

ESTADOS ALTERNATIVOS DE CONSCIENCIA

Alternative States of Consciousness

INSTITUTO MILTON H. ERICKSON DE LA CD. DE MEXICO
CENTRO DE ESTUDIOS SUPERIORES
EN HIPNOSIS CLINICA SOCIEDAD
MEXICANA DE HIPNOSIS

REVISTA ELECTRONICA PARA PROFESIONALES DE LA SALUD Y LA EDUCACION



Año 2017. Número 7 Volumen I

Titulo: Estados Alternativos de Consciencia
Autor: Núñez Ortiz, Rafael; Abia, Guerrero, Jorge Luis.
Edición: Anual
Editorial: de la Sociedad Mexicana de Hipnosis, A.C.
País y fecha: México. Enero - Diciembre.
Año 2017. Número 7 Volumen 1
Número de ISBN 970-9974-11-4
URL del artículo: <http://www.institutoerickson.com.mx>

SEP-INDAUTOR Copy Right 03-2018-071812165600-01

Published by Mexican Society of Hypnosis

Supporting by:

Milton H. Erickson Institute of Mexico City
Center of Postgraduate Studies of Clinical Hypnosis,
Responsible of Postgraduate Hypnotherapy Studies in
National Autonomous Mexican University (UNAM)

Editorial Board:

Jorge L. Abia Guerrero, M.D.
Rafael Núñez Ortiz, M.A.
Co-Directors

Advisory Editors:

José L. Cañas, Ph D (México, Chiapas University)
Patricia Campos, Ph D (México, UNAM)
Laura M. Ramírez, Ph D (México, UNAM)
Katalin Varga, Ph D (Hungary, Budapest University)
Guadalupe Saucedo, Ph D (México, SEP, Coahuila)

Web page: www.institutoerickson.com.mx
e-mail: administracion@institutoerickson.com.mx

MSH Central Office:

Tejocotes #43 Depto 101, Col. Del Valle,
C.P. 03100, Ciudad México

INDICE

EL CLUB DE LAS PALABROTAS

5

DISEÑÉ ESTA ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN PARA INFANTES, A RAÍZ DE UN CASO DE SÍNDROME DE GILLES DE LA TOURETTE, QUE ATENDÍ, FUI SISTEMATIZANDO LA INTERVENCIÓN, HASTA LLEGAR A ESTA PROPUESTA.

EL CLUB DE LOS BEBEDORES MODERADOS

16

LA FALTA DE GUÍAS PARA APOYARNOS EN UNA GUÍA PARA UN CONSUMO MODERADO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS, DIFICULTA EL MANEJO Y EL CONTROL DE ESTE TIPO DE SUSTANCIAS.

HIPNOTERAPIA INDIVIDUAL PARA ADULTOS (MARINA)

41

RESULTADOS DE TRATAMIENTO DE 31 PACIENTES QUE RECIBIERON DE 5 A 10 SESIONES INDIVIDUALES DE HIPNOTERAPIA EN EL DIPLOMADO 2016-2017 EN LA SEDE SECRETARIA DE MARINA, CIUDAD DE MÉXICO

HIPNOTERAPIA FAMILIAR Y DE PAREJA

42

RESULTADOS DE TRATAMIENTO DE 26 FAMILIAS QUE RECIBIERON 10 SESIONES PROMEDIO DE HIPNOTERAPIA FAMILIAR, EN NUESTRA SEDE DE MORELIA, MICHOACAN, MEXICO, AÑO 2017.

HIPNOTERAPIA FAMILIAR Y DE PAREJA

55

RESULTADOS DE TRATAMIENTO DE 26 FAMILIAS QUE RECIBIERON 10 SESIONES PROMEDIO DE HIPNOTERAPIA FAMILIAR, EN NUESTRA SEDE DE MORELIA, MICHOACAN, MEXICO, AÑO 2017.

HIPNOTERAPIA FAMILIAR Y DE PAREJA

65

RESULTADOS DE TRATAMIENTO DE 26 FAMILIAS QUE RECIBIERON 10 SESIONES PROMEDIO DE HIPNOTERAPIA FAMILIAR, EN NUESTRA SEDE DE MORELIA, MICHOACAN, MEXICO, AÑO 2017.

**HIPNOTERAPIA
INDIVIDUAL PARA
ADULTOS**

78

RESULTADOS DE TRATAMIENTO DE 9 PACIENTES QUE RECIBIERON 10 SESIONES INDIVIDUALES DE HIPNOTERAPIA EN EL DIPLOMADO 2016-2017 EN LA SEDE DEL VALLE, CIUDAD DE MÉXICO

**HIPNOTERAPIA PARA
NIÑ@S Y ADOLESCENTES**

93

RESULTADOS DE TRATAMIENTO DE 14 PACIENTES QUE RECIBIERON 10 SESIONES DE HIPNOTERAPIA EN EL DIPLOMADO 2016-2017 EN LA SEDE SALTILLO, COAHUILA, MEXICO.

**HIPNOTERAPIA PARA
NIÑ@S Y ADOLESCENTES**

105

RESULTADOS DE TRATAMIENTO DE 7 PACIENTES QUE RECIBIERON 10 SESIONES DE HIPNOTERAPIA EN EL DIPLOMADO 2016-2017 EN LA SEDE FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES DE IZTACALA, TLANEPANTLA, MEXICO.

EL CLUB DE LAS PALABROTAS

Por: Rafael Núñez Ortiz

Introducción.

Diseñé esta estrategia de intervención para infantes, a raíz de un caso de síndrome de Gilles de la Tourette, que atendí, fui sistematizando la intervención, hasta llegar a esta propuesta.

El Gilles de la Tourette es un desorden que consiste, entre algunos casos, en la imposibilidad de contenerse para decir palabras soeces, además de otro tipo de síntomas.

Este tipo de