



**Universidad Central "Marta Abreu" de Las Villas
Facultad de Ciencias Sociales
Departamento de Psicología**

**Tesis presentada en opción al título académico
de Master en Psicología Médica**

**Efectividad del tratamiento
multimodal con hipnosis en la
atenuación del estado depresivo en
trastornos de adaptación**

Autor: Lic. Daniel Águila Castillo

Tutor8: Dra. C. Maira Quintana Ugando

— 2019 —

Agradecimientos

Especial agradecimiento a mi esposa quien en todo momento confío en este primer acercamiento a la utilización de la hipnosis como herramienta terapéutica en los trastornos depresivos podía lograrse.

A mi familia por ser fuente inspiradora de mis logros profesionales.

A un gran amigo Carlos Miguel Torres Hernández por atraerme a este apasionante mundo de la hipnosis.

Al Dr. C. Michael Álvarez González con quien siempre se puede contar por su entrega constante a la investigación

A los colegas que de una forma u otra se han interesado por el tema.

A los profesores Ms. C. Orlando Cartaya, Dr. C. Omar Cruz Martín, Dr. C. Alberto Cobián Mena que me han perfilado en la formación práctica sobre el tema.

A los profesores de la maestría en Psicología Médica, espacio que me permitió plantearme esta tarea, en especial a mi tutora Maira quien se sumó a tan controvertido tema.

A mis compañeros del servicio de Psiquiatría por cubrir horas de ausencia que conllevó éste trabajo.

A todos aquellos pacientes beneficiados con el tratamiento y a los que puedan contar con él a partir de este momento.

Y aquellas personas que lleven la hipnosis en su corazón

Dedicatoria

A la Provincia de Villa Clara todo mi esfuerzo y el de los que me han acompañado en este trabajo que desde hace años se le debía a esta hermosa ciudad

Síntesis

La hipnosis es un proceder médico que ha acompañado al hombre desde etapas primitivas, en los últimos 50 años su estudio y práctica ha ganado mayor espacio dentro del campo de la Psicología. En el servicio de Psiquiatría del Hospital Manuel Fajardo Rivero, son tratadas diferentes enfermedades a través del empleo de esta técnica. Teniéndose en cuenta los resultados alcanzados en los desórdenes emocionales y la alta incidencia de los trastornos de adaptación, donde la depresión es uno de los síndromes clínicos más frecuentes, es que la presente investigación se dirigió a realizar un estudio explicativo con enfoque cuantitativo, con el objetivo de evaluar la efectividad del tratamiento multimodal con hipnosis en la atenuación del estado depresivo en los trastornos de adaptación, en el periodo de enero a octubre de 2017. La muestra se seleccionó de forma no probabilística, intencional quedando conformada por 20 pacientes, en edades comprendidas entre 18 y 35 años. Se empleó la revisión documental, entrevista clínica, inventario de Beck y la escala de evaluación de la depresión por especialistas.

Los pacientes evaluados presentaron antes de iniciar el tratamiento multimodal un estado depresivo con predominio de síntomas de pensamientos y somáticos. Posterior al tratamiento no se constató el estado depresivo inicial. Las manifestaciones principales que conformaron un estado depresivo antes de iniciar el tratamiento eran mayores en intensidad y frecuencia que las presentes al concluir el mismo, no presentando indicadores de identidad nosológica depresiva.

Palabras Claves: depresión, trastorno de adaptación, tratamiento multimodal, hipnosis.

Summary

Hypnosis is a medical procedure that has accompanied man from primitive stages, in the last 50 years his study and practice has gained more space within the field of Psychology. The Psychiatry Service of Manuel Fajardo Rivero Hospital's, different diseases are treated with this technique. The results achieved in emotional disorders and the high incidence of adjustment disorders, where depression is one of the most clinical frequent syndromes. The present investigation was directed to perform an explanatory study with a quantitative approach, with focus to evaluating the effectiveness of multimodal treatment with hypnosis in the attenuation of the depressive state in adjustment disorders, according to the January - October 2017 period. The sample was selected in a non-probabilistic method, intentionally consisting in 20 patients, aged between 18 and 35 years old. The documentary review, clinical interview, Beck's inventory and the scale of evaluation of depression by specialists were used.

The patients evaluated had a depressive state with predominance of thoughts and somatic symptoms before starting the multimodal treatment. After the treatment, the initial depressive state was not observed. The main manifestations that formed a depressive state before starting treatment were greater in intensity and frequency than those present at the end of the treatment, with no indicators of depressive nosological identity.

Key words: Depression, upset of adaptation, multi-modal treatment, hypnosis.

Índice

Contenido

INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO 1. MARCO TEÓRICO REFERENCIAL.....	6
EPÍGRAFE 1: PERSONALIDAD Y ESTADOS PSÍQUICOS.....	6
EPÍGRAFE 2: DEPRESIÓN COMO ALTERACIÓN PSÍQUICA EN LOS TRASTORNOS DE ADAPTACIÓN.....	9
EPÍGRAFE 3: TRATAMIENTO MULTIMODAL DE LA DEPRESIÓN. IMPORTANCIA DE LA HIPNOSIS EN EL MISMO.....	14
CAPÍTULO 2. MARCO METODOLÓGICO REFERENCIAL.....	29
EPÍGRAFE 1: DISEÑO METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN.....	29
EPÍGRAFE 2: SELECCIÓN Y DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA.....	30
EPÍGRAFE: 3 VARIABLES EN ESTUDIO.....	31
EPÍGRAFE 4: DESCRIPCIÓN DE LA TERAPIA MULTIMODAL.....	32
EPÍGRAFE 5: DESCRIPCIÓN DE LAS TÉCNICAS EMPLEADAS PARA LA RECOGIDA DE DATOS Y EVALUACIÓN DE LA VARIABLE DEPENDIENTE.....	37
EPÍGRAFE 6: PROCESAMIENTO DE LOS DATOS.....	43
EPÍGRAFE 7: CONSIDERACIONES ÉTICAS DE LA INVESTIGACIÓN.....	43
CAPÍTULO 3. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	44
EPÍGRAFE 1: ANÁLISIS DE LA HISTORIA CLÍNICA.....	44
EPÍGRAFE 2: ANÁLISIS DE LA ENTREVISTA PSICOLÓGICA.....	48
EPÍGRAFE 3: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DEL INVENTARIO DE BECK.....	49
EPÍGRAFE 4: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DE LA ESCALA PARA LA EVALUACIÓN DE LA DEPRESIÓN POR ESPECIALISTAS.....	52
EPÍGRAFE 5: ANÁLISIS DEL REGISTRO SISTEMÁTICO DE LAS SESIONES.....	53
CONCLUSIONES.....	59
BIBLIOGRAFÍA	
ANEXOS	



INTRODUCCIÓN

INTRODUCCIÓN

La humanidad enfrenta en la actualidad constantes desafíos en el campo de la salud. La depresión constituye uno de estos retos, la misma como estado psíquico patológico conforma la expresión de ideas acerca de enfermedades o situaciones sociales vivenciadas de manera catastrófica y pesimista (Otero, *et al.*, 2008).

Los costos en calidad de vida para las personas aquejadas con esta entidad y para sus familiares son altos. Se produce una disminución en la productividad laboral y aumenta el ausentismo, deviniendo en un problema social con alta relación con el suicidio (Pi y Mena, 2010).

La depresión ocasiona un motivo de preocupación para los sistemas sanitarios de diferentes países, pues se constituye como una de las principales cargas sanitarias, debido al alto índice de suicidios, al incremento de la mortalidad y a la asociación con enfermedades médicas (Sadock, Kaplan & Sadock, 2003).

En la actualidad la organización mundial de la salud (OMS, 2003) indicó que la misma se convertirá en el 2020 en la segunda causa de incapacidad en el mundo, detrás de las enfermedades isquémicas (infartos, insuficiencia coronaria, accidente cerebrovascular) mientras que en el año 2000 ocupaba el cuarto lugar.

En el mundo 121 millones de personas sufren de esta alteración y la carga que representa está aumentando. La OMS advierte que una de cada cinco personas llegará a desarrollar un cuadro depresivo en su vida. A nivel mundial la incidencia es hasta dos veces más alta en las mujeres que en los hombres (Antonini, 2011). La depresión representa aproximadamente el 80 % de todos los diagnósticos psiquiátricos en asistencia primaria. En los países occidentales se estima que el promedio de pacientes con depresión en asistencia primaria es elevado, entre un 10-20 % de todos los pacientes (Pugliese, 2001).

En Cuba diversos estudios epidemiológicos han estimado una prevalencia de un 5% de sujetos con depresión en la población en general y un 3 % son atendidos en las consultas del médico general (Núñez, 2000).

Diversos enfoques se aplican en el tratamiento de la depresión: farmacológico,

psicoterapéutico, dietético, tradicionales, entre otros. El avance de la psicofarmacología en las últimas décadas ha permitido un gran desarrollo de potentes antidepresivos. Este tratamiento farmacológico a pesar de su rapidez en la reducción de los síntomas, cuando se usan en forma aislada, la frecuencia de recaídas es significativamente más elevada que cuando se combinan con psicoterapia o los pacientes sólo han recibido psicoterapia efectiva (Yapko, 2013a).

La medicina Bioenergética y Natural tiene en su arsenal terapéutico diversas técnicas, entre ellas la hipnosis, su utilidad para el tratamiento de innumerables problemas de salud es ya un hecho que nadie se cuestiona en Cuba (Cobián, 2004).

Históricamente las técnicas de hipnosis han sido consideradas fundamentalmente como procedimientos terapéuticos y por lo tanto han estado orientadas fundamentalmente al ámbito clínico. Desde los antiguos chamanes y sacerdotes de la cultura hindú, china, egipcia, persa o griega hasta los médicos y psicólogos de nuestros días, el empleo de la hipnosis se centró en objetivos clínicos y su forma de estudio fue esencialmente clínica (Edmoston, 1986; Ellenberger, 1970).

Las técnicas hipnóticas son relativamente fáciles de aplicar e inocuas en comparación con otros procedimientos médicos y psicológicos. Actualmente las personas buscan tratamientos psicoterapéuticos cortos y eficaces, lo que aumenta el interés en el estudio de la hipnosis como un adjunto a otros procedimientos para controlar tanto síntomas físicos como psicológicos, y que ha demostrado ser un medio eficaz para mejorar la calidad de vida de muchos pacientes (Cabrera *et. al*, 2013). Los meta-análisis han demostrado que adjuntar la hipnosis a los tratamientos cognitivos-comportamentales y psicodinámicos mejoran sustancialmente la eficacia de los mismos (Kirsch, 2010; Kirsch, Montgomery & Sapirstein, 1995).

Según Yapko, (1992) se distinguen seis razones para el uso de la hipnosis en la psicoterapia en general y con los pacientes deprimidos en particular: Amplifica la experiencia subjetiva, facilita la interrupción de pautas, posibilita el aprendizaje

experiencial, permite la asociación y contextualización de respuestas deseadas, modela flexibilidad y ayuda a construir focos.

A pesar de estos argumentos convincentes la utilización de la hipnosis en el tratamiento de la depresión ha sido pobre, a escala internacional se resaltan los trabajos de Yapko (2013b) con la propuesta de un modelo terapéutico con hipnosis ericksoniana (Erickson, 1980); se destacan también los aportes realizados por Zeig (1992) quien fue uno de los seguidores de Erickson (1980), Rossi (2007), Kisch (2010), Lynn y Kirsch (2005). En el ámbito hispano es importante mencionar a Mendoza y Capafons (2009), Miguel-Tobal, Casado, Cano-Vindel, y Spielberger (2001), González y Miguel-Tobal (1994) y Rodríguez (2011).

En Cuba se resaltan los trabajos de Cobián (2004) que destaca los aportes de la hipnosis en la psiconeuroinmunología de la depresión y de otras alteraciones; los diferentes resultados de estos investigadores demuestran que la hipnosis aumenta la rapidez y efectividad en los diferentes tratamientos médicos y psicológicos pero se utiliza poco en los servicios de salud.

En la provincia de Villa Clara se realizan trabajos encaminados a profundizar en el estudio de la hipnosis, así como su empleo en el ámbito clínico. Se realizó una investigación con el fin de estudiar la actitud de los psicólogos asistenciales del municipio Santa Clara hacia esta técnica, encontrándose que la hipnosis es poco empleada por los mismos a pesar de concederle un valor importante, querer incorporarla y no presentarse creencias irracionales hacia la misma (Quintana, Rodríguez, Águila, Torres y Santiesteban, 2018).

En esta provincia se llevan a cabo además encuentros por parte de los profesionales de la salud, los que tienen su sede en el policlínico docente Chiqui Gómez, con el fin de utilizar la hipnosis en diferentes alteraciones médicas y psíquicas. En estos encuentros se debaten las inquietudes, se analizan casos complejos bajo este tratamiento y se promueve la investigación en el tema; todo ello con el objetivo de brindar un servicio permanente a la comunidad por aquellos profesionales preparados para el empleo de la misma.

Un ejemplo de lo anterior es el servicio de Psiquiatría del Hospital Manuel Fajardo

Rivero, donde son tratadas diferentes enfermedades a través de la hipnosis asociada a otros tratamientos médicos y psicológicos. A partir de la preparación profesional recibida en este grupo de trabajo se incorporó la hipnosis a las estrategias terapéuticas que se planifican para los pacientes ingresados que presentan depresión como estado, avalado esto por la pertinencia de un tratamiento multimodal que abarca todos los niveles de funcionamiento del paciente con esta alteración.

A partir de esta proyección en el trabajo profesional del psicólogo en esta institución la presente investigación responde al problema científico siguiente:

¿Es efectivo el tratamiento multimodal con hipnosis en la atenuación del estado depresivo en trastornos de adaptación?

Hipótesis: Es efectivo el tratamiento multimodal con hipnosis para la atenuación del estado depresivo en los pacientes con trastornos de adaptación si disminuyen los niveles de la depresión durante la implementación del mismo.

Objetivo General:

- Evaluar la efectividad del tratamiento multimodal con hipnosis en la atenuación del estado depresivo en los trastornos de adaptación.

Objetivos específicos:

1. Evaluar la depresión como estado antes de iniciar el tratamiento.
2. Evaluar la depresión como estado después del tratamiento.
3. Comparar los niveles de la depresión como estado antes de iniciar el tratamiento y después de terminado el mismo.

Este trabajo desde el punto de vista teórico contribuye a profundizar en las manifestaciones clínicas de la depresión en los trastornos de adaptación, además de enriquecer los escasos estudios existentes en Cuba que apoyan el uso de la hipnosis en el tratamiento multimodal de dicha patología. Desde el punto de vista metodológico aporta criterios para el empleo de la hipnosis en el tratamiento multimodal de la depresión como estado patológico, así como para la evaluación de la efectividad de dicho tratamiento.

Desde el punto de vista práctico aporta al sistema nacional de salud una estrategia terapéutica de tratamiento para la depresión como estado sin grandes costos financieros, que, además, abarca los diferentes niveles de funcionamiento del paciente, permitiendo el restablecimiento de manera más rápida de la salud de los sujetos afectados.

El contenido del informe de investigación está estructurado en tres capítulos. El marco referencial teórico está planteado en el primer capítulo, en el que se esbozan los supuestos teóricos que sirven como fundamento a la investigación. Iniciándose con el abordaje de los basamentos teóricos-metodológicos fundamentales en el estudio de la personalidad y los estados psíquicos, profundizando en la depresión como alteración en los trastornos de adaptación, así como el empleo del tratamiento multimodal y la importancia de la hipnosis en el mismo. La concepción metodológica de la investigación desarrollada en el segundo capítulo, incluye el diseño metodológico: estrategia general del trabajo, descripción y selección de la muestra, variables de estudio y la descripción de las técnicas utilizadas, así como el procesamiento general de los datos. En el tercer capítulo se presenta el análisis e interpretación de los resultados.

Este trabajo consta además de conclusiones, destacando de modo especial la respuesta al problema científico y las implicaciones para futuras investigaciones que se derivan de los resultados.

Se proponen recomendaciones y se declara la bibliografía utilizada. Para complementar la lectura del cuerpo principal del informe, se exponen los anexos que contienen los protocolos de los instrumentos utilizados para obtener información y los análisis estadísticos de los datos.



CAPÍTULO 1

CAPÍTULO 1. MARCO TEÓRICO REFERENCIAL

EPÍGRAFE 1: PERSONALIDAD Y ESTADOS PSÍQUICOS

La personalidad se considera el nivel superior de regulación de la conducta, pues integra los diferentes subsistemas que como estructuras y configuraciones están presentes en la subjetividad individual (Fernández, 2005).

El desarrollo de la personalidad está determinado histórica y culturalmente (Vigotsky, 1987), en la misma normalmente existe una progresión a la madurez y cada etapa se desarrolla como una consecuencia lógica de la etapa previa, un crecimiento que emerge a través de diferentes etapas, cada una de las cuales tiene sus necesidades y problemas particulares (Noyes, 1966).

La propia determinación histórica cultural que en la vida particular de un ser humano se traduce a la educación recibida y a sus experiencias de vida hace que en ocasiones el propio desarrollo sufra alteraciones que tornan ineficientes la regulación de la conducta.

La personalidad además de mediatizar la regulación de la conducta a través de la cual el individuo responde a las demandas del entorno, se ve influenciada por eventos o procesos tanto externos como internos como en el caso de los estados psíquicos.

Como estado psíquico se considera el devenir de la actividad mental en su curso y contenido de manera concéntrica durante un tiempo determinado (Levitov, 1989). Aunque hay disímiles clasificaciones de los estados psíquicos (estados emocionales, cognoscitivos, volitivos; estados personales y situacionales; estados profundos y superficiales, estados prolongados y cortos; estados positivos y negativos; estados más o menos conscientes) han sido de gran interés para la Psicología Clínica los estados psíquicos patológicos por el impacto que tienen en la salud mental y física a tal punto de considerarlos síntomas de diversas enfermedades; son más intensos, más duraderos, más frecuentes, repercuten en el bienestar pues se conciben como una alteración de la personalidad.

Dentro de los estados psíquicos patológicos la depresión ocupa un lugar

importante, de manera general se considera un estado emocional muchas veces transitorio y circunscrito a situaciones interpretadas y vivenciadas de manera inesperada.

