

ARTÍCULO ORIGINAL

Hipnosis clínica y psicoterapia: Una propuesta integrativa para el tratamiento de la depresión unipolar

Renzo Lanfranco G.¹

Clinical hypnosis and psychotherapy: An integrative proposal for the treatment of unipolar depression

Introduction: Hypnosis consists in a load of consciousness phenomena whose historical development is saturated of controversies and misunderstandings. Nevertheless, the Society of Psychological Hypnosis have achieved to reach a consensus for an academic definition. Development: In respect to it historical development, hypnosis have oriented through varied stages, in function of the theories that were set out to explain it. Between them we find the animal magnetism, the theory of neurosis and the theory of sugestión. However, it scientific exploration was scant until the end of nineteenth-century. Without a doubt, the course of the XX Century marked definitely the Entrance of hypnosis to the experimental psychology laboratories and to the masive use in clinical psychology. Nowadays exists extended empirical evidence in respect to its neurobiological correlates and efficacy in clinical psychology. Besides, exists therapeutic models, as Yapko's, which attach hypnosis as a tool for the integrative treatment for unipolar depression. Conclusions: Nevertheless the controversies that have caused the popularization and masification of hypnosis, it have manage to come in the topics of interest of neurophysiology, cognitive neuroscience, medical science and clinical psychology. However, scientifics suggest that hypnosis research is still poor. Between the varied integrative psychotherapeutic models tha attach hypnosis as a tool we find Yapko's model for treatment for unipolar depression.

Key words: Hypnosis, neurophysiology, psychotherapy, depression.

Resumen

Introducción: La hipnosis consiste en un cúmulo de fenómenos de la conciencia cuyo desarrollo histórico se encuentra saturado de controversias y malos entendidos. No obstante, la Sociedad de Hipnosis Psicológica ha logrado consensuar una definición académica. **Desarrollo:** Respecto a su desarrollo histórico, la hipnosis se ha encaminado por diversas etapas, en función de las teorías que se plantearon para explicarla. Entre ellas encontramos el magnetismo animal, la teoría de la neurosis y la teoría de la sugestión. Sin embargo, su exploración científica fue escasa hasta finales de los tiempos decimonónicos. Sin duda el transcurso del siglo XX marcó definitivamente el ingreso de la hipnosis a los laboratorios de psicología experimental y a su uso masivo en la clínica psicológica. Actualmente se cuenta con amplia evidencia empírica respecto de sus correlatos neurobiológicos y eficacia en clínica psicológica. Además existen modelos terapéuticos, como el de Yapko, que la utilizan como coadyuvante para el tratamiento

Recibido: 1 de Marzo de 2010, Aceptado: 30 de Mayo de 2010

¹ Instituto Clínico de Neurociencias. Viña del Mar. Chile.

de la depresión unipolar. **Conclusiones.** No obstante las controversias que ha suscitado la popularización y masificación de la hipnosis, ésta ha logrado introducirse en los temas de interés de la neurofisiología, neurociencia cognitiva, ciencia médica y psicología clínica. Sin embargo, los investigadores sugieren que la investigación de la hipnosis aún es escasa. Entre los diversos modelos psicoterapéuticos integrativos que adjuntan hipnosis como coadyuvante encontramos el modelo de Yapko para tratar la depresión unipolar.

Palabras clave: hipnosis, neurofisiología, psicoterapia, depresión.

Introducción

La hipnosis consiste en un cúmulo de fenómenos de la conciencia que, desde su popularización en Francia durante el siglo XVIII, no se ha hallado exenta de controversias y mitos acerca de su naturaleza. Si bien existen numerosas definiciones respecto de lo que es hipnosis, al igual como ocurre con sus teorías, la Sociedad de Hipnosis Psicológica, división 30 de la Asociación Americana de Psicología (APA), ha consensuado una definición académica: La hipnosis es un procedimiento durante el cual "(...) una persona (el sujeto) es guiado por otra persona (el hipnotizador) para responder a sugerencias que implican cambios en su experiencia subjetiva, alteraciones en la percepción, sensación, emoción y/o conducta (...)”¹.

En la presente revisión pretendemos exponer someramente la evolución histórica de la hipnosis, parte de los conocimientos actuales sobre su correlato neurobiológico y la evidencia existente sobre su eficacia en la clínica psicológica. Finalmente expondremos un modelo psicoterapéutico integrativo para el tratamiento de la depresión, propuesto por Michael Yapko, el cual combina aspectos de la terapia cognitivo-conductual, estratégica e hipnosis clínica, siendo esta última utilizada como herramienta coadyuvante y no como tratamiento en sí mismo.

BREVE DESARROLLO HISTÓRICO DE LA HIPNOSIS

La popularización en Europa

Si bien se sabe que la hipnosis es un fenómeno completamente natural propio de

muchos mamíferos, los primeros registros de su existencia y práctica remontan a la época de Ramsés II en Egipto, hace más de tres mil años. Sin embargo, la hipnosis no adquirió popularidad sino hasta las postrimerías del siglo XVIII con Franz Anton Mesmer (1734-1815), quien, con su método denominado “Magnetismo Animal” (un método altamente directivo que suponía que el trance era básicamente producto de un movimiento de magnetos frente al sujeto), impresionó al pueblo francés y a los científicos de la época². Sin embargo, ello no estuvo exento de polémicas.

A través de los años fueron apareciendo diversos personajes que, siendo la mayoría discípulos del magnetismo, agregaron modificaciones sutiles a éste. Aquí encontramos a A. J. de Chastenet (Marqués de Puységur) (1751-1825), James Esdaile (1808-1959) y José Custodio De Faria (1756-1819). El método de Mesmer era altamente directivo y hacía suponer que el magnetizador poseía alguna clase de poder. Por otro lado, los personajes recién mencionados se centraron en estudiar propiedades del magnetismo (e.g. anestesia), las características personales de los individuos por sobre la rigidez del método, etc. Sin embargo, el Magnetismo Animal, incluyendo sus posteriores modificaciones, permaneció con un estatus de descrédito, sin ser reconocido por los científicos de la época^{3,4}.

Fue el neurocirujano James Braid (1795-1860) quien rebautizó el “estado” con el nombre de “Hipnosis”. Braid también permitió el ingreso de la hipnosis en la práctica médica, y bosquejó nuevas teorías para explicar el fenómeno, las cuales se exponen en su obra *Neurypnologie* (1843). Allí creó el concepto de “trance hipnótico” y métodos para acceder a él a través de métodos como la inducción por fijación de la mirada y focalización de la atención^{5,6}.

