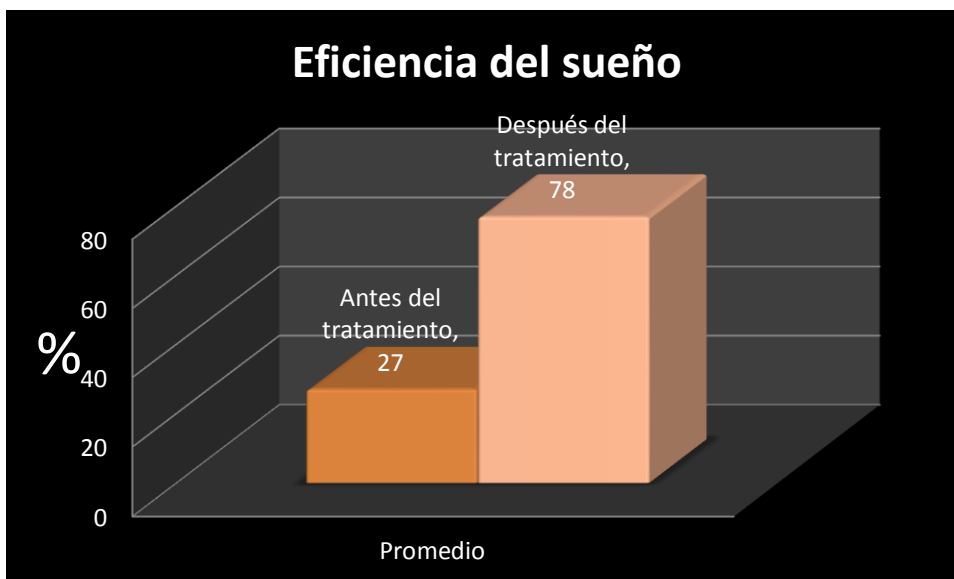


Gráfico 7. Variación del promedio del porcentaje de eficiencia de sueño (Antes y después del Tratamiento) **Autor.** Felipe L. Gutiérrez C.

4.2.4.1. Análisis:

Podemos observar que la Eficiencia de sueño* aumentó desde un 27% antes de la aplicación del tratamiento, hasta 78% después del tratamiento, por esta razón se obtiene dentro del análisis de varianza valor de $F=600,85$.

4.2.4.2. Interpretación:

Los datos muestran que la variación en la eficiencia de sueño es enormemente significativa es decir que los pacientes aumentaron significativamente este factor en particular, que se vio reflejado en que el tiempo que pacientes invirtieron conciliar un sueño reparador desde el momento de acostarse en la cama hasta el momento en que se levantaron amentó significativamente.

* Ver Glosario.

4.2.5. Tiempo total despierto.

RESUMEN				
Grupos	Cuenta	Suma	Promedio de Tiempo total despierto	Varianza
300	90	24825	275,8333	5852,9494
60	90	7700	85,5555	4000,2496

Tabla N° 18: resumen de resultados obtenidos con la aplicación del modelo hipnotetrapéutico PHI-TIP-AP. (Tiempo total despierto)
Autor. Felipe L. Gutiérrez C.

ANÁLISIS DE VARIANZA						
Origen de las variaciones	Suma de cuadrados	Grados de libertad	Promedio de los cuadrados	F	Probabilidad	Valor crítico para F
Entre grupos	1629253,5	1	1629253,472	330,7054	1,9064E-42	3,8942
Dentro de los grupos	876934,72	178	4926,599			
Total	2506188,2	179				

Tabla N° 19: Análisis de Varianza de resultados obtenidos con la aplicación del modelo hipnotetrapéutico PHI-TIP-AP. (Tiempo total despierto)
Autor. Felipe L. Gutiérrez C.

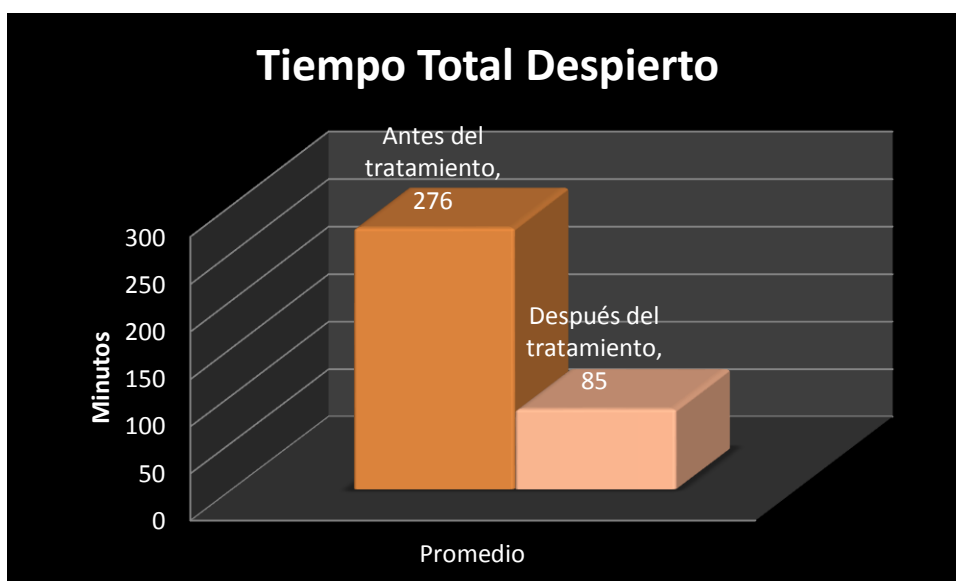


Gráfico 8. Variación del promedio del tiempo total despierto (Antes y después del Tratamiento) **Autor.** Felipe L. Gutiérrez C.

4.2.6. Calidad de sueño.

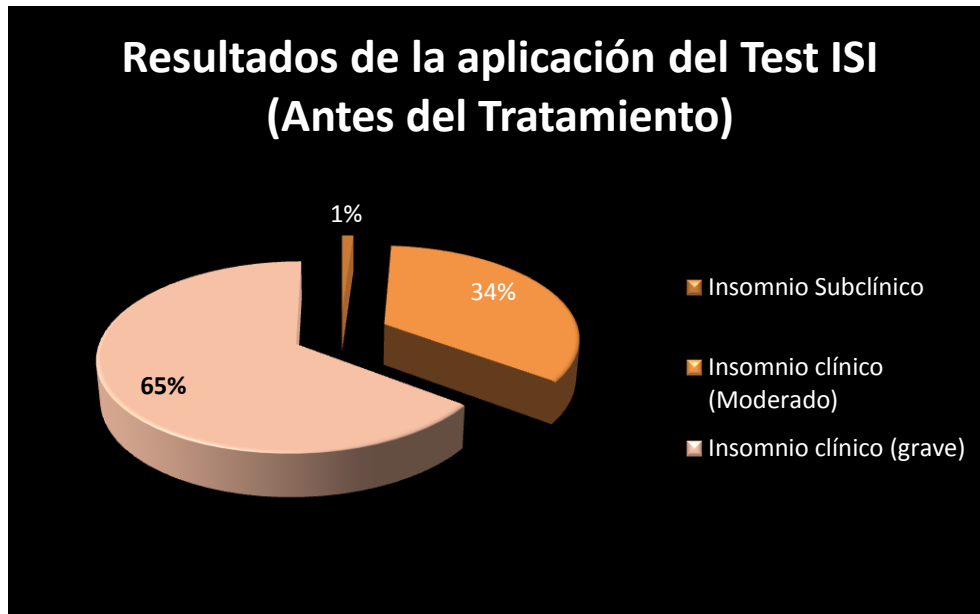


Gráfico 9. Porcentaje de resultados de la aplicación del test ISI (Anexo 1), a los 91 pacientes. Antes del tratamiento.

Autor: Felipe L. Gutiérrez C.

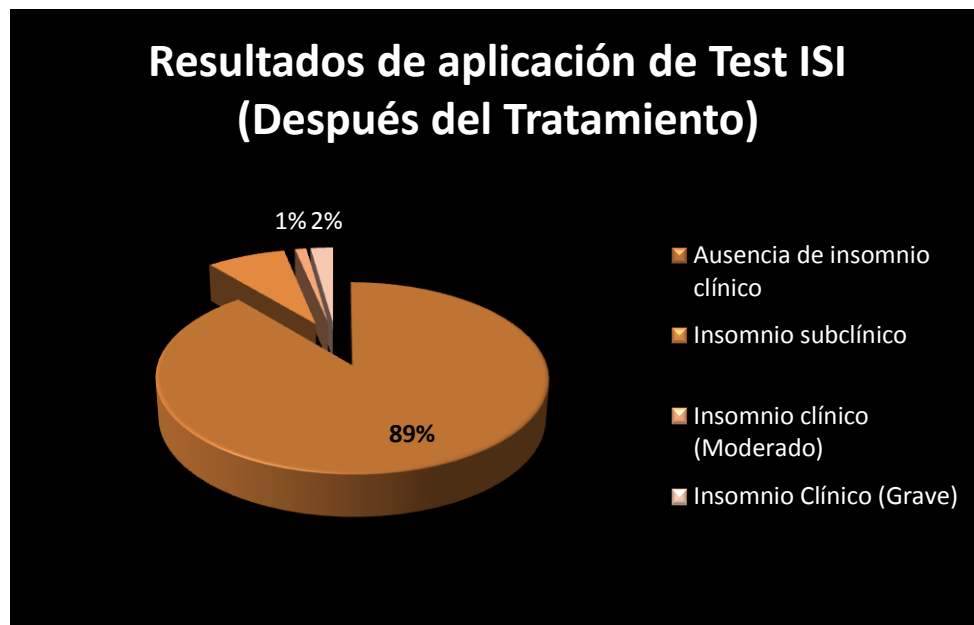


Gráfico 10. Porcentaje de resultados de la aplicación del test ISI, a los 91 pacientes luego de concluido el tratamiento.

Autor: Felipe L. Gutiérrez C.

4.3. Análisis e Interpretación de datos

Para la interpretación de datos se dividió en dos partes al cuadro sindrómico del Insomnio Primario o Psicofisiológico (Anexo 4a):

Las medidas de resultado Primarias constaron de un informe subjetivo del paciente sobre la calidad de vida desde su apreciación la misma que debido evidentemente a su carácter subjetivo no es sujeto a cuantificación y por tanto se incluyó únicamente como parte de la entrevista semiestructurada previa y posterior al tratamiento, como parte del modelo PHI-TIP-AP 1(Propuesta).

Las medidas de resultado secundarias por otra parte estuvieron constituidas por los patrones sintomatológicos en sí, tantos generales (Funcionamiento Diurno, Calidad de vida, Frecuencia de efectos secundarios.) como específicos (Calidad de sueño y Parámetros de sueño: refiriéndose a aquellos que se obtienen mediante instrumentos como diario de sueño – vigilia (Anexo4b), actigrafía, o PSG; excepto el tiempo o cantidad relativa de fases de sueño que únicamente puede obtenerse mediante PSG, además). Al ser estas medidas de resultado cuantificables por medio de instrumentos específicos (Anexos 1, 2, 4b), han sido el objeto principal de nuestro estudio y sobre el cual se han basado las hipótesis de la presente investigación, obteniéndose los resultados que se han presentado en el apartado anterior y los cuales interpretaremos a continuación. Sin embargo se analizará a continuación únicamente aquellos parámetros de el cuadro sindrómico que nos permitan verificar las hipótesis establecidas en ésta investigación.

Parámetros de sueño	Promedio Antes de tratamiento	Promedio después del tratamiento	Porcentaje de cambio
Latencia de sueño (Minutos)	105,7 Minutos	38,9 Minutos	46,2%
Tiempo Total de sueño (Minutos)	99,7 Minutos	290,5 Minutos	48,89%
Mantenimiento del sueño (Número de despertares)	6 Alertamientos	2 Alertamientos	51,39%
Tiempo total despierto luego del inicio del sueño (Minutos)	170,3 Minutos	46,3 Minutos	57,2 %
Tiempo total Despierto (Minutos)	276 Minutos	85,2 Minutos	52,8 %

Eficiencia de sueño (Porcentaje)	26,9 %	76,8 %	48,1 %
Promedio de remisión global:			49.9%

Tabla Nº 20. **Resumen de resultados GENERALES:** del Modelo PHI-TIP-AP 1 aplicado al Trastorno del Insomnio Psicofisiológico. Autor: Felipe I. Gutiérrez c.

Como se puede observar se produjo una disminución del promedio de latencia de sueño de los 91 pacientes atendidos de 105,7 a 39.9 minutos, lo que equivale a un porcentaje de evolución de dicho del signo específico de 46,2% (Gráfico 2), de igual manera el porcentaje de evolución del tiempo total de sueño sufrió un aumento desde un promedio de 99,7 hasta 290,5 minutos, lo que equivale a 48,89 % (Gráfico 3), por su parte el tiempo total despierto luego del inicio del sueño se redujo de un promedio de 6 alertamientos por noche a un promedio de 2 alertamientos, lo que equivale a un 51,39% de evolución sintomática.

El tiempo total despierto luego del inicio del sueño se redujo de un promedio de 173,3 a 46,3 minutos, con la aplicación del modelo anteriormente mencionado lo que equivale a una evolución de 57,2% (Gráfico 4), el Tiempo total despierto signo principal del trastorno de insomnio Psicofisiológico se redujo de un promedio de 276 minutos hasta un promedio de 85,2 minutos, lo que equivale a una evolución sintomática de un 52,8% (Gráfico 5). La eficiencia de sueño por su parte aumentó significativamente de un 26,9% hasta un 76,8%, lo que equivale a una evolución sintomática de 48, (Gráfico 6).

Calidad de sueño	Número de Personas antes del Tratamiento	Porcentaje	Número de personas Después del Tratamiento	Porcentaje
Ausencia de insomnio clínico	0	0%	81	89%
Insomnio subclínico	1	1%	7	8%
Insomnio Clínico (Moderado)	31	34%	1	2%
Insomnio clínico (Grave)	59	65%	2	1%

Total de personas atendidas	91	100%	91	100%
------------------------------------	----	------	----	------

Tabla 21: resumen de la alteración del cuadro sindrómico por medio de la aplicación del test ISI (Antes del tratamiento Vs. Después del tratamiento). Autor: Felipe Gutiérrez.

Como podemos observar en la tabla 21, 81 personas de las 91 atendidas presentaron ausencia de insomnio luego de haberse tratado con el modelo PHI-TIP-AP 1, lo que corresponde a un 89% de los pacientes. 7 presentaron insomnio subclínico correspondiendo esta cifra a un 8%, y en dos pacientes no hubo cambio alguno por lo que presentaron insomnio clínico grave aún después del tratamiento.

4.4. Verificación de hipótesis.

Hipótesis general:

La Hipnosis de enfoque indirecto tiene un alto grado de influencia en el padecimiento del Trastorno de Insomnio Psicofisiológico al ser aplicada como tratamiento en Atención Primaria.

Verificación:

Dentro del análisis de varianza de los datos se establece que si el valor de F es mayor al valor crítico de F (tablas 11, 13, 15, 17 y 19), existe diferencia significativa entre las variables o el grupo de datos (en este caso el nivel de evolución sindrómica de cada uno de los indicadores sintomáticos) como consecuencia de la influencia de la Hipnosis de enfoque indirecto.

Así de esta manera se establece que existe una diferencia significativa en los síntomas presentados por los pacientes antes de entrar a tratamiento y después de haberlo hecho, por lo que se verifica la hipótesis general.

Hipótesis específicas:

- Las técnicas indirectas de Hipnosis al ser aplicada como tratamiento para insomnio psicofisiológico presentan nivel superior el 50% de eficacia en la remisión del trastorno.

Verificación:

Posteriormente en la tabla N^o.20 se encuentran resumidas el porcentaje de remisión que se ha producido en cada uno de los patrones tanto generales como específicos del curso del trastorno propuesto (eficacia terapéutica), y se evidencia de esta manera que el patrón de evolución general de los síntomas es de un 49.9 %, por lo que se valida la primera hipótesis específica.

- Todos los patrones del cuadro sindrómico tanto generales como específicos de curso y evolución del trastorno de insomnio psicofisiológico presentan una evolución favorable mayor al 40%, con la aplicación de la Hipnosis indirecta.

Por otra parte cada uno de ellos tiene un porcentaje de evolución que supera el 40% (Tabla 20) por lo que se valida la segunda hipótesis específica, con ello se valida a su vez la hipótesis general ya que se ha demostrado que La Hipnosis de enfoque Indirecto tiene un alto porcentaje de influencia en el padecimiento de Insomnio psicofisiológico al ser aplicada como tratamiento de Atención Primaria.

CAPÍTULO V

Conclusiones y Recomendaciones

5.1. Conclusiones

- Se determinó que la Hipnosis de enfoque indirecto posee un gran porcentaje de influencia sobre el trastorno de insomnio Psicofisiológico.
- Se identificó que los patrones de curso y evolución que se alteran con la aplicación de la Hipnosis indirecta como tratamiento de atención primaria son aquellos que componen el cuadro sindrómico del trastorno de insomnio psicofisiológico: Latencia de sueño, Tiempo total de sueño, Mantenimiento del sueño nocturno. Tiempo despierto luego del inicio del sueño, y tiempo total despierto.
- Se identificó que el nivel de eficiencia alcanzado por el marco estructurado de técnicas y procedimientos hipnoterapéuticos de enfoque indirecto, en la remisión de la sintomatología del Insomnio Psicofisiológico alcanza un 49,9% con lo cual se comprobó la primera hipótesis específica.
- Se determinó que todos los patrones de curso y evolución del trastorno de insomnio psicofisiológico se vieron alterados en más de un 40%, con la aplicación del modelo PHI-TIP-AP 1 por lo que se comprobó como válida la segunda hipótesis específica. De esta manera, se estableció que de todos los pacientes atendidos durante el período que duró la investigación el 89%, presentó ausencia de Insomnio luego de concluido el tratamiento, un 8%, presentó sintomatología de insomnio subclínico, un 2% presentó sintomatología de insomnio clínico (Moderado) y únicamente un 1% no presentó cambio alguno por lo que continuó con sintomatología de insomnio clínico (grave).
- Se determinó que el marco estructurado de técnicas y procedimientos hipnoterapéuticos de enfoque indirecto, desarrollado específicamente para la presente investigación, se adecuó a las exigencias, necesidades y requerimientos del sistema de salud pública de la institución en la que se elaboró la presente investigación. En los contextos de tratamiento ambulatorio, consulta externa y atención primaria.

5.2. Recomendaciones

- Si bien la presente investigación es en sí un intento por implementar herramientas psicoterapéuticas de origen no químico a uno de los trastornos más frecuentes en el Ecuador, es necesario sin embargo realizar más investigaciones sobre la validez de la Hipnosis clínica en el contexto psicoterapéutico dentro del sistema de salud pública.
- Para ello se sugiere que dentro de las entidades de educación superior se instruya a los estudiantes de las diferentes carreras relacionadas con la salud mental, de una manera más profunda en lo que al manejo de este tipo de herramientas psicoterapéuticas basadas en el fenómeno hipnótico se refiere, además de patrones de curso y evolución de los diferentes trastornos.
- Además se recomienda la investigación de nuevos protocolos psicoterapéuticos que se adecúen a los diferentes requerimientos y necesidades de los diferentes contextos que se pueden observar dentro del sistema de salud pública de nuestro país, ya sea éstos atención primaria, atención especializada, Las diferentes áreas de hospitalización o en la consulta privada.
- Finalmente se recomienda la no estandarización o universalización de una sola teoría psicoterapéutica, que trate de abarcar la complejidad del ser humano y el no prejuicio de nuevas teorías de la mente y del alma humanas, las mismas que pueden si se las trata con el suficiente criterio científico demostrar una eficacia muy superior a los “establecidos” y “aceptados”, usados por el común de profesionales.

CAPÍTULO VI

Propuesta

6.1. Tema

“Protocolo Hipnoterapéutico Indirecto para el Tratamiento del Insomnio Psicofisiológico en Atención Primaria, Primera Versión (PHI-TIP-AP-1)”.

6.2. Datos informativos.

Instituciones Ejecutoras: Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social “IESS”, Ambato.

Beneficiarios: Toda persona Que tenga una edad de entre 15 a 25 años que posea la sintomatología de Insomnio Psicofisiológico.

Ubicación: Zona Urbana del cantón Ambato

Tiempo estimado para la ejecución: 6 meses

Inicio: 1 de Febrero del año 2013 **Fin:** 31 de Agosto del año 2013.

Equipo técnico responsable: Personal del área de salud mental con formación en técnicas hipnóticas que decida aplicar el modelo **PHI-TIP-AP-1**

6.3. Antecedentes de la propuesta

Título de la investigación:

“La Hipnosis de enfoque indirecto como Terapia de Atención Primaria y su influencia en el Trastorno de Insomnio Psicofisiológico en pacientes de 15 a 25 años atendidos en área de consulta externa del Hospital IESS Ambato, durante el período Junio – Octubre 2012”

Autor: Felipe I. Gutiérrez C.

Tutor: Dr. Jorge Villa.

Fecha: 31, de Octubre de 2012

Dentro de la investigación se estudió las consecuencias provocadas al aplicar la Hipnosis de enfoque Indirecto aplicada bajo una estructura de terapia breve específicamente diseñada para el contexto de Atención Primaria (Al cual se le denominó con el acrónimo PHI-TIP-AP 1, a pacientes con diagnóstico de Insomnio Psicofisiológico (según los criterios diagnósticos del Manual Diagnóstico y Codificado de los Trastornos del Sueño 2ª edición (ICSD-2), los mismos que se encuentran en la etiología y patología del insomnio primario tal como lo define La Clasificación del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales 4ª edición revisada (DSM-IV-TR), y la Clasificación del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales 4ª edición revisada. Atención primaria. (DSM-IV-TR-AP)). Para ello se aplicó el modelo terapéutico desarrollado por un período de cuatro meses a un total de 91 pacientes, evaluando los parámetros generales y específicos del cuadro sindrómico tanto generales como específicos, antes y después de haber sido aplicado el tratamiento. Se determinó que la eficacia terapéutica del protocolo alcanzó un 49.9 % en la evolución positiva de la sintomatología del Trastorno de Insomnio Psicofisiológico: 46,2% de remisión en la latencia de sueño, 48,89% de remisión en el Tiempo Total de Sueño, 51,39% de remisión en el mantenimiento del sueño, 57,2% de remisión en el tiempo total despierto luego del inicio del sueño, 52,8% de remisión en el tiempo total despierto, y un aumento del 48,1% en la eficiencia de sueño. Dichos cambios se produjeron en un 89% de las 91 personas atendidas. Por ello la investigación finaliza con la propuesta del protocolo terapéutico desarrollado para la investigación y utilizado en la misma.

Recomendaciones de la Investigación:

- Realizar más investigaciones sobre la validez de la Hipnosis clínica en el contexto psicoterapéutico dentro del sistema de salud pública.
- Instruir a los estudiantes de las diferentes carreras relacionadas con la salud mental, de una manera más profunda en lo que al manejo de este tipo de herramientas psicoterapéuticas basadas en el fenómeno hipnótico.
- Investigar nuevos protocolos psicoterapéuticos que se adecúen a los diferentes requerimientos y necesidades de los diferentes contextos que se pueden observar dentro del sistema de salud pública de nuestro país, ya sea éstos atención primaria, atención especializada, Las diferentes áreas de hospitalización o en la consulta privada.
- No estandarizar una sola teoría psicoterapéutica, que trate de abarcar la complejidad del ser humano y el no prejuicio de

nuevas teorías de la mente y del alma humanas, las mismas que pueden si se las trata con el suficiente criterio científico demostrar una eficacia muy superior a los “establecidos” y “aceptados”, usados por el común de profesionales.

6.4. Justificación

Luego de haber realizado la presente investigación, y evidenciado la gran variedad en cuanto a las posibles aplicaciones de modelos epistemológicos y teóricos como la Hipnosis indirecta al ser aplicada como herramienta psicoterapéutica, tomando en cuenta que los resultados obtenidos han mostrado un alto porcentaje de remisión sindrómica del trastorno de insomnio psicofisiológico provocando en el mismo una evolución positiva que ha mejorado significativamente la calidad y los estándares de vida de un gran número del total de los individuos atendidos con éste tipo de técnicas durante el período señalado en las presentes páginas, se pone de manifiesto la importancia de la elaboración de un protocolo hipnoterapéutico basado y derivado tanto de las bases epistemológicas y teóricas de la terapia Ericksoniana como de los procesos y procedimientos usados en países del primer mundo para el manejo de personas que posean trastorno de insomnio (y particularmente el de tipo psicofisiológico el cual fue uno de los puntos neurálgicos de la investigación) en el contexto de la atención primaria. Dicho protocolo debe ser evidentemente “elaborado”, en base a los requerimientos y necesidades endémicos del sistema de salud pública local en este caso el ambiente hospitalario de consulta externa en el hospital del IESS. Lo cual no solamente provocará un progreso significativo en el sistema de atención primaria en salud mental tradicionalmente descuidado y rezagado sino que además, nos dará la posibilidad de disponer de herramientas alternativas concretas y sistematizadas dentro de nuestro sistema de salud pública provocando la ruptura del modelo tradicional “farmacoterapéutico” tan larga y profundamente arraigado en nuestro país.

Éste modelo Hipnoterapéutico no solamente es una propuesta es un movimiento pionero, un paso hacia un nuevo sistema de salud mental público alejado de la estandarización y de la petrificación de protocolos caducos e ineficientes, o de facilismos o deificaciones de los métodos químicos como única alternativa a problemas de los que paciente y terapeuta saben poco, en lo cual reside su originalidad.

Al establecer los puntos anteriormente citados se hace más que evidente que la importancia de la presente propuesta se halla dentro de sí misma como necesidad ante los requerimientos de una sociedad en constante cambio y desarrollo y que por ende requiere que tanto los profesionales de salud mental como las herramientas y teorías utilizadas por los mismos sean entes equiparables en cocimiento, preparación, ética, y eficiencia.

Con ello se verán beneficiados en primera instancia la población en general que podrá optar por terapias alternativas en relación a su

problema de insomnio y en segundo lugar a los profesionales de la salud que incrementarán el número de herramientas terapéuticas utilizables en consulta.

6.5. Marco institucional

Dentro de la institución en la que se pretende realizar esta propuesta existen cuatro profesionales de la salud mental con los cuales es factible la aplicabilidad de el presente modelo psicoterapéutico (un psiquiatra y tres psicólogos clínicos), los cuales realizan terapia dentro del contexto de atención primaria en el bloque de consulta externa del hospital del Instituto ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) Ambato.

6.6. Objetivos

Objetivo general

Aplicar el “Protocolo Hipnoterapéutico Indirecto para el Tratamiento del Insomnio Psicofisiológico en Atención Primaria, Primera Versión (PHI-TIP-AP-1)”. En pacientes con trastorno de insomnio primario/psicofisiológico crónico, conforme a las necesidades y requerimientos de la atención primaria del sistema de salud pública ecuatoriano.

Objetivos específicos:

- Identificar las el porcentaje de aceptación del paciente hacia dicho protocolo, al ser aplicado como modelo primario en el tratamiento de insomnio Psicofisiológico crónico dentro del contexto de atención primaria.
- Promover la implementación de modelos hipnoterapéuticos como herramienta básica en el desenvolvimiento de las labores de los profesionales de salud mental.
- Contrarrestar la universalización de los modelos terapéuticos “farmacológicos”, en el tratamiento de los trastornos de insomnio.

6.7. Análisis de Factibilidad

Luego de haber expuesto el protocolo psicoterapéutico **PHI-TIP-AP-1** a diversos profesionales de la salud mental, además de haber aplicado a todo los pacientes que formaron parte de la muestra de esta investigación sido se ha llegado a la conclusión de que la propuesta de su establecimiento en la psicoterapéutica local posee un elevado nivel tanto de factibilidad como de aplicabilidad al ser este modelo un protocolo de intervención breve además de su ausencia de rigurosidad

metodológica hacen de el mismo una herramienta adaptable a las diferentes situaciones y contextos que se presentan dentro de las diferentes instituciones de atención primaria a nivel nacional e inclusive de un paciente a otro, la alta factibilidad de la ejecución de el mismo no solamente se ve evidenciada en su alto nivel de aplicabilidad sino además en el hecho de que no requiere de instrumentos externos o adiciones especiales en la consulta, lo único que se requiere es un alto grado de creatividad, intuición e inteligencia por parte del profesional que lo aplica.

De esta manera podemos notar que el protocolo propuesto es altamente factible no solamente en el contexto de atención primaria sino además en la consulta especializada, en cualquier institución de salud mental pública o privada.

6.8. Metodología, modelo operativo

Es evidente que la presente elaboración de un protocolo no se la debe concebir como una “estandarización” de los procedimientos terapéuticos indirectos ya que eso iría en contra de las bases epistemológicas sobre las que la presente investigación se ha fundamentado, por el contrario este protocolo terapéutico es una guía más que un sistema y en gran medida se deja a la discreción, creatividad e intuición del terapeuta en camino más “adecuado” al ser “Guiado” por cada paciente siendo esta una de las premisas básicas del enfoque indirecto y Ericksoniano.

Además existen algunos factores que deben estar presentes a lo largo de toda la terapia estas son:

- **La observación.** Con el objetivo de encontrar patrones de comportamiento habituales en cada paciente, señales mínimas, y conjuntos conscientes o estructuras de pensamiento arraigadas, especialmente en el momento la inducción al trance.
- **Utilización de los recursos.** Entendiéndose como recursos de la persona las características de su personalidad, las costumbres, el modo de pensar, su mismo lenguaje, y también la capacidad de todos estos aspectos de modificarse en el transcurso del trance, dando lugar a una fenomenología hipnótica que es distinta para cada uno y que constituye un extraordinario punto de palanca para orientar al cambio.
- **Creación de condiciones favorables al cambio.** Con el objetivo de que se produzca el cambio que la persona desea, para ello se ha usado la vía que la persona ha elegido y el papel del terapeuta únicamente consiste en activar el inconsciente para que éste le devuelva los recursos para llevar a cabo el recorrido previsto.

Por otra parte es necesario establecer a modo de esquema general las fases que básicamente se atraviesa tanto en las inducciones al trance que se dan en repetidas ocasiones a lo largo del tratamiento, así como

también el protocolo mismo ya que el tratamiento en sí es un proceso de inducción indirecta de principio a fin por lo que se verán dichas fases en las diferentes etapas del desarrollo del proceso terapéutico, estas son:

- **Fase I:** del proceso hipnótico indirecto: Preparación del paciente, orientación del paciente hacia el trance.
- **Fase II:** Observación del paciente, tiene un desarrollo transversal en el sentido de que tiene que ver con el proceso terapéutico entero, tiene un principio pero no un verdadero final.
- **Fase III:** Diagnóstico hipnótico: que permite observar que el comportamiento típico se verifica en una persona determinada, su finalidad es captar las características propias del paciente en estado de trance y determinar si prefiere guiar o ser guiado, si está más orientado hacia un pensamiento centrado o difuso, si se encuentra más en su ambiente con sensaciones sinestésicas, auditivas, visuales, etc.
- **Fase IV:** Establecimiento del Rapport: el cual le permite al paciente sentirse comprendido y decidir, sobre la base de su propia experiencia, qué grado de confianza puede establecer con el hipnotizador.
- **Fase V:** concentrar la atención en conceptos hipnóticos.
- **Fase VI:** Inducción del trance.
- **Fase VII:** Profundización del trance.
- **Fase VIII:** ratificación del trance, es decir el momento en el que el hipnotizador y la persona verifican que el trance está en curso.
- **Fase IX:** Utilización del trance. Para que el trance pueda traducirse en algo útil es necesario determinar los fenómenos hipnóticos y los recursos personales que constituirán la estructura maestra del cambio al que la Hipnosis debe conducir.
- **Fase X:** Modificación de los comportamientos habituales.
- **Fase XI:** Reorientación del paciente. Es muy delicada ya que el hipnotizador se esfuerza por conducir al paciente fuera de la experiencia de un modo que no cause “traumas” al despertar.
- **Fase XII:** Valoración del trance y de sus resultados.
- **Fase XIII:** Despedida del paciente.

6.8.1. Esquema del tratamiento

Estadio del tratamiento	Objetivos	Estrategias
Primer estadio: de la primera sesión a la tercera.	a) Obtener confianza y colaboración (Fase IV: Establecimiento del Rapport); b) Romper la cadena obsesiva de pensamientos y	1. Secundar las obsesiones del paciente; 2. Reestructuración paradójica y técnica de la confusión; 3. Prescripción del

	<p>acciones;</p> <p>c) Realizar un correcto diagnóstico del trastorno.</p> <p>d) Producir un primer cambio pequeño concreto (Fase I del proceso hipnótico indirecto: Preparación del paciente, orientación del paciente hacia el trance).</p> <p>e) Crear una fuerza expectativa de que algo importante puede suceder. (Fase VI: Inducción del trance).</p> <p>f) Determinar objetivos reales y alcanzables junto con el paciente.</p> <p>g) Realizar un primer acercamiento a la inducción hipnótica es decir el inicio del entrenamiento en Hipnosis (Fase II: Observación del paciente, Fase III: Diagnóstico hipnótico).</p>	<p>síntoma;</p> <p>4. Relato de anécdotas e historias.</p> <p>5. Explicación de la fenomenología de la Hipnosis indirecta.</p>
<p>Segundo estadio: de la cuarta sesión a la sexta.</p>	<p>a) Incentivo y retuerzo del primer pequeño cambio concreto. (Fase VIII: ratificación del trance.)</p> <p>b) Desplazamiento de la atención de sí mismo hacia los demás.</p> <p>c) Ulterior progreso en cambios concretos.</p> <p>d) Re evocación de los conceptos y características fenomenológicas de la Hipnosis indirecta tratada en las sesiones anteriores</p>	<p>1. Paradoja del «ve despacio»;</p> <p>2. Previsión paradójica de recaídas;</p> <p>3. Prescripción del «antropólogo».</p> <p>4. Truismos.</p> <p>5. Sugestiones combinadas.</p> <p>6. Yes set.</p> <p>7. Implicaciones.</p> <p>8. Dobles vínculos, etc.</p>

	<p>para determinar características propias del paciente (Fase V: concentrar la atención en conceptos hipnóticos.).</p> <p>e) Aproximación mayor a la experiencia hipnótica (técnica de la levitación del brazo)</p>	
<p>Tercer estadio: de la sexta sesión en adelante.</p>	<p>a) Consolidación progresiva de la capacidad de <i>no</i> recaer en los marcos de referencia conscientes habituales (Internalización y auto condicionamiento, gráfico 1) (Fase IX: Utilización del trance).</p> <p>b) Redefinición de la percepción de sí mismo, de los demás y del mundo (Fase X: Modificación de los comportamientos habituales).</p>	<p>1. Redefinición de la actual situación (Fase XI: Reorientación del paciente).</p> <p>2. Prescripción de la «fórmula mágica» (en algunos casos).</p>
<p>Cuarto estadio: última sesión.</p>	<p>Consolidación definitiva de las capacidades y de la autonomía personal del paciente. (Fase XII: Valoración del trance y de sus resultados).</p>	<p>1. Explicación detallada del trabajo realizado;</p> <p>2. Redefinición conclusiva de la decisión y capacidad demostrada por el paciente.</p>

Tabla 22: Esquematización del (Protocolo Hipnoterapéutico Indirecto para el Tratamiento del Insomnio Psicofisiológico en Atención Primaria), PHI-TIP-AP-1.

Autor: Felipe L. Gutiérrez C (2012).

6.8.2. Desarrollo del esquema de Tratamiento: Análisis de la dinámica terapéutica.

Primer estadio: de la primera sesión a la tercera

El primer encuentro con el paciente se ha centrado, como de costumbre, en la adquisición de la capacidad de intervención mediante la constitución de una atmósfera de contacto y aceptación interpersonal.

Para este fin, con los pacientes al inicio es fundamental secundar, y aceptar manifiestamente sus fijaciones y sus maneras retorcidas de pensar. De otra forma, se produce inmediatamente una relación contraproducente; de hecho, el terapeuta que intenta convencer al paciente del carácter absurdo de sus convicciones y, a partir de aquí, procura cambiar su manera de actuar, pone en funcionamiento lo mismo que intentan hacer, respecto de las personas obsesivas, sin éxito alguno, cuantos se guían por el «sentido común», esto es: utilizar la lógica ordinaria, aplicándola a cosas que no funcionan de acuerdo con esta lógica, con el efecto de no producir en el sujeto obsesivo ningún tipo de cambio, sino sólo la sensación de no ser comprendido en modo alguno.

Al contrario, la actitud que resulta más benéfica es la que se funda en una lógica paradójica, que se concreta, en el primer encuentro, en la demostración activa de la aceptación de sus conductas y concepciones patológicas, tomando en seria consideración la posible sensatez de sus absurdas convicciones y buscando incluso una especie de justificación partiendo del supuesto de su posible utilidad.

Como consecuencia de esta convicción, al definir el problema es importante junto con el paciente describir detalladamente cada uno de los aspectos tanto sociales, individuales y fenomenológicos de el trastorno que lo aqueja para ello el terapeuta de atención primaria que usa este protocolo se guía en el algoritmo diagnóstico planteado anteriormente (2.5.8.5.2) y al intentar el acuerdo respecto de los fines del tratamiento, se usa la estrategia usual comunicativa del «calcado» (Folk Lenguaje), junto con el radical descarte de afirmaciones y opiniones manifestadas que pudieran contradecir el punto de vista del paciente, y hasta más bien secunda y refuerza este último, en el transcurso de la sesión, por medio de una reestructuración particular del problema.

Se procede, de hecho, en la parte final de la sesión, a una elaborada y poco clara reestructuración del trastorno presentado, con el recurso de citas de hechos e ideas, orientada a demostrar que, a menudo, estos trastornos pueden desempeñar un papel importante o una función determinante en la personalidad humana. Y se concluye con la sugerencia de reflexionar, durante la semana, sobre esta posible realidad.

En la práctica, se redefine el síntoma presentado sembrando la duda acerca de que éste pueda ejercer un papel positivo, de que posea un objetivo positivo que hay que investigar.

Todo esto significa complicar, aún más, la ya complicada red de pensamientos del paciente, conducirla a su exasperación paradójica y, al mismo tiempo, orientar al sujeto hacia una nueva y sorprendente perspectiva de análisis de estas realidades.

El hecho de crear confusión mental en el paciente mediante razonamientos más complicados y elaborados que los suyos y de insertar

la duda absurda del posible carácter positivo de sus sufrimientos puede producir los siguientes efectos:

En la segunda sesión, los pacientes han referido dos tipos de reacción que pueden aclararse mediante extractos de las grabaciones:

“Doctor, ¿sabe? He pensado toda la semana para qué sirven estas ideas mías y estas acciones mías extrañas, pero no he entendido nada. Pero he de decirle que he tenido la mente más tranquila todos esos días.”

O bien:

“Doctor, creo que he entendido que estas acciones que hago sirven realmente para algo, pero no sabría decir para qué; pero debo decir que me he sentido algo mejor, he tenido menos fijaciones”.

El efecto de la reestructuración paradójica ha consistido, pues, en disminuir, aunque fuera poco, la tensión obsesiva complicándola aún más, pero orientándola en su complejidad hacia un oscuro y misterioso posible sentido positivo de los trastornos que padece el sujeto. Esto ha permitido centrar la atención sobre algo diverso de lo habitual, cosa que se ha logrado de modo que el sujeto, en vez de intentar no pensar y no actuar de forma compulsiva, esforzándose por controlar aquellos impulsos, ha concentrado su atención en la posible utilidad de los síntomas o trastornos. Obviamente, esta inexistente utilidad no ha podido ser identificada, pero la búsqueda complicada en este sentido ha hecho disminuir, por efecto de la paradoja, el mecanismo obsesivo de las “soluciones ensayadas”, como son intentar no pensar y por ello pensar aún más o intentar no actuar de una cierta manera y, por ello, hacerlo aún más.

En palabras de Nardone:

“intentar voluntariamente hacer algo de forma espontánea inhibe la espontaneidad y hace imposible realizar lo que se querría hacer con todo el esfuerzo”.

En las personas insomnes, el intento obsesivo de controlar las noches de vigilia produce el efecto del mantenimiento y del incremento de las mismas (como se explico en la teoría de la internalización). Desactivar, aunque sólo sea un poco, este mecanismo produce una disminución rápida de la tensión.

En la segunda sesión, tras el informe del paciente, se ha procedido al refuerzo de la hipótesis de un papel funcional positivo de los síntomas para la personalidad del paciente mediante otra serie de razonamientos y suposiciones, todavía más complicada y retorcida, para llegar, en los últimos minutos de la sesión, a la asignación de una prescripción de

comportamiento del tipo paradójico, que no tiene otro fin que incidir directamente en los comportamientos compulsivos.

“Bien, basándonos en lo que hemos dicho hasta aquí, ahora yo le asigno una tarea concreta que usted tendrá que realizar sin hacerme preguntas o pedirme explicaciones, porque esto le ayudará a usted a solucionar las dudas acerca del papel positivo de su trastorno, por lo que deberá realizarla por sí solo. Así pues, quiero que usted, cada vez que se encuentre en la situación de sentir la obligación de dormir, en vez de obligarse a usted misma a hacerlo; oblíguese a no hacerlo, lo repetirá voluntariamente diez veces, en voz alta ¡exactamente diez veces! Ni una más ni una menos. ¡Diez veces exactamente!”

Esta prescripción se ordena como una auténtica sugestión hipnótica, con un lenguaje pausado, cadencioso, repetido y redundante por cuanto se refiere a especificar exactamente el comportamiento que hay que seguir. En el caso de los rituales pre nocturnos, debería repetirlos siempre diez veces.

En la tercera sesión, el informe más frecuente es:

“Doctor, he hecho con empeño la tarea que me impuso, pero no lograba hacer diez veces la misma cosa antes de irme a acostar; así que me iba a la cama con algo de fatiga entonces empezaba a repetirme a mí mismo que me voy a obligar a no dormir y empecé a sentir algo de sueño, ¡pero continuo sin entender nada!”

La maniobra terapéutica consiste, después de estos informes, en reafirmar la importancia de llevar a término exactamente diez veces aquella determinada acción, de otra forma ellos no podrían esclarecer el papel positivo de los síntomas ni llegarían a ejercer su control. Por ello se mantiene la prescripción todavía para otra semana, destacando que se estaba comenzando a asumir el control de la situación.

Posteriormente a ello se les menciona si han escuchado algo sobre la Hipnosis indirecta, se escucha atentamente al paciente procurando desmitificar las concepciones equivocadas sobre el paciente y se le explica en qué consiste el uso terapéutico de la Hipnosis indirecta, la explicación crea de esta manera una especie del “lenguaje doble” el cual le permite al paciente escuchar pero sin estar implicado aún en primera persona dentro del proceso hipnótico, esto constituye en sí mismo ya una inducción indirecta al trance ya que con la explicación el paciente se da cuenta que él puede estar en un estado de trance sin haberse percatado de ello. Y de esta manera una introducción al entrenamiento que el paciente tendrá en las próximas sesiones.

Al final de la sesión, mientras se les acompañaba hacia la puerta, se les explica a los pacientes la siguiente historieta:

Según un antiguo cuento, una vez una hormiga pidió a un ciempiés, sabe usted, uno de aquellos animales que se mueven tan bien y con tanta elegancia con cien pies a un mismo tiempo:

"¿Quieres decirme cómo hacer para andar tan bien con tantos pies a la vez? Explícame cómo lo haces para controlarlos todos a un mismo tiempo."

El ciempiés comenzó a pensar sobre aquello y ya no logró moverse ni caminar más.

Tras esta breve narración, se saluda a los pacientes y se les invita a reflexionar sobre el significado de la historieta.

Segundo estadio: de la cuarta sesión a la sexta

En la cuarta sesión, la mayoría de los pacientes han explicado que se sentían decididamente mejor, que han tenido episodios esporádicos de somnolencia profunda y eventualmente momentos de sueño con una duración mayor a la habitual. Además, muchas de estas personas han declarado haber estado pensando mucho en el ciempiés y haber entendido que ellos mismos habían caído en la misma trampa (es decir al tratar de descifrar cómo funciona el sueño y cuál es la mejor manera para activarlo obtuvieron un efecto contrario), pero no podían explicarse por qué ahora las cosas estaban cambiando. Para este punto generalmente lo que los pacientes se preguntan es:

¿Cómo era posible que hubiesen disminuido el período de latencia de sueño y la sintomatología?

Se re evoca los conceptos y características fenomenológicas de la Hipnosis indirecta tratadas en las sesiones anteriores, teniendo mucho cuidado en observar señales mínimas en el paciente que muestren un estado de trance espontáneo, y poco a poco le hacemos notar aquello. Por ejemplo sensación de relajación sensación de calidez en las manos o piernas, inmovilidad parcial del cuerpo, esto poco se constituye de este modo lo que ha sido definido como monoideismo, es decir el fenómeno en el cual una idea asume cada vez mayor importancia hasta convertirse en central en la mente de una persona y a ocupar buena parte de su espacio mental disponible. Para ello comenzamos ya a usar técnicas de Hipnosis indirecta como truismos, implicaciones, dobles vínculos, yes set, etc., de acuerdo a lo que se adecúa de mejor manera con el estilo caracterológico y lingüístico del paciente siempre recordando que cada uno de los movimientos que se realicen dentro de la terapia son guiados por el propio paciente y sus respuestas y no por los prejuicios o suposiciones

del terapeuta. De esta manera se ha guiado al paciente dentro de un trance hipnótico más establecido.

A partir de aquí, redefinimos la situación, explicando con todo detalle el truco analizado y que la paradoja del «sé espontáneo» puede producir problemas, pero que puede ser utilizada también para erradicar otros, pongamos por caso los suyos. En especial, nos hemos demorado hablando de la clara posibilidad de la resolución del problema en cuestión.

Pero, tras estas afirmaciones, se declara también que en aquel momento es necesario ralentizar el proceso del cambio:

“Si apretamos el acelerador demasiado a fondo, nos saldremos de la carretera.”

Y se ha afirmado afirma además:

“Pienso, sabe usted, que es previsible alguna recaída en las próximas semanas, porque ciertos trastornos pueden volver prepotentes después de haber empezado a ser anulados. Aún más, le diré que pienso que, en los próximos días, usted experimentará una intensa repetición de los mismos síntomas. Continúe, no obstante haciendo esto que ha aprendido.”

Como es fácil prever, a la siguiente semana sólo muy pocos relatan la recaída prescrita; la mayoría vuelven afirmando que no habían tenido ninguna recaída y hasta que se habían sentido algo mejor, con menos pensamientos fijos dentro del período de latencia y con una mejora sintomática notable.

En los dos casos del informe, el movimiento sucesivo, tras una nueva redefinición de la situación y de la manifiesta posibilidad de cambio y solución del problema, constituye en el caso de personas con recaída, en prever otra recaída, aunque mucho más leve y, en los demás casos, en prever la recaída prevista y no acaecida en la semana anterior.

A todos, luego, les dirige la siguiente prescripción:

“Bien, ahora que hemos desactivado aquellos mecanismos que usted sabe, podemos comenzar a usar en sentido positivo su sensibilidad y su gran capacidad de atención. En los próximos días, quiero que usted, cuando salga de aquí, haga aquello que por lo general hace un antropólogo cuando va a estudiar una cultura determinada. El antropólogo observa atentamente la manera de comportarse de las personas, su sociedad, su cultura. Quiero que usted haga lo mismo observando y estudiando el comportamiento de las personas que ve en su entorno, que le salen al paso. Estoy convencido de que, con su sensibilidad y capacidad de atención, descubrirá cosas interesantes de las que me hablará en la próxima sesión”.

Esta prescripción, denominada “prescripción del antropólogo”, tiene como objetivo producir el desplazamiento de la atención del sujeto de sí mismo hacia los demás. Es decir, sirve para que la persona evite estar demasiado atenta a cuanto puede acaecer dentro de sí misma y a sus propias acciones, mecanismo que por lo común funciona como un auto condicionamiento que se determina a sí mismo, desplazando la atención sobre la observación y el estudio «antropológico» de las demás personas.

A la sesión siguiente, la mayoría de pacientes ha referido no haber tenido ninguna recaída y ha descrito con vivacidad muchas tipologías de comportamiento humano. Algunos incluso han referido haber observado en otras personas comportamientos sintomáticos y haber descubierto que hay mucha, gente con problemas, cosa que no podían suponer antes, pensando que eran ellos los únicos en tenerlos.

La sesión se destina casi por entero a reflexiones que el informe del paciente ha estimulado y a dar ánimos para continuar en la indagación cognoscitiva de los demás, reforzando con opiniones favorables la capacidad demostrada por el sujeto al llevar a cabo esta tarea no fácil y reafirmando la gran utilidad que, para la interacción con los demás, puede tener su capacidad de investigación evaluadora.

La sesión concluye con una inducción al trance y una demostración de la levitación del brazo en medio de la demostración el hipnoterapeuta da una serie de sugerencias que evoquen el valor, la auto exploración y que al mismo tiempo devuelvan la responsabilidad de si vida al paciente ya que uno de los sentimientos subjetivos dentro del trastorno de insomnio sea este primario psicofisiológico o de cualquier otra clasificación es que todo el proceso está fuera de las manos del paciente, un buen ejemplo de estas sugerencias indirectas son las siguientes:

“Una de las mejores cosas sobre la Hipnosis es que en el estado de trance..... usted puede atreverse a observar, pensar, ver y sentir cosas que usted no se atrevería en el estado despierto ordinario y todo le pertenece a usted”

La frase *“puede atreverse a observar, pensar, ver y sentir cosas que usted no se atrevería en estado despierto ordinario”*, implica que el paciente tiene mucho más valor de lo que sabe, y habrá más cosas para hacerlas conscientes de las que ella conoce, incluido potencialidades terapéuticas. Al mismo tiempo es por supuesto otro truísmo científico: hay mucho más en nuestro banco de memoria y en las estructuras asociativas de que nosotros somos normalmente conscientes en el estado consciente normal. En este caso se usa este truísmo para evocar un conjunto (Set) de Auto exploración.

Por su parte la frase *“todo le pertenece a usted”* es una sugestión combinada que se ve adherida a la sugestión anterior por la conjunción

“y” lo cual hace que al ser aceptado el turismo también sea aceptada la sugerencia de que todo le pertenece al paciente, sugerencia que implica el hecho de que:

Si todo le pertenece a usted, usted quiere encargarse de ello. Por tanto la decisión sobre el hasta ahora aparentemente autónomo trastorno queda absolutamente en las manos del paciente; y desde ahora el paciente es la fuente de su propia experiencia.

Tercer estadio: de la sexta sesión en adelante

En algunos casos, a la sesión siguiente, por lo general la sexta o la séptima, la situación de latencia previa a la obtención del sueño fisiológico queda reducida a la mínima expresión, por lo que se procede a una redefinición de la situación tendente a subrayar la capacidad que el paciente ha demostrado al combatir sus propios problemas colaborando de un modo excepcional con el terapeuta.

En estos casos, se comienza a ampliar el tiempo que mediaba entre una sesión y la siguiente, con la clara intención de reforzar la autonomía personal y demostrar que se tenía una mayor confianza en las habilidades adquiridas por la persona.

En las sesiones sucesivas se ha proseguido con ulteriores redefiniciones positivas de la situación y del cambio obtenido hasta llegar al final de la terapia.

En la mayoría de casos, no obstante, en la sesión siguiente a la segunda semana de la «prescripción del antropólogo», la situación ha sido otra. Los sujetos habían reducido a la mínima el período de latencia de sueño, pero continuaban teniendo la tendencia frecuente a pensar demasiado las cosas, complicándolas, haciéndolas difíciles y, por lo mismo, preocupantes.

Por tanto, pese a que no manifestaban síntomas de insomnio significativos, mantenían con todo una inclinación obsesiva en su manera de analizar el procedimiento de acostarse, con tendencia a “pensar mucho y a obrar poco”. Con una idea obsesiva de recaída acompañada de un temor recurrente a acostarse:

Para estas situaciones, se ha pensado una forma peculiar de intervención: la prescripción de la “fórmula mágica”.

De hecho, se asignó la tarea de transcribir cinco veces, siempre que ocurriera una reflexión complicada, la frase inglesa: *Think little and learn by doing!* (Piensa poco y aprende de lo que haces).

Esta tarea ha sido asignada sin explicar el significado del enunciado. Algunos pacientes que sabían inglés y lo han entendido inmediatamente; a los demás se les ha sugerido que alguien se lo tradujera.

En todo caso, la prescripción ha consistido en escribir cinco veces, en un folio que el terapeuta les había entregado, la mencionada frase

cada vez que el paciente se hallara en la situación de estar pensando demasiado una cosa o una situación.

Casi nadie realiza la orden. Por ello se la define irónicamente como “fórmula mágica”. Casi todos los pacientes relatan que, sólo con pensar que tenían que escribir aquella frase, se han sentido liberados de considerar una y otra vez las cosas, empezando a actuar con mayor desenvoltura y menos complicadas reflexiones antecedentes, y en consecuencia realizando de mejor manera su ritual previo a acostarse.

Cuarto estadio: última sesión

La última sesión, como ya se ha explicado, desempeña el último escalón de una serie de pasos estructurados desde la primera vez que el paciente ingresa a consulta, con el objetivo de consolidar definitivamente la autonomía personal del paciente. A este respecto, se procede a un epílogo y a una explicación detallada del proceso terapéutico desarrollado y de las estrategias utilizadas, explicando bien su funcionamiento. Reafirmando siempre que el cambio ha tenido lugar gracias a las dotes personales del paciente.

El terapeuta sólo activa estas características personales ya presentes, no ha añadido nada, incluso porque esto sería de todo punto imposible.

Partiendo de aquí, se concluye afirmando que el paciente ya ha aprendido a utilizar bien sus propias dotes personales y que, por consiguiente, ahora ya no tiene ninguna necesidad del terapeuta.

Se pone de acuerdo sobre las modalidades del follow-up (seguimiento) y se despide del ahora ex paciente.

6.9. Administración

La propuesta se la realizará en el hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) de la ciudad de Ambato. De forma que esta propuesta podrá involucrar al personal relacionado con el campo de la salud mental que desempeñe sus funciones en el contexto de atención primaria y consulta externa, de

6.10. Previsión de la evaluación

En la presente propuesta se evaluarán los siguientes parámetros.

- Adecuación del protocolo psicoterapéutico de atención, diagnóstico y tratamiento para pacientes con trastorno de insomnio primario/psicofisiológico crónico a las necesidades y requerimientos de la atención primaria del sistema de salud pública ecuatoriano.
- Porcentaje de aceptación del paciente hacia dicho protocolo, al ser aplicado como modelo primario en el tratamiento de insomnio Psicofisiológico crónico dentro del contexto de atención primaria.

- Difusión del protocolo hipnoterapéutico PHI-TIP-AP-1 como herramienta básica en el desenvolvimiento de las labores de los profesionales de salud mental.
- Porcentaje de preferencia del modelo terapéutico PHI-TIP-AP-1 frente a modelos “farmacológicos”, en el tratamiento de los trastornos de insomnio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BIBLIOGRAFÍA

1. American Academy Of Sleep Medicine. (2005) *“International classification of sleep disorders (ICSD-2)”*. Diagnostic and coding manual.; Westchester, IL.
2. Badía, X y Alonso, J. (2007). *“Medidas de bienestar psicológico y salud mental”*. En: BADÍA, X y ALONSO, J. *“La medida de la salud. Guía de escalas de medición en español”* Ars. Médica. Barcelona.
3. Bateson, G. *“Comunicación Personal”*. Carta de Noviembre. Nueva York.
4. Barreto, Dimitri Vaquero. (2008) *“Evaluación de los Sistemas de Salud Mental WHO - AIMS: Informe final”*. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Quito.
5. Basta M, Chrousos GP, Vela-Bueno A et al. (2007). *“Chronic Insomnia and Stress System”*. Sleep Med Clinic. U. A.
6. Bernheim, H. (1895). *“Suggestive therapeutics: A treatise on the nature and uses of hypnotism”*. Traducción: Felipe Gutiérrez. Putnam. New York.
7. Bolduc, Henry Leo. (2004). *“AutoHipnosis”*. Traducción: Angelina Ahumada, Montserrat Arcis, Juan Jaime, Anglet y Diego Marroquín Ahumada. Revisión: Juan Jaime Marroquín V. Fundación Edgar Cayce. México DF.
8. Bonnet, M.H. y Arand, D.L. (2000). *“Activity, arousal, and the MSLT in patients with insomnia”*. Sleep. Nueva York.
9. Borrel Carrión, F. (1989). *“Manual de entrevista clínica”*. Doyma. Barcelona.
10. Brown, B. (1974). *“Mente Nueva, Cuerpo Nuevo”*. Harper & Row, Nueva York.
11. Cade, B y O’Hanlon, W. (1995). *“Guía breve de Terapia Breve”*. Ed. Paidós. Barcelona.

12. Cedeño, Hamilton Benigno. (2011). Tesis: *“Depresión En Pacientes Con intoxicación Aguda Que Acuden A La Emergencia Del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda, Abril - Septiembre Del Año 2011.”*. Universidad Técnica de Manabí. Ecuador.
13. Chamorro L. (2004). *“Guía de manejo de los trastornos mentales en Atención Primaria”*. Ars. Médica. Barcelona.
14. Chemnitz, G. y Feingold, E. (1980). *“Varias Condiciones de sugestión y sugestibilidad y si implicación para el tratamiento médico y psicoterapéutico”*. Extraído de: PAJNTAR, ROSKAR y LAURICK. *“Hypnosis in Psychotherapy and Psycisomatic Medicine”*. Ljubljana (Eds.). University Press.
15. De Shazer, S. (1991). *“Claves para la solución en Terapia Breve”*. Ed. Paidós. Barcelona.
16. Dorsey, C.M, Bootzin, R.R. (1997). *“Subjective and psychophysiologic insomnia: an examination of sleep tendency and personality”*. Biol Psychiatry. U. A.
17. Erickson, M. H. (1932). Artículo: *“Possible detrimental effects of experimental hypnosis”*. Publicado en: *“Journal of Abnormal and Social Psychology”*, p. 27, 321-327. Irvington. Nueva York.
18. Erickson, M. H. (1952). *“Hipnosis profunda y sus inducciones”*. Extraído de: LE CRON, L. M., *“Experimental Hipnosis”*. Macmillan. New York: p. 70—114.
19. Erickson, M. H. (1955). Artículo: *“Auto exploración en estado hipnótico”*. Extraído de: *Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*. Nueva York., 3, 49—57.
20. Erickson, M. H. (1958). Artículo: *“Técnicas Naturalistas de Hipnosis”*. Extraído de: *American Journal of Clinical Hypnosis*, Nueva York.
21. Erickson, M. H. (1959). Publicación: *“Further techniques of hypnosis-utilization techniques”*. Extraída de: *American Journal of Clinical Hypnosis*, Nueva York. 2, 3—21.
22. Erickson, M. H. (1965). Publicación: *“El uso de los síntomas como una parte integral de la terapia”*. Extraído de: *American Journal of Clinical Hypnosis*, p. 8, 57-65.
23. Erickson, M. H., and Rossi, E. (1975). *“Variaciones del Doble lazo”*. Extraído de: *“American Journal of Clinical Hypnosis”*, p. 17, 143-157. Irvington. Nueva york.

24. Erickson, Milton H. ROSSI, Ernest. ROSSI, L Sheila I. (1976). *"Hypnotic Realities (Realidades Hipnóticas)"*. Traducción: Felipe Gutiérrez. Editorial IRVINGTON PUBLISHERS, Inc. New York.
25. Erickson, Milton H. ROSSI, Ernest. (1981) *"Experiencing Hypnosis: Therapeutic Approaches To Altered States (Experimentando la Hipnosis: Aproximaciones Terapéuticas a Estados Alterados)"*. Traducción: Felipe Gutiérrez. Editorial IRVINGTON PUBLISHERS, Inc. New York.
26. Erickson, Milton H. ROSSI, Ernest. (1979). *"Hypnotherapy: An Exploratory Casebook (Hipnoterapia: Un Libro Exploratorio de Casos)"*. Traducción Felipe Gutiérrez. Editorial IRVINGTON PUBLISHERS, Inc. New York.
27. Erickson, M.H. ROSSI, E.L. (1979) *"Hypnotherapy: An exploratory casebook"*. Irvington. New York.
28. Erickson, M.H. ROSSI, E.L. (1980). *"The Indirects Forms of Suggestions. In E. Rossi (Ed.), The Collected Papers of Milton H. Erickson on Hypnosis"*, Vol. 1. Irvington. New York:
29. Erickson, Milton H. (1980a/1994) *"Psicoterapia Hipnótica"*. En: PACHECO, M. *"Hipnoterapia Ericksoniana: Nivel Avanzado. Co-creando un Contexto para el cambio"*. Instituto Milton H. Erickson. Santiago de Chile.
30. Erickson, Milton H. (1980b/1994). *"Los Prejuicios limitantes de las "Escuelas "de psicoterapia"*. En: PACHECO, M. *"Hipnoterapia Ericksoniana: Nivel Avanzado. Co-creando un Contexto para el cambio"*. Instituto Milton H. Erickson. Santiago de Chile.
31. Estabrooks, G. H. (1957), *"Hipnotismo"*, Dutton. Nueva York.
32. Eysenck, H.J. (1970), *"La estructura de la Personalidad humana"*, Methuen. Londres.
33. G.-Portilla, M.P. et al. (2002). *"Árbol de decisión: Insomnio. Psiquiatría y Atención Primaria"*. Paídos. Buenos Aires.
34. Gallardo, Orlando Marcelo. (2011). *"El Arte De La Sugestión: curso personales dictados por el profesor Gallardo"*. Quito.
35. García-Portilla, María Paz. BASCARÁN, María Teresa. SÁIZ, Pilar Alejandra. BOUSOÑO, Manuel. BOBES, Julio. (2008). *"Banco de*

instrumentos básicos para la práctica de la Psiquiatría Clínica". 4ª Edición. Editorial Ars. Médica. Buenos aires.

36. Gibson, H.B. y Heap, M. (1991), "*Hypnosis in Therapy*", Ed. Lawrence Erlbaum. Londres.
37. Gill, M. M. y Brenman, M. (1959). "*Hypnosis and related States*", International Universities Press. Nueva York.
38. Golberg y D. Huxley, P. (1990). "*Técnicas de entrevista en atención primaria*". En: Golberg, D y Huxley, P. "*Enfermedad mental en la comunidad*". Nivea. Madrid.
39. Gradillas, V. (1992). "Arte y técnica de la entrevista psiquiátrica". JIMS. Barcelona.
40. Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Insomnio en Atención Primaria. (2009). "*Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Insomnio en Atención Primaria*". Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Agencia Laín Entrago. Madrid.
41. Haley, J. (1963). "*Estrategias de Psicoterapia*". Grune and Stratton. New York.
42. Haley, J. (1980). "*Terapia no convencional. Las técnicas psiquiátricas de Milton H. Erickson*", M.D. Ed. Amorrortu, B. Aires.
43. Haley, J. (1987) "*Terapia de ordalía. Caminos inusuales para modificar la conducta*". Ed. Amorrortu, B. Aires
44. HAMBLETON, Roger. (2002). "*Hipnosis Segura*" (*Practicing Safe Hypnosis*). Traducción: Jasone Aldeoka. Editorial Desclée de Brouwer. Bilbao.
45. Healey, E.S, Kales, A. Monroe L.J. et al. (1981). "*Onset of insomnia: role of life-stress events*". Psychosom Med.
46. Heap, M. (1995). Artículo: "*A case of death following Stage Hypnosis: Analysis and Implications*". Contemporary Hypnosis.
47. Higlard, E.R. (1978). "Estados de conciencia en la Hipnosis: ¿Divisiones o Niveles? Extraído de: Hypnosis at it's bicentennial. Eds. Frankel and Zmansky. Nueva York.

48. Jiménez, Alejandro Genchi. DÍAZ, María de los Ángeles. (2000). *“Artículo Publicado En la revista Médica De la UNAM. Vol. 43 Nª 2 Marzo- Abril del año 2000: “El Insomnio en la Práctica Médica”*. Universidad Nacional Autónoma de México. México D.F.
49. Kales, A y Kales, J. (1984). *“Evaluation and treatment of insomnia”*. Charles C. Thomas, Springfield- Illinois.
50. Lankton, C. (1988). *“Task Assignments: Logical and Otherwise”*. Extraído de: Zeig J. y Lankton S. *“Developing Ericksonian Therapy. State of the Art”*. Brunner/Mazel. New York: p. 257-279
51. Lankton, S. (1990/1994). *“Terapia Estratégica Ericksoniana”*. Extraído de: Pacheco, M. *“Hipnoterapia Ericksoniana: Nivel Avanzado. Co-creando un Contexto para el cambio”*. Instituto Milton H. Erickson. Santiago de Chile.
52. Lobo, A. Montón, C. Campos, R. et al. (1993). *“Detección de morbilidad psíquica en la práctica médica. El nuevo instrumento EADG”*. Zaragoza.
53. López,-Ibor, JJ. Valdés, M. (2004). *“Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Texto Revisado. Atención Primaria. (DSM-IV-TR-AP)”*. Editorial Masson. Barcelona – España.
54. Luria, A. (1973). *“The working brain”*. Basic Books. New York.
55. Machovec, F.J. (1986). *“Complicaciones de la Hipnosis”*. Charles C. Thomas, Springfield- Illinois.
56. Meldman, M. J. (1960). Artículo: *“Descompensación de la personalidad después de una supresión hipnótica de los síntomas”*. Extraído de. Journal of American Medical association. P. 173.
57. Nardone, Giorgio y Watzlawick, Paul. (1989). *“El Arte Del Cambio”*. Traducción A. Tierz. Editorial Herder. Barcelona.
58. Nardone, Giorgio. Loriedo, Camilo. Zeig, Jeffrey y WATZLAWICK, Paul. (2008). *“Hipnosis y Terapias Hipnóticas”*. Traducción: Jordi Bargalló Chávez. Editorial RBA Libros. Barcelona.
59. National Sleep Foundation. (2008). *“Sleep in America Poll. Summary of Findings.”* [sede Web]. National Sleep Foundation, [última actualización 20-11-2008]; Disponible en: www.sleepfoundation.org
60. O'hanlon, W. (1989). *“Raíces Profundas. Principios básicos de la terapia y de la Hipnosis de Milton H. Erickson”*. Ed. Paidós, B. Aires

61. OMS, (1992). "CIE-10: *Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones Clínicas Y pautas para el Diagnóstico*". Ediciones MEDITOR. Madrid- España.
62. Orne, M. T. (1972). "*Hipnosis: Investigación, desarrollo y perspectivas*". Andine – Atherton. Chicago, p. 399-433.
63. Orne, M.T. (1965). Artículo: "*Efectos indeseables de la Hipnosis: directivas y manejos*". Extraído de: International Journal of Clinical and experimental Hypnosis.
64. Oxfordconcise Medical Dictionary. (1998). Martin, E.A. (ed.), 5ª Ed., Oxford University Press. Oxford.
65. Pacheco, M. (1997) Artículo: "*La realidad de las realidades hipnóticas*". Revista Terapia Psicológica, Año XV, Vol. VI (4), N° 28.
66. Peraita-Adrados, R. (2005). "*Avances en el estudio de los trastornos del sueño*". Rev. Neurol. Madrid.
67. Perlis, M. L. (1997). "*Insomnio Psicofisiológico: Modelo comportamental y perspectiva neurocognitiva*" Ars. Médica. Madrid
68. Perlis, M.L. (2005). "*Etiology and Pathophysiology of Insomnia*". En: Kryger, M.H. "*Principles and practice of sleep medicine*", 4th edition. Roth T, Dement WC (Eds). Philadelphia.
69. Perlis ML, Giles DE, Mendelson WB et al. (1997). "*Psychophysiological insomnia: the behavioral model and a neurocognitive perspective*". J Sleep Res. U. A.
70. Real Academia Española de la Lengua. (2011). "Diccionario de la Real Academia Española de la Lengua". España.
71. Reber, A.S. (1995). "*Diccionario de Psicología*". Penguin Group. Londres.
72. Ribera Casado J. (2006). "*Trastornos del sueño en la persona mayor*". Rev. Neurol. Madrid.
73. Robles, T. (1991) "*Terapia cortada a la medida. Un seminario Ericksoniano con Jeffrey K. Zeig*". Instituto Milton H. Erickson de la Ciudad de México. México D.F.

74. Rosen, S. (1986) *“Mi voz irá contigo. Los cuentos didácticos de Milton H. Erickson”*. Ed. Paidós, B. Aires.
75. Rosen, S. (1988/1994) Artículo: *“¿Qué hace tan efectiva a la hipnoterapia ericksoniana?”*. Extraído de: PACHECO, M. (1997) *“La realidad de las realidades hipnóticas”*. Revista Terapia Psicológica, Año XV, Vol. VI (4), N° 28, p. 32-47
76. Rossi, Ernest Lawrence. (1986/1993). *“The Psychobiology of Mind-Body Healing”. / “View Concepts of Therapeutic Hypnosis”*. Revised Edition. Norton. New York.
77. Rossi, Ernest Lawrence y ROSSI, Kathryn Lane. (2008). *“La Nueva Neurociencia De La Psicoterapia, La Hipnosis Terapéutica Y La Rehabilitación: Un Diálogo Creativo Con Nuestros Genes”*. Traducción: Jorge Cuadros, Revisión: José Cava Roda. Instituto Milton H. Erickson. California.
78. Sanchez, Jorge. (2011). *“Seminario taller de Hipnosis Clínica”*. Universidad Tecnológica Indoamérica. Ambato – Ecuador.
79. Sanjuan, J. (2000). *“El paciente insomne. Psiquiatría y Atención Primaria”*. 2000. Herder. Madrid.
80. Sarrais, F. y De Castro, M.P. *“El insomnio”*. An Sist Sanit Navar. Navarra.
81. Shor, R. (1959). Publicación: *“Hypnosis and the concept of the generalized reality-orientation”*. En: American Journal of Psychotherapy, p. 13, 582-602.
82. Smith, M.T, Perlis, M.L, PARK A. et al. (2002) *“Comparative meta-analysis of pharmacotherapy and behaviour therapy for persistent insomnia”*. Am J Psychiatry; 159:5-11.
83. Sociedad Ecuatoriana de Hipnosis Terapéutica e Hipnopedía (SEHTH - I.GTH - Ec.). (2007). *“Código De Honor”*. Quito- Ecuador.
84. Spanos, N. P. y Barber, T. X. Artículo: *“Towards and convergence in Hypnosis research”*, en *American Psychologist*. P. 29.
85. Spielman, A.J. y Caruso, L. S. (1987). *“A behavioral perspective on insomnia treatment”*. Psychiatric Clin North Am. Glovinsky PB.

86. Stern, T. Herman, J. y Slavin, P. (2005). *“Psiquiatría en la consulta de atención primaria: guía práctica”*. Massachusetts general Hospital. EEUU.
87. Vela M, Gutiérrez C. (1999) *“Prevalence of sleep disorders”* Gac Sanit.; 13:441-448.
88. Watzlawick, P., Beavin, A., y Jackson, D. (1967). *“Pragmatics of Human Communication”*. New York: Norton, 1967
89. Watzlawick, P. Weakland, J. y Fisch, R. (1974). *“Cambio”*. Ed. Herder, Barcelona.
90. Waxman, D. (1981). *“Hypnosis”*. Unwin Paperbacks. Londres.
91. Weitzenhoffer, A. (1957). *“Técnicas generales de Hipnotismo”*. Grune and Strat-ton. Nueva York.
92. White, R.W. (1941). Artículo: *“A preace to the theory of hypnotism”*. Extraído de: Journal Abnormal Social psychology, p 36.
93. Yapko, M. (1990). *“Trancework”*. Brunner/Mazel. New York.
94. Yapko, M. (1998). *“Lo esencial de la Hipnosis”*. Ed. Paidós, Barcelona
95. Zeig, J. (1990/1994). *“Psicoterapia Ericksoniana”*. Pacheco, M. (1997) *“La realidad de las realidades hipnóticas”*. Revista Terapia Psicológica, Año XV, Vol. VI (4), N° 28, p. 47-65.
96. Zeig, J. (1987/1994). *“Pautas Terapéuticas de Influencia Comunicacional Ericksoniana”*. Extraído de: PACHECO, M. (1997) *“La realidad de las realidades hipnóticas”*. Revista Terapia Psicológica, Año XV, Vol. VI (4), N° 28, p. 48-67
97. Zeig, J. (1992/1990) *“Las Virtudes de Nuestros Defectos: Un Concepto Clave en la Terapia Ericksoniana”*. Extraído de: PACHECO, M. (1997) *“La Realidad De Las Realidades Hipnóticas”*. Revista Terapia Psicológica, Año XV, Vol. VI (4), N° 28, p. 68-86

LINKOGRAFÍA

98. Llort. S. (2011). Artículo: *“El insomnio Infantil”*. Recuperado 1 de Noviembre 2012, disponible en:
<http://www.psicodiagnosis.es/areageneral/elneonato/index.php>.

CITAS BIBLIOGRÁFICAS – BASE DE DATOS DE LA UTA.

99. SCIELO Revista de Cuba de Ciencias Médicas. (2011). *“Modelo de hipnosis muy profunda colectiva y simultánea para el estudio de funciones cognitivas”*. Recuperado el 23 de septiembre de 2012, disponible en la página web en el sitio: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192011000600002.
100. SCIELO Revista de Chile de Ciencias Psicológicas. (2008). *“Definiendo la hipnosis desde la psicobiología: algunas líneas de desarrollo científico de los fenómenos hipnóticos”*. Recuperado el 2 de noviembre de 2012, disponible en la página web en el sitio: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S0718-41232008000200004&script=sci_arttext
101. SCIELO Revista de colombiana de Ciencias Psicológicas. (2010). *“La hipnosis como intervención para la cesación del consumo de tabaco”*. Recuperado el 2 de noviembre de 2012, disponible en la página web en el sitio: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502010000500016
102. SCIELO Revista española de Ciencias Psicológicas. (2007). *“El Insomnio”*. Recuperado el 8 de octubre de 2012, disponible en la página web en el sitio: scielo.isciii.es/pdf/asisna/v30s1/11.pdf
103. SCIELO Revista de colombiana de Ciencias Psicológicas. (2005). *“Insomnio: enfoque diagnóstico y terapéutico”*. Recuperado el 2 de noviembre de 2012, disponible en la página web en el sitio: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0121-07932005000100005&script=sci_arttext

ANEXO 1

Índice De Gravedad del Insomnio (ISI)

Tomado de: Bastien CH, Vallieres A, Morin CM. "Validation of the Insomnia Severity Index as an outcome measure for insomnia research" (2001).

1. Indica la gravedad de tu actual problema (s) de sueño:					
	Nada	Leve	Moderado	Grave	Muy Grave
a) Dificultad para quedarse dormido/a:	0	1	2	3	4
b) Dificultad para permanecer dormido/a:	0	1	2	3	4
c) Despertarse muy temprano:	0	1	2	3	4
2. Cómo estás de satisfecho/a en la actualidad con tu sueño:					
Muy Satisfecho		Moderadamente satisfecho		muy Insatisfecho	
0	1	2	3	4	
3. En qué medida consideras que tu problema de sueño interfiere con tu funcionamiento diario (Ej. Fatiga durante el día, capacidad para las tareas cotidianas/ trabajo, concentración, memoria, estado de ánimo, etc.).					
Nada	Un poco	Algo	Mucho		
Muchísimo				0	4
0	1	2	3		
4. ¿En qué medida crees que los demás se dan cuenta de tu problema de sueño por lo que afecta tu calidad de vida					
Nada	Un poco	Algo	Mucho		
Muchísimo				0	4
0	1	2	3		
5. ¿Cómo estás de preocupado/a por tu actual problema de sueño?					
Nada	Un poco	Algo	Mucho		
Muchísimo				0	1
0	1				
Corrección:					
Sumar la puntuación de todos los ítems: <input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>					
1(a)+1(b)+1(c)+1(b)+2+3+4+5=					
El intervalo de la puntuación total es: 0-28					

Interpretación:
 La puntuación total se valora como sigue:
 0-7 = ausencia de insomnio clínico
 8-14 = insomnio subclínico
 15-21 = insomnio clínico (moderado)
 22-28 = insomnio clínico (grave)

ANEXO 2

Escala de Pittsburgh (PSQI).

Extraído de: Macías Fernández JA, Royuela Rico A. “La versión española del Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh. Informaciones Psiquiátricas” (1996/ 2009) y de Buysse DJ, Reynolds CF, Monk TH et al. “The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research.” (1989).

INSTRUCCIONES: Las siguientes cuestiones hacen referencia a tus **hábitos de sueño sólo durante el último mes**. Tus respuestas deben **reflejar fielmente lo ocurrido la mayoría de días y noches del último mes**. Por favor contesta a todas las preguntas.

1. Durante el último mes, ¿a qué hora solías acostarte por la noche?

HORA HABITUAL DE ACOSTARSE: _____

2. Durante el último mes, ¿cuánto tiempo (en minutos) te ha costado quedarte dormido después de acostarte por las noches?

NUMERO DE MINUTOS PARA CONCILIAR EL SUEÑO: _____

3. Durante el último mes, ¿a qué hora te has levantado habitualmente por la mañana?

HORA HABITUAL DE LEVANTARSE: _____

4. Durante el último mes, ¿cuántas horas de sueño real has mantenido por las noches? (puede ser diferente del número de horas que estuviste acostado)

HORAS DE SUEÑO POR NOCHE: _____

Para cada una de las cuestiones siguientes, selecciona la respuesta más adecuada a tu situación. Por favor contesta todas las preguntas de detrás de la página.

5. Durante el último mes, ¿con qué frecuencia has tenido un sueño alterado a consecuencia de....?

(a) no poder conciliar el sueño después de 30 minutos de intentarlo:

- | | | | |
|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> No me ha ocurrido durante el último mes | <input type="checkbox"/> Menos de una vez a la semana | <input type="checkbox"/> Una o dos veces a la semana | <input type="checkbox"/> Tres o más veces a la semana |
|--|---|--|---|

(b) despertarse en mitad de la noche o de madrugada:

- | | | | |
|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> No me ha ocurrido durante el último mes | <input type="checkbox"/> Menos de una vez a la semana | <input type="checkbox"/> Una o dos veces a la semana | <input type="checkbox"/> Tres o más veces a la semana |
|--|---|--|---|

(c) tener que ir al baño:

- | | | | |
|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> No me ha ocurrido durante el último mes | <input type="checkbox"/> Menos de una vez a la semana | <input type="checkbox"/> Una o dos veces a la semana | <input type="checkbox"/> Tres o más veces a la semana |
|--|---|--|---|

(d) no poder respirar adecuadamente:

- | | | | |
|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> No me ha ocurrido durante el último mes | <input type="checkbox"/> Menos de una vez a la semana | <input type="checkbox"/> Una o dos veces a la semana | <input type="checkbox"/> Tres o más veces a la semana |
|--|---|--|---|

(e) tos o ronquidos:

- | | | | |
|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> No me ha ocurrido durante el último mes | <input type="checkbox"/> Menos de una vez a la semana | <input type="checkbox"/> Una o dos veces a la semana | <input type="checkbox"/> Tres o más veces a la semana |
|--|---|--|---|

(f) sensación de frío:

- | | | | |
|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> No me ha ocurrido durante el último mes | <input type="checkbox"/> Menos de una vez a la semana | <input type="checkbox"/> Una o dos veces a la semana | <input type="checkbox"/> Tres o más veces a la semana |
|--|---|--|---|

(g) sensación de calor:

<input type="checkbox"/> No me ha ocurrido durante el último mes	<input type="checkbox"/> Menos de una vez a la semana	<input type="checkbox"/> Una o dos veces a la semana	<input type="checkbox"/> Tres o más veces a la semana
--	---	--	---

(h) pesadillas

<input type="checkbox"/> No me ha ocurrido durante el último mes	<input type="checkbox"/> Menos de una vez a la semana	<input type="checkbox"/> Una o dos veces a la semana	<input type="checkbox"/> Tres o más veces a la semana
--	---	--	---

(i) sentir dolor

<input type="checkbox"/> No me ha ocurrido veces durante el último mes	<input type="checkbox"/> Menos de una vez a la semana	<input type="checkbox"/> Una o dos veces a la semana	<input type="checkbox"/> Tres o más a la semana
--	---	--	---

(j) otra causa(s), describir: _____

¿Con qué frecuencia ha tenido un sueño alterado a consecuencia de este problema?

<input type="checkbox"/> No me ha ocurrido veces durante el último mes	<input type="checkbox"/> Menos de una vez a la semana	<input type="checkbox"/> Una o dos veces a la semana	<input type="checkbox"/> Tres o más a la semana
--	---	--	---

6. Durante el último mes, ¿cómo calificarías, en general, la calidad de tu sueño?

Muy buena
 Bastante buena
 Bastante mala
 Muy mala

7. Durante el último mes, ¿con que frecuencia tuviste que tomar medicinas (prescritas o auto medicadas) para poder dormir?

<input type="checkbox"/> No me ha ocurrido veces durante el último mes	<input type="checkbox"/> Menos de una vez a la semana	<input type="checkbox"/> Una o dos veces a la semana	<input type="checkbox"/> Tres o más a la semana
--	---	--	---

8. Durante el último mes, ¿con que frecuencia tuviste dificultad para mantenerte despierto mientras conducías, comías o desarrollabas alguna actividad social?

<input type="checkbox"/> No me ha ocurrido durante el último mes	<input type="checkbox"/> Menos de una vez a la semana	<input type="checkbox"/> Una o dos veces a la semana	<input type="checkbox"/> Tres o más veces a la semana
--	---	--	---

9. Durante el último mes, ¿cómo de problemático ha resultado para ti el mantener el entusiasmo por hacer las cosas?

No ha resultado problemático en absoluto
 Sólo ligeramente problemático
 Moderadamente problemático
 Muy problemático

10. ¿Tienes pareja o compañero/a de habitación?

No tengo pareja ni compañero/a de habitación
 Si tengo pero duerme en otra habitación
 Si tengo, pero duerme en la misma habitación y distinta cama
 Si tengo y duerme en la misma cama

Si tienes pareja o compañero/a de habitación con el que duermes, con qué frecuencia, durante el último mes, te ha dicho que has tenido...

(a) ronquidos fuertes

<input type="checkbox"/> No me ha ocurrido durante el último mes	<input type="checkbox"/> Menos de una vez a la semana	<input type="checkbox"/> Una o dos veces a la semana	<input type="checkbox"/> Tres o más veces a la semana
--	---	--	---

(b) largas pausas entre las respiraciones mientras dormía

<input type="checkbox"/> No me ha ocurrido durante el último mes	<input type="checkbox"/> Menos de una vez a la semana	<input type="checkbox"/> Una o dos veces a la semana	<input type="checkbox"/> Tres o más veces a la semana
--	---	--	---

ANEXO 3(a).
Preguntas clave para realizar una historia del Sueño
Modificada de Morin et al

PREGUNTAS PRINCIPALES	PREGUNTAS COMPLEMENTARIAS
<p>1. Identificación de la queja de sueño Patrones del sueño ¿Podría describir su patrón de sueño de una noche cualquiera? ¿Podría hablar sobre sus hábitos de sueño?</p>	<p>¿Cuánto tiempo tarda en dormirse? ¿Cuántas veces se despierta y durante cuánto tiempo? ¿Cuánto tiempo pasa durmiendo? ¿Cuántas noches a la semana le sucede esto? ¿Tiene problemas de ruido? ¿De temperatura? ¿De luz? ¿Interrupciones? ¿Cuáles son las horas de acostarse y levantarse durante los días laborables? ¿Y durante los fines de semana?</p>
<p>Calidad del sueño ¿Cómo percibe la calidad de su sueño?</p>	<p>¿Reparador? ¿Bueno, agradable? ¿Agitado, intranquilo?</p>
<p>Funcionamiento diurno ¿Cómo afecta el sueño nocturno a su funcionamiento diurno?</p>	<p>Durante el día: ¿Se encuentra cansado? ¿Somnoliento? ¿Mala concentración? ¿Irritable? Particularmente, ¿en qué momento del día? ¿En qué circunstancias, (conducción)?</p>
<p>2. Desarrollo del problema. ¿Recuerda cómo comenzó este problema de sueño?</p>	<p>¿Asociado a algún acontecimiento o evento? ¿A alguna fecha o momento? ¿Hubo algún cambio importante en su vida en esa época? ¿Ha habido variaciones desde entonces? ¿Algún factor que lo agrave o que lo mejore?</p>
<p>3. Historia de las quejas de sueño previas ¿Anteriormente usted solía dormir bien?</p>	<p>¿Cómo dormía cuando era niño? ¿Y cuando era joven? ¿Cómo eran los episodios (días, fechas, resolución)?</p>
<p>4. Psicopatología, historia de funcionamiento psicológico Habitualmente ¿Afronta bien los problemas?</p>	<p>¿Tiene algún problema psicológico? ¿Tiene problemas de ansiedad o depresión? ¿Se considera una persona con recursos? ¿Qué tipo de personalidad tiene?</p>

ANEXO 3 (b).

Preguntas Clave Para La Entrevista Ante Sospecha De Insomnio Primario
Modificado de Vázquez C y American Family Physician

CRITERIOS DSM-IV-TR	PREGUNTAS
<p>A. El síntoma predominante es la dificultad para iniciar o mantener el sueño, o no tener un sueño reparador; durante al menos 1 mes.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ¿Tiene usted dificultad para dormir por la noche? - Una vez que decide dormirse, ¿tarda más de media hora en conseguirlo? - ¿Tarda más de 2 horas? - ¿Se despierta durante la noche y permanece despierto más de media hora sin desearlo, o de una hora en total? - ¿Se despierta antes de haber dormido 6 horas? - ¿Se despierta más de 2 horas antes de lo que deseaba? - ¿Se siente usted cansado al despertarse, con la sensación de no haber descansado nada? <p>Si es afirmativo:</p> <ul style="list-style-type: none"> ¿Cuántas noches a la semana le ocurre esto?, ¿3 o más? ¿Ha tenido estos problemas durante más de un mes?
<p>B. La alteración del sueño (o la fatiga diurna asociada) provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ¿Este problema para dormir le hace sentirse tan cansado, fatigado o adormilado que le ha provocado un deterioro de las actividades cotidianas?
<p>C. La alteración del sueño no aparece exclusivamente en el transcurso de otro trastorno del sueño.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Explorar si el problema aparece de forma exclusiva durante: <ul style="list-style-type: none"> o Narcolepsia. o Trastorno del sueño relacionado con la respiración. o Trastorno del ritmo circadiano. o Parasomnia. o Síndrome de piernas inquietas - obtener información complementaria de la persona que duerme con el paciente
<p>D. La alteración no aparece en el transcurso de otro trastorno mental.</p>	<p>Sondear si toma algo para dormir y abuso de sustancias estimulantes.</p>
<p>E. La alteración no es debida a los</p>	<p>Sondear si toma algo para dormir y</p>

efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) abuso de sustancias estimulantes.

F. La alteración no es debida a los efectos de una enfermedad médica. Sondear enfermedades médicas

ANEXO 4 (a).
Medidas De Resultados Utilizadas Para Evaluar La Eficacia/Efectividad
De Las Intervenciones Terapéuticas Para El Insomnio

MEDIDA DE RESULTADO PRIMARIA	
Informe subjetivo del paciente acerca de la calidad del sueño nocturno (por ejemplo, satisfacción con el tiempo que tardan en quedarse dormidos o que pasan despiertos por la noche, con la duración del sueño nocturno, sensación de obtener un sueño reparador etcétera).	
MEDIDAS DE RESULTADO SECUNDARIAS	
1. Parámetros de sueño*	
Latencia del sueño (minutos)	Tiempo transcurrido entre la hora de acostarse o apagar la luz y la hora de dormirse.
Tiempo total de sueño (minutos)	Tiempo total de sueño nocturno obtenido.
Mantenimiento del sueño nocturno (número)	Número de despertares a lo largo de la noche.
Tiempo despierto después del inicio del sueño (minutos)	Tiempo total de vigilia nocturna desde el inicio del sueño hasta el despertar final.
“Eficiencia” del sueño (%)	Porcentaje de sueño obtenido respecto al tiempo en cama. Se calcula mediante la siguiente fórmula: $[(\text{tiempo total de sueño}) / (\text{tiempo total en cama})] * 100$ Una “eficiencia” de sueño <85% se considera clínicamente significativa.
Tiempo total despierto (minutos)	Tiempo total de vigilia nocturna.
Sueño de ondas lentas (minutos y %)	Tiempo y cantidad de relativa de sueño profundo obtenido durante el registro con Polisomnografía (PSG) (fase 3).
Sueño REM (minutos y %)	Tiempo y cantidad de relativa de sueño REM obtenido durante el registro PSG.
2. Calidad del sueño Puntuación global en escalas estandarizadas relacionadas con el sueño (por ejemplo, Índice de Calidad de Sueño de Pittsburg e Índice de Gravedad del Insomnio; Anexo 1 y anexo 2)	

3. Funcionamiento diurno

Puntuación global en escalas estandarizadas relacionadas con la fatiga o somnolencia diurna (por ejemplo, Escala de Gravedad de Fatiga, Escala de Fatiga del Profile of Mood Status, Escala de Somnolencia de Epworth).
Rendimiento en tareas de atención y concentración (por ejemplo, tareas computarizadas o de “papel y lápiz” de tiempo de reacción)

4. Calidad de vida

Puntuación global en escalas estandarizadas relacionadas con la calidad de vida (por ejemplo, Escala Breve de resultados Médicos (SF-36)).

5. Frecuencia de efectos secundarios

Cantidad, persistencia y frecuencia de efectos secundarios no deseados (por ejemplo, ansiedad al despertar, molestias gastrointestinales etcétera).

**Los parámetros de sueño se refieren a aquellos que se obtienen mediante diario de sueño-vigilia, actigrafía, o PSG; excepto el tiempo y cantidad relativa de fases de sueño que únicamente pueden obtenerse mediante PSG.*

ANEXO 4(b): Diario de Sueño - Vigilia

Consignas para el paciente:

- Rellenarlo todas las mañanas, en función de los recuerdos de la noche anterior (El diario de sueño no es un instrumento de precisión).
- Rellenarlo cada noche, para informar sobre las condiciones del sueño durante el día (por ejemplo, siestas).
- Mantenerlo actualizado, sobre todo durante el período de observación, para obtener una visión global de los cambios en el sueño con el paso del tiempo.

FECHA		8:00	9:00	10:00	11:00	12:00	13:00	14:00	15:00	16:00	17:00	18:00	19:00	20:00	21:00	22:00	23:00	24:00	1:00	2:00	3:00	4:00	5:00	6:00	7:00	8:00		
	1																											
	2																											
	3																											
	4																											
	5																											
	6																											
	7																											
	1																											
	2																											
	3																											
	4																											
	5																											
	6																											
	7																											

Sombrear las casillas que corresponden a las horas de sueño y siesta

1. Señale en el diario la información que se indica a continuación, escribiendo la letra que corresponde:

Hora de acostarse: **A**

Hora de levantarse: **L**

Hora en que se apaga la luz (oscuridad): **O**

Despertares nocturnos: **D**

Luz encendida: **E**

Ejemplos:

DD/MM/AA	8:00	9:00	10:00	11:00	12:00	13:00	14:00	15:00	16:00	17:00	18:00	19:00	20:00	21:00	22:00	23:00	00:00	1:00	2:00	3:00	4:00	5:00	6:00	7:00	8:00	
1																		AO					D			
DD/MM/AA	8:00	9:00	10:00	11:00	12:00	13:00	14:00	15:00	16:00	17:00	18:00	19:00	20:00	21:00	22:00	23:00	00:00	1:00	2:00	3:00	4:00	5:00	6:00	7:00	8:00	
1																		AE	O							

ANEXO 5
Cuestionario SF-36
Ware JE Jr, Sherbourne CD (2000)

CUESTIONARIO SF-6 SOBRE EL ESTADO DE SALUD (SHORT-FORM, SF 36)

Instrucciones: Las preguntas que siguen se refieren a lo que usted piensa sobre su salud. Sus respuestas permitirán saber cómo se encuentra usted y hasta qué punto es capaz de hacer sus actividades habituales. Conteste cada pregunta tal como se indica. Si no está seguro/a de cómo responder a una pregunta, por favor conteste lo que le parezca más cierto.

1. En general, diría que su salud es:

Excelente	1
Muy buena	2
Buena	3
Regular	4
Mala	5

2. ¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año?

Mucho mejor ahora que hace un año	1
Algo mejor ahora que hace un año	2
Más o menos igual que hace un año	3
Algo peor ahora que hace un año	4
Mucho peor ahora que hace un año	5

3. Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal. ¿Su salud actual le limita para hacer esas actividades o cosas? Si es así, ¿cuánto?

Actividades	Sí, Me limita mucho	Sí, Me limita poco	No me limita
a. Esfuerzos intensos (correr, levantar objetos pesados o participar en deportes agotadores)	1	2	3
b. Esfuerzos moderados (mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de 1 hora)	1	2	3
c. Coger o llevar la bolsa de la compra	1	2	3
d. Subir varios pisos por la escalera.	1	2	3
e. Subir un solo piso por la escalera.	1	2	3
f. Agacharse o arrodillarse.	1	2	3
g. Caminar 1km o más.	1	2	3
h. Caminar varias manzanas (varios centenares de metros).	1	2	3
i. Caminar una sola manzana (unos 100 metros).	1	2	3
j. Bañarse o vestirse por sí mismo.	1	2	3

4. Durante las 4 últimas semanas ha tenido algunos de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

	Sí	No
a. ¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas? 12	1	2
b. ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer?	1	2
c. ¿Tuvo que dejar de hacer tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas?	1	2
d. Tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (p. ej., le costó más de lo normal)?	1	2

5. Durante *las 4 últimas semanas* ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, *a causa de algún problema emocional* (estar triste, deprimido o nervioso)?

	Sí	No
a. ¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, por algún problema emocional?	1	2
b. ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer, por algún problema emocional?	1	2
c. No hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, por algún problema emocional?	1	2

6. Durante *las 4 últimas semanas*, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?

Nada	1
Un poco	2
Regular	3
Bastante	4
Mucho	5

7. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante *las 4 últimas semanas*?

No, ninguno	1
Sí, muy poco	2
Sí, un poco	3
Sí, moderado	4
Sí, mucho	5
Sí, muchísimo	6

8. Durante *las 4 últimas semanas*, ¿hasta qué punto *el dolor* le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el estar fuera de casa y las tareas domésticas)?

Nada	1
Un poco	2
Regular	3
Bastante	4
Mucho	5

9. Las preguntas que siguen se refieren a cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante *las 4 últimas semanas*. En cada pregunta responda lo que más se parezca a cómo

	Siempre	Casi siempre	Muchas veces	Algunas veces	Sólo una vez	Nunca
a) ...se sintió lleno de vitalidad?	1	2	3	4	5	6
b) ...estuvo muy nervioso?	1	2	3	4	5	6
c) ...se sintió tan bajo de moral que nada podía aliviarle?	1	2	3	4	5	6
d) ...se sintió calmado y tranquilo?	1	2	3	4	5	6
e) ...tuvo mucha energía?	1	2	3	4	5	6
f) ...se sintió desanimado y triste?	1	2	3	4	5	6
g) ...se sintió agotado?	1	2	3	4	5	6
h) ...se sintió feliz?	1	2	3	4	5	6
i) ...se sintió cansado?	1	2	3	4	5	6

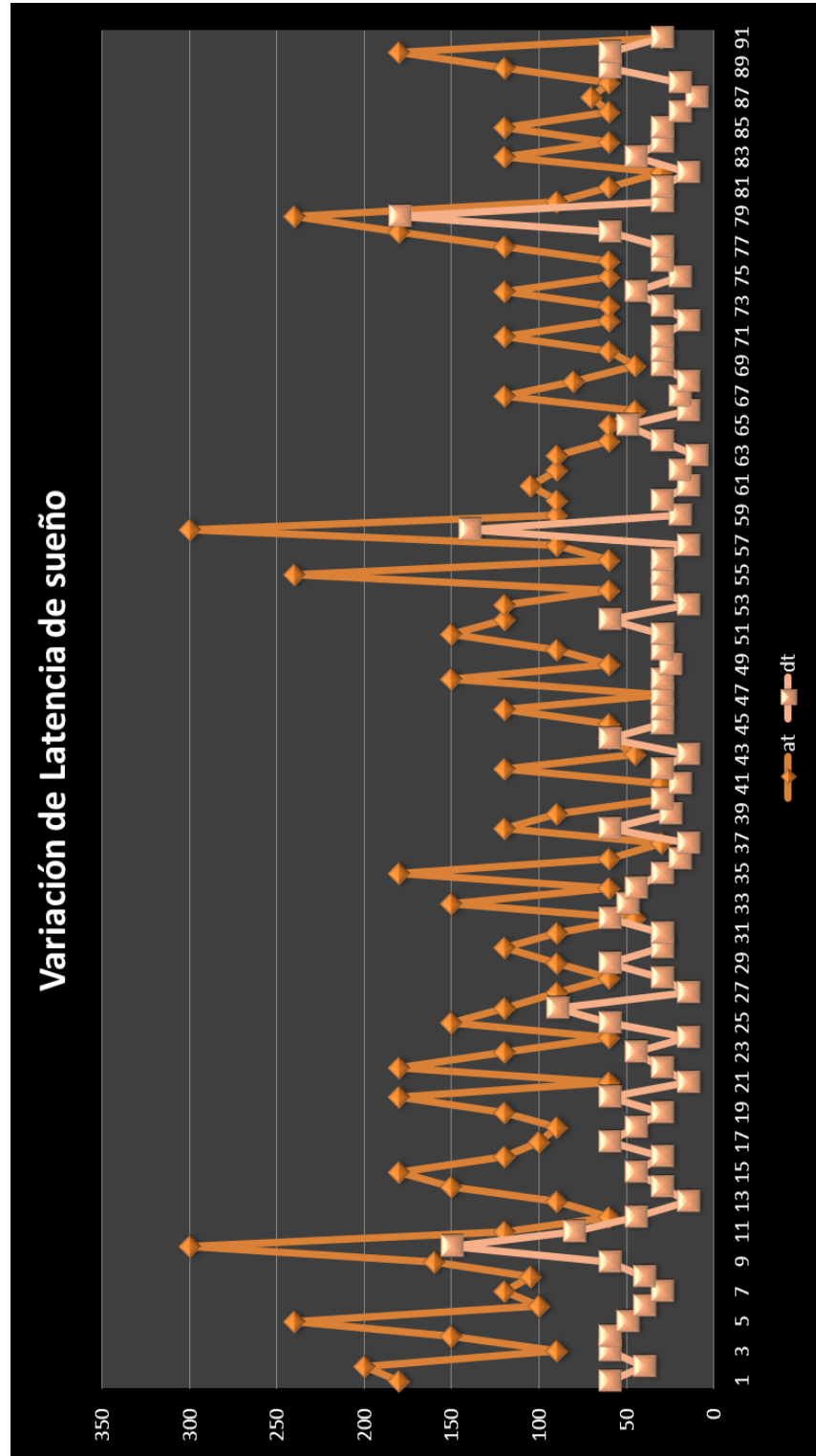
10. Durante *las 4 últimas semanas*, ¿con qué frecuencia su salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a amigos o familiares)?

Siempre	1
Casi siempre	2
Algunas veces	3
Sólo algunas veces	4
Nunca	5

11. Por favor, diga si le parece *cierta* o *falsa* cada una de las siguientes frases:

	Totalmente Cierto	Bastante cierto	No lo sé	Bastante falso	Totalme nte falso
a. Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras persona	1	2	3	4	5
b. Estoy tan sano como cualquiera	1	2	3	4	5
c. Creo que mi salud va a empeorar	1	2	3	4	5
d. Mi salud es excelente	1	2	3	4	5

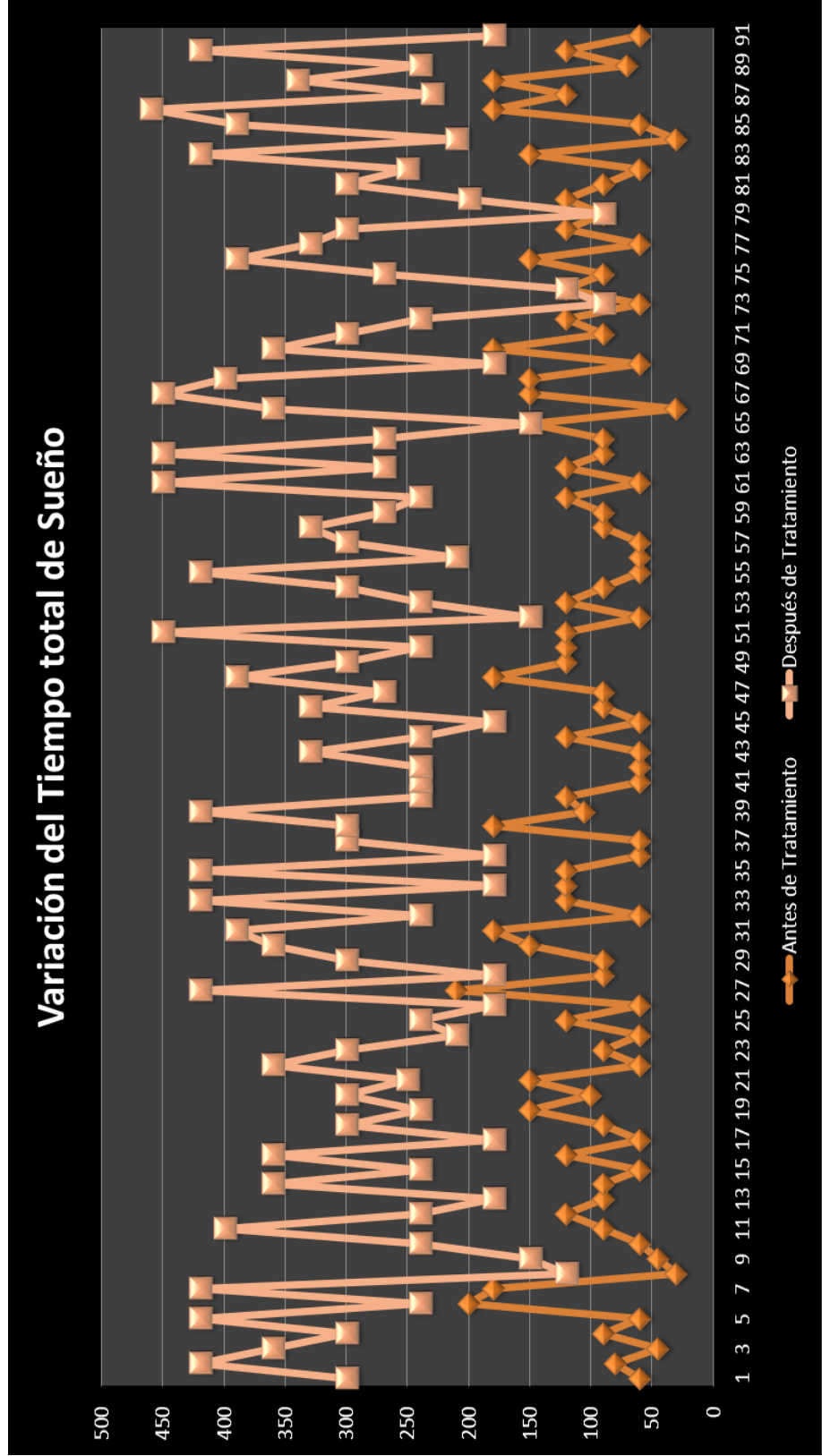
Anexo 6
 Grafico de la Variación de la latencia de sueño.
 Comparación de datos Antes de tratamiento Vs. Después del
 tratamiento.
 Autor. Felipe L. Gutiérrez C.



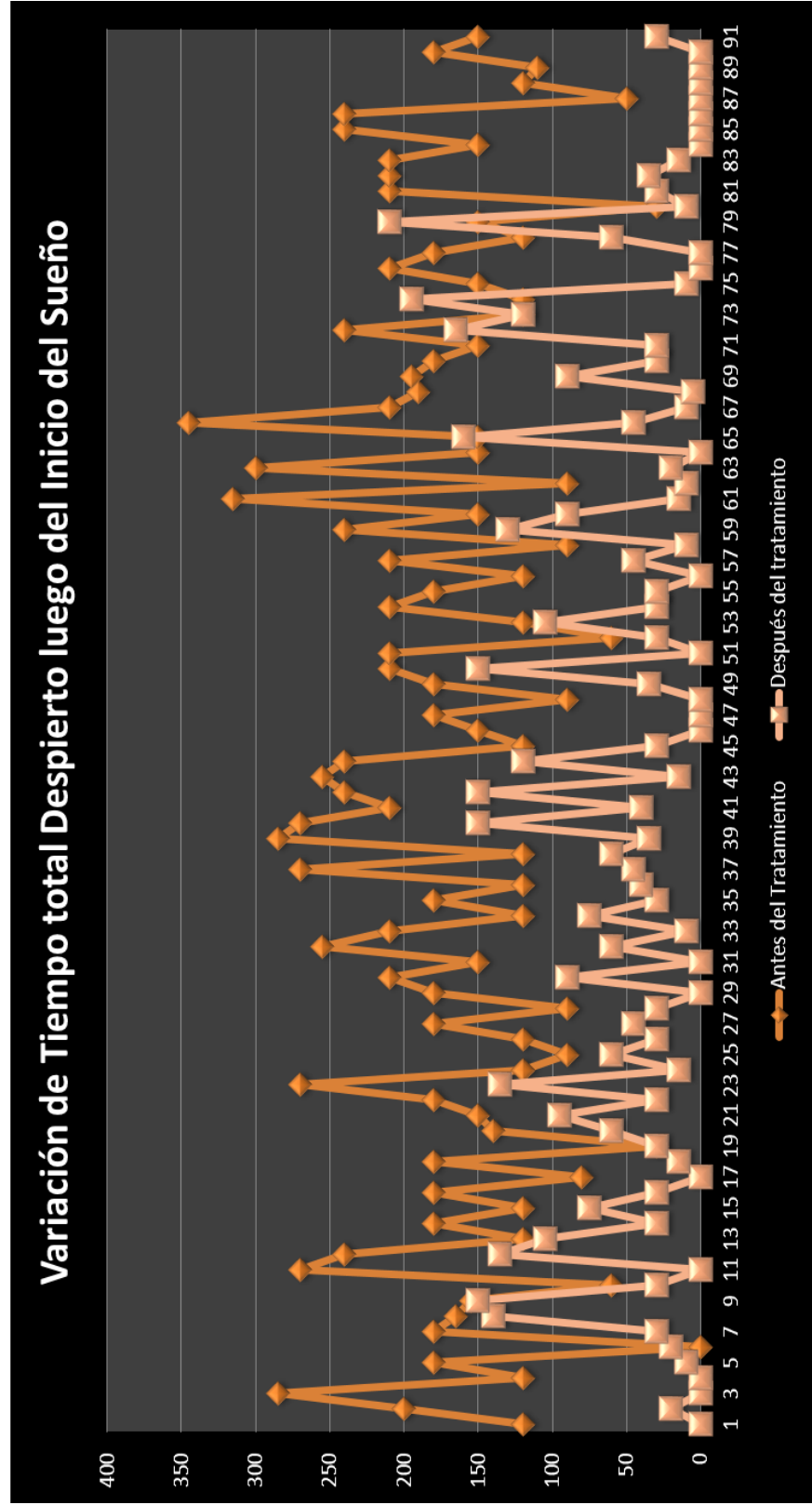
Anexo 7

Grafico de la Variación del tiempo total de Sueño.
Comparación de datos Antes de tratamiento Vs. Después del
tratamiento.

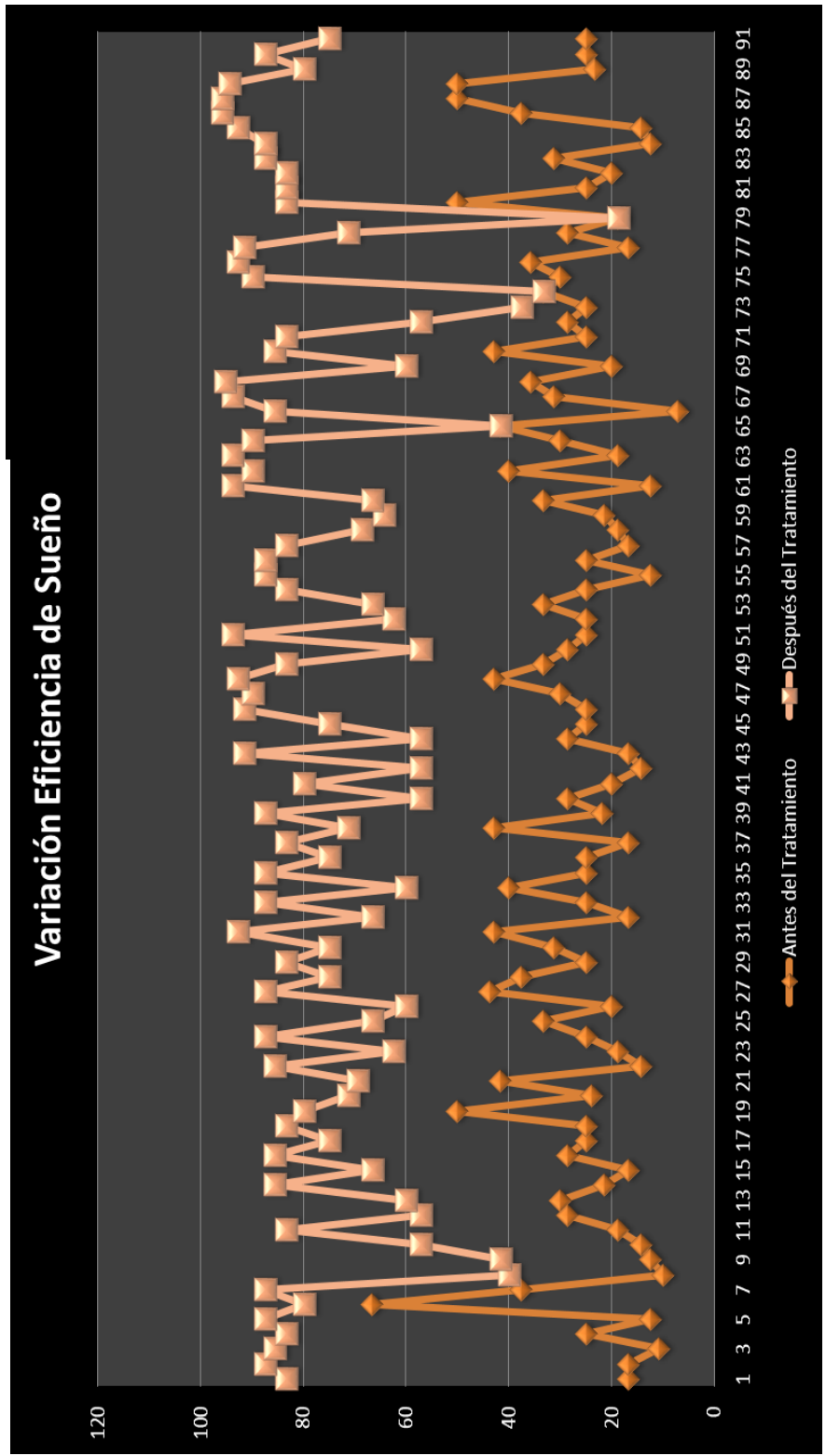
Autor. Felipe L. Gutiérrez C.



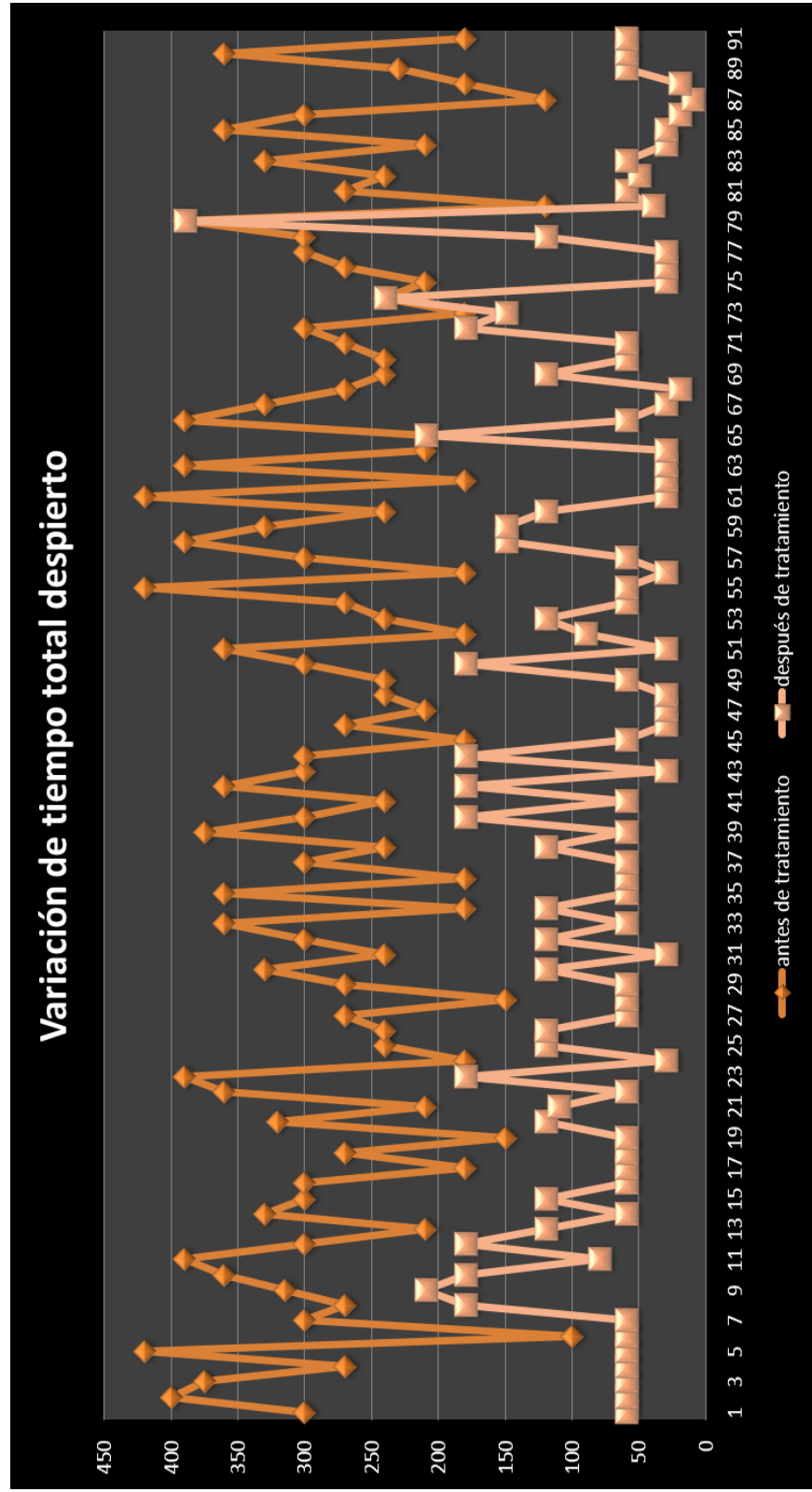
Anexo 8
 Grafico de la Variación del tiempo total de despierto.
 Comparación de datos Antes de tratamiento Vs. Después del
 tratamiento.
 Autor: Felipe L. Gutiérrez C.



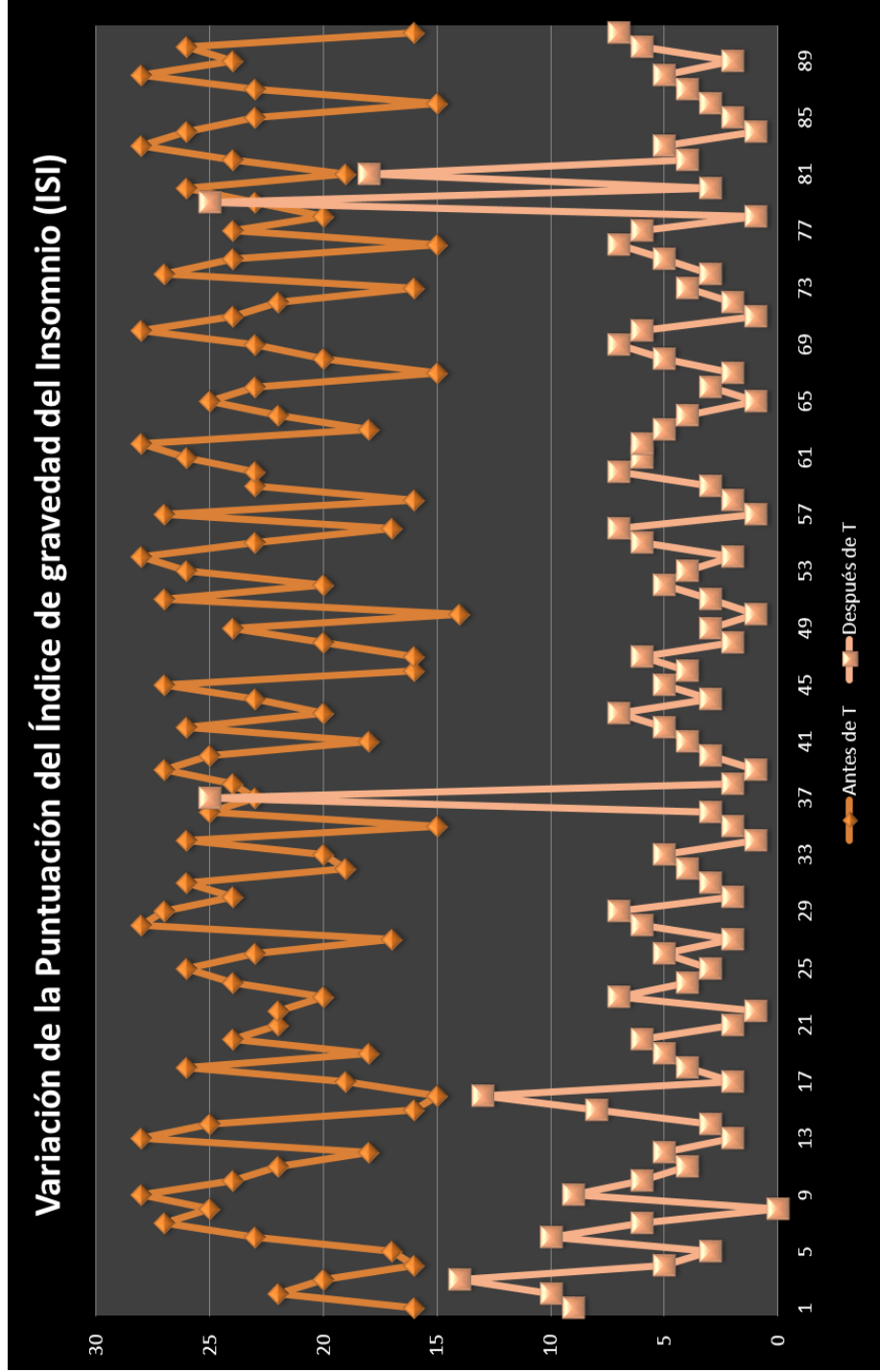
Anexo 9
 Grafico de la Variación del la eficiencia de Sueño.
 Comparación de datos Antes de tratamiento Vs. Después del
 tratamiento.
 Autor: Felipe L. Gutiérrez C.



Anexo 10
 Grafico de la Variación del tiempo total despierto.
 Comparación de datos Antes de tratamiento Vs. Después del
 tratamiento.
 Autor. Felipe L. Gutiérrez C.



Anexo 11
 Grafico de la Variación de puntuación del test ISI.
 Comparación de datos Antes de tratamiento Vs. Después del
 tratamiento.
 Autor. Felipe L. Gutiérrez C.



ANEXO 12

Glosario

Actividad Ideo sensorial. Capacidad de la persona hipnotizada para crear imágenes mentales que sean diferentes de las que se presentan en el contexto físico, añadidas a éste o por una alteración del mismo.

Alertamiento: Cambio brusco desde el sueño profundo a una fase más superficial o al estado de vigilia, que puede conducir o no a un despertar. Ese estado de vigilia es de breve duración y no llega a hacerse consciente para el sujeto. Su reconocimiento se realiza en los registros polisomnográficos teniendo en cuenta fundamentalmente las modificaciones del electroencefalograma y del electromiograma.

Catarsis: (Del gr. κάθαρσις, purga, purificación), Purificación, liberación o transformación interior suscitados por una experiencia vital profunda, es decir, Eliminación de recuerdos que perturban la conciencia o el equilibrio nervioso.

Característica: Algún rasgo, atributo, o singularidad individual que sirve para identificar y caracterizar algo.

Ciberpsicoterapia: Nueva modalidad de intervención proctológica a distancia a través del Internet

Conducta post hipnótica. Alteración de la conducta del individuo tras finalizar el trance debido a sugerencias o ideas implantadas por el hipnotizador durante el mismo. Según Lorieo (Hipnosis y Terapias Hipnóticas 2008), la sugestión post hipnótica desarrolla en el individuo un estado de “micro trance”, que por sus características de tipo sonambúlico es raramente reconocido por observadores no entrenados.

Déficit experiencial: Según Yapko (1988, 1998) existen pautas utilizadas participan en la construcción de la “realidad de un individuo” cuando dichas pautas se encuentran desbalanceadas se produce un déficit experiencial o un trastorno.

Disociación: Proceso mediante el cual los pensamientos y las ideas pueden escindirse de la consciencia y funcionar con independencia de ella.

Disomnia: Tipo de trastorno primario del sueño caracterizado por una alteración de la cantidad, calidad o del horario del sueño.

DSM-IV: Cuarta edición del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales de la American Psychiatric Association. Se trata de

una clasificación de los trastornos mentales en diversos tipos basándose en series de criterios con rasgos definitorios. Está confeccionada para uso clínico, educacional y de investigación. Su propósito es proporcionar descripciones claras de las categorías diagnósticas, para que los clínicos y los investigadores puedan diagnosticar, estudiar e intercambiar información y tratar los distintos trastornos mentales.

“Eficiencia” del sueño: Porcentaje de sueño obtenido respecto al tiempo en cama. Se calcula mediante la siguiente fórmula:

$$\text{Eficiencia de sueño } EF = \frac{\text{Tiempo total de sueño (min.)}}{\text{Tiempo total en la cama (min.)}} \times 100$$

Una “eficiencia” de sueño <85% se considera clínicamente significativa.

Fatiga: es la sensación subjetiva de cansancio físico y mental que no está asociada a un aumento en la propensión al sueño. Es el estado característico del sueño alterado (insomnio) y se caracteriza por la dificultad para dormir a cualquier hora del día pese al cansancio físico y mental

Fenómeno: [...] cualquier acontecimiento o cambio de estado en el sistema que tiende a producirse con otro acontecimiento o cambio de estado y en consecuencia puede ser considerado como indicador.

Hipótesis de la internalización: El miedo al insomnio se internaliza y, a su vez, produce una activación emocional y somática, que pasa a primer plano y agrava la excesiva activación fisiológica preexistente y, en consecuencia, el insomnio de un modo circular y creciente, lo que establece una forma condicionada de insomnio crónico.

Histeria: como "una forma de neurosis caracterizada por entre otras cosas la represión, la disociación, y la vulnerabilidad a la sugestión.

Latencia del sueño: Tiempo transcurrido entre la hora de acostarse y la hora de dormirse.

Mantenimiento del sueño nocturno (número): Numero de despertares a lo largo de la noche.

Meta comunicación: es un tipo de mensaje está en un nivel superior de abstracción el cual normalmente es llamado como secundario o meta nivel de comunicación y que se encuentra inmerso dentro de una comunicación objetiva o mensaje primario.

Parasomnia: Trastorno de la conducta durante el sueño asociado con episodios breves o parciales de despertar, sin que se produzca una

interrupción importante del sueño ni una alteración del nivel de vigilia diurno. El síntoma de presentación suele estar relacionado con la conducta en sí misma. Las parasomnias no implican una anormalidad de los mecanismos que rigen el ritmo circadiano ni de los horarios de sueño y despertar.

Polisomnografía: Con esta técnica se registran durante toda la noche diversos aspectos relacionados con el sueño del paciente como la actividad eléctrica cerebral o el tono muscular, entre otros, y se representa mediante un hipnograma. Se considera una prueba complementaria de la historia clínica y no diagnóstica del insomnio. Está indicada cuando el diagnóstico inicial de insomnio es incierto o el tratamiento ha resultado ineficaz.

Psicoterapeuta: Es una que se ha preparado y autorizada para evaluar cuadros y proponer alternativas para modificar el problema de quien requiere su ayuda.

Somnolencia: es la sensación subjetiva de cansancio físico y mental que está asociada a un aumento en la propensión al sueño. Es la consecuencia típica de la privación de sueño/sueño insuficiente y se caracteriza por accesos de sueño durante el día.

Sueño REM: (*Rapid Eye Movement*), en español se conoce como *MOR (Movimiento ocular Rápido)* o sueño paradójico estado onírico que se asocia a una elevada actividad neuronal y con la producción de sueños.

Sueño No-REM: (*No Rapid Eye Movement*), en español se conoce como *NMOR (No Movimiento ocular Rápido)* se subdivide en cuatro estadios. El estadio 1, es el más corto y se corresponde con la fase de sueño más ligero. El estadio 2 supone más del 50% del tiempo total de sueño. Los estadios 3 y 4 corresponden al denominado sueño delta; siendo éste el sueño más profundo y reparador.

Sugerencia o sugestión directa: Comunicación oralmente transmitida por el hipnotizador en donde el terapeuta hace un requerimiento directo y claro de cierta respuesta en el sujeto hipnotizado.

Sugerencias o sugestiones indirectas: comunicación oralmente transmitida por el hipnotizador, en donde la relación entre la sugestión del operador y la respuesta del sujeto son menos obvias que en la sugestión directa.

Sugestibilidad: Es la medida o grado en que una persona está predispuesta a aceptar ideas y proposiciones de forma no crítica.

Sugestión: Según Heap (1996), "Puede definirse como la comunicación oralmente transmitida por el hipnotizador, cuya finalidad es dirigir la imaginación del sujeto en una dirección determinada que permita elicitación de las alteraciones pretendidas en su modo de comportarse, pensar o sentir".

Susceptibilidad: Ver Sugestibilidad.

Tiempo despierto después del inicio del sueño: Tiempo total de vigilia nocturna desde el inicio del sueño hasta el despertar final.

Tiempo total despierto: Tiempo total de vigilia nocturna.

Tiempo total de sueño: Tiempo total obtenido de sueño nocturno

Trance: Según Heap (1996). Es "Un estado de alerta en el que la atención del sujeto se aleja de su contexto inmediato en lo que respecta a sentimientos, cogniciones e imaginación".