La esfera emocional en la personalidad permite que no solo las experiencias sean percibidas de diferentes formas, sino que a la vez sean también vivenciadas de diversas maneras.

Se plantea entonces que las emociones son concebidas como procesos afectivos que emergen de la relación entre la persona y su medio social. Conllevan cambios a nivel fisiológico, motor o conductual expresivo y subjetivo experiencial, tienen como base la valoración personal de la situación o estímulo y son vivenciados con agrado y/o desagrado, considerando su vínculo con las necesidades y metas individuales. Estos cambios presentan implicación para el funcionamiento biológico, psicológico y social del sujeto (Vissupe, Angulo, Guerra, González y Arias, 2016).

Roca (2013) plantea que la emoción es la categoría científica que expresa tanto el significado que para las personas tienen los eventos que cotidianamente acontecen en su entorno, como la implicación que, en su totalidad, una persona tiene en las respuestas adaptativas y eficaces a las demandas de este. La define como una fuerte conmoción del estado de ánimo que puede tener un carácter placentero o displacentero y va acompañado de cambios orgánicos, expresiones faciales, conductas motoras. Surge como consecuencia de reacciones a una situación externa o una reacción interna del organismo.

Es importante destacar que la valencia que asume una emoción depende de muchos factores, entre los cuáles tal vez el más sobresaliente sea el componente subjetivo, con aquello que es expresión de bienestar o malestar con lo que está sucediendo, más allá de lo que objetivamente ocurre en las interrelaciones de la persona con su ambiente.

La significación atribuida a la emoción determina la calidad de la vivencia concurrente. En este sentido, las emociones pueden tener tanto connotaciones agradables como desagradables y la mayor parte de las veces mixta, al tiempo

que sumamente dinámicas, en función de cómo se mueve la propia situación y sus consecuentes interpretaciones. Lo deseable y tal vez más saludable es que exista congruencia entre lo que sucede objetivamente y lo que pasa por el mundo vivencial de la persona; sin embargo, en ocasiones hay un abismo entre ambos como consecuencia de la interpretación y lo que se produce es una farsa incongruencia como ocurre en los cuadros severos de alteraciones psicopatológicas (González y Santamaría, 2009).

Estas ideas proporcionan dimensiones de análisis para valorar el potencial riesgo-beneficio que cada emoción puede presentar tanto en la salud como en la enfermedad.

En el marco de la Psicología clínica y de la salud se ha constatado que las personas optimistas y pesimistas emplean diferentes patrones de estrategias de afrontamiento cuando se enfrentan a dificultades de la vida (Ortiz, Ramos y Vera-Villaroel, 2003).

Cada día se reconoce el papel de las emociones en la aparición de cuadros clínicos de diferentes enfermedades. En las investigaciones en el campo de las emociones se ha incorporado el término de inteligencia emocional. En la que se incluye la capacidad del individuo de conocer sus propias emociones, manejarlas, reconocerlas en los demás y utilizarlas en las relaciones interpersonales; de esta manera Goleman (1998) plantea que algunas personas son más expertas para manejar su propia ansiedad y otras para manejarla en los demás.

La Psicología define las emociones positivas o placenteras como aquellas que proporcionan alegría, esperanza, orgullo, disfrute, relajación etc.

Una emoción es placentera si la experiencia subjetiva es percibida como agradable. Surge cuando una persona experimenta atenuación en su estado de malestar, consigue alcanzar metas determinadas o evalúa el evento o estímulo como favorable con la consecución de las mismas (Ángulo, 2015).

Las emociones displacenteras se generan ante acontecimientos que son valorados como dificultad para el logro de los propios objetivos, es decir cuando se bloquea un meta o ante una amenaza o pérdida, generalmente son vivenciadas

con desagrado (Piqueras, Ramos, Martínez y Oblitas, 2009; Pérez, 2014).

Dentro de las emociones de desagrado se encuentran la ira, ansiedad, depresión, entre otras.

EPÍGRAFE 2: DEPRESIÓN COMO ALTERACIÓN PSÍQUICA EN LOS TRASTORNOS DE ADAPTACIÓN

Uno de los estados psíquicos patológicos más estudiados por ser de los que más afectan el desarrollo exitoso de la personalidad es la depresión.

El término depresión proviene del latín *depressio*, que significa opresión, encogimiento o abatimiento, es el diagnóstico psiquiátrico que describe un trastorno del estado de ánimo, transitorio o permanente, caracterizado por sentimientos de abatimiento, infelicidad y culpabilidad, además de provocar una incapacidad total o parcial para disfrutar de las cosas y de los acontecimientos de la vida cotidiana (Karakula-Juchnowicz *et al.*, 2014).

Se debe siempre aclarar en qué sentido se utiliza el término depresión, pues puede ser contemplado como un rasgo o predisposición caracterológica, como estado transitorio, como estado patológico considerándose el mismo síndrome de diversas enfermedades, también el término depresión da nombre a diferentes entidades nosológicas (Ibor y Association, 2001).

Desde una perspectiva clínica el término depresión se utiliza en tres sentidos, síntoma, síndrome y enfermedad. La depresión como síndrome agrupa un conjunto de síntomas, (tristeza patológica, inhibición, sentimientos de culpa, minusvalía y pérdida del impulso vital) que configura el diagnóstico clínico y psicopatológico, considerándose el síndrome una forma de organización de síntomas que indican una afección (Santamaría, Capilla Ramírez y González Ordi, 2013).

Como estado la depresión surge como resultado de la percepción de estímulos internos o externos que se asocian a acontecimientos de separación, pérdida o fracaso, decepción o indefensión. Se asocia con la disminución de la energía e interés por las actividades vitales, enlentecimiento del metabolismo, la pena, la

desilusión, la melancolía, falta de interés y desmotivación por actividades que antes eran placenteras, sentimientos de abatimiento, infelicidad y culpabilidad, además de provocar una incapacidad total o parcial para disfrutar de las cosas y de los acontecimientos de la vida cotidiana (Karakuła-Juchnowicz *et al.*, 2014). Puede resumirse que el estado depresivo se puede expresar a través de alteraciones de tipo cognitivo, afectivo, volitivo, conductual o incluso somático (Moore y Jefferson, 2005).

Esta propuesta permite identificar en los pacientes deprimidos la (s) esfera (s) que se encuentra más afectada y por lo tanto lograr una comprensión más completa de la personalidad y la relación indisoluble mente-cuerpo a partir de mecanismos ineficientes de regulación personalógica.

Especial relevancia adquiere la manera en que la concepción antes mencionada considera la importancia de los síntomas que nombra fundamentales como la tristeza, disminución del estado de ánimo, dificultad para sentir placer e irritabilidad; en otro grupo se asocian los síntomas somáticos donde son incluidos principalmente los problemas en el sueño, el apetito, astenia, dificultades sexuales; un tercer grupo incluye los aspectos sintomáticos conductuales como las alteraciones cognitivas, psicomotoras y de cuidado de su aspecto personal y un cuarto bloque recoge aquellas afectaciones del pensamiento depresivo relacionadas con ideas de fracaso, culpa, desesperanza, ruina, catástrofe, inutilidad, enfermedad, muerte suicidio.

Aarón Beck teórico de la terapia cognitiva (Beck, 1970) hace mucho énfasis en el potencial de las personas deprimidas para percibir negativamente el ambiente y los acontecimientos que le rodean.

Es importante reconocer que estas formas de agrupar las manifestaciones de la depresión no indican que en los pacientes deprimidos no puedan presentarse síntomas de varios grupos y mucho menos que la depresión adquiera mayor importancia al predominar unos u otros, aunque si puede orientar en el diagnóstico psicológico y sus particularidades.

Una de las entidades donde suele estar presente la depresión como estado son

los trastornos de adaptación, considerados como depresiones exógenas por su carácter principalmente transitorio y vinculado a la percepción de un agente estresor externo.

Este constructo taxonómico se considera un medio para clasificar todo trastorno psiquiátrico con un perfil de síntomas insuficientes para cumplir el criterio operacional más específico de otros trastornos mayores, pero clínicamente significativo y excesivo en comparación con lo esperable en respuesta al agente estresante en cuestión. Está asociado a un deterioro de la actividad laboral e interpersonal y no es solo el resultado de un problema psicosocial que requiere atención médica. Garantizar atención a los síntomas mentales menores puede prevenir la evolución hacia trastornos más graves y actuar antes de que las relaciones, el trabajo y la actividad se deterioren y queden alterados de manera permanente (Hales, Yudofsky y Talbott, 2000a, b).

El diagnóstico del trastorno adaptativo requiere una evaluación precisa del tiempo transcurrido desde la aparición del agente estresante y la manifestación de las secuelas psicológicas adversas que sobrevienen; hasta la aparición del DSM-IV (2000) se había impuesto un límite temporal para poder establecer este diagnóstico después de desaparecer el agente estresante, el trastorno adaptativo era un diagnóstico transitorio que no podía durar más de 6 meses. Actualmente la quinta revisión americana de trastornos psiquiátricos en su editorial médica panamericana (López, 2014) alargó este tiempo hasta 2 años, con necesidad de cambiar el diagnóstico después de este tiempo.

Las características etiológicas y dinámicas del diagnóstico del trastorno adaptativo lo convierten en una categoría diagnóstica limítrofe que constituye una pieza clave entre la normalidad y la enfermedad y que el descuido clínico por los profesionales encargados puede privar de la atención precoz a un cuadro clínico con futura evolución a entidades más establecidas y de peor pronóstico (Hales, Yudofsky y Talbott, 2000b).

La característica esencial es el desarrollo de síntomas emocionales o comportamentales en respuesta a una contingencia, que puede ser un único

acontecimiento (por ejemplo, la terminación de una relación sentimental) o deberse a factores múltiples (por ejemplo dificultades importantes en los negocios y problemas conyugales). Los estresantes son a veces recurrentes como pueden ser las crisis estacionales en los negocios o continuos como es vivir en un barrio de criminalidad elevada). El estresante puede afectar a una persona, a una familia, a un grupo o comunidad tal como sucede en una catástrofe natural. También hay estresantes dependientes de acontecimientos específicos del desarrollo; así ir a la escuela, abandonar el domicilio familiar, casarse, ser padre, fracasar en los objetivos profesionales, jubilarse pueden constituir eventos que favorecen la aparición de trastornos de adaptación (Fauman, 2008).

Es reconocido como una de las formas de los trastornos de adaptación la presencia y predominio en ellos del estado depresivo, considerado este grupo como depresiones exógenas por su carácter principalmente transitorio y vinculado a la percepción de un agente estresor externo.

El diagnóstico de los trastornos de adaptación, así como de otras entidades mentales en Cuba se realiza a través del tercer Glosario Cubano de Psiquiatría (Hospital Psiquiátrico de La Habana, 2008) basado en los clasificadores siguientes: Clasificación Internacional de Enfermedades Mentales (CIE-10, 2004), y la cuarta revisión de la Asociación de Psiquiatría Americana (DSM-IV, 2000).

Los trastornos de adaptación se ubican en el GC – 3 en los trastornos debidos al efecto de uno o varios psicotraumas importantes, aunque no excepcionalmente intensos ni catastróficos, o de un cambio biográfico que constituye una espina irritativa mantenida.

La expresión sintomática puede ser la de un cuadro depresivo, ansioso o mixto, de intensidad ligera a moderada, o de un síndrome que remede cualquiera de los trastornos calificados como neuróticos. Los síntomas suelen aparecer entre treinta y noventa días después de ocurrido el hecho psicotraumatizante o cambio biográfico que los ocasionó, excepto para la reacción depresiva prolongada, no se mantienen por mucho más de 6 meses después de suprimirse el estresor.

Las manifestaciones no morbosas de adaptación a las desavenencias se caracterizan por una actitud más madura y adaptativa que la que acompaña al trastorno de adaptación. El sufrimiento no paraliza la vida del sujeto, aunque esporádicamente puede experimentar breves momentos de malestar intenso si el estresor afecta por mucho tiempo la satisfacción de necesidades básicas o ante el fracaso de los intentos por superar los problemas. No puede ignorarse el papel de la personalidad en la regulación de la conducta y en la subjetivización que el paciente hace de las condiciones y situaciones de su vida.

En las ciencias de la salud la acción de nombrar enfermedades a partir del uso del diagnóstico clínico presenta particularidades, se han elaborado protocolos clínicos, guías terapéuticas, manuales entre otros para lograr un mejor diagnóstico en las diferentes regiones y especialistas (Ibor y Association, 2001).

La presente investigación asume los criterios diagnósticos de la clasificación cubana de enfermedades mentales en su tercera revisión, (Otero *et al.*, 2008) presentándose como pautas diagnósticas para los trastornos de adaptación las siguientes:

- A. Presencia evidente de uno o varios hechos psicotraumatizantes, o de un cambio biográfico.
- B. Aparición entre uno y tres meses después, de un cuadro clínico caracterizado por síntomas ansiosos, depresivos, “neuróticos”, asténicos, comportamentales o mixtos, que no satisfacen los requerimientos diagnósticos de ninguna de las subcategorías dedicadas a trastornos de esa índole en el manual.
- C. Si los factores estresantes son eliminados, el cuadro clínico debe desaparecer a lo sumo en unos seis meses, excepto para F43.21.
- D. El duelo normal, las manifestaciones mínimas de sufrimiento de las personas normales ante las desavenencias prologadas, así como otros trastornos codificables en el manual pueden ser razonablemente excluidos.

Las formas clínicas del trastorno adaptativo según Otero *et al.* (2008) se clasifican en:

- F43.20 Reacción depresiva breve: estado depresivo ligero o moderado,

cuya duración no excede de un mes.

- F43.21 Reacción depresiva prolongada: su duración es claramente mayor de un mes, pero no más de dos años.
- F43.22 Reacción mixta de ansiedad y depresión: ambos tipos de síntomas son evidentes, sin que exista un claro predominio de ninguno de ellos.
- F43.23 Con predominio de alteraciones de otras emociones: los síntomas son similares a los descritos en F41.3, “otro trastorno mixto de ansiedad”. Los comportamientos de tipo regresivo deben ser incluidos aquí.
- F43.24 Con predominio de alteraciones disociales: se expresan por un cambio (de tipo disocial) del comportamiento.
- F43.25 Con alteración mixta de las emociones y disocial: tanto los síntomas emocionales como los comportamentales (de tipo disocial), son destacados y de similar intensidad.
- F43.28 Otros trastornos de adaptación con síntomas predominantes especificados, incluye la forma Neurasteniforme.

EPÍGRAFE 3: TRATAMIENTO MULTIMODAL DE LA DEPRESIÓN. IMPORTANCIA DE LA HIPNOSIS EN EL MISMO

Los modelos actuales de tratamiento para la depresión resaltan la efectividad de la medicación y la psicoterapia, los enfoques de intervención actual en salud proponen tratamientos de elección en cada una de las alteraciones, sin embargo, el uso de métodos combinados muestra mayor efectividad. El tratamiento multimodal utiliza varias formas validadas de intervenir en un mismo problema de salud.

En la psicoterapia para el tratamiento de la depresión se emplean como modelos psicoterapéuticos en especial el modelo cognitivo-conductual de Beck, Rush, Shaw y Emery (1983).

Otras formas de psicoterapia que han mostrado clara efectividad es la psicoterapia interpersonal y capacitación en habilidades sociales (Cuijpers, van Straten, Andersson y van Oppen, 2008), así como el enfoque logoterapéutico de Victor

Frankl (2011) que parte del concepto sentido de la vida, explicando de este modo la depresión como la falta de sentido que tiene la vida en los pacientes que la sufren.

Los modelos psicoterapéuticos actuales destacan la eficacia de la psicoterapia cognitiva-conductual, con amplia evidencia científica recogido en diversos meta-análisis. Uno de estos estudios examinó el efecto aditivo que la hipnosis tiene con la terapia cognitivo conductual, los autores concluyeron que los pacientes que recibieron psicoterapia cognitiva-conductual con hipnosis adjunta lograron mejores resultados que el 75 % de los pacientes que recibieron terapia sin hipnosis (Kirsch, 2010). Según Alladin y Alibhai (2007) la hipnosis generalmente agregada a un tratamiento puede ser más efectiva que ningún tratamiento por sí solo.

En Cuba la medicina natural y bioenergética tiene en su arsenal terapéutico diversas técnicas, entre ellas la hipnosis, cuyo estudio y práctica desde la segunda mitad del siglo xx se enmarcó dentro del campo de la Psicología (Cobian, 1997). El uso para innumerables problemas de salud según Cabrerías Macías *et al.* (2013) es un hecho que nadie se cuestiona, en especial para el tratamiento de la depresión y cada día se incrementa la investigación y la capacitación en este tema.

- **Tratamiento Farmacológico**

Actualmente las personas buscan tratamientos cortos y eficaces, que estén en función de las necesidades de tiempo, recursos y disponibilidad. La farmacología estudia como interactúa el fármaco con el organismo, sus acciones y propiedades, tiene aplicaciones clínicas cuando las sustancias son utilizadas en el diagnóstico, prevención y tratamiento de una enfermedad o para el alivio de sus síntomas.

El uso de psicofármacos en los pacientes tiene como objetivo principal lograr cambios en las manifestaciones cognitivas, emocionales/motivacionales y conductuales.

El tratamiento fundamental del trastorno adaptativo es la psicoterapia. Sin embargo, en algunos pacientes, puede estar indicado el uso de dosis bajas de antidepresivos y ansiolíticos (Hales, Yudofsky. y Talbott, 2000a).

Se dispone de pocos datos acerca del tratamiento farmacológico del trastorno adaptativo. Actualmente la psicoterapia es el tratamiento de elección, aunque también se utiliza la psicoterapia combinada con benzodiazepinas, sobre todo en pacientes con estrés vital grave y un componente ansioso significativo (Uhlenhuth, Balter y Ban, 1995).