La época dorada: postrimerías del siglo XIX

En la década de 1880 la hipnosis se convirtió en un centro de interés para la ciencia. Podemos señalar que en dicha época gobernaron tres grandes concepciones: el ya en declive magnetismo animal, la teoría de la neurosis y la teoría de la sugestión¹. Hubo una gran controversia entre estas dos últimas, pues defendían conjeturas prácticamente antagónicas. Estas disputas fueron llevadas a cabo por la escuela de Salpêtrière, liderada por Jean Martin Charcot (1825-1893); y la escuela de Nancy, por Ambroise Auguste Liébeault (1823-1904) y Hippolyte-Marie Bernheim (1837-1919). La primera, fundamentada en las experiencias de Charcot, concibió la hipnosis como un fenómeno patológico, como si fuese una variante provocada de la neurosis histérica⁷. Mientras que la segunda concibió los fenómenos hipnóticos como una intensificación de ciertas tendencias de la vigilia producto de la sugestión, encuadrando así la hipnosis dentro de las propiedades normales del psiquismo^{1,8,9}. Finalmente, luego de congresos de hipnosis atiborrados de explícitos enfrentamientos, se le concedió la victoria a Nancy, llevando a Charcot a un periodo de profundo descrédito, hasta su muerte^{10,11}.

Hipnosis en la primera mitad del siglo XX

Luego de la muerte de Charcot en 1893 hubo un detrimento en el uso de técnicas hipnóticas. No obstante, hubo algunas excepciones: los estudios de aplicaciones *hipnoanalgésicas* de Santiago Ramón y Cajal (1852-1934)¹², las investigaciones realizadas en acinesia animal artificial (hipnosis animal) en zoopsicología experimental, y los estudios en “sueño animal provocado” (con técnicas de inducción sensorial y fijación visual en un punto luminoso) de parte de la escuela reflexológica pavloviana, con científicos de la talla de Ivan Pavlov (1849-1936) y Clark Hull (1884-1952)^{7,13}.

Los hitos anteriormente mencionados, junto a otros más, cautivaron la curiosidad científica, sobre todo en Estados Unidos; ésta se concretizó en la fundación de tres laboratorios en: la Universidad de Stanford (fundado en 1957 por Ernest Hilgard), la fundación Medfield del Hospital del Estado de Massachussets (funda-

do en 1959 por Theodore Barber), y la Universidad de Pennsylvania (fundado en 1960 por Martin Orne)¹⁴. El estreno de estos laboratorios se acompañó de la aparición de sociedades profesionales y revistas de publicación periódica. Las investigaciones realizadas marcaron el origen de la hipnosis como fenómeno estudiable científicamente; las temáticas de principal interés fueron: el estudio de la sugestionabilidad hipnótica y el diseño de instrumentos para medirla, las propiedades anestésicas¹⁵, la capacidad de respuesta a sugestiones, la influencia de variables situacionales en la sugestionabilidad¹⁶, fenómenos de alteración de la memoria, y un largo etcétera¹⁷.

Respecto a la utilización clínica, se registraron técnicas como la “remoción directa del síntoma”, diseñada por Wingfield y Hadfield para tratar grupos de soldados heridos durante las guerras mundiales¹⁴.

El surgimiento de la Hipnosis Ericksoniana

A lo largo de la segunda mitad del siglo XX la utilización clínica de la hipnosis presentó cambios profundos. Además de la hipnosis estática tradicional con el paciente sentado, surgieron propuestas kinestésicas como la *Terpsicoretranceterapia* de David Akstein, método que se fundamenta en estudios sobre ritos culturales afrobrasileños y sus formas de autoinducir hipnosis mediante danzas y música con una cantidad de oscilaciones por segundo determinada¹⁸. Pero, sin duda, el principal hito en la utilización clínica de la hipnosis surgió de la mano (o mejor dicho de la palabra) de Milton H. Erickson (1901-1980) y sus discípulos. Esta escuela denominada *Hipnosis Ericksoniana* emitió duras críticas al uso tradicional de la hipnosis, cuestionando sus conceptos más arraigados, como la *sugestionabilidad*^{19,20}. Erickson criticó los métodos rígidos de inducción hipnótica, argumentando que cada método debe adecuarse al sujeto en función de sus características personales. También creó formas de inducir la hipnosis a través de la conversación y la narración de historias, entre muchas otras. Si bien no todos sus métodos han resistido la criba de la investigación científica, han sido muy bien aceptados por los practicantes de la hipnosis en el contexto de la psicología clínica^{19,20}.

Erickson poseía un estilo especial de psicoterapia que a veces incluía hipnosis, a veces no, y que no se adscribía a ningún enfoque terapéutico en particular. Sin embargo, algunos de sus discípulos como Jay Haley (1973), calificaron su enfoque como parte de la psicoterapia estratégica²¹, la cual por aquella época emergía de la mano de la epistemología sistémica y de la cibernética de primer orden²². Estas delinearon una nueva forma para comprender los síntomas o problemas individuales, siendo éstos considerados como parte del funcionamiento familiar.

Las ideas, propuestas y técnicas desarrolladas por Milton H. Erickson dejaron una herencia que ha influido en, al menos, seis corrientes de pensamiento en psicoterapia: terapia estratégica, Mental Research Institute (M.R.I.), Terapia orientada a la solución, Terapia psicobiológica de Ernest Rossi, Programación Neurolingüística y los denominados Neo-Ericksonianos^{23,24}, como Michael Yapko, autor del enfoque terapéutico con hipnosis para tratar la depresión esbozado en el apartado final de esta revisión.

En la actualidad podemos encontrar diversas aplicaciones en hipnosis clínica que van de la mano de la Programación Neurolingüística y otras herramientas terapéuticas; estos enfoques más actuales se refugian en la idea de que la hipnosis es inherente a todo proceso comunicativo. Y que, por consiguiente, es posible que toda comunicación implique hipnosis. Además señalan que las personas transitan entre diversos *estados alterados* de conciencia durante el transcurso de un día normal, teniendo la comunicación hipnótica el objetivo de ser capaz de llevar a una persona a dichos estados alterados a través de la sugestión²⁵. Si bien estas distinciones conceptuales distan de alcanzar la precisión necesaria para resistir la criba de la investigación científica, han sido suficientemente aceptadas por la escuela de *Hipnosis Ericksoniana*^{25,26}.