Los antidepresivos son medicamentos psicotrópicos utilizados para tratar principalmente los trastornos depresivos mayores, se dividen en tres clases:

- Inhibidores de la monoaminoxidasa (MAO): constituyen la categoría terapéutica a la que pertenece cierto grupo de fármacos antidepresivos y que actúan bloqueando la acción de la enzima monoamino oxidasa. Fueron los primeros antidepresivos utilizados dentro de los que se destacan: los inhibidores no selectivos de la monoamino oxidasa (Isocarboxazida, Nialamida, Fenelzina, Tranilcipromina, Iproniazida, Iproclozida, Fenilalanina y Neonatalico), los inhibidores de la monoamino oxidasa tipo A (Moclobemida, Toloxatona) e inhibidores de la monoamino oxidasa tipo B (selegilina).
- Tricíclicos: son un grupo de medicamentos antidepresivos que reciben su nombre de su estructura química, que incluye una cadena de tres anillos. Los tricíclicos son uno de los más importantes grupos de fármacos usados en el tratamiento médico de los trastornos del estado de ánimo, entre estos se encuentra la amitriptilina, nortriptilina, y desipramina.
- De segunda generación: son inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina o norepinefrina (IRSN). Son medicamentos antidepresivos utilizados en el tratamiento de la depresión y otros trastornos del estado de ánimo, su uso es conocido por la baja probabilidad de producir efectos adversos ejemplo: duloxetina, venlafaxina, milnacipran (D. P Moore, Jefferson y 2005).

Se cree que los ISRS incrementan los niveles extracelulares del neurotransmisor serotonina al inhibir su recaptación hacia la célula presináptica, por lo que aumenta la cantidad de serotonina en la hendidura

sináptica disponible para unirse al receptor postsináptico. Presentan distintos grados de selectividad para otros transportadores de monoamina, en donde los ISRS puros tienen una afinidad de unión débil con los transportadores de dopamina y norepinefrina.

El efecto antidepresivo de los medicamentos tarda unas dos semanas en aparecer, aumentando progresivamente hasta su pico de máxima eficacia en torno a los dos meses.

En mayor o menor grado, todos ellos pueden presentar algunos efectos secundarios, principalmente sequedad de boca, estreñimiento, mareos, náuseas, insomnio o cefalea, siendo los de las últimas generaciones los mejor tolerados.

El tratamiento con antidepresivos debe mantenerse durante seis a doce meses, para evitar el riesgo de recaídas, aunque el efecto completo puede conseguirse al mes del inicio del tratamiento. Hay que tener en cuenta que la causa más frecuente de respuesta terapéutica débil es un mal cumplimiento del tratamiento indicado como abandonos, olvidos, etc. (Korman y Sarudiansky, 2011).

El tratamiento con antidepresivos ha mostrado una evidencia significativa de efectividad en depresiones mayores (graves) y en depresiones psicóticas (solos o en combinación con psicoterapia). Para las depresiones exógenas, la psicoterapia se ha mostrado más eficaz que el tratamiento farmacológico.

No se han evidenciado diferencias entre la eficacia de los diferentes tipos de antidepresivos, cuyas principales diferencias estriban más en el tipo de efectos secundarios que pueden provocar. En general, los pacientes presentan mejor tolerancia a los modernos inhibidores selectivos de recaptación de serotonina que los clásicos antidepresivos tricíclicos y heterocíclicos.

La decisión de emplear uno u otro se basa en criterios como la buena respuesta a un fármaco determinado en episodios previos o en familiares de primer grado, la tolerancia a los posibles efectos secundarios, las interacciones posibles con el tratamiento habitual del paciente, el precio o la existencia de alguna contraindicación relativa por la presencia de otra enfermedad.

El tratamiento farmacológico ha mostrado efectividad en el tratamiento de la depresión, el acceso a los tratamientos farmacológicos para la depresión aumenta y varias guías de prácticas y listas de tratamientos empíricamente validados recomiendan tratamiento antidepresivo, formas particulares de psicoterapias o ambos para el tratamiento de la depresión (Golan, Armstrong, Armstrong y Rebatet, 2017).

- **Tratamiento Psicoterapéutico**

En los Estados Unidos los enfoques psicofarmacológicos y ciertas formas de psicoterapia son recomendadas como tratamiento de elección para la depresión. Los modelos psicoterapéuticos más empleados se basan en la terapia cognitivo-conductual (TCC) y la terapia interpersonal (TIP) (Mc Cann y Landes, 2010).

Las terapias cognitivo-conductuales son orientaciones de la terapia cognitiva enfocadas en la vinculación del pensamiento y la conducta, y que recogen las aportaciones de distintas corrientes dentro de la psicología científica; siendo más que una mera fusión, como aplicación clínica, de la psicología cognitiva y la psicología conductista.

La Terapia Cognitivo Conductual (TCC) se ha convertido en las últimas tres décadas en la orientación psicoterapéutica que ha recibido mayor evidencia empírica y experimental sobre su efectividad en una gran diversidad de problemas y trastornos psicológicos. Este hecho ha generado una ampliación creciente de sus ámbitos de aplicación, y no sólo por su capacidad para resolver problemas, sino por hacerlo, además, de una forma que resulte rentable en términos de costo beneficio al tratarse de intervenciones de tiempo limitado, con la posibilidad de llevarse a cabo en grupo y capaces de integrarse con facilidad en ámbitos de tratamiento interdisciplinar (Fernández, García y Crespo, 2012).

Cuenta con un amplio cuerpo de técnicas, terapias y procedimientos de intervención psicológica muy heterogéneos, para el tratamiento de los diversos problemas y trastornos psicológicos que pueden afectar al individuo en su interacción con diversos contextos, pero también para el desarrollo y optimización de las potencialidades y habilidades del individuo, favoreciendo así su adaptación

al entorno y el incremento de la calidad de vida.

El modelo formulado por A. T. Beck (1970) parte de la hipótesis de que, el sujeto depresivo tiene esquemas cognitivos tácitos o inconscientes que contienen una organización de significados personales (supuestos personales) que le hacen vulnerables a determinados acontecimientos (por ejemplo las pérdidas). Los significados personales (supuestos o reglas personales) suelen ser formulaciones inflexibles referentes a determinadas metas vitales como pueden ser recibir amor, aprobación, ser competente en un ámbito de la vida personal, estos supuestos personales repercuten en la autovaloración de la persona.

Los significados se activan en determinadas circunstancias (casi siempre relacionadas con la no confirmación de esos significados por los acontecimientos), haciendo que el sujeto depresivo procese erróneamente la información (distorsiones cognitivas) e irrumpa en su consciencia una serie de pensamientos negativos ,involuntarios y casi taquigráficos (pensamientos automáticos) que son creídos por el paciente y que le hacen adoptar una visión negativa de sí mismo, sus circunstancias y el desarrollo de los acontecimientos futuros (triada cognitiva).

Los pensamientos automáticos negativos a su vez interactúan con el estado afectivo resultante (depresivo) y las conductas relacionadas (ejemplo, evitación, descenso de la actividad), siendo el resultado de esta interacción el cuadro depresivo (Ruiz Sánchez y Cano Sánchez, 1999).

La Terapia Cognitiva distingue tres objetivos generales en el tratamiento del síndrome depresivo:

1^{ro} Modificación de los síntomas objetivos. Consiste en tratar los componentes cognitivos, afectivos, motivacionales, conductuales y fisiológicos que conforman el síndrome. En función de la urgencia y acceso de modificación inicial, el terapeuta inicia su abordaje.

2^{do} Detección y modificación de los pensamientos automáticos, como productos de las distorsiones cognitivas.

3^{ro} Identificación de los supuestos personales y modificación de los mismos (Beck, 2008).

Para la identificación de pensamientos automáticos negativos se utiliza la técnica de reestructuración cognitiva de Albert Ellis creada en 1958 (Valades y Fernández, 2018) que permite modificarlos en pensamientos más adaptativos para el bienestar del paciente.

Un enfoque también recomendado en el tratamiento de elección para la depresión es la terapia interpersonal (TIP) la que se constituye como un modelo psicoterapéutico breve desarrollado por Klerman y Weissman (1994) y se basa en el análisis crítico de los factores sociales que influyen en el desarrollo de psicopatologías.

La TIP fue desarrollada originalmente por Klerman como tratamiento de refuerzo a otros utilizados para atenuar o eliminar la depresión. Posteriormente se empleó como tratamiento independiente y en la actualidad se aplica a diferentes trastornos (Millán y Solano, 2010).

El objetivo principal de esta terapia es aliviar los síntomas a través de la resolución de los problemas interpersonales actuales del paciente, reduciendo así el stress en la familia o el trabajo mejorando las actividades de comunicación interpersonal.

El terapeuta trabaja con el paciente entrenando sus habilidades sociales como la asertividad, el manejo de la ansiedad en grupo y las respuestas de evitación. Este entrenamiento asertivo consiste en detectar el déficit asertivo y a partir de las técnicas asertivas desarrollar relaciones interpersonales más óptimas (Naranjo, 2008).

La terapia interpersonal se centra en el análisis de factores interpersonales tales como: relaciones confiables durante la vida, estabilidad y calidad de las relaciones tempranas, la presencia de estrés interpersonal o la pérdida de relaciones significativas. El desajuste de alguno de esos factores daría lugar a una crisis vital.

Los objetivos de esta terapia son el alivio sintomático y la superación de las dificultades de la relación interpersonal, en un breve período de tiempo que varía dependiendo del paciente (Etchebarne, Fernández y Roussos, 2008).

Utiliza algunos conceptos como la resolución de problemas y el entrenamiento de habilidades sociales de la terapia de conducta. Se ha visto eficaz especialmente para tratar la depresión, duelo, trastornos alimentarios y áreas relacionados con las relaciones interpersonales, conflicto de roles, inadaptación a transiciones de roles y el déficit en relaciones interpersonales.

La técnica de resolución de problemas de Zurilla y Goldfried fue creada en 1971 como una herramienta muy útil que sirve a las personas en la toma de decisiones. Los pasos son: orientación hacia el problema, definición y formulación del problema, el generar soluciones y alternativas, la toma de decisiones y la puesta en práctica verificando la solución (Mckay y Fanning, 2008).

La TIP aborda principalmente las relaciones interpersonales actuales (denominados vínculos) y el contexto social inmediato del paciente. El desajuste de alguno de esos factores daría lugar a una crisis vital en donde el sentido de vida del paciente se percibe difuso o se pierde.

Otro enfoque psicoterapéutico que aborda el sentido de vida como eje principal de la depresión es la Logoterapia, la que postula que el ser humano no está motivado por la búsqueda del placer o el poder, sino que está orientado al sentido de la vida. El ser humano es el ser en busca de sentido. La logoterapia se orienta a la autodeterminación de la persona a partir de su responsabilidad y en el contexto de su mundo de valores y sentidos. Según la logoterapia el ser humano representa un punto de interacción entre 3 niveles: físico, psíquico y noético y a la vez es una unidad (Frankl, 2011).

La unidad del hombre es una unidad a pesar de la multiplicidad de cuerpo y psique y no puede encontrarse la unidad en la dimensión biológica o psicológica, sino que debe buscarse en la dimensión noética, es decir la dimensión del sentido, la dimensión espiritual (Frankl, 1994).

La logoterapia se vale en alta medida del psicodrama, una dramatización realizada por el paciente, pensando que su vida se acaba en ese preciso momento. De esta dramatización surgen planteos usualmente conocidos como "lo que cambiaría si tuviera una segunda oportunidad". Esos cambios serán puestos en práctica por el paciente para lograr alcanzar su propio "logos" o sentido de su vida.

La logoterapia trabaja con esta dimensión de la persona noética. El terapeuta ayuda al paciente a ser consciente de esta responsabilidad y el paciente es libre de decidir qué hacer con ella. El logoterapeuta acompaña al paciente y le ayuda a ver todo el abanico de posibilidades que tiene ante sí. Uno de los conceptos antropológicos fundamentales de la logoterapia es la visión del ser humano como un ser libre, libre para algo a pesar de los condicionantes. En la medida en que es libre es entonces responsable, ayuda a descubrir todas las posibilidades de sentido que existen ante nosotros (Frankl, 2010).

La voluntad de sentido en psicoterapia expresa la preocupación de Frankl ante los métodos psicológicos enfocados en la percepción del componente exterior. Según Frankl (2011) hay que encontrarle sentido a todas aquellas situaciones que obligan al hombre a enfrentarse consigo mismo, si no se encuentra un sentido a la vida podríamos caer en depresión, o una experiencia de vacío existencial, la búsqueda fundamental del ser humano no se basa en la búsqueda de la felicidad, sino, de la voluntad de sentido, y esta misma lleva a la felicidad. La logoterapia usa como base la voluntad de sentido, cuando se busca la voluntad de sentido es muy subjetivo, ya que se busca un significado y este significado es muy personal y varía entre cada ser humano.

Dentro de las técnicas más conocidas en este enfoque se encuentra la desreflexión y la intención paradójica. En la intención paradójica, el terapeuta induce al paciente a intentar voluntariamente aquello que trata de evadir de manera ansiosa; el resultado suele ser la desaparición del síntoma. En la desreflexión, se anima al consultante a olvidarse de su padecimiento para superar la tendencia a la preocupación y a la hiperreflexión (Frankl, 2011).

- **Tratamiento con hipnosis**

Dos de los hallazgos más duraderos en la literatura sobre los resultados de la psicoterapia que están relacionadas con la mejora, son las expectativas de los pacientes (Greenberg, Constantino & Bruce, 2006) y la fortaleza de la alianza terapéutica (Martin, Garske & Davis, 2000).

La hipnosis constituye una alternativa de tratamiento que mejora la alianza terapéutica y las expectativas del tratamiento, insertada cada vez más en los diferentes enfoques.

Entendida como método sugestivo la hipnosis es en su sentido más elemental un foco de excitación en corteza que se torna dominante haciendo que la persona transitoriamente sólo responda a las sugerencias que le hace el hipnotizador Platonov, citado por (Quintana, Rodríguez, Águila, Torres y Santiesteban, 2018). Este foco induce inhibición en las zonas aledañas provocando un estado inicial de letargo y de catalepsia posteriormente en la persona.

En la comprensión psicológica de la hipnosis hay que reconocer, ante todo, que la hipnosis es un estado psíquico provocado por la acción de la palabra, y como tal, tiene una relativa corta duración, con la particularidad de que el sujeto hipnotizado transitoriamente se ve compulsado a actuar de forma reactiva e inmediata en correspondencia con el contenido del mensaje o sugerencia que le hace el hipnotizador.

El “estado psíquico” se define como el devenir concéntrico de la actividad mental en su curso y contenido durante un tiempo determinado (Levitov, 1989); de esta manera la hipnosis y la sugestión que se haya en su base, devienen en un “estado especial de conciencia”, en tanto el sujeto hipnotizado se haya disminuido temporalmente en su criticidad de pensamiento y capacidad autorreguladora de forma consciente y voluntaria (Lecron, 1989; Zaldivar, 2004; Capafons y Mazzoni, 2005).

A escala internacional cobra cada vez más fuerza las concepciones de hipnosis no como un estado alterado de conciencia, los autores de esta corriente se agrupan en los nombrados teóricos del no estado (Sawni & Breuner, 2017, p. 19).

En Cuba predominan las concepciones acerca de la hipnosis como un estado y con indicadores específicos que lo diferencian de los demás estados de conciencia.

Diferentes definiciones de hipnosis han sido propuestas por autores cubanos. Unos la conciben como un estado especial de conciencia a partir del cual se logra un funcionamiento óptimo del cerebro y otros la consideran una forma diferente de estar despierto a partir de indicadores neurofisiológicos semejantes al estado de vigilia.

Según Cobian Mena (1997), la hipnosis es un estado especial donde se puede con la palabra u otro estímulo siempre provocado por ella ,crear un modo particular de accionar de la mente humana capaz de variar en función de las necesidades la manifestación de los procesos volitivos para permitir la expresión plena de potencialidades cerebrales que en estado de vigilia y por mecanismos neurofisiológicos defensivos, no se manifiestan de forma activa. Es un proceso natural creado en el hombre por sí mismo u otra persona, que implica siempre la actividad cerebral en su unidad y diversidad, lo que facilita principalmente operar bajo nuevas condiciones, aumentando la productividad neuronal y psicológica, así como la eficacia de la respuesta somática ante las nuevas urgencias y necesidades del organismo.

Dicha definición según el autor de la presente investigación tiene un carácter más completo, integra aspectos neurofisiológicos y psicológicos, hace especial énfasis en el aumento de la productividad neuronal y psicológica, tan importante en un funcionamiento eficiente para problemas de salud, de rendimiento pedagógico, deportivo entre otros.

Esta definición atribuye a la palabra toda la carga significativa para alcanzar el estado hipnótico donde se ratifica la hipnosis como un estado especial de conciencia. Las concepciones que ubican la hipnosis como un estado especial de

conciencia reúne a mayores seguidores del enfoque tradicional hipnótico, los cuales le adjudican trascendental importancia al control del estado alcanzado por su importancia en los resultados terapéuticos e investigativos.

Para el control del estado alcanzado en hipnosis tradicional se han establecido varias etapas e indicadores objetivos para cada una de ellas como se aprecia a continuación:

- Etapa leve: catalepsia de los párpados y de los miembros.
- Etapa media: catalepsia general, movimientos automáticos sugeridos, sugerencia de sueño, técnicas de profundización, se administra por primera vez el signo señal.
- Etapa profunda: Anestesia superficial, alteraciones de la sensibilidad, sugerencias posthipnóticas simples, alucinaciones auditivas, gustativas y olfativas, conversar sin despertar y amnesia parcial.
- Etapa muy profunda (Abrir los ojos sin despertar, alucinaciones complicadas, rememoración, conducta con lógica del estado según las sugerencias, sugerencias posthipnóticas complicadas, alucinaciones posthipnóticas complicadas, anestesia profunda, amnesia profunda.

Todos estos indicadores de la conducta observable permiten un grado de control del especialista sobre el nivel en que el paciente profundiza en el tratamiento, que unido a otras variables aumentan la efectividad del mismo.

Actualmente la utilización de la hipnosis sigue siendo preponderantemente clínica (Gibson &Heap, 1991). Un número importante de profesionales de la salud mental emplean la hipnosis regularmente (Kirsch, Montgomery & Sapirstein, 1995; Irving Kirsch, 2010).

Los métodos tradicionales se han transmitido a través de los tiempos de generación en generación, estos se caracterizan por un discurso que está pre-elaborado, al menos en sus partes esenciales, y que luego se despliega a medida que se observa la aparición de manifestaciones objetivas de la hipnosis en los pacientes. El estilo de comunicación predominante es directivo y los métodos de inducción más conocidos son la técnica de relajación muscular progresiva, la

escena relajante, de fijación de la mirada, métodos de conteo, entrecruzamiento de los dedos y de pestañeo sincronizado.

La inducción del trance hipnótico hace necesario concentrar la atención del paciente en una realidad externa o interna, con el objetivo de debilitar los esquemas conscientes de orientación en la realidad (Pacheco, 1998); el terapeuta deberá percatarse de la habilidad del paciente para lograr este elemento.

La enorme ventaja de los métodos tradicionales con control de trance es que permiten controlar muy bien las manifestaciones objetivas por etapas, mientras que la división en estadios no se tiene muy en cuenta en los métodos naturalistas o indirectos. Las tendencias naturalistas consideran que no hay una nítida diferencia entre los distintos estadios del proceso hipnótico (Rodríguez, 2011).

El empleo en el tratamiento a enfermos mentales ha sido uno de los usos más antiguos que se le ha dado a esta técnica, su máximo esplendor surgió de las contradicciones entre las escuelas de Nancy y La Salpêtrière, con un declive posterior a partir de la muerte de Charcot y la sustitución de Freud por el psicoanálisis y con este la asociación libre; es gracias a la figura de Milton Erickson que resurge con una fuerza novedosa para introducirse en las prácticas con un enfoque no directivo, naturalista y para tratar alteraciones para las que se consideraba contraproducente como la esquizofrenia paranoide y la depresión (González *et al.*, 2017).

También la hipnosis es considerada una forma de comunicación sin especial atención en el trance, con trascendental importancia en la comunicación hipnótica a través de las metáforas y la imaginería (Shih, Yang & Koo, 2009).

Yapko (2013a) propuso que la hipnosis tiene relevancia para el tratamiento de la depresión, permitiendo construir una expectativa positiva con respecto al tratamiento. El propio autor (Yapko, 1992) distinguió seis razones para el uso de la hipnosis en la psicoterapia en general y con los pacientes deprimidos en particular, pues amplifica la experiencia subjetiva, facilita la interrupción de pautas, posibilita el aprendizaje experiencial, permite la asociación y contextualización de respuestas deseadas, modela flexibilidad, estimulando diversas formas para

relacionarse con uno mismo y ayuda a construir focos.

El enfoque de la tendencia naturalista o indirecto se basa en un estilo más permisivo de las técnicas y del contenido de las sugerencias, lo cual tiene ventajas para el tratamiento de las resistencias del paciente y para adaptar el discurso a las características de la personalidad de cada sujeto. Tiene la desventaja de que no se puedan controlar bien las variables experimentales en cuanto al contenido del discurso y los fenómenos que aparecen según el grado de profundidad.

Se pueden utilizar un enfoque tradicional, indirecto o ecléctico en la aplicación de técnicas hipnóticas.

Las técnicas naturalistas también son muy útiles si se sabe usarlas bien, y se pueden combinar con los procedimientos tradicionales con muy buenos resultados. Las técnicas indirectas resultan muy útiles para vencer las resistencias de los pacientes, mientras mayor sea la resistencia que ofrezca el paciente, menor debe ser el estilo directivo del discurso, es decir ambos conceptos son inversamente proporcionales. A mayor resistencia, más estilo indirecto.

Los resultados científicos han reunido datos suficientes para considerar que en la medida que aumenta el nivel de profundidad y el número de sugerencias terapéuticas, aumenta la efectividad del tratamiento (Birnie *et al.*, 2014). Con el empleo de métodos tradicionales se puede controlar a través de indicadores objetivos de la conducta el nivel de profundidad alcanzado.

Aunque han sido reconocidas las diferentes alternativas terapéuticas antes expuestas para la atenuación de los estados depresivos, la tendencia en los últimos 20 años ha sido trabajar la psicoterapia desde enfoques integracionistas. Lazarus (citado por Martínez – Taboas, 2008) fue pionero en este movimiento, respaldando lo que llamó intervención multimodal, que implicaba la comprensión del paciente a nivel de multiniveles, que significa que un cambio en un nivel puede rebotar en otro de manera positiva. Esta misma posición es compartida por Prochaska y Di Clemente, Shapiro y colaboradores, Wachtel, Greenberg y Paivio (citados por Martínez – Taboas, 2008). Esta idea es muy valiosa si se considera la naturaleza biopsicosocial del hombre, por lo que la estrategia de intervención que

se propone en la presente investigación aborda tanto el componente biológico como psicoespiritual y social que tiene la depresión como estado en los trastornos de adaptación.



CAPÍTULO 2

CAPÍTULO 2. MARCO METODOLÓGICO REFERENCIAL

EPÍGRAFE 1: DISEÑO METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN

En correspondencia con el problema científico se organizó la investigación desde una perspectiva cuantitativa. En esta perspectiva metodológica el proceso es secuencial y probatorio. Cada etapa procede a la siguiente y no se pueden eludir pasos, el orden es riguroso. En el enfoque cuantitativo los planteamientos a investigar son específicos y delimitados desde el inicio de un estudio (Sampieri, Fernández-Collado y Baptista, 2014).

La recolección de datos se fundamenta en la medición y el análisis en procesamientos estadísticos. Esta metodología aplica la lógica deductiva: de lo general a lo particular, de las leyes a los datos. El valor de este paradigma es que permite construir y generalizar una representación científica de una problemática abordada (Sampieri *et al.*, 2014).

Aun cuando el paradigma metodológico de la investigación es el cuantitativo de acuerdo con los objetivos que orientan la misma, como en toda investigación psicológica se parte de la información cualitativa procedente de los sujetos, que luego fue evaluada de acuerdo con las escalas establecidas para cada instrumento. El empleo de diversas técnicas para la recogida de información permitió triangular los datos obtenidos y hacer más objetivo el análisis de los mismos, sin perder la perspectiva individual de cada paciente.

- **Tipo de estudio**

Se realizó un estudio explicativo en un grupo de pacientes ingresados en el servicio de Psiquiatría del Hospital Clínico Quirúrgico Manuel Fajardo Rivero entre enero y octubre de 2017 con el objetivo de evaluar la efectividad del tratamiento multimodal con hipnosis en la atenuación de las manifestaciones de la depresión.

Los estudios explicativos van más allá de la descripción de conceptos o fenómenos o del establecimiento de relaciones entre conceptos, están dirigidos a responder a las causas de los eventos físicos o sociales. Como su nombre lo indica, su interés se centra en explicar por qué ocurre un fenómeno y en qué condiciones se da éste, o por qué dos o más variables están relacionadas

(Sampieri, Fernández y Baptista, 2010).

- **Tipo de diseño**

Se seleccionó un diseño pre-experimental, según H. Sampieri, Fernández Collado y Baptista Lucio (2006) este tipo de experimento comparte con los experimentos puros tomar una acción y medir su efecto o manipular intencionalmente una variable y ver su efecto en otra. Se denomina pre-experimento porque su grado de control es mínimo y consiste en aplicar un estímulo o tratamiento a un grupo, realizando dos mediciones en una o más variables para observar cual es el efecto del estímulo.

El diseño pre-experimental de la investigación requirió de una medición inicial de la variable dependiente (estado depresivo) para luego de ser introducida la variable independiente (tratamiento multimodal) realizar una segunda medición de la variable dependiente.

EPÍGRAFE 2: SELECCIÓN Y DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA

La muestra se seleccionó entre los pacientes ingresados en la sala de Psiquiatría del Hospital Clínico Quirúrgico Docente “Manuel Fajardo Rivero” durante el período comprendido de enero del 2017 a octubre del propio año, a partir de un muestreo no probabilístico de carácter intencional utilizando los criterios de selección establecidos en correspondencia con los objetivos de la investigación.

- **Tipo de muestreo**

Se seleccionó una muestra a través de un muestro no probabilístico, de carácter intencional entre los pacientes ingresados en el servicio de Psiquiatría. Los criterios para dicha selección fueron los siguientes:

- **Criterios de inclusión:**

- Que presentaran diagnóstico de trastorno de adaptación.
- Que presentaran estado depresivo.
- Que los pacientes tuvieran edades comprendidas entre 18 y 35 años.
- Que alcanzaran al menos el estado leve de profundidad hipnótica.

- **Criterios de exclusión:**
 - Que el paciente presente otra patología y requiera otro tratamiento médico y/ psicológico.
 - No expresar mediante el consentimiento informado la voluntad para participar en la investigación. (véase Anexo 1)
- **Criterios de salida:**
 - Que el paciente presente durante su estancia hospitalaria alguna otra afección somática y/o psicológica que requiera de otra atención médica urgente.

La muestra de acuerdo con el género, escolaridad y edad se distribuyó de la siguiente manera (véase Tabla 1):

Tabla 1. Distribución de las variables sociodemográficas en los pacientes

Género				Escolaridad				Edad		
M	F	Total		9 ^{no}	12 ^{mo}	U	Total		Media	Moda
11	5	20		8	4	8	20		24	18

Fuente: Historia Clínica

EPÍGRAFE: 3 VARIABLES EN ESTUDIO

- **Variable dependiente:**

Estado de depresión: Esta variable se evalúa a través de las manifestaciones somáticas, afectivas, intelectuales y conductuales de la depresión que constituyen dimensiones de la variable y que permiten establecer con el empleo de los instrumentos que posteriormente se describirán los niveles de depresión presentes en el paciente antes y al finalizar el tratamiento.

- **Variable independiente:**

Tratamiento multimodal con hipnosis: Tratamiento que incorpora el tratamiento farmacológico, la psicoterapia interpersonal, la terapia cognitiva y la hipnosis, respondiendo a las necesidades del paciente, con una organización en la estrategia terapéutica de cada paciente.

- **Variable interviniente:**

Experiencias vitales que se presenten en el transcurso de la implementación de la estrategia psicoterapéutica. Se consideró que durante esta etapa cualquier paciente puede experimentar una determinada situación crítica o favorable de carácter familiar o personal que incidiera en su participación y resultados en determinadas sesiones.

Esta variable se monitorea a través de la observación y el registro sistemático de las sesiones, considerándose que en caso que fuera necesario el paciente podía salir de la investigación y recibir otro tipo de atención médica que incluyera otras alternativas psicoterapéuticas.

EPÍGRAFE 4: DESCRIPCIÓN DE LA TERAPIA MULTIMODAL

En la clínica psiquiátrica actual, como en todos los sectores de la medicina contemporánea ha ganado fuerza la visión sistémica y holística del paciente, lo cual hace suponer y comprender al enfermo en toda su constelación de factores biológicos, psicológicos y sociales que tienen determinación en el diagnóstico, tratamiento y evolución posterior de la enfermedad.

Esto, como es lógico, obliga a un enfoque multidisciplinario en la atención asistencial de las alteraciones psíquicas. En este abordaje en equipo el papel del psicólogo es fundamental tanto en el diagnóstico como tratamiento del enfermo, acompañado por el diagnóstico clínico y médico guiando en su finalidad curativa todo el proceso.

Es por estas razones que los pacientes seleccionados fueron ingresados por los criterios médicos de la especialidad de Psiquiatría con cuadros de inadaptación y manifestaciones clínicas de depresión como estado, inmediatamente se confeccionó la historia clínica y se realizó el diagnóstico psicológico en un tiempo de trabajo de dos sesiones. Se indicó la medicación y se realizó la primera evolución médica.

Ya desde esta etapa inicial por razones bioéticas se busca una asistencia médica personalizada, en la cual prima el principio de que tratamos a “enfermos”, más que

a “enfermedades”. Es atendiendo a esto que toda acción terapéutica de cualquier índole sobre el paciente debe estar ajustada a los aspectos siguientes:

- La enfermedad, con todo su cuadro etiopatogénico que incluye aspectos biológicos, psicológicos y sociales en su curso y evolución.
- La personalidad del enfermo, que incluye la configuración sistémica de los contenidos psicológicos que caracterizan al individuo, su historia vital, motivaciones y estilos de afrontamientos, entre otros aspectos personológicos.
- La etapa del tratamiento, que contempla la fase o momento por el que transita la atención integral que se le sigue al paciente y en la que una mala selección en el método o proceder puede hacer retroceder o fracasar los resultados de la terapia.

Todos estos aspectos son considerados por el equipo de especialistas durante toda la aplicación del tratamiento multimodal como una obligación técnica y ética de su efectividad.

En la tercera sesión con el paciente se trabaja con Terapia interpersonal para aliviar los síntomas a través de la resolución de los problemas interpersonales actuales del paciente, reduciendo así el stress en la familia o el trabajo o mejorando las actividades de comunicación interpersonal.

A medida que se va produciendo el reconocimiento de sus síntomas y va apareciendo con dificultad la aceptación de estar enfermo en el paciente, éste va desarrollando estrategias de afrontamiento ineficaces que afectan el automanejo de la enfermedad en evolución y capacidad de autorregulación de la persona, lo cual no lo ayuda a tener control sobre sus síntomas, los afectos y las consecuencias físicas y psicosociales; así como realizar los ajustes necesarios a su estilo de vida, de modo que pueda mantener una calidad de vida satisfactoria.

Con respecto a la aceptación de la enfermedad, pueden existir cuatro variantes vinculadas a los trastornos de adaptación y el estado depresivo: pacientes que se niegan a aceptar el diagnóstico y no confían en el especialista, otro grupo acepta la enfermedad, pero exacerba las consecuencias negativas, otros reconocen y

aceptan la enfermedad y empiezan a buscar vías compensatorias, otro grupo de pacientes, acepta el tratamiento e introduce reajustes en su estilo de vida.

La adaptabilidad de la enfermedad depende mucho de la fase del ciclo vital individual y familiar en la que se establezca el diagnóstico. En cada período del ciclo vital, la persona enferma, además de tener que responder a las demandas del autocuidado de la enfermedad, tiene que enfrentarse a las actividades evolutivas propias de cada edad en los aspectos físicos, psicológicos y sociales. Las demandas incrementan las presiones del desarrollo normal, provocando reacciones en sus familiares negativas y/o positivas.

El apoyo familiar es fundamental para reducir el estado depresivo y contribuir a las modificaciones en el estilo de vida, favoreciendo el tratamiento. Este apoyo tiene sus bases en las redes sociales, en las relaciones interpersonales familiares o de pares.

El contexto social se considera el mayor mediador de adaptación a la enfermedad y al mantenimiento de la salud.

Las conductas de afrontamiento que puede emplear un paciente con niveles de depresión suelen ser disímiles: resolución de problemas (acciones centradas en la solución del problema); búsqueda de apoyo social (solicita apoyo instrumental, socioemocional o informacional); huida/evitación (acciones de desconexión cognitiva o conductual del problema); distracción (intentos para tratar una situación estresante con una actividad alternativa agradable) y reevaluación o reestructuración cognitiva (intentos activos de cambiar el propio punto de vista sobre la situación estresante, con la intención de valorarla desde un enfoque más positivo.

Sin embargo, dentro de todas estas conductas de afrontamiento, las más frecuentes son las siguientes: la rumiación que se describe como la focalización del contenido del pensamiento de forma repetitiva y pasiva en lo negativo y en las características amenazantes de la situación estresante (Caycho.T, 2013).

Otro de los comportamientos de afrontamiento que se reconocen con frecuencia son la desesperación o abandono, entendido como las acciones en torno al

abandono o renuncia del control a la hora de manejar una situación que se percibe como incontrolable y difícil para evitar castigos y obtener recompensas (Roca, 2013).

Existen otras formas conductuales descritas de afrontamiento ante la depresión que se refiere en la literatura especializada. Así se mencionan el aislamiento social (respuestas orientadas a aislarse del entorno social, a ocultar sus sentimientos y protegerse evitando contactar con otros o prevenirse de que otros sepan sobre la situación estresante o sus efectos emocionales); regulación afectiva (intentos activos de influir sobre el distress emocional y expresar constructivamente las emociones en el momento y lugar adecuados).

De manera que los recursos sociales que la persona tiene disponibles queden protegidos sin que la confianza en uno mismo disminuya) y la búsqueda de información, como la tentativa infructuosa de aprender más sobre la situación que vive, incluidas sus causas, consecuencias y significado, así como las estrategias de enfrentarla (Pérez, 2015).

Lo que, si queda claro y al parecer si existe un consenso entre los expertos en el tema, es el hecho de que la respuesta psicológica ante la depresión está condicionada por las características de personalidad del individuo en específico.

De aquí la importancia que cobra la Terapia interpersonal para aliviar los síntomas a través de la resolución de los problemas interpersonales actuales del paciente, reduciendo así el stress en la familia o el trabajo o mejorando las actividades de comunicación interpersonal.

Esta incluye las sesiones individuales con el paciente en la que se utilizan variados recursos psicoterapéuticos como el apoyo, la ventilación, la persuasión, desreflexión, etc. de acuerdo con lo que demanda el caso.

Estas sesiones se incorporan el trabajo del psicoterapeuta con la familia a través de dinámicas familiares en los casos que se requiera.

A esto se le añade, el trabajo del psicoterapeuta con el paciente entrenando sus habilidades sociales como la asertividad, empleando para ello el modelaje,

técnicas comportamentales, recursos de la terapia gestáltica, etc., todo según las demandas y urgencias del caso en cuestión.

Posterior o simultáneamente de acuerdo a como lo permita el caso se continua con los otros componentes del tratamiento multimodal, en este caso la psicoterapia de enfoque cognitivo conductual que se centró principalmente en lograr que los pacientes identificaran las distorsiones cognitivas y proporcionarles técnicas para el manejo de sus situaciones. Esta alternativa terapéutica se utilizó durante todo el tratamiento, pues más allá de la mejora de los síntomas y del estado depresivo, se empleó para incidir en el funcionamiento personal típico de los pacientes que favoreció la aparición del estado depresivo.

La hipnosis se introdujo posteriormente al empleo de los recursos terapéuticos anteriores. Dependió del logro de los objetivos de la intervención en cada paciente, la cantidad de sesiones en que se utilizó también estuvo determinada por la evolución del paciente. Se realizaron algunas sesiones en conjunto con los modelos psicoterapéuticos y la medicación, ya que propició un ambiente seguro para el paciente después de haber realizado entrevistas diagnósticas, explicado la importancia del tratamiento y recogido la voluntad para recibir la hipnosis. Todos estos aspectos propiciaron fortalezas en la alianza terapéutica y expectativas favorables con la técnica, variables tan importantes para el manejo de la sugestionabilidad hipnótica.

Se utilizó un local libre de ruidos fuertes, en un ambiente confortable, conformado un cherron, el paciente acostado, sin prendas u otros objetos que dificulten su concentración, a una altura de 15 cm de elevación de su cabeza, con una sábana que recubrió sus pies para lograr mantener una temperatura elevada.

El método seleccionado fue el de fijación de la mirada en un punto fijo que en este caso fue la punta de un lapicero, a través de la relajación que comenzó por los pies, luego se extendió a los brazos, manos cabeza, tronco y cuerpo en general hasta llegar a la inducción sugestiva del sueño siempre con frases que indiquen que algo va a suceder ,que comienza y que está sucediendo ,así se continuó con

la profundización del sueño y luego se introdujeron las sugerencias terapéuticas en forma repetitiva para trabajar el estado depresivo (Mulet, 2016).

Se incorporó el signo señal en aquellos pacientes que alcanzaron estados moderados, profundos y muy profundos que no es más que dejar indicaciones subconscientes para la próxima sesión, con el objetivo de en posteriores encuentros, ante una palabra específica o un sonido el sujeto alcanzara el estado hipnótico deseado (Duprat,1960). Los pacientes que alcanzaban el estado leve, aunque no se les podía introducir el signo señal, se continuó trabajando con sugerencias terapéuticas en este nivel de profundidad de la hipnosis.

La cantidad de sesiones con cada modalidad terapéutica varió de un paciente a otro en dependencia del cumplimiento de los objetivos de la sesión, en el caso del tratamiento hipnótico estuvo pendiente a la mejoría del paciente evaluado por el equipo de salud, conservando dos sesiones de mantenimiento posteriores a la mejora.

En el transcurso de todo el proceso de tratamiento se sigue un registro sistemático de las sesiones con vista a garantizar un seguimiento de la efectividad del mismo y oportunamente incorporar o modificar acciones interventivas, según lo exigiera el caso y el momento de la terapia.

Este registro sistemático de las sesiones permitió decidir la culminación del tratamiento en cada paciente de acuerdo con la estrategia terapéutica establecida en cada caso.

Por último, en una sesión de trabajo se realizó la evaluación final de la variable dependiente de acuerdo con los instrumentos establecidos para ello.

EPÍGRAFE 5: DESCRIPCIÓN DE LAS TÉCNICAS EMPLEADAS PARA LA RECOGIDA DE DATOS Y EVALUACIÓN DE LA VARIABLE DEPENDIENTE

- **Revisión documental: Historia clínica**

La investigación documental es una técnica empleada en la investigación científica. Un documento en un sentido amplio es cualquier objeto físico que constituya el registro de algún conocimiento, y pueden ser escritos, audiovisuales,

arquitectónicos, etc. (Rodríguez y Gil, 1999).

Pueden catalogarse como material interno o externo. Los documentos internos son todos aquellos que circulan dentro de determinadas organizaciones. Los externos por su parte son aquellos producidos por la organización para comunicarse con organizaciones externas.

En correspondencia con los objetivos de la investigación se analizó la Historia Clínica, la que posee el carácter de documento médico y psicológico. Esta recoge una visión de retrospectiva de la vida del sujeto, revelando información sobre fenómenos médicos, psicológicos y sociales relacionados con las posibles causas de las alteraciones, evolución y pronóstico del paciente, así como los tratamientos aplicados al mismo.

La revisión de la Historia Clínica tuvo como objetivo en primer lugar precisión de los datos personales y los antecedentes patológicos de los pacientes; en este sentido se prestó especial atención a:

- Motivo de consulta
- Situaciones generadoras del trastorno
- Síntomas que presenta
- Cronicidad del trastorno
- Atención psicológica o psiquiátrica recibida con anterioridad.
- Antecedentes patológicos familiares
- Diagnóstico psicopatológico de la alteración que presenta
- Tratamiento farmacológico
- Evoluciones realizadas por el equipo médico que lo asiste
- **Entrevista psicológica**

La entrevista es un proceso interactivo, en el cual no solo se puede lograr la manifestación de múltiples y complejas expresiones externas del sujeto y sus determinantes internas, sino que también se pueden provocar cambios, influir

sobre el sujeto a partir de nuevas reflexiones (Sampieri *et al.*, 2010)

La entrevista, además de técnica, constituye el elemento activo que le da motivación y coherencia a todo el proceso de diagnóstico psicológico. Aun cuando todo el proceso de ayuda psicológica se sostiene en intercambios comunicativos de carácter profesional con el paciente, y la entrevista de este modo se convierte en una técnica de uso permanente, se utilizó en la investigación especialmente una entrevista estructurada al inicio del tratamiento multimodal con el objetivo de precisar la subjetivización que el paciente hace de su estado depresivo.

Dicha entrevista tuvo un carácter estructurado, lo cual requirió de una guía con preguntas específicas (veáse Anexo 2) y de un aparato categorial previamente elaborado que permitió al investigador ubicar lo que la persona expresó en una de estas categorías, tal como se exige a este tipo de entrevista (Ibarra, 2001). Las categorías que orientaron el análisis de la entrevista psicológica fueron las siguientes:

- Comprensión del estado de salud.
- Subjetivización de la situación conflictiva.
- Capacidades y recursos para afrontar la enfermedad.

La realización de la entrevista estructurada, así como el empleo de otros instrumentos se acompañó de la observación abierta.

La observación es un método científico no obstructivo, que no pretende estimular respuesta como en la entrevista y el cuestionario. Registra algo que fue estimulado por otros factores ajenos al instrumento de medición. Constituye un recurso indispensable para el diagnóstico psicológico, pues posibilita información relevante que puede escapar a cualquier otra técnica.

Es reconocido que los estados emocionales tienen su expresión externa en el sujeto, que va desde la propia apariencia y cuidado en el vestir del paciente, las expresiones extraverbales y la fuerza y energía que dispone para realizar las actividades terapéuticas propuestas por el equipo de salud mental.

- **Inventario de Beck**

Este cuestionario fue creado por Beck, Medelson y Erbaught, a partir de un estudio realizado con 300 pacientes de una clínica psiquiátrica universitaria entre 1964 -1966 (González, 2007) El mismo ha demostrado ser efectivo para valorar la existencia y profundidad de la depresión como estado. Consta de 21 ítems:

- A- Estado de ánimo
- B- Pesimismo
- C- Descontento
- D- Sentimiento de culpa
- E- Necesidad de castigo
- F- Odio hacia sí mismo
- G- Autoacusación
- H- Impulso suicida
- I- Llanto
- J- Irritabilidad
- K- Aislamiento social
- L- Incapacidad de decisión
- M- Imágenes del propio cuerpo
- N- Incapacidad para trabajar
- O- Trastornos del sueño
- P- Fatigabilidad
- Q- Pérdida del apetito
- R- Pérdida de peso
- S- Hipocondría
- T- Pérdida de la libido

Cada uno de estos ítems, significan manifestaciones de depresión. Cada ítem consta de 4, 5 ó 6 frases cada una con un valor de 0, 1, 2 ó 3 puntos de acuerdo al nivel de profundidad del sistema que evalúe (véase Anexo 3). En función de la frase que marque el sujeto en cada ítem se le otorga una puntuación. Al final de la prueba se suman los puntos obtenidos, lo cual representa una medida de la depresión, es decir, la profundidad sentida por él, ya que el cuestionario se basa

en juicios personales de cada sujeto. La puntuación total se ubica en la escala de intervalos siguiente:

- Nivel bajo de depresión-----0-4 puntos.
- Ninguna depresión -----5 -12 puntos.
- Depresión leve-----13-20 puntos.
- Depresión moderada-----21-25 puntos.
- Depresión grave-----26 o más puntos.

Se seleccionó este instrumento por ofrecer la ventaja de resaltar las manifestaciones de la depresión como estado y el nivel de profundidad del mismo. Se aplicó a cada paciente de manera individual en los primeros dos días del ingreso, luego en la segunda evaluación cuando valorado por el equipo de salud y de acuerdo con el criterio plasmado en las evoluciones de la historia clínica se consideró que el paciente se encontraba mejor.

- **Escala para la evaluación de la depresión por especialistas**

La utilización del criterio de personas expertas, ajenas a la intervención, es una medida que desde hace años se practica en Psicología con el propósito de evitar la subjetividad al valorar lo efectivo de un proceso de influencia (Rodríguez, 1999).

A partir de los datos recogidos en la historia clínica y en reunión multidisciplinaria de los diferentes especialistas (psiquiatra, psicólogo, trabajadora social, enfermera) para el estudio de los casos ingresados que se tomaron como muestra en la presente investigación se evaluó el estado de salud de cada paciente al iniciar el tratamiento y finalizado el mismo de acuerdo con la escala elaborada de acuerdo con los fines investigativos:

- Estado de salud favorable: Presencia de solo dos o menos manifestaciones del estado depresivo.
- Estado de salud regular: Presencia de 3 a 5 manifestaciones de la depresión.
- Estado de salud desfavorable: Presencia de 6 a 8 manifestaciones del estado depresivo.

- Estado de salud muy desfavorable: Presencia de más de 8 manifestaciones del estado depresivo.

La evaluación del sujeto por el equipo multidisciplinario sobre la base de estos indicadores, antes y después del empleo de la terapia multimodal se convierte así en un valioso medio de comprobar el efecto de la terapia sobre el estado de salud del paciente.

- **Registro sistemático de las sesiones**

El diseño de pretest y postest que se emplea en la investigación, brinda la posibilidad, sin lugar a dudas, de evaluar la efectividad que tiene la terapia multimodal en su conjunto, pero no permite en realidad conocer lo efectivo que va siendo en su propio curso y ejecución. La evaluación del proceso constituye no solo una exigencia técnica para la valoración de cualquier estrategia de intervención psicológica, sino una condición ética para el trabajo profesional del psicólogo, pues permite sistemáticamente conocer el cambio que se produce en las personas y corregir a tiempo cualquier dificultad (Quintana, 2013).

Atendiendo a ello, se realiza un registro sistemático de lo que ocurre en cada sesión, a fin de ir evaluando consecutivamente la efectividad que se va logrando en cada una de ellas. Para esto se lleva un expediente de cada paciente, en el cual se va anotando las referencias que el sujeto hace de cómo se ha sentido desde la sesión anterior, qué ha logrado realizar por sí mismo entre las consultas. A partir de la información vertida por el paciente, se evalúa la efectividad de cada sesión de la forma siguiente:

- Bien: Cuando se advierte por las expresiones y referencias del sujeto que se han logrado los objetivos de la sesión.
- Regular: Cuando se advierte por las expresiones y referencias del sujeto que se ha logrado parcialmente el objetivo de la sesión.
- Mal: Cuando se advierte por las expresiones y referencias del sujeto que no se ha logrado el objetivo de la sesión.

La evaluación de cada sesión se contrastó con el diagnóstico inicial realizado a cada sujeto, así como con el de las sesiones precedentes, esta triangulación temporal y metodológica permitió abarcar el progreso real de cada paciente.

EPÍGRAFE 6: PROCESAMIENTO DE LOS DATOS

Para el análisis de los datos se utilizó el procesamiento estadístico computacional empleando el Microsoft Excel 2016, Minitab v16 y el paquete de Ciencias Sociales (SPSS) 21.0, e inicialmente se aplicó la estadística descriptiva como el análisis de frecuencia, la media, la desviación típica y la mediana para poder analizar los datos procedentes de la Historia Clínica, la entrevista psicológica y las manifestaciones de la depresión registradas a través del Inventario de Beck en la muestra de la investigación.

Se empleó la estadística inferencial a partir del Test de Wilcoxon con el objetivo de comparar los resultados del pretest y posttest con el empleo del Inventario de Beck y la Escala para la evaluación de la depresión, para de esta manera evaluar la efectividad del Tratamiento Multimodal para la atenuación del estado depresivo en pacientes con trastornos de adaptación y comprobar la hipótesis investigativa planteada.

EPÍGRAFE 7: CONSIDERACIONES ÉTICAS DE LA INVESTIGACIÓN

En este estudio se parte de los principios éticos fundamentales para toda investigación, como es el consentimiento informado que se determina por la voluntariedad expresada para participar en el estudio por los pacientes seleccionados en la muestra, previa explicación de los objetivos de la investigación y de los beneficios que les reportaría la terapia multimodal.

Se tomó en cuenta que las teorías y técnicas empleadas estuvieran sustentadas en las investigaciones actuales. Se precisó además en la propuesta de Tratamiento Multimodal que las acciones profesionales respondieran a las necesidades de los pacientes de una manera eficiente.



CAPÍTULO 3

CAPÍTULO 3. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

En este capítulo se analizan y discuten los resultados obtenidos sobre la efectividad del tratamiento multimodal con hipnosis en la atenuación del estado depresivo en los trastornos de adaptación, dichos resultados se presentarán a partir de la evaluación y diagnóstico realizado a través de los instrumentos previstos para medir la variable dependiente antes de iniciar el tratamiento y finalizado el mismo, con la consiguiente comparación del pretest y postest en cada instrumento.

EPÍGRAFE 1: ANÁLISIS DE LA HISTORIA CLÍNICA

El grupo de estudio estuvo conformado por 20 pacientes ingresados con diagnóstico de trastorno de adaptación en su forma depresiva. La revisión de la historia clínica permitió obtener datos personales de los pacientes; en este sentido se prestó especial atención a:

- Motivo de consulta
- Situaciones generadoras del trastorno
- Antecedentes patológicos personales
- Antecedentes patológicos familiares
- Síntomas que presenta
- Cronicidad del trastorno
- Diagnóstico psicopatológico de la alteración que presenta
- Tratamiento farmacológico
- Evoluciones realizadas por el equipo médico que lo asiste

Se destacó un predominio del sexo masculino (el 55 % de los pacientes), no coincidiendo este dato con otras investigaciones realizadas sobre la depresión; según Suárez (2003) se considera que la depresión es más frecuente en la mujer, aunque se diagnostica más tardíamente porque tiende a confundirse con el perfil psicológico de esta, pudiendo estar justificado en la presente investigación por ser la población en estudio predominantemente masculina.

Los valores mínimos y máximos de edad en la muestra estuvieron entre 18 y 35

años, con una edad promedio de 24 años, prevaleciendo los pacientes de 18 años (4 pacientes que representan el 20 % de la muestra).

El tiempo de evolución osciló entre 1 y 3 meses. El 40 % (8 pacientes) presentaron 1 mes, mientras que el 35 % (7 pacientes) 2 meses y el 25 % (5 pacientes) 3 meses.

Tal como se muestra en la Tabla 2 la tristeza fue el motivo de ingreso más frecuente en la muestra (55 %, 11 pacientes), seguido del intento suicida (20 %, 4 pacientes).

El resto de los pacientes (5 en total) refirieron otros malestares como nerviosismo, dolor de cabeza, ingestión de bebidas alcohólicas, desmayos y baja autoestima).

Tabla 2. Distribución de la muestra según el motivo de ingreso.

	Frecuencia	Porcentaje
Tristeza	11	55
Nerviosismo	1	5
Intento suicida	4	20
Desmayos	1	5
Dolor de cabeza	1	5
Ingiere bebidas	1	5
Baja autoestima	1	5
Total	20	100

Fuente: Historia Clínica

En la Tabla 3 se evidencia que el inicio de la vida becada fue la situación generadora del trastorno de mayor prevalencia en los pacientes (en el 40 % de los casos), seguida por los conflictos laborales en 25 % de los pacientes y de pareja en el 20 % de ellos, siendo similar este resultado a las pautas depresógenas identificadas por Yapko (citado por Pacheco, 1998) como influencias culturales.

Tabla 3. Distribución de la muestra según la situación generadora del trastorno.

	Frecuencia	Porcentaje
Inicio de la beca	8	40
Fallecimiento de un familiar	1	5
Conflictos de pareja	4	20
Conflictos laborales	5	25
Conflictos escolares	2	10
Total	20	100

Fuente: Historia Clínica

En los pacientes estudiados la exploración de sus antecedentes médicos y psicológicos y mixtos fue importante para el análisis y la comprensión de esta entidad, ya que orientó al investigador a considerar el papel de los factores ambientales y los aprendizajes en las particularidades de la adaptación (véase Tabla 4).

Tabla 4. Distribución de la muestra según los antecedentes patológicos

	APP		APF	
	Fr	%	Fr	%
Médicos	9	45	3	15
Psicológicos	3	15	8	40
Mixtos	1	5	6	30
Sin antecedentes	7	35	3	15
Total	20	100	20	100

Fuente: Historia Clínica

El 35% de la muestra (7 pacientes) no manifestaron antecedentes patológicos personales; un 45 % (9 pacientes) presentó antecedentes médicos de asma bronquial, amigdalitis, hipertensión y un 15 % (3 pacientes) presentaron alteraciones psicológicas en la infancia por enuresis nocturna, rechazo escolar, solo un 5 % (1 paciente) presentó antecedentes mixtos.

El 40 % de los pacientes (8) refirieron antecedentes patológicos familiares de tipo depresivo, un 15 % (3 pacientes) médicos y un 30 % (6 pacientes) mixtos, mientras que solo un 15 % (3 pacientes) no presentó antecedentes de ningún tipo.

Los síntomas más frecuentes que aparecen en las historias clínicas se refirieron al predominio de la hipocinesia, hipoabulia, hipotimia, enlentecimiento de pensamiento, ideas sobrevaloradas de la situación, disminución de la autoestima, subvaloración, pérdida o disminución del apetito, trastornos del sueño, irritabilidad, dificultades en la concentración.

El diagnóstico psicopatológico fue Trastorno de adaptación en su forma depresiva, como lo determinaron los criterios de selección de la muestra; en esta entidad su núcleo principal es la dificultad para manejar uno o varios estresores externos.

En el 100 % de la muestra se empleó tratamiento medicamentoso con

antidepresivo, de ellos en el 70 % (14 pacientes) se utilizó la Amitriptilina en cantidades que varían en cada paciente con un promedio de 100 a 150 mg al día, en el 20 % (4 pacientes) la Imipramina en cantidades que varían en cada paciente con un promedio de 100 mg al día, así como en el 10 % (2 pacientes) restante se empleó la Sertralina en cantidades que varían en cada paciente con un promedio de 100 mg al día.

Dicho tratamiento se acompañó además en el 90 % (18 pacientes) de ansiolíticos, con el fin de tratar síntomas de ansiedad asociados. En el 60 % (12 pacientes) se empleó el Nitrazepan 5mg en cantidades que varían con un promedio de 8mg al día, así como en el 30 % (6 pacientes) el Clordiazepóxido 10 mg en cantidades que varían con un promedio de 40 mg al día.

El estado depresivo en estos pacientes presentó una tendencia a tener un pronóstico favorable, siendo valorado por los especialistas del servicio como tributario al tratamiento multimodal. Se percibió una tendencia a evolucionar rápidamente donde en muy pocas ocasiones los pacientes se mantuvieron los 17 días de estadía hospitalaria que presenta el servicio de Psiquiatría como indicador estadístico del promedio de días que debe permanecer un paciente ingresado.

El 35 % (7) de los casos presentó una depresión profunda, manteniendo una estancia media entre 11 y 13 días y el 65 % (13) presentaron una depresión moderada con una estadía entre 7 y 10 días. Posterior al tratamiento multimodal el 100 % (20) de los casos fueron evaluados por los especialistas con condiciones para el alta médica por la disminución del estado depresivo, el 20 % (4) mantuvieron algunas manifestaciones de la depresión como estado, requiriendo otras opciones de tratamiento propuestos para el sistema de consulta externa.

En sentido general se logró la reducción de la estadía hospitalaria en los pacientes tratados, con respecto a los métodos tradicionales empleados con medicación y psicoterapia o solo con medicación donde casi siempre necesitan entre 17 y 21 días (Yapko, 2013a,b, Sawni, & Breuner, 2017).

EPÍGRAFE 2: ANÁLISIS DE LA ENTREVISTA PSICOLÓGICA

Al iniciar el tratamiento los pacientes fueron entrevistados por el psicólogo para realizar el diagnóstico psicológico que permitiera organizar el tratamiento psicoterapéutico. Las categorías que orientaron el análisis de la entrevista psicológica estructurada fueron las siguientes:

- Comprensión del estado de salud.
- Subjetivización de la situación conflictiva.
- Capacidades y recursos para enfrentar la enfermedad.

En los pacientes estudiados se percibió una valoración crítica de su estado de salud, podían identificar sus síntomas y los relacionaban con el evento sucedido, al que le adjudicaban toda carga de responsabilidad en la situación de salud en que estaban. Consideraron sus manifestaciones indicadoras de enfermedad pues sobrepasaron los límites de una conducta inadaptada y para lo cual necesitaron ayuda especializada.

El marco vivencial por el que los sujetos valoran las diferentes situaciones es incorporado desde una visión pesimista y negativa para el desarrollo de su estabilidad emocional. Aunque existieron diferencias particulares de manera general cada paciente lo vivenció de manera obstaculizante y amenazante y le adjudicó sentidos personales y subjetivos con emociones de displacer, donde fueron frecuente frases como: “cada vez que tengo que regresar a ese lugar me siento indispuesto y triste” (paciente masculino ARG de 18 años), “ahí parece como si estuviera preso” (paciente masculino MGA de 19 años), “solo de ver la imagen de mi jefe tengo para que las cosas me salgan mal durante todo el día” (paciente femenina de 24 años).

Los motivos principales desencadenantes de las conductas de inadaptación y sus síntomas emocionales consecuentes fueron el inicio de régimen becado, conflictos laborales y de pareja. A partir de la ocurrencia e identificación de estos sucesos los pacientes manifestaron respuestas emocionales displacenteras, algunas verbalizaciones que ilustran este planteamiento son: “yo no esperaba que después de tantos años de relación decidiera terminar” (paciente masculino ORG de 35

años), “después que me dejó siento que la vida no va a ser igual” (paciente femenina MSF de 24 años). En la autoevaluación de las capacidades y recursos se evidenció una tendencia en los pacientes a sentirse poco capaces de superar tales situaciones o de superarlas solo con ayuda de otras personas, perciben las diferentes situaciones como castigos y no como oportunidades de crecimiento personal.

La capacidad de movilizar sus recursos es baja por lo que predominan respuestas evasivas y sentimientos de indefensión ante las demandas que generaron la inadaptación y el estado depresivo, toman un papel protagónico los recursos ineficientes de enfermedad. Algunas expresiones que ilustran lo anterior son: “prefiero no tropezármela” (paciente masculino RTE de 26 años), “allí no vuelvo más” (paciente femenina FSL de 22 años), “yo no sirvo para él” (paciente femenina RDA de 18 años).

EPÍGRAFE 3: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DEL INVENTARIO DE BECK

Inicialmente se procedió a realizar una prueba estadística inferencial para determinar si las variaciones de las medias obtenidas en el Inventario de Beck en el momento inicial y final presentaban diferencias significativas por medio del Test Wilcoxon. Para ello se alcanzó un valor de $p_i = 0.94$ para la mediana inicial estimada de $m_i = 27.5$ en el test inicial; para verificar similar resultado, se aplica de igual forma en el test final donde la media final real es de $m_f = 4$, no obstante se decide aplicar la media correspondiente al pretest de para determinar el grado de confianza probable para un 95 % y el grado de significancia, a fin de corroborar la hipótesis nula de que la mediana no corresponde a los valores promedios de la muestra inicial.

Como resultado se obtiene un valor de $p_f = 0.00$ por ser la mediana inicial mucho mayor que la mediana final ($m_i \gg m_f$) y en consecuencia se acepta la hipótesis nula de que las medias no corresponden a un valor promedio de la media de Walsh, su interpretación práctica es que hay diferencias significativas entre el pretest y el postest en el Inventario de Beck, que apuntan a una reducción de los

niveles de depresión después de aplicado el Tratamiento Multimodal (véase Anexo 4).

La presencia de las diferentes manifestaciones del estado depresivo en los dos momentos en que esta variable dependiente fue evaluada se muestra en el gráfico siguiente:

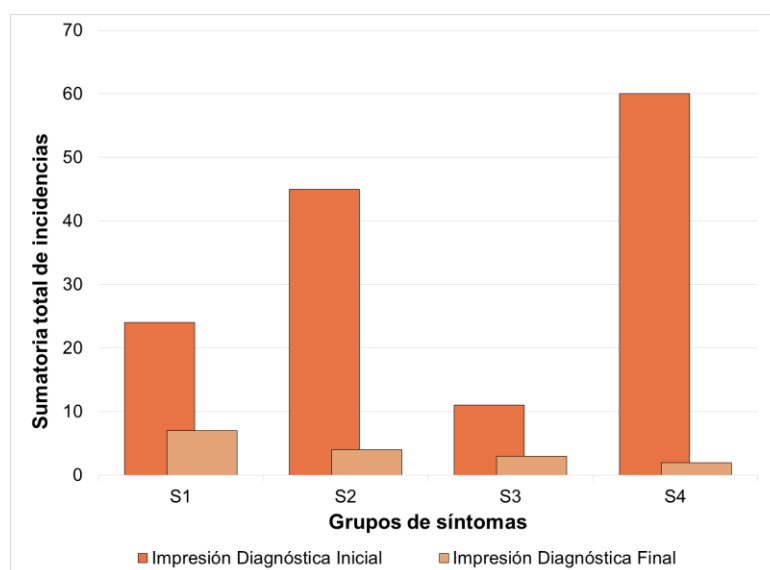


Gráfico 1. Grupo de síntomas.

Fuente: Inventario de Beck.

Las manifestaciones que predominaron en el diagnóstico inicial fueron los síntomas de pensamiento, los que representaron un 42 % de la sintomatología presente en la muestra, predominando ideas relacionadas con fracaso/culpa, desesperanza, ruina, catástrofe, inutilidad, enfermedad, así como muerte o suicidio; la intervención rápida sobre estas manifestaciones permitió la evolución favorable de otros grupos de síntomas restantes, resultado coincidente con el obtenido por varios autores (Yapko, 1992, 2013b, Sawni & Breuner, 2017).

El 32 % de las manifestaciones correspondieron a síntomas relacionados con alteraciones del sueño, alteraciones del apetito/peso, fatigabilidad/astenia, alteraciones sexuales, así como quejas somáticas.

Estos resultados se corresponden con la sintomatología característica de las depresiones exógenas donde predominan las manifestaciones clínicas en el

pensamiento como eje central en este tipo de depresión, con repercusiones somáticas, del estado de ánimo y conductuales, pues las ideas presentes en los pacientes modifican los afectos y la conducta; dicho resultado coincide con lo planteado por Lanfranco (2010) acerca del modelo propuesto por Yapko (1992).

El número inicial de manifestaciones de la depresión como estado fue considerablemente mayor que el número final de las mismas como se observa en el gráfico 1, lo que permitió corroborar la efectividad del Tratamiento Multimodal.

En el gráfico 2 se evidencian los cambios en los niveles de depresión comparando los resultados del test al inicio y después de aplicado el tratamiento. Solo en 4 de los casos estudiados se constató niveles leves de depresión (fueron los pacientes que manifestaron en la evaluación final síntomas aislados del estado depresivo), a los que se recomendó después del egreso propuestas terapéuticas con intervenciones a través de ejercicios físicos, ergoterapia, dieta y otras modalidades psicoterapéuticas que incidieran en variables personológicas para la prevención de recaídas. No presentaron indicadores de depresión en el postest 16 de los pacientes de la muestra.

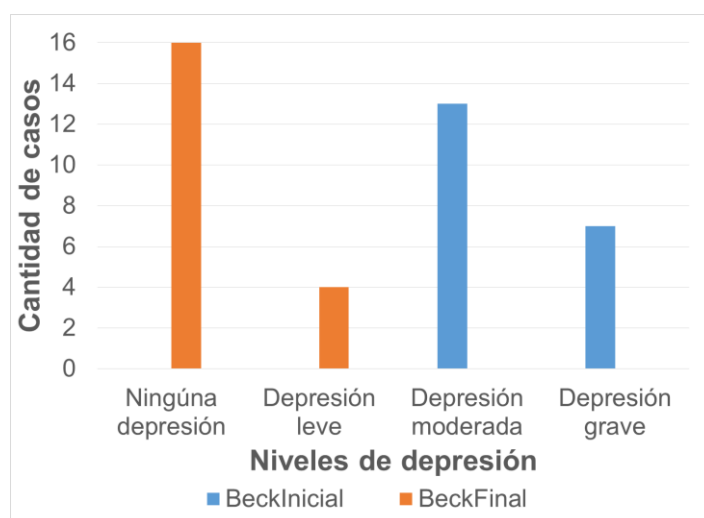


Gráfico 2 Valores iniciales y finales del Inventario de Beck

Fuente: Inventario de Beck

EPÍGRAFE 4: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DE LA ESCALA PARA LA EVALUACIÓN DE LA DEPRESIÓN POR ESPECIALISTAS

A partir de los datos recogidos en la historia clínica y en reunión multidisciplinaria de los diferentes especialistas (psiquiatra, psicólogo, trabajadora social, enfermera) para el estudio de los casos ingresados que se tomaron como muestra en la presente investigación se evaluó el estado de salud de cada paciente al iniciar el tratamiento y finalizado el mismo de acuerdo con la escala elaborada con fines investigativos:

- Estado de salud favorable: Presencia de solo dos o menos manifestaciones del estado depresivo.
- Estado de salud regular: Presencia de 5 manifestaciones de la depresión.
- Estado de salud desfavorable: Presencia de 6 a 8 manifestaciones del estado depresivo.
- Estado de salud muy desfavorable: Presencia de más de 8 manifestaciones del estado depresivo.

La comparación de la evaluación obtenida por cada paciente antes de iniciar el tratamiento y la evaluación obtenida al finalizar el mismo se realizó a través de una estadística descriptiva ya que la variable dependiente evaluada a través de la escala de evaluación de la depresión presenta una operacionalización nominal.

Según como se muestra en las tablas 5 y 6 (véase Anexo 5) al realizar un análisis de las escalas de depresión asumidas se concentraban en un criterio desfavorable el 100 % de la muestra con la mayor cantidad de síntomas depresivos registrados en este criterio previamente definido. Luego de haber aplicado el tratamiento multimodal se realiza nuevamente el proceso de clasificación según la escala propuesta, obteniendo criterios de regular y favorable como agrupación dominante (18 casos para un 90 % de toda la población objeto de estudio).

Este resultado ratifica los criterios a priori obtenidos en el Test de Wilcoxon aplicado al Inventario de Beck, con la condición de que no solo se logran reducir la sintomatología depresiva, sino que se acepta como válida y efectivo el tratamiento multimodal sobre la reducción de sintomatologías depresivas en trastornos de adaptación en forma depresiva, como se observa en el Gráfico 3.

Los pacientes que mantuvieron manifestaciones depresivas suficientes para considerar un nivel de depresión predominantemente leve en el Inventario de Beck fueron 4; en la evaluación a través de la escala solo dos casos alcanzaron evaluaciones del estado de salud regular al finalizar el tratamiento, los que coincidieron con la evaluación final del Beck de estado depresivo leve. En los dos pacientes restantes, aun cuando todavía persistió un nivel leve de depresión en esta técnica, la puntuación bruta final de ambos fue considerablemente menor con respecto a la evaluación inicial y se consideró por los especialistas que la visión clínica en esos 2 pacientes restantes fue más favorable que la obtenida en el autorreporte.

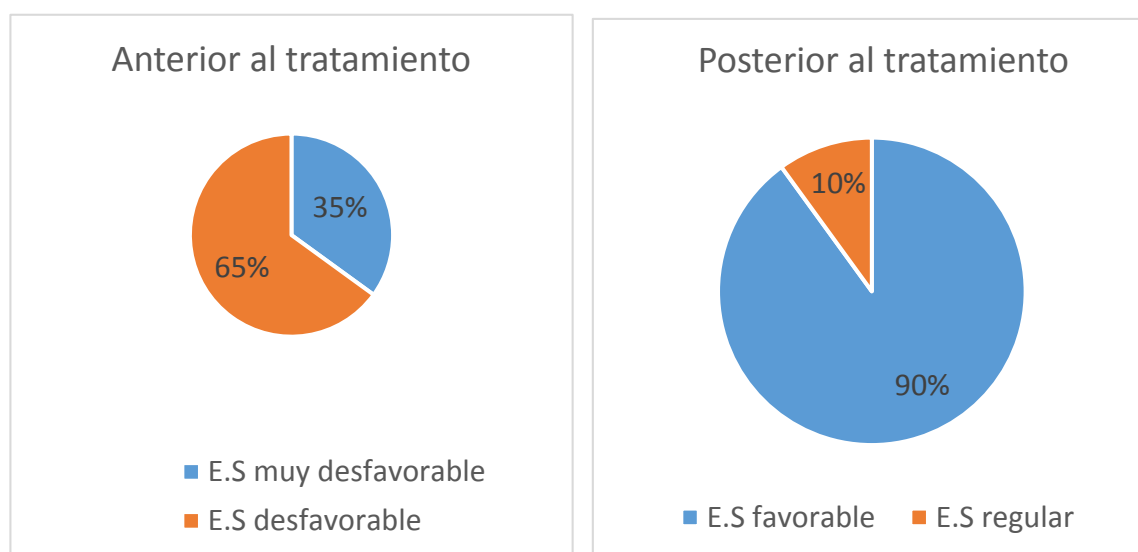


Gráfico 3. Evaluación del estado de salud antes y después del tratamiento

Fuente: Escala de evaluación de la depresión por especialistas

EPÍGRAFE 5: ANÁLISIS DEL REGISTRO SISTEMÁTICO DE LAS SESIONES

La cantidad de sesiones empleadas para la atenuación del estado depresivo estuvo en dependencia de la evolución de cada paciente; el número mínimo de sesiones fue de 7 (en 1 paciente) y el máximo fue de 10 (en 13 pacientes).

El Tratamiento Multimodal se implementó con una sesión diaria por ser pacientes ingresados en el servicio de Psiquiatría, con una duración de las mismas de 45 a 60 minutos.

Esta modalidad de tratamiento presentó la ventaja de que siempre el paciente estuvo bajo el efecto de alguno de los componentes del mismo, en este sentido aun cuando los especialistas principales no estén en el centro se mantienen bajo la influencia terapéutica del personal de enfermería y bajo los efectos permanentes de la medicación antidepresiva, ansiolítica y de eventos ambientales favorecedores del cambio en algunos casos.

La efectividad de cada sesión se evaluó de la forma siguiente:

- Bien: Cuando se advierte por las expresiones y referencias del sujeto que se han logrado los objetivos de la sesión.
- Regular: Cuando se advierte por las expresiones y referencias del sujeto que se ha logrado parcialmente el objetivo de la sesión.
- Mal: Cuando se advierte por las expresiones y referencias del sujeto que no se ha logrado el objetivo de la sesión.

En la tabla que aparece a continuación se precisa la evaluación obtenida por cada paciente en las diferentes sesiones del Tratamiento Multimodal:

Tabla. 7 Registro evaluativo de las sesiones.

Pacientes	Evaluación de las Sesiones de trabajo										Total
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
1	R	R	B	B	B	B	B	B	B		9
2	R	R	B	B	B	B	B	B	B		9
3	R	R	B	B	B	B	B	B	B	B	10
4	M	M	R	B	B	B	R	B	B	B	10
5	R	B	B	B	B	R	R	B	B	B	10
6	B	B	B	B	R	B	R	B	B	B	10
7	R	R	R	B	B	B	R	B	B	B	10
8	B	B	B	B	B	B	B				7
9	B	B	R	B	B	B	B	B	B		9
10	R	R	B	R	R	B	R	B	B	B	10
11	B	R	B	B	B	R	B	B	B	B	10
12	B	R	B	B	B	B	B	B	B	B	10
13	M	R	R	B	B	R	B	B	B	B	10
14	B	B	B	B	B	B	B	B	B		9
15	R	M	R	B	B	B	B	B	B		9
16	B	R	B	B	R	R	B	B	B	B	10
17	B	B	B	B	B	M	B	B	B	B	10
18	R	R	B	R	R	M	M	B	B	B	10

Pacientes	Evaluación de las Sesiones de trabajo										Total
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
19	R	R	R	B	B	B	B	B	B	B	10
20	B	B	B	B	B	B	B	B			8

Fuente: Registro de Sesiones

El comportamiento de los pacientes en las sesiones de psicoterapia fue favorable, se observó que en la medida que avanzaban las sesiones mejoraba la adherencia terapéutica y desaparecían los síntomas paulatinamente. Se evidenció que las expectativas hacia el tratamiento aumentaron en la medida en que se fueron incorporando las diferentes modalidades de tratamiento y las manifestaciones depresivas comenzaron a perder intensidad. Así, por ejemplo, el paciente ARG, de sexo masculino de 28 años de edad manifestó: “yo no vine aquí a tomar solo pastillas o a dormir”, MRD de 32 años de edad expresó: “ahora es que me doy cuenta que no estoy bien”.

En el caso específico del tratamiento hipnótico se necesitó un promedio de 5 sesiones. El mismo se realizó entre las sesiones 3 y 7 del Tratamiento Multimodal, para aquellos pacientes en los que se emplearon 4 sesiones. En aquellos en los que se empleó 5 sesiones de hipnosis, se necesitaron entre 9 y 10 sesiones de psicoterapia. A través de la observación realizada durante las sesiones de hipnosis se pudo apreciar que la inducción del proceso mediante el método de relajación fue beneficiosa, permitió atenuar síntomas de ansiedad asociada en el 90 % (18 pacientes), contribuyó a alcanzar los niveles de profundidad básico para el trabajo en este tipo de tratamiento. Se utilizó en el 10 % (2 pacientes) el método de pestañeo sincronizado en aquellos pacientes cuyas características ansiosas de personalidad impidieron el logro del estado hipnótico.

La combinación de técnicas directas e indirectas en el proceso de inducción permitió vencer algunas resistencias presentadas y avanzar hacia estados más profundos. El 25 % (5 pacientes) alcanzaron un estado leve de hipnosis, 30 % (6 pacientes) lograron estados moderados, mientras que el 45 % (9 pacientes) profundo y muy profundo, en estos últimos el número de sesiones empleadas fueron 4. Dicho resultado se ajusta a lo planteado por Pérez, Fernández,

Fernández, y Durán (2012) sobre el nivel de profundidad, el número de sugerencias y la cualidad de las mismas como facilitadoras de la mejoría clínica.

La evolución de los síntomas se caracterizó por una disminución rápida de los mismos con especial atención en las alteraciones del sueño, la ansiedad, la mejora en los procesos cognitivos, del pensamiento depresivo y del estado de ánimo. Los que necesitaron menos de 10 sesiones de trabajo coincidieron con aquellos que necesitaron menos sesiones de hipnosis.

Se encontraron efectos similares en un meta-análisis que examinó si adjuntar la hipnosis a otros tratamientos aumenta su efectividad. Los autores concluyeron que, los pacientes que recibieron terapia cognitivo conductual con hipnosis adjunta se comportaron mejor que el 75 % de los pacientes que recibieron terapia sin hipnosis (Kirsch *et al.*, 1995).

En el presente estudio se necesitó un promedio de sesiones de hipnosis inferior a los utilizados en el estudio realizado por Jaime, Téllez, Juárez, García y García (2015), quienes trabajaron con pacientes con cáncer de mama que presentaban alteraciones emocionales como ansiedad y depresión; la reducción en el número de sesiones está relacionado con la propuesta de intervención multimodal, la implementación de un modelo individual y no grupal como en el estudio citado, los beneficios de los tratamientos integrados permiten considerar al tratamiento de hipnoterapia para la depresión como probablemente eficaz (Alladin & Alibhai, 2007).

Otro elemento de relevancia en las sesiones de psicoterapia en general fue el aumento de la confianza en el tratamiento y una adherencia positiva al mismo. Al concluir las sesiones los pacientes reportaron sentirse descansados con sensaciones de sueño.

En la muestra se detectaron un número importante de distorsiones cognitivas, así, por ejemplo, FSL (paciente femenina de 22 años que recién inicia la vida laboral) expresó: “yo nunca voy a ser capaz de enfrentarme a ese trabajo, siempre he hecho las cosas mal”. Otro paciente masculino de 30 años de edad expresó: “soy así porque mi familia me crió de esa manera”; estas distorsiones estaban en

estrecha relación con el estado depresivo, uno de los objetivos que persiguió el Tratamiento Multimodal fue proporcionar herramientas en la identificación y manejo de las mismas.

En los 4 casos en que al concluir la aplicación del Tratamiento Multimodal continuaron con manifestaciones del estado depresivo, aunque en un nivel leve de depresión, se indicaron otros recursos terapéuticos de la medicina tradicional, física y dietética que han mostrado efectividad en el tratamiento de la depresión y que estuvieron al alcance del equipo de salud.

De manera general las manifestaciones del estado depresivo disminuyeron con el empleo de la medicación, la psicoterapia de enfoque cognitivo-conductual, la terapia interpersonal y la hipnosis como técnica integrada a este tratamiento médico y psicológico; como resultado del empleo de este Tratamiento Multimodal se redujo la estadía hospitalaria de manera significativa en los pacientes.



CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

1. Los pacientes presentaron antes de iniciar el tratamiento multimodal un estado depresivo en el que predominaron manifestaciones en el pensamiento con ideas relacionadas con fracaso/culpa, desesperanza, ruina, catástrofe, inutilidad, enfermedad, así como muerte o suicidio.
2. Se detectaron también en el pretest manifestaciones de la depresión relacionadas con alteraciones del sueño, alteraciones del apetito/peso, fatigabilidad/astenia, así como quejas somáticas en los pacientes en estudio.
3. Posterior al tratamiento no se constató el estado depresivo inicial; se mantenían manifestaciones aisladas en cuatro pacientes que no conformaban una entidad nosológica depresiva.
4. Se observaron en los resultados postest manifestaciones sintomatológicas aisladas de irritabilidad, anhedonia, tristeza y de fatigabilidad, dificultades en esfera sexual, en el apetito y quejas somáticas.
5. El registro sistemático de las sesiones demostró el mejoramiento de la adherencia terapéutica, la desaparición paulatina de los síntomas y el incremento de las expectativas hacia el tratamiento en la medida en que se fueron incorporando las diferentes modalidades del Tratamiento Multimodal con hipnosis.
6. El Tratamiento Multimodal que incorpora la terapia farmacológica, la psicoterapia interpersonal, la terapia cognitiva-conductual y la hipnosis respondiendo a las necesidades del paciente, resultó ser efectivo para la atenuación del estado depresivo en pacientes con trastornos de adaptación.

RECOMENDACIONES

- Proponer el Tratamiento Multimodal como estrategia de intervención en los trastornos de adaptación en su forma depresiva.
- Demostrar la efectividad del Tratamiento Multimodal con hipnosis en otras entidades nosológicas que se acompañen del estado depresivo.
- Realizar estudios mediante el empleo del Tratamiento Multimodal con hipnosis en la atenuación del estado depresivo en trastornos de adaptación en otros grupos étnicos.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alladin, A. and Alibhai, A. (2007). Cognitive hypnotherapy for depression: An empirical investigation. *Intl. Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 55 (2), pp. 147-166.
- Antonini, C. (2011). *Respuestas a la depresión. Psicología Clínica*. Buenos Aires. Argentina.
- Ángulo, L. (2015). Estrategia del Cuestionario Infantil (CIE). (Master en Psicología Médica), Universidad Central de Las Villas (UCLV), Santa Clara.
- Beck, A. T. (1970). Cognitive therapy: Nature and relation to behavior therapy. *Behavior therapy*, 1 (2), pp. 184-200.
- Beck, A., Rush, A. J., Shaw, B. F. y Emery, G. (1983). *Terapia cognitiva de la depresión*: Brouwer.
- Beck, J. (2008). *Terapia cognitiva: Conceptos básicos y profundización*: Editorial Gedisa.
- Birnie, K. A., Noel, M., Parker, J. A., Chambers, C. T., Uman, L. S., Kisely, S. R., et al. (2014). Systematic Review and Meta-Analysis of Distraction and Hypnosis for Needle-Related Pain and Distress in Children and Adolescents. *Journal of Pediatric Psychology*, 39, pp. 783–808. DOI: [org/10.1093/jpepsy/jsu0](https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsu0)
- Cabreras, Y., López, E., Ramos, Y., González, V., Gonzáles, A. y López, L. (2013). La hipnosis: una técnica al servicio de la psicología. *Medisur*, 11 (5), aprox.7p.
- Capafons, A. y Mazzoni, G. (2005). ¿Es lo peligroso de la hipnosis el hipnoterapeuta? Hipnosis y falsos recuerdos. *Papeles del Psicólogo*, 5, pp. 27-38.
- Caycho, T. (2013). Análisis psicométrico de la prueba de Diagnóstico de la madurez para el aprendizaje de la lecto-escritura de Filho. *Revista de Psicología de la UCSP*, 3(1), 25-47.

- Cobian, A. E. (1997). *Yo sí creo en la hipnosis*. Santiago de Cuba: Editorial Oriente.
- Cuijpers, P., van Straten, A., Andersson, G. y van Oppen, P. (2008). Psychotherapy for depression in adults: a meta-analysis of comparative outcome studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, pp. 909–922.
- Duprat, E. F. (1960). *Hipnotismo. Técnicas e indicaciones terapéuticas*, Cuarta Ed., La Habana, Cuba.
- Edmoston, W. E. (1986). *The induction of Hypnosis*. New York: Jhon Wiley & Sons.
- Ellenberger. (1970). *The discovery of unconscious: The history and evolution of dynamic psychiatry* (versión en castellano: El descubrimiento del inconsciente. Madrid: Gredos, Trans.). New York: Basic Books.
- Erickson, M. H. (1980). *The nature of hypnosis and suggestion* (Vol. 1): Halsted Press.
- Etchebarne, I., Fernández, M. y Roussos, A. J. (2008). Un esquema clasificatorio para las intervenciones en terapia interpersonal. *Anuario de investigaciones*, 15, 00-00.
- Fauman, M. A. (2008). *DSM-IV-TR: guía de estudio*: Elsevier España.
- Fernández, L. (2005). La personalidad, algunos presupuestos para su estudio. In Autor (Ed.), *Pensando en la personalidad* (Vol. 1, pp. 104 - 110). La Habana: Félix Varela.
- Fernández, M. García, M. y Crespo, A. (2012). *Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales*: Desclée de Brouwer.
- Frankl, V. (1994). *El hombre doliente*, Herder. Barcelona.
- Frankl, V. (2011). *La voluntad de sentido: conferencias escogidas sobre logoterapia*: Herder Editorial.

- Frankl, V. (2010). *Psicoanálisis y existencialismo: de la psicoterapia a la logoterapia*: Fondo de Cultura Económica.
- Frankl, V. E. (2011). *La presencia ignorada de Dios: psicoterapia y religión*: Herder Editorial.
- Gibson, H. B. y Heap, Y. M. (1991). *Hypnosis in therapy*. Hillsdale: LEA.
- Golan, D. E., Armstrong, E. J., Armstrong, A. W. y Rebatet, G. A. (2017). *Principios de farmacología: bases fisiopatológicas del tratamiento farmacológico*: Wolters Kluwer.
- González, E., Carrillo, T., García, M. L., Hart, C. E., Zavala, A. A. and Ley, C. P. (2017). Effectiveness of hypnosis therapy and gestalt therapy as depression treatments. *Clínica y Salud*, 28 (1), pp. 33-37. DOI: 10.1016/j.clysa.2016.11.001.
- González, H. y Miguel-Tobal, J. J. (1994). Datos experimentales versus clínicos en la investigación sobre hipnosis. *Psicothema*, 6(1), pp. 27-38.
- González, H. y Santamaría, P. (2009). Adaptación española del Inventario Estructurado de Simulación de Síntomas–SIMS. Madrid: TEA Ediciones.
- Goleman, D. (1998). *La inteligencia emocional*. México D.F: Vergara.
- Greenberg, R., Constantino, M. and Bruce, N. (2006). Are patients expectations still relevant for psychotherapy process and outcome?. *Clinical Psychology Review*, 26, pp. 657-678.
- Hales, R. E., Yudofsky, S. C. y Talbott, J. A. (2000a). *DSM-IV Tratado de psiquiatría*. Washington.
- Hales, R., Yudofsky, S. y Talbott, J. (2000b). *Tratado de Psiquiatría (DSM-IV)*. 3er Ed., Masson. SPA. España.
- Ibor, J. y Association, A. (2001). *DSM-IV-TR: manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: texto revisado*: Masson.
- Jaime, L., Téllez, A., Juárez, D. M., García, C. H. y García, E. (2015). El efecto de la hipnoterapia en la calidad de sueño de mujeres con cáncer de mama.

Psicooncología, 12 (1), pp. 39-49. DOI: 10.5209/rev_PSIC.2015.v12.n1.48902

Karakuła-Juchnowicz, H., Szachta, P., Opolska, A., Moryłowska-Topolska, J., Gałęcka, M., Juchnowicz, D., et al. (2014). The role of IgG hypersensitivity in the pathogenesis and therapy of depressive disorders. *Nutr Neurosci*. DOI: 10.1179/1476830514Y.0000000158. PMID 25268936

Kirsch, I. (2010). The emperor's new drugs: Exploding the antidepressant myth: ReadHowYouWant. com.

Kirsch, I., Montgomery, G. and Sapirstein, G. (1995). Hypnosis as an adjunct to cognitive behavioral psychotherapy: A meta-analysis. *Consulting and Clinical Psychology*, 63, pp. 214-220

Klerman, G. y Weissman, M. (1994). Interpersonal psychotherapy of depression: A brief, focused, specific strategy: Jason Aronson, Incorporated.

Korman, G. y Sarudiansky, M. (2011). Modelos teóricos y clínicos para la conceptualización y tratamiento de la depresión. *Subjetividad y procesos cognitivos*, 15 (1), pp. 119-145.

Lanfranco, G. R. (2010). Hipnosis clínica y psicoterapia: Una propuesta integrativa para el tratamiento de la depresión unipolar. *Trastor. ánimo*, 6 (1), pp. 37-48.

Lecron, L. M. (1989). *Autohipnotismo* (Diana Ed.). México D. F.

Levitov, D. N. (1989). Estado psíquico de inquietud y ansiedad. *Cuestiones de Psicología* (1 ed.), 38 - 45

Lopez, C. A. (2014). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM-5: Editorial medica panamericana.

Lynn, J. y Kirsch, I. (2005). Teorías de hipnosis. *Papeles del Psicólogo*, 25(89), pp. 9-15.

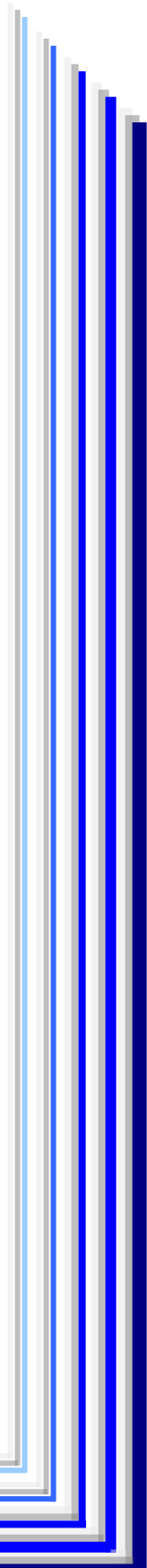
- Martin, D. J., Garske, J. P. and Davis, M. K. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: Ameta-analytic review. *Consulting and Clinical Psychology*, 68, pp. 438 -450.
- Martínez - Taboas, A.(2008) Acercamiento integrador a la psicoterapia. In G. Bernal y A. Martínez - Taboas (Ed.), *Teoría y práctica de la psicoterapia en Puerto Rico* (2da ed., pp. 129 - 148). Hato Rey: Publicaciones puertorriqueñas.
- Mendoza, M. E. y Capafons, A. (2009). Eficacia de la hipnosis clínica: resumen de su evidencia empírica. *Papeles del psicólogo*, 30(2), pp. 98-116.
- Mc Cann, B. S. y Landes, S. J. (2010). Hypnosis in the treatment of Depression. Considerations Research Design and Methods. *Int J Clin Exp Hypn*, 58 (2), pp. 147-164.
- Mckay, M. y Fanning, P. (2008). *¿Cómo resolver conflictos? Técnicas y estrategias para superar las situaciones polémicas con éxito*. México: Paidós.
- Millán, R. y Solano, N. (2010). Duelo, duelo patológico y terapia interpersonal. *Revista colombiana de psiquiatría*, 39 (2), pp. 375-388.
- Miguel-Tobal, J. J., Casado, M. I., Cano-Vindel, A. y Spielberger, C. (2001). *Inventario de expresión de ira estado-rasgo (STAXI-2)*. Madrid: TEA Ediciones.
- Moore, D., y Jefferson, J. (2005). *Manual de psiquiatría médica* (Elsevier Ed.). España.
- Mulet, A. (2016). *Sofrología, Sendas hacia la armonía vital*, Segunda Ed., Editorial Ediciones Holguín, Cuba, ISBN 959-221-213-9.
- Naranjo, M. L. (2008). Relaciones interpersonales adecuadas mediante una comunicación y conducta asertivas. *Revista Electrónica del Instituto de Investigación en Educación Universidad de Costa Rica*, 8 (1), pp. 1-27.
- Noyes, P. A. (1966). *Psiquiatría Clínica Moderna*. La Habana: Editorial Revolucionaria.

- Núñez, F. (2000). *Modo de vida, psiquis y salud, Psicología y salud* (pp. 113-134). La Habana: Ciencias Médicas.
- Organización Mundial de la Salud, O. M. S. (2003). Estadísticas sanitarias mundiales.
- Ortiz, J., Ramos, N. y Vera-Villaroel, P. (2003). Optimismo y salud: Estado actual e implicaciones para la Psicología Clínica de la Salud. *Suma Psicológica*, 10(1), pp. 119-134.
- Otero, A. A., Rabelo, V. Echazábal, A., Calzadilla, L., Duarte, F., Magriñat, J. M. y Acosta, C. (2008). *Tercer glosario cubano de Psiquiatría*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, pp. 25-31.
- Pacheco, M. (1998). Acerca de Michael Yapko y su enfoque de la psicoterapia y la hipnoterapia. *Terapia Psicológica*, VII (30), pp. 45-56.
- Pérez, J. A., Fernández, J. C., Fernández, B. y Durán, M. (2012). Empleo de metáforas en las sugerencias hipnóticas para manejar el dolor articular: Estudio de caso. *Psicopatología y Psicología Clínica*, 17 (1), pp. 57-73.
- Pérez, V. S. (2015). Recibir un diagnóstico de enfermedad y acudir a Internet: ¿qué nos cuenta la red? *Revista Científica de la Sociedad Española de Enfermería Neurológica*, 41 (1), pp. 3-5.
- Pérez, Y. (2014). Particularidades de la regulación emociones displacenteras en adolescentes con diagnóstico de hipertensión arterial esencial. (Tesis presentada en opción al grado científico de Doctor en Ciencias Psicológicas).
- Pi, A. y Cobián, A. (2010) Desarrollo de la función afectiva en la familia y su impacto en la salud familiar integral. *MEDISAN*, 14 (3).
- Piqueras, J., Ramos, V., Martínez, A. y Oblitas, L. (2009). Emociones negativas y su impacto en la salud mental y física. *Suma Psicológica*, 16 (2), pp. 85-112.

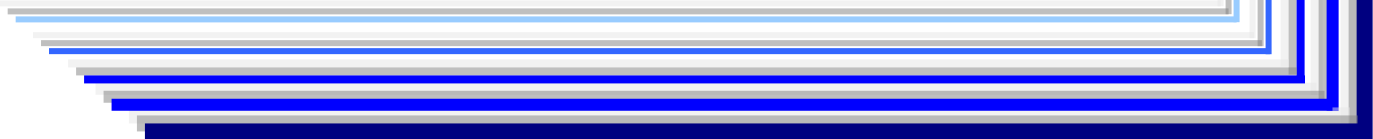
- Pugliese, I. (2001). Un tipo especial de depresión: la distimia. Accedido el: 03 de noviembre, 2006, Disponible en: Web.master@avisora.com.
- Quintana, M., Rodríguez, L., Águila, D., Torres, C. M. y Santiesteban, D. M. (2018). Actitud de psicólogos asistenciales del municipio Santa Clara en relación con la hipnosis como recurso terapéutico. *Revista Cubana de Salud Pública*, 44(4), pp. 11-17
- Quintana, M. (2013). *Sistema de intervención para incidir en los componentes dinámicos que orientan a estudiantes universitarios a formar parejas estables*. (Tesis para optar por el grado de Doctorado en Ciencias Psicológicas). Universidad de La Habana.
- Rodríguez, G. y Gil, J. (1999). García (1996). *Metodología de la investigación cualitativa*, 2.
- Rossi, E. L. (2007). *The breakout heuristic: The new neuroscience of mirror neurons, consciousness and creativity in human relationships*: Milton H. Erickson Foundation Press.
- Rodríguez, P. M. (2011). *Hipnosis: Fundamentos Neurofisiológicos e Investigativos* (Tesis de aspirante al grado de Doctor en Ciencias Médicas), Universidad de Ciencias Médicas Granma Granma. Disponible en: http://tesis.repo.sld.cu/571/1/Rodriguez_Sanchez.pdf
- Rodríguez, L. (1999). *Sistema psicocorrectivo para influir en la autorregulación de pacientes con ansiedad patológica*. (Tesis de Doctorado), Universidad de La Habana, La Habana.
- Roca, M. (2013). *Psicología Médica: Una mirada desde la salud humana*. La Habana: Félix Varela.
- Ruiz Sánchez, J. y Cano Sánchez, J. (1999). *Manual de psicoterapia cognitiva* (1ra. Ed.).
- Sadock, B., Kaplan, S. V. and Sadock, V. K. (2003). *Sadocks Synopsis of Psychiatry*. Philadelphia: Williams and Wilkins.

- Sampieri, H., Fernández Collado, C. y Baptista Lucio, P. (2006). *Metodología de la investigación* (Vol. 3): México: McGraw-Hill.
- Sampieri, R., Fernández, C. y Baptista, M. (2010). *Metodología de la investigación* (Quinta Ed.).
- Sampieri, R. H., Fernández, C. y Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación*. La Habana: Félix Varela.
- Santamaría, P., Capilla, P. y González, H. (2013). Prevalencia de simulación en incapacidad temporal: percepción de los profesionales de la salud. *Clínica y Salud*, 24 (3), pp. 139-151.
- Sawni, A. and Breuner, C. C. (2017). Clinical hypnosis, an effective mind-body modality for adolescents with behavioral and physical complaints. *Children (Basel, Switzerland)*, 4 (4), p. 19. DOI: 10.3390/children4040019
- Shih, M., Yang, Y.-H. and Koo, M. (2009). A meta-analysis of hypnosis in the treatment of depressive symptoms: a brief communication. *Intl. Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 57 (4), pp. 431-442.
- Suárez, C. (2003). Depresión e hipnosis. Documento presentado en: Congreso Virtual de Psiquiatría, Santiago de Cuba.
- Uhlenhuth, E. H., Balter, M. B. y Ban, T. A. (1995). International study of expert judgment on therapeutic use of benzodiazepines and other psychotherapeutic medications. *Psychopharmacol Bull*, 31, pp. 289-296.
- Valades, S. y Fernandez, M. (2018). La Técnica de Reestructuración Cognitiva *Electrónica de Psicología Iztacala*, 21(2).
- Vissupe, M. D., Angulo, L., Guerra, V. M., González, L. y Arias, D. (2016). Elaboración de un cuestionario para evaluar las emociones infantiles en escolares de nivel primario. *Medicentro Electrónica*, 20(4), pp. 288-296.
- Vigostky, L. S. (1987). *Historia del desarrollo de las funciones psíquicas superiores*. La Habana: Editorial Ciencia y Técnica.

- Yapko, M. (1992). *Hypnosis and the Treatment of Depressions. Strategies for Change*. New York: Brunner/Mazel.
- Yapko, M. D. (2013a). *Hypnosis and the treatment of depressions: Strategies for change*: Routledge.
- Yapko, M. D. (2013b). *Treating depression with hypnosis: Integrating cognitive-behavioral and strategic approaches*: Routledge.
- Zaldivar, D. (2004). *Psicoterapia general*. La Habana: Félix Varela.
- Zeig, J. (1992). *The Virtues of Our Faults: A Key Concept of Ericksonian Therapy*
In.



ANEXOS



ANEXO 1**Consentimiento informado.**

En la provincia de villa Clara se realiza un estudio cuyo propósito es evaluar la efectividad de la hipnosis en el estado depresivo. Usted ha sido seleccionado (a) para formar parte de la investigación, para lo cual se solicita su consentimiento, si acepta participar se pide su aprobación para publicar los resultados obtenidos garantizando su anonimato. Agradecemos su participación y el valioso aporte que pueda brindarnos.

Firma del paciente: _____

ANEXO 2**Guía entrevista psicológica.**Datos generales:

Sexo:

Edad:

Ocupación:

Estado civil:

Dirección:

1. ¿Desde cuándo está enfermo?
2. ¿Por qué cree usted que se enfermó?
3. ¿Qué malestares ha sentido desde que enfermó?
4. ¿Cómo piensa solucionar su problema actual?
5. ¿En qué momentos se ha sentido mejor ante su problema?
6. ¿En qué momentos se ha sentido más agobiado ante su problema?
7. ¿Si tuvieras que caracterizarte cómo lo harías?
8. ¿Qué afectaciones le ha provocado la enfermedad su vida en general?
9. ¿Cuáles son las cosas que siempre le han gustado?
10. ¿Cuáles son sus aspiraciones?
11. ¿Qué te gustaba hacer antes y ahora no haces?
12. ¿Qué piensa sobre las personas?
13. ¿Qué piensa de la vida?
14. ¿Antes de enfermar cómo pensabas acerca de las personas y de la vida en general?

ANEXO 3

Inventario de Beck

A

1. No estoy triste.
2. Siento desgano de vivir, o bien; estoy triste.
3. Siento siempre desgano de vivir, o bien; estoy siempre triste y no lo puedo remediar.
4. Estoy triste y me siento tan desgraciado que sufro mucho.
5. Estoy tan triste y me siento tan desgraciado que no lo puedo soportar más.

B

1. No estoy demasiado pesimista, ni me siento muy desanimado con respecto a mi futuro.
2. Creo que no debo esperar ya nada.
3. Creo que jamás me liberaré de mis penas y sufrimientos.
4. Tengo la impresión que mi futuro es desesperado y que no mejorará mi situación.

C

1. No tengo la sensación de haber fracasado.
2. Creo haber hecho en la vida pocas cosas que valgan la pena.
3. Tengo la sensación de haber fracasado más que otras personas.
4. Si pienso en mi vida veo que no he tenido más que fracasos.
5. Creo que he fracasado por completo.

D

1. No estoy particularmente descontento.
2. Casi siempre me siento aburrido.

3. No hay nada que me alegre como me alegraba antes.
4. No hay nada en absoluto que me proporcione una satisfacción.
5. Estoy descontento de todo.

E

1. No me siento particularmente culpable.
2. Siento muchas veces que hago las cosas mal o que no valgo nada.
3. Me siento culpable.
4. Ahora tengo constantemente la sensación de que hago las cosas mal o de que no valgo nada.
5. Considero que soy malo, que hago todo mal y que no valgo nada absolutamente.

F

1. No tengo la impresión de merecer un castigo.
2. Creo que me podría pasar algo malo.
3. Tengo la impresión que ahora o muy pronto voy a ser castigado.
4. Creo que merezco ser castigado.
5. Quiero ser castigado.

G

1. No estoy descontento de mí mismo.
2. Estoy descontento de mí mismo.
3. No me gusto a mí mismo.
4. No me puedo soportar a mí mismo.
5. Me odio.

H

1. No tengo la impresión de ser peor que los demás.
2. Tengo muy en cuenta mis propias faltas y mis propios defectos.
3. Me hago reproches por todo lo que no sale bien.
4. Tengo la impresión de que mis defectos son muchos y muy grandes.

I

1. No pienso ni se me ocurre quitarme la vida.
2. A veces se me ocurre que podría quitarme la vida pero no lo haré.
3. Pienso que sería preferible que me muriese.
4. He planeado cómo podría suicidarme.
5. Creo que sería mejor para mi familia que yo me muriese.
6. Si pudiera me suicidara.

J

1. No lloro más de lo corriente.
2. Lloro con mucha frecuencia, más de lo corriente.
3. Me paso todo el tiempo llorando y no puedo dejar de hacerlo.
4. Ahora ya no puedo llorar, aunque quisiera como lo hacía antes.

K

1. No me siento más irritado que de costumbre.
2. Me enfado o me irrito con más facilidad que antes.
3. Estoy constantemente irritado.
4. Ahora no me irritan las cosas que antes me enfadaban.

L

1. No he perdido el interés por los demás.
2. Me intereso por los demás menos que antes.

3. He perdido casi por completo el interés hacia los demás y siento poca simpatía por otras personas.
4. Los demás no me interesan nada y todo el mundo me es totalmente indiferente.

M

1. Tengo la misma facilidad de antes para tomar decisiones.
2. Ahora me siento seguro de mí mismo y procuro evitar el tomar decisiones.
3. Ya no puedo tomar decisiones sin que me ayude alguien a hacerlo.
4. Ahora me siento completamente incapaz de tomar ninguna decisión, sea la que sea.

N

1. No tengo la impresión de presentar peor aspecto que de costumbre.
2. Temo que mi aspecto cause mala impresión o de parecer avejentado(a).
3. Tengo la impresión de presentar cada vez peor aspecto.
4. Tengo la impresión de que mi aspecto es feo, desagradable y repulsivo.

O

1. Trabajo con la misma facilidad que siempre.
2. Ahora me cuesta más esfuerzo que antes ponerme a trabajar.
3. Ya no trabajo tan bien como antes.
4. Tengo que hacer un gran esfuerzo para realizar cualquier cosa.
5. Me siento incapaz de hacer cualquier trabajo por pequeño que sea.

P

1. Duermo bien como de costumbre.
2. Por la mañana me levanto más cansado que de costumbre.

3. Me despierto una o dos veces más temprano que antes y me cuesta trabajo volverme a dormir.
4. Me despierto demasiado temprano por la mañana y no puedo dormir más de cinco horas.

Q

1. No me canso antes que de costumbre.
2. Me canso más pronto que antes.
3. Me canso de hacer cualquier cosa.
4. Me agoto mucho de hacer cualquier cosa.

R

1. Mi apetito no es peor que de costumbre.
2. No tengo apetito como antes.
3. Tengo mucho menos apetito que antes.
4. No tengo en absoluto ningún apetito.

S

1. No he perdido peso, y si lo he perdido es desde hace muy poco.
2. He perdido más de 2 Kg. de peso.
3. He perdido más de 4 Kg. de peso.
4. He perdido más de 7 Kg. de peso.

T

1. Mi salud no me preocupa más que de costumbre.
2. Me preocupo constantemente por mis molestias físicas y mis malestares.
3. Mis molestias físicas me preocupan tanto que resulta difícil pensar en cualquier otra cosa.

4. No hago nada más en absoluto, que pensar en mis molestias físicas.

U

1. No he notado que desde hace poco haya cambiado mi interés por las cosas sexuales.
2. Me intereso menos que antes por cosas relativas al sexo.
3. Me intereso ahora mucho menos que antes por lo referente al sexo.
4. He perdido todo interés por las cosas del sexo.

CLAVE (Calificación de acuerdo a la alternativa seleccionada en cada variable)

A.- Estado de ánimo: 0,1,2, 2, 3

B.- Pesimismo: 0, 1, 2, 2, 3

C.- Fracaso: 0, 1, 2, 2, 3

D.- Descontento: 0, 1, 1, 2, 3

E.- Sentimiento de culpa: 0, 1, 2, 2, 3

F.- Necesidad de castigo: 0, 1, 2, 3, 3

G.- Odio a sí mismo: 0, 1, 1, 2, 3

H.- Autoacusaciones: 0, 1, 2, 3

I.- Impulsos suicidas: 0, 1, 2, 2, 2, 3

J.- Llanto: 0, 1, 2, 3

K.- Irritabilidad: 0, 1, 2, 3

L.- Aislamiento social: 0, 1, 2, 3

M.- Incapacidad de decisión: 0, 1, 2, 3

N.- Imagen del propio cuerpo: 0, 1, 2, 3

O.- Incapacidad para el trabajo: 0, 1, 1, 2, 3

P.- Trastorno del sueño: 0, 1, 2, 3

Q.- Fatigabilidad: 0, 1, 2, 3

R.- Pérdida del apetito: 0, 1, 2, 3

S.- Pérdida de peso: 0, 1, 2, 3

T.- Hipocondría: 0, 1, 2, 3

U.- Pérdida de la libido: 0, 1, 2, 3

Norma:

- Nivel bajo de depresión-----0-4 puntos.
- Ninguna depresión -----5 -12 puntos.
- Depresión leve-----13-20 puntos.
- Depresión moderada-----21-25 puntos.
- Depresión grave-----26 o más puntos

CALIFICACIÓN DEL INVENTARIO DE BECK

A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	1	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2
2	2	2	2	2	3	2	2	2	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3
3	3	3	3	3	3	3		2						3						
								3												

Inventario de Beck: El paciente ha de elegir en cada dimensión del test, entre 4 ó 5 frases gradualmente intensas. Ha de escoger una de las respuestas. Se suma el número de puntos y el resultado expresa la profundidad de la depresión.

DIMENSIÓN	Puntos	0	1	2	3
A. Estado de ánimo					
B. Pesimismo					
C. Fracaso					
D. Descontento					
E. Sentimiento de culpa					
F. Necesidad de castigo					
G. Odio a sí mismo					
H. Autoacusaciones					
I. Impulsos suicidas					
J. Llanto					
K. Irritabilidad					
L. Aislamiento social					
M. Incapacidad de decisión					
N. Imagen del propio cuerpo					
O. Incapacidad para trabajar					
P. Trastornos del sueño					
Q. Fatigabilidad					
R. Pérdida de apetito					
S. Pérdida de peso					

T. Hipocondría

U. Pérdida de libido

	Total de puntos			

ANEXO 4.**Mediana de Test Inic. para determinar el valor de corte con criterio del Beck.**

Mediana de Test Inic. = 27.5

IC de clasificación con signos de Wilcoxon: Test Inic.

		Intervalo de		
		Mediana	Confianza	confianza
		N estimada	lograda	Inferior Superior
Test Inic.	20	27.50	95.0	25.00 30.00

Prueba de clasificación con signos de Wilcoxon: Test Inic.

Prueba de la mediana = 27.50 vs. la mediana no = 27.50

		Número		
		de Estadística	Mediana	
		N prueba de Wilcoxon	P estimada	
Test Inic.	20	20	102.5	0.940 27.50

Mediana de Test Fin. = 4

Prueba de clasificación con signos de Wilcoxon: Test Fin.

Prueba de la mediana = 4.000 vs. la mediana no = 4.000

		Número		
		de Estadística	Mediana	
		N prueba de Wilcoxon	P estimada	
Test Fin.	20	16	78.0	0.623 4.000

IC de clasificación con signos de Wilcoxon: Test Fin.

	Intervalo de			
	Mediana	Confianza	confianza	
	N estimada	lograda	Inferior	Superior
Test Fin.	20	4.00	95.0	3.00 7.00

Prueba de clasificación con signos de Wilcoxon: Test Fin.

Prueba de la mediana = 27.50 vs. la mediana no = 27.50

	Número			
	de Estadística		Mediana	
	N prueba	de Wilcoxon	P estimada	
Test Fin.	20	20	0.0	0.000 4.000

ANEXO 5

Tabla 5. Evaluación de la Depresión por especialistas inicial.

E.E. Depresión Inicial

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulativo
Escala de Salud Desfavorable	13	65,0	65,0	80,0
Escala de Salud muy Desfavorable	7	35,0	35,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

Fuente: Escala de evaluación de la depresión.

Tabla 6. Evaluación de la Depresión por especialistas final.

E.E. Depresión Final

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulativo
Escala de Salud Favorable	18	90,0	90,0	90,0
Escala de Salud Regular	2	10,0	10,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

Fuente: Escala de evaluación de la depresión.