CORRELATOS NEUROBIOLÓGICOS DE LA HIPNOSIS

Las investigaciones en hipnosis han generado importantes contribuciones al desarrollo de la neurociencia cognitiva. El advenimiento de la sofisticada neuroimagenología ha permi-

tido la convergencia tanto de estudios que buscan desentrañar la actividad cerebral asociada a la hipnosis como *estado mental* como la hipnosis combinada con *sugestiones*²⁷. En este apartado se pretende exponer brevemente algunas de las investigaciones que se han llevado a cabo para comprender cómo funciona el cerebro en hipnosis inducida. Al lector que también desee conocer el panorama experimental actual en correlatos neurobiológicos de la hipnosis combinada con *sugestiones*, se recomienda el artículo de revisión de Oakley & Halligan²⁷.

Desde la comprensión de la *hipnosis como estado alterado de conciencia* podemos encontrar el estudio de McGeown et al (2009) quienes mediante fMRI expusieron que la activación de la región anterior en la llamada *red por defecto* (default network) disminuye significativamente en sujetos altamente hipnotizables durante el estado de reposo fisiológico comparado con una condición no hipnótica²⁸. La disminución de actividad fisiológica de esta red se ha observado sólo durante la realización de tareas atencionales dirigidas externamente, en toda la extensión de la red (región anterior y posterior), y siempre con un consecuente incremento de actividad en las regiones vinculadas a la tarea atencional realizada²⁹. Por otro lado, en hipnosis neutral (i.e. sin sugestión), se observó disminución de actividad sólo en el córtex cingulado anterior, giro frontal medio y superior bilateral, y en el giro frontal medio y superior izquierdo, pero sin observar incrementos de actividad en otras zonas en sujetos menos hipnotizables. Los autores interpretan esto como un posible correlato de cambio de estado cerebral específico de la hipnosis sin sugestión.

También hay estudios que indican, con el uso de PET y EEG, que el estado hipnótico en sujetos altamente hipnotizables correlaciona con el incremento tanto del flujo sanguíneo regional como de la actividad en banda delta de la corteza occipital bilateral³⁰⁻³². Esta actividad correlaciona con la experiencia subjetiva de relajación, sugiriendo que este efecto facilitaría la imaginación vívida en sujetos altamente hipnotizables³¹. También se ha observado que la condición de hipnosis neutral genera una disminución del flujo sanguíneo regional en el lóbulo parietal inferior derecho, precuña derecha y giro cingulado posterior. Este patrón

de actividad es interpretado como correlato de disminución de la atención y orientación hacia estímulos externos no relevantes durante el estado hipnótico³⁰. También existen estudios que parecen indicar una disociación funcional del lóbulo frontal entre sujetos altamente hipnotizables y sujetos bajamente hipnotizables. Este fenómeno se evidencia en la disociación de los procesos de monitoreo de conflicto y control cognitivo atencional mediante observaciones con fMRI que muestran una correlación positiva entre el incremento de la actividad del córtex cingulado anterior (i.e. que presenta relación al monitoreo de conflicto atencional) y la interferencia generada durante una tarea de Stroop entre sujetos altamente hipnotizables y bajamente hipnotizables³³.

También se destaca el estudio realizado por Katayama et al (2007) quienes, haciendo uso de EEG, investigaron los patrones eléctricos de la dinámica temporal de los denominados “microestados” de actividad electroencefalográfica en condiciones de hipnosis leve y profunda. Los resultados obtenidos exponen similitudes con cambios observados en otros estados alterados de conciencia; mientras los cambios de microestados entre el reposo y la hipnosis suave se asemejan a cambios observados en meditadores expertos, aquellos observados entre reposo y trance profundo se asemejan a cambios en pacientes esquizofrénicos crónicos y agudos³⁴.

Otro estudio interesante fue el realizado por Fingelkurts et al (2007), quienes compararon mediante EEG la conectividad cortical funcional dentro de circuitos corticales locales y remotos de un sujeto altamente hipnotizable. A nivel local se observó una disminución de actividad en asambleas neuronales corticales correspondientes a bandas de frecuencia delta (1-3 Hz), beta (15-25 Hz) y gamma (35-45 Hz), como un aumento en bandas de frecuencia theta (4-6 Hz) y alpha (7-13 Hz) en la condición de hipnosis neutral respecto de la condición basal. Esta disminución de actividad de las asambleas neuronales oscilando en banda delta, beta y gamma sugiere un incremento de la independencia de los procesos de actividad cerebrales. A nivel de conectividad remota, el número de grupos neuronales sincronizados en banda theta fue significativamente menor durante hipnosis neutral respecto de la condición basal para la mayoría de las regiones

corticales, así como para todas las bandas de frecuencia en la región cortical frontal y cortical izquierda, con excepción de theta. Esta disminución de actividad en la banda theta a nivel global sugiere algún grado de desconexión entre corteza y tálamo durante hipnosis neutral, y la disrupción de actividad sincrónica frontal y hemisférica izquierda con el resto de la corteza a una disminución de la capacidad de estas regiones de procesar información³⁵. También se encontró un incremento en grupos neuronales funcionalmente sincronizados de manera remota en hipnosis neutra entre la corteza occipital derecha y la corteza inferotemporal izquierda en todas las bandas de frecuencia lo que, según la interpretación de los autores, podría corresponder a un marcador de estado hipnótico neutral que facilitaría las sugerencias verbales posthipnóticas, permitiendo y facilitando la generación de fenómenos alucinatorios, entre otros fenómenos perceptuales³⁵.

EFICACIA DE LA HIPNOSIS EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

Como se puede apreciar en el apartado histórico, la utilización clínica de la hipnosis comenzó en la medicina, extendiéndose poco a poco hacia la psicología clínica. Actualmente la hipnosis clínica ha aportado al tratamiento de incontables condiciones psicológicas³⁶.

En el manejo del dolor, ya sea crónico o agudo, se encuentra evidencia muy positiva de su eficacia³⁷. Montgomery et al (2000) señalan que la hipnosis puede aliviar a un 75% de la población con esta dolencia. Además señalan que las técnicas de analgesia hipnótica para aliviar el dolor son superiores a la medicación y al placebo psicológico, entre otros³⁸. Elkins, Jensen y Patterson (2007) indican que las intervenciones con hipnosis son más eficaces que la ausencia de tratamiento, la fisioterapia y la educación en el dolor crónico³⁹. Además la hipnosis ha demostrado no sólo aliviar el dolor, sino además ayudar en el manejo de la ansiedad, la mejora del sueño y la mejora de la calidad de vida en pacientes con dolor crónico⁴⁰. También se presentan estudios que avalan estas conclusiones, generalizándolas para el caso del tratamiento de dolores de cabeza y migraña⁴¹. Castel et al (2007) apoyan la conclusión anterior, demostrando que la

hipnosis con sugestión de analgesia presentó el mayor efecto en el alivio de la intensidad del dolor y en la dimensión sensorial del dolor en pacientes con fibromialgia⁴².

Numerosas investigaciones se han realizado en síntomas y trastornos de ansiedad y su tratamiento con hipnosis, destacándose el estudio realizado por Schoenberger et al (2000), quienes compararon una intervención cognitivo-conductual (que incluía reestructuración cognitiva y exposición *in vivo*) para la ansiedad de hablar en público, con un tratamiento equivalente en el que la relajación fue sustituida por una inducción hipnótica con sugestiones. La hipnosis demostró que al utilizarse como coadyuvante de la terapia cognitivo-conductual presenta una eficacia superior que las otra modalidad⁴³.

También se ha utilizado la hipnosis como coadyuvante a la terapia cognitivo-conductual para el tratamiento de la obesidad, considerándose ésta como *posiblemente eficaz*⁴⁴. Sin embargo, se requieren más estudios en esta área.

En el caso de los estudios respecto a tratamientos para el tabaquismo, la evidencia de si la hipnosis aporta resultados mejores que los placebos es controvertida, pues muchos investigadores basan sus resultados en informes verbales de los participantes respecto de su abstinencia, lo cual podría sobreestimar la eficacia del tratamiento⁴⁵. Sin embargo, a pesar de los problemas metodológicos existentes, la hipnosis es considerada un procedimiento igual de eficaz que los existentes actualmente para el tratamiento del tabaquismo, con la ventaja de su eficacia, ya que es breve y económica^{46,47}.

Respecto a traumas, si bien existen muchos informes anecdóticos y estudios de casos que señalan la positiva repercusión de la hipnosis, los estudios empíricos son escasos. Uno de esos casos es el estudio llevado a cabo por Brom, Kebler y Defare (1989), quienes compararon los efectos de la hipnoterapia, desensibilización sistemática y psicoterapia psicodinámica en el tratamiento del Estrés Postraumático. Comparando estos tres grupos con el grupo control de la lista de espera; los tres mostraron mayor eficacia que el grupo control. Sin embargo, ninguna de las intervenciones fue superior a las otras. No obstante, la hipnosis fue la que requirió menos sesiones, siguiéndole el grupo de desensibilización sis-

temática y, por último, la terapia psicodinámica⁴⁸. Otro estudio, realizado por Bryant et al (2005) sobre el tratamiento del Trastorno de Estrés Agudo, comparó la efectividad de la terapia cognitivo-conductual con hipnosis como coadyuvante, la terapia cognitivo-conductual sola y el asesoramiento de apoyo, entre sí. La terapia cognitivo-conductual con hipnosis mostró los mejores resultados de las tres intervenciones. Sin embargo, si bien el alivio que generó a corto plazo fue mejor, su seguimiento a los tres y seis meses fue equivalente al tratamiento cognitivo-conductual solo⁴⁹. Curiosamente otros estudios han demostrado que las personas que sufren de estrés postraumático son altamente hipnotizables⁵⁰, lo que remarcaría su utilidad en el área.

En el caso de la depresión, se destaca el estudio realizado por Alladin et al (2007), quienes compararon el tratamiento con hipnosis como coadyuvante de la Terapia Cognitiva de la Depresión de Beck, con este mismo modelo terapéutico pero sin hipnosis. Si bien ambos grupos presentaron mejoras respecto de la línea base, el primer grupo (Hipnoterapia Cognitiva) mostró cambios significativamente mayores que el segundo grupo en depresión, ansiedad y desesperanza. Estos cambios se mantuvieron a los seis y doce meses de seguimiento⁵¹. Este estudio indica que la combinación de psicoterapia cognitivo-conductual e hipnosis clínica para tratar la depresión es altamente eficaz.

HIPNOSIS CLÍNICA Y DEPRESIÓN UNIPOLAR

En el presente apartado se realizará una exposición breve sobre la depresión; primero en términos descriptivos, luego en términos terapéuticos. Esta distinción no es trivial pues para esbozar una propuesta psicoterapéutica con hipnosis para tratar la depresión es necesario distinguir previamente algunos supuestos conceptuales básicos. En términos operativos, se puede señalar que mientras el diagnóstico psiquiátrico se centra principalmente en la descripción, intensidad y frecuencia de síntomas, el diagnóstico terapéutico se sustenta en modelos comprensivos que pretenden explicar el problema del paciente. Algunos modelos, como los cognitivos, tienden a

centrarse más en variables internas del sujeto como patrones de pensamiento, estilos de atribución causal y esquemas cognitivos⁵². La tendencia de los modelos experienciales también apunta a lo intrapsíquico, centrándose en la vivencia emocional del sujeto, desde una mirada principalmente fenomenológica⁵³. Por otro lado, existen modelos como los sistémicos que tienden a buscar sus explicaciones en variables externas al sujeto, como redes de apoyo, patrones de conducta disfuncionales dentro de la familia, círculos viciosos sistémicos, doble vínculos, etc^{54, 55}. Es decir, los diagnósticos en psicoterapia suelen buscar una explicación a la base de lo que le sucede al paciente o a la familia. Y para ello, se ampara en teorías. Y éstas, como toda teoría, se amparan en supuestos epistemológicos. En el presente apartado se busca realizar una descripción relativamente hegemónica de lo que es la depresión, para luego esbozar brevemente la propuesta psicoterapéutica de Yapko.

Depresión unipolar: descripción y explicación

En la búsqueda de una descripción relativamente hegemónica de la depresión unipolar se puede encontrar principalmente con dos sistemas diagnósticos: la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10) y el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV tr). Ambos diferencian entre lo que es un *episodio* depresivo mayor y un *trastorno* depresivo mayor, encontrándose el segundo en función de la frecuencia, intensidad y formas de presentación del primero. Por consiguiente, se tomará como descripción general la variable principal y no la función de ella.

El DSM-IV tr determina ciertos criterios para el diagnóstico de un episodio depresivo, los cuales hacen referencia a la presencia de síntomas como: ánimo depresivo, disminución del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, pérdida importante de peso, o pérdida o aumento de apetito, insomnio o hipersomnia, agitación o enlentecimiento psicomotor, fatiga o pérdida de energía, sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados, disminución de la capacidad para pensar o con-

centrarse, pensamientos recurrentes de muerte, ideación suicida, etc. Obviamente se excluyen los síntomas que puedan ser explicados como consecuencia de otras afecciones y para lo cual debe realizarse un diagnóstico diferencial con hipotiroidismo, entre otras. También se señala que el malestar del paciente debe ser clínicamente significativo⁵⁶.

Este breve esbozo de los criterios del DSM-IV, nos brinda una idea general de qué es la depresión, sin ahondar en las especificaciones ni subtipos. Sin embargo, no nos permite comprender *por qué* o *para qué* surge este episodio en el psiquismo y conducta del paciente. Se podría caer fácilmente en el error epistemológico de interpretar la neuroquímica cerebral de la depresión como *causa* de los estados mentales que la caracterizan. Sin embargo, no podemos asegurar la existencia de un vínculo causal, sólo podemos hablar en términos de correlaciones entre los procesos neurofisiológicos y neuroquímicos del cerebro con los estados mentales y, por consiguiente, con la depresión. Y desde dicha parada epistemológica, entenderemos los estados mentales como emergencias (y no meros epifenómenos) del cerebro (e.g. un antidepresivo puede mejorar el estado de ánimo tanto como una vivencia positiva, y ambas tendrán un correlato neuroquímico con similitudes). Para comprender esta afección -como la mayoría de las que tienen estados psicológicos implicados- se debe dar un salto al nivel explicativo.

Propuesta psicoterapéutica de Yapko

Probablemente existen tantas definiciones de psicoterapia como modelos de psicoterapia. Aquí brindaremos la nuestra: *“la psicoterapia consiste en un vínculo especial dado generalmente entre dos personas (una que atiende y otra que consulta), en un encuadre especial, dentro del cual se pretende comprender desde distintas ópticas y enfoques el problema del sujeto que consulta, para luego diseñar soluciones a dicho problema”*. Es decir, las teorías que se utilizan para comprender el problema y las estrategias para solucionar el mismo son las cuales le brindan la identidad a una terapia, ya sea como cognitiva-conductual, sistémica-estructural, narrativa, psicodinámica, etc.

Michael Yapko es un terapeuta estadouni-

dense que se ha destacado por integrar tres enfoques terapéuticos en el tratamiento de la depresión. Estos son: *terapia estratégica*, *terapia cognitiva* e *hipnosis ericksoniana*⁵⁷. La primera puede definirse básicamente como una terapia en la cual el clínico inicia lo que ocurre durante ella y diseña un enfoque particular para cada problema²¹. Actualmente esta definición no dice mucho, pero sí marcó una diferencia a comienzos de la segunda mitad del siglo XX, contraponiéndose a la terapia psicodinámica y rogeriana las cuales, por entonces, parecían fomentar la pasividad y ausencia de planificación por parte del terapeuta²¹. La segunda hace referencia a un cúmulo de modelos terapéuticos amparados sobre la metáfora de que la mente procesa información y funciona de manera semejante a un computador. Conciben el paradigma de estímulos que entran a una caja negra, los cuales son procesados interiormente para generar respuestas. Los aportes de los modelos cognitivos a la psicología clínica provienen desde el diseño de técnicas conductistas como la desensibilización sistemática de Wolpe, pasando por el modelo ABC de Ellis, la terapia de la depresión de Beck, entre muchas otras hasta la terapia cognitivo procesal sistémica de Guidano (Para una revisión sobre terapias cognitivas, consultar "Manual teórico-práctico de psicoterapias cognitivas" de Isabel Caro). La *hipnosis ericksoniana* puede definirse como el uso que Milton H. Erickson hacía de la hipnosis en el contexto clínico, siendo ésta no un tratamiento en sí mismo, sino una valiosa herramienta al servicio de un modelo terapéutico, principalmente estratégico o cognitivo-conductual^{20,21,58}.

Modelo diagnóstico en terapia ericksoniana

Al hablar de terapia ericksoniana se apela principalmente a los usos y fundamentos de la terapia de Milton H. Erickson. Esta forma de terapia ha sido calificada por los discípulos de Erickson como de tipo *estratégica*. Este modelo comenzó su difusión con Jeffrey Zeig⁵⁹. Posteriormente fue ampliado y difundido por Yapko⁶⁰.

El modelo consiste principalmente en 13 parámetros diagnósticos expresados en continuos. Se busca identificar el estilo individual del vivir, pensar, sentir y comportarse del pa-

ciente^{60,61}, y construir intervenciones terapéuticas individualizadas que se adapten especialmente al mismo. Este estilo diagnóstico proviene de Erickson, quien diseñaba sus intervenciones en función del propio modo de funcionar del paciente y la estructura o pauta de sus síntomas y problemáticas en general⁶²:

Los criterios diagnósticos buscan determinar el estilo cognitivo o de pensamiento (localizando al paciente dentro de los continuos abstracto - concreto y global - lineal); estilo de respuesta (identificando la localización de sus respuestas en los continuos dirigido por otros - autodirigido y abierto - defensivo); estilo atencional (localizándolo en los continuos focalizado - difuso, y relevante - irrelevante); estilo perceptual (cuyo único continuo, llamado amplificador - reductor, refiere a su tendencia natural de manipular sus percepciones en relación a su realidad); sistema representacional primario (el cual busca identificar la modalidad sensorial más usada del paciente para adquirir, almacenar y recuperar información, siendo las principales modalidades: visual, auditiva y kinestésica); consideraciones del desarrollo (refiere a la etapa de la vida que el paciente está viviendo, su pasado y qué habilidades necesitará para su futuro); posición en la familia y dinámicas familiares (este criterio tiene como objetivo conocer el origen y funcionamiento de su visión de mundo, sistema de valores, estrategias de afrontamiento para resolver problemas, etc., las cuales suelen gestarse en la crianza); grado de individuación (la cual se evalúa principalmente ubicando al paciente en el continuo dependencia - independencia); características de la programación de edad y valores (cuyos continuos principales giran en torno a su relación con el mundo y uno mismo: orientación hacia las tareas - orientación hacia las personas, y rigidez - flexibilidad); grado de dominio de las experiencias (el cual se compone de tres continuos: locus de control externo - locus de control interno, víctima - dueño de la experiencia e intrapunitivo - extrapunitivo); orientación temporal (refiere a si las preocupaciones del sujeto se encuentran más orientadas hacia lo vivido o en función de metas, principalmente); orientación externa *versus* orientación interna (refiere a si el paciente se encuentra más orientado a experiencias internas como sentimientos, motivaciones y necesidades, o a experiencias externas como even-

tos y contingencias del ambiente); y capacidad disociativa (la cual refiere a la habilidad para separar los componentes de una experiencia. Por ejemplo, las personas que tienen dificultades para disociar los componentes de su experiencia suelen generalizar lo que les sucedió en un contexto a otro contexto)^{26,60}.

Aproximación hipnoterapéutica de Yapko

Respecto a la utilización de la hipnosis en psicoterapia, Yapko la define como un proceso comunicacional de influencia en la cual el clínico extrae o guía asociaciones internas del cliente para establecer o fortalecer asociaciones terapéuticas en el contexto de una relación de colaboración y disposición a responder mutua, orientada a metas⁶³. Yapko entrega seis razones para el uso de la hipnosis en psicoterapia: amplificación de la experiencia subjetiva, facilitación de la interrupción de pautas desadaptativas, facilitación del aprendizaje experiencial, permite la asociación y contextualización de respuestas deseadas, estimula la flexibilidad y diversas formas para relacionarse con uno mismo y ayuda a construir focos de atención interna o externa según sea necesario en terapia⁶³.

Un concepto primordial en las terapias estratégicas que utilizan hipnosis es el de "*trance sintomático*"⁶⁴. Este concepto nace de la similitud entre algunos fenómenos sintomáticos y los fenómenos hipnóticos que suelen generarse de manera espontánea. Refiere al hecho que las personas pueden haber generado una visión de sí mismas y de su vida que los llevan a experiencias sintomáticas no deseadas⁶¹. Desde este enfoque, los trances sintomáticos se caracterizarían a través de manifestaciones como: formas autolimitantes y autodestructivas para responder a las experiencias de la vida; rapport pobre con los otros significativos, creando relaciones insatisfactorias y hasta autodestructivas; percepción de la realidad como algo rígido, inductor de dolor, con déficits para adaptarse a circunstancias cambiantes de la vida; respuestas conductuales inapropiadas al contexto, y rechazo al sí mismo⁶⁴. Tal como los síntomas del paciente suelen manifestarse de forma involuntaria en la vida cotidiana, en hipnoterapia suele asociarse estos síntomas que presenta el paciente con los fenómenos hip-

nóticos clásicos⁵⁷. En estos casos, la hipnosis se utiliza para generar fenómenos hipnóticos complementarios a los síntomas, para expandir el *experienciar* del paciente y/o interrumpir alguna pauta disfuncional del síntoma, para reemplazarla por otra más adaptativa⁶¹.

Modelo terapéutico de Yapko para la depresión unipolar

Para comprender la esencia de la utilización de la hipnosis en el tratamiento de la depresión unipolar, es necesario señalar los principales fenómenos hipnóticos clásicos²⁰: Regresión de edad (incluyendo hipermemoria y revivificación), progresión de edad, amnesia, catalepsia, disociación, respuestas ideodinámicas, alucinaciones, alteración sensorial y distorsión de tiempo. Ahora, el concepto de *trance sintomático* consiste en analizar los síntomas de la depresión como si se desprendieran de fenómenos hipnóticos clásicos como los mencionados. La preocupación por el pasado, los pensamientos recurrentes del pasado que llevan a reexperimentar heridas, rechazos y humillaciones, y el uso del pasado como referencia para tomar decisiones se enmarcarían como expresiones de *trance sintomático* del fenómeno clásico de la regresión de edad. En el caso de la progresión de edad, encontramos la proyección de los daños del pasado a contextos futuros. Respecto al fenómeno de la amnesia, en depresión encontramos la pérdida del recuerdo consciente de los éxitos pasados. El fenómeno de la catalepsia se expresaría en el retardo psicomotor y postura rígida que a veces se presentan en la depresión. La disociación la encontramos expresada en afecto depresivo independiente del contexto, atención negativa a lo selectivo, disociación del presente, con tendencia a la orientación al pasado y etiquetamiento negativo de partes del sí mismo. En respuestas ideodinámicas encontramos los pensamientos depresógenos (como los pensamientos automáticos descritos en el modelo cognitivo-conductual de Aaron Beck), sentimientos, sensaciones, conductas automáticas, estilos de atribución causal, etc. En el fenómeno alucinatorio encontramos su expresión en la percepción de rechazo y negación, donde no se encuentran presentes, y la falta de habilidad para ver o escuchar la

retroalimentación positiva. Respecto a las alteraciones sensoriales, éstas se expresarían en relaciones alteradas con el cuerpo a través de síntomas fisiológicos y en la autoconciencia y gozo sensorial disminuido. En la distorsión del tiempo, se encuentra la experiencia extendida del pasado, incomodidad con el presente y experiencia disminuida del futuro⁶³.

Yapko (1992) señala que cuando se considera a la depresión como una consecuencia de un *trance sintomático*, se facilita la apreciación de la fenomenología de la depresión del paciente. Aquellas terapias que han mostrado ser más confiables en el tratamiento de la depresión (terapia cognitiva, interpersonal y de resolución de problemas) son aquellas que proveen experiencias complementarias a la *estructura de trance* en que se encuentra el paciente. Desde este enfoque, el trabajo clínico consiste en identificar y expandir las pautas disfuncionales inconscientes del paciente que conforman el *trance sintomático* de su depresión, para así facilitar una mayor adaptabilidad y flexibilidad en las respuestas a las exigencias de la vida^{61,63}.

En otras palabras, podemos señalar que Yapko concibe la depresión como producto de diversas pautas específicas que los individuos con depresión usan para organizar y responder a sus percepciones de la vida, las cuales, a su vez, pueden llevar a la depresión. Una forma de comprender la mantención de estas pautas es concebir los síntomas de la depresión como un cúmulo de fenómenos hipnóticos o *trance sintomático*, como ya se ha mencionado. Por consiguiente, el objetivo principal de la terapia consiste en flexibilizar estas pautas y experimentar nuevas conductas, entre otras. Yapko (1992) concibe el surgimiento de estas pautas depresógenas como producto de una historia individual, influencias familiares e incontables influencias socioculturales que facilitarían la generación de distintos estilos depresivos: un estilo cognitivo que consiste en un pensamiento global, concreto y dicotómico; un estilo atencional con concentración difusa; un estilo perceptual que se expresa en la tendencia a la minimización de las posibilidades positivas y una exageración de las negativas; un sistema representacional primario que tiende a guiar al paciente a que experimente imágenes visuales negativas o un diálogo interno negativo; una posición en la familia sustentada en dinámicas

que llevan al paciente a desarrollar un sentimiento de desamparo y victimización a una edad temprana, haciéndolo proclive a la depresión; valores que pueden llevar a la rigidez y amplificación de la condición depresiva, como el perfeccionismo; una tendencia a experimentar el desamparo, con una tendencia a la autculpabilización y recriminación intrapunitiva; una orientación temporal que tiende al pasado, enganchada en eventos dolorosos, sin que el paciente busque alivio en el presente, con una expectativa negativa para el futuro, la cual puede sustentar *profecías autocumplidas*; y una capacidad disociativa que separa disfuncionalmente sus experiencias, originando y manteniendo distorsiones cognitivas como el pensamiento todo ó nada, sobregeneralización y abstracción selectiva, entre otras⁶³.

El rol de la hipnosis, como herramienta adjunta a este enfoque para el tratamiento de la depresión, consiste en ayudar a la reorientación del foco atencional interno propio del paciente con depresión, a focalizar externamente, interrumpir pautas cognitivas y conductuales depresógenas y asistir la generación y estimulación de nuevas pautas adaptativas, fomentar puntos de vista alternativos, realizar experimentos conductuales, profundizar el cambio terapéutico con sugerencias posthipnóticas y facilitar al paciente el *darse cuenta* de que la experiencia es maleable, entre muchas otras^{61,63}.

Conclusiones

Sin duda el desarrollo histórico de la hipnosis se encuentra atiborrado de controversias y malos entendidos. Afortunadamente, aunque con muchos obstáculos en el camino, la hipnosis ha logrado introducirse en los temas de interés de la neurofisiología, neurociencia cognitiva y ciencia médica en general. La segunda mitad del siglo XX configuró el escenario para que la hipnosis entrara oficialmente a los laboratorios de psicología experimental y, posteriormente, a la práctica de la psicología clínica. Actualmente se cuenta con amplia evidencia empírica respecto de su eficacia clínica en el tratamiento de diversas enfermedades, síndromes y trastornos. Sin embargo, los diversos investigadores recurrentemente hacen alusión a la falta de investigación, lo cual sugiere que

la investigación científica de la hipnosis aún es escasa.

Michael Yapko, psicólogo clínico estadounidense, propuso un modelo integrado para tratar la depresión unipolar, el cual incluye aspectos de la terapia cognitivo-conductual, terapia estratégica e hipnosis ericksoniana. Este modelo permite la comprensión de la depresión (y sus características adjuntas) en términos de patrones, integrando el uso de la hipnosis en su tratamiento, utilizándose ésta principalmente para interrumpir las pautas depresógenas y delinear nuevas pautas más adaptativas de pensamiento y conducta. Este es uno de diversos (aunque no numerosos) enfoques que utilizan la hipnosis como un coadyuvante en psicoterapia.

Bibliografía

- 1.- American Psychological Association: Division 30 Bulletin: Psychological Hypnosis: 2005
- 2.- Tortosa F, González-Ordi H, Miguel-Tobal J. La hipnosis. Una controversia interminable. *Analesps* 1999; 1: 3-25
- 3.- Faria J. De la cause du sommeil ou étude de la nature de l'homme. París: Mms Horiac; 1819
- 4.- Bourdin C, Dubois F. Histoire académique du magnétisme animal. París: Baillière; 1841
- 5.- Braid J. *Neurypnology: or the rationale of nervous sleep considered in relation with animal magnetism*. London: John Churchill; 1843
- 6.- Mariani C. *Temas de hipnosis*. Santiago: Editorial Andrés Bello; 1965
- 7.- Charcot J. *Oeuvres Complètes*. París: Bournneville et E. Brissaud; 1890
- 8.- Bernheim H. *Suggestive Therapeutics*. New York: London Book Co; 1886
- 9.- Liébeault A. *Thérapeutique suggestive. Son mécanisme. Propriétés diverses du sommeil provoqué et des états analogues*. París: Octave Doin; 1891
- 10.- Binet A. *Les Alterations de la personnalité*. París: Alcan; 1892
- 11.- Janet P, Charcot J. *Son oeuvre psychologique*. *Revue Philosophique* 1895; 39; 569-604
- 12.- Ramón y Cajal S. Santiago Ramón y Cajal y la hipnosis como anestesia. *Rev Esp Patol* 2002; 4: 413-14
- 13.- Hull C. *Hypnosis and suggestibility. An experimental approach*. New York: Appleton-Century Co; 1933
- 14.- Ruiz J, Santibáñez G. Definiendo la hipnosis desde la psicobiología: algunas líneas de desarrollo científico de los fenómenos hipnóticos. *Cuad Neuropsicol* 2008; 2; 150-66
- 15.- Hilgard E. *A Saga of Hypnosis: Two decades of the Stanford Laboratory of Hypnosis Research 1957-1979*. In: *IJCEH* 1979. URL: <http://www.ijceh.com/pdf/hilgard-saga.pdf> [14.04.2010]
- 16.- Barber T. A deeper understanding of hypnosis: its secrets, its nature, it's essence. *Am J Clin Hypn* 2000; 42; 3-4
- 17.- Orne M. The nature of hypnosis: artifact and essence. *J Abnorm Soc Psychol* 1959; 58; 277-99
- 18.- Akstein D. *Terpsichoretrancetherapy: a new hypnopsychotherapeutic method*. *Int J Clin Exp Hypn* 1973; 21; 131-43
- 19.- Rossi E. *The Collected Papers of Milton H. Erickson on Milton H. Erickson on Hypnosis*. New York: Irvington; 1980
- 20.- Yapko M. *Tratado de Hipnosis Clínica*. Madrid: Palmyra; 2008
- 21.- Haley J. *Terapia no convencional: las técnicas psiquiátricas de Milton H. Erickson*. Buenos Aires: Amorrortu; 2003.
- 22.- Watzlawick P, Beavin J, Jackson D. *Pragmatics of human communication*. New York: W · W · Norton & Company · Inc; 1967
- 23.- Wittezaele, J. y García, T. *La Escuela de Palo Alto. Historia y evolución de las ideas esenciales*. Barcelona: Herder; 1994
- 24.- Zeig J, Geary B. *The Letters of Milton H. Erickson*. Phoenix: Zeig, Tucker & Theisen; 2000
- 25.- Bandler R, Grinder J. *The Structure of Magic I: A Book About Language and Therapy*. Palo Alto: Science & Behavior Books; 1975
- 26.- Bandler R, Grinder J. *Frogs into Princes: Neuro Linguistic Programming*. Utah: Real People Press; 1979
- 27.- Oakley D, Halligan P. Hypnotic suggestion and cognitive neuroscience. *Trends Cogn Sci* 2009; 13; 264-70
- 28.- McGeown WJ, Mazzoni G, Venneri A, Kirsch I. Hypnotic induction decreases anterior default mode activity. *Conscious Cogn* 2009; 18: 848-55
- 29.- Mason M.F, Norton MI, Van Horn JD, Wegner DM, Grafton ST, Macrae CN. Wandering minds: The default network and stimulus independent thought. *Science* 2007; 315: 393-95
- 30.- Rainville P, Duncan GH, Price DD, Carrier B, Bushnell MC. Pain affect encoded in human anterior cingulate but not somatosensory cortex. *Science* 1999; 277: 968-71
- 31.- Rainville P, Hofbauer RK, Bushnell MC, Duncan GH, Price DD. Hypnosis modulates activity in brain structures involved in the regulation of consciousness. *J Cogn Neurosci* 2002; 14: 887-901
- 32.- Maquet P, Faymonville ME, Degueldre C, Delfiore G, Franck G, Luxen A, *et al*. Functional neuroanatomy of hypnotic state. *Biol Psychiatry* 1999; 45: 327-33
- 33.- Gruzelier, JH. Redefining hypnosis: theory, methods and integration. *Cont Hyp* 2000; 17: 51-70
- 34.- Katayama H, Gianotti LR, Isotani T, Faber PL, Sasada K, Kinoshita T, Lehmann D. Classes of multichannel EEG microstates in light and deep hypnotic conditions. *Brain Topogr* 2007; 20: 7-14
- 35.- Fingelkurts Andrew A, Fingelkurts Alexander A, Kallio S, Revonsuo A. Cortex functional connectivity as a neurophysiological correlate of hypnosis: an EEG case study. *Neuropsychologia* 2007; 45: 1452-62
- 36.- Mendoza M, Capafons A. Eficacia de la hipnosis clínica: resumen de su evidencia empírica. *Pap Psicol* 2009; 30: 98-116

- 37.- Lynn S, Kirsch I, Barabasz A, Cardeña E, Patterson D. Hypnosis as an empirically supported clinical intervention: The state of the evidence and a look to the future. *Int J Clin Exp Hypn* 2000; 48: 239-59
- 38.- Montgomery G, DuHamel K, Reed W. A meta-analysis of hypnotically induced analgesia: How effective is hypnosis? *Int J Clin Exp Hypn* 2000; 48: 138-53
- 39.- Elkins G, Jensen M, Patterson D. Hypnotherapy for the management of chronic pain. *Int J Clin Exp Hypn* 2007; 55: 275-87
- 40.- Jensen M, McArthur K, Barber J, Hanley M, Engel J, Romano J, *et al.* Satisfaction with, and the beneficial side effect of, hypnotic analgesia. *Int J Clin Exp Hypn* 2006; 54: 432-47
- 41.- Hammond D. Review of the efficacy of clinical hypnosis with headaches and migraines. *Int J Clin Exp Hypn* 2007; 55: 207-19
- 42.- Castel A, Pérez M, Sala J, Padrol A, Rull M. Effect of hypnotic suggestion on fibromyalgic pain: Comparison between hypnosis and relaxation. *Eur J Pain* 2007; 11: 463-8
- 43.- Schoenberger N. Research on hypnosis as an adjunct to cognitive-behavioral psychotherapy. *Int J Clin Exp Hypn* 2000; 48: 154-69
- 44.- Bolocofsky D, Spinler D, Coulthard-Morris L. Effectiveness of hypnosis as an adjunct to behavioural weight management. *J Clin Psychol* 1985; 41: 35-41
- 45.- Green J, Lynn S. Hypnosis and suggestion-based approaches to smoking cessation: An examination of the evidence. *Int J Clin Exp Hypn* 2000; 48: 195-224
- 46.- Elkins G, Rajab M. Clinical hypnosis for smoking cessation: Preliminary results of a three-session intervention. *Int J Clin Exp Hypn* 2004; 52: 73-81
- 47.- Elkins G, Marcus J, Bates J, Rajab M, Cook T. Intensive hypnotherapy for smoking cessation: A prospective study. *Int J Clin Exp Hypn* 2006; 54: 303-15
- 48.- Brom D, Kleber R, Defare P. Brief psychotherapy for post-traumatic stress disorder. *J Consult Clin Psychol* 1989; 87: 607-12
- 49.- Bryant R, Moulds M, Nixon R, Mastrodomenico J, Felmingham K, Hopwood S. Hypnotherapy and cognitive behaviour therapy of acute stress disorder: A 3-year follow-up. *Behav Res Ther* 2005; 44: 1331-5
- 50.- Spiegel D, Hunt T, Dondershine H. Dissociation and hypnotizability in post-traumatic stress disorder. *Am J Psychiatry* 1988; 145: 301-5
- 51.- Alladin A, Alibhai A. Cognitive hypnotherapy for depression: An empirical investigation. *Int J Clin Exp Hypn* 2007; 55: 147-66
- 52.- Caro I. Manual teórico práctico de psicoterapias cognitivas. Bilbao: Desclée; 2007
- 53.- Alemany C. Psicoterapia experiencial y focusing: la aportación de Eugene T. Gendlin. Bilbao: Desclée; 1997
- 54.- Minuchin S. Familias y terapia familiar. Barcelona: Gedisa; 1997
- 55.- Demicheli G. Comunicación en terapia familiar sistémica: bosquejo de una epistemología cibernética. Valparaíso: Universidad de Valparaíso; 1995
- 56.- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders, 4th ed revised. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000
- 57.- Pacheco M. La realidad de las realidades hipnóticas. *Ter Psicol* 1997; 6: 47-65
- 58.- Procter H. Escritos esenciales de Milton H. Erickson Vol. 2. Barcelona: Paidós Ibérica; 2002
- 59.- Robles T. Terapia cortada a la medida. Un seminario ericksoniano con Jeffrey Zeig. Ciudad de México: Editorial del Instituto Milton H. Erickson de la Ciudad de México; 1991
- 60.- Yapko M. When living hurts. Directives for treating depression. New York; Brunner/Mazel; 1988
- 61.- Pacheco, M. Acerca de Michael Yapko y su enfoque de la psicoterapia y la hipnoterapia. *Ter Psicol* 1998; 7: 45-56
- 62.- Zeig J. The evolution of psychotherapy: the second conference. New York: Brunner/Mazel; 1992
- 63.- Yapko M. Hypnosis and the treatment of depressions. Strategies for change. New York: Brunner/Mazel; 1992
- 64.- Gilligan, S. Therapeutic Trances. New York: Brunner/Mazel; 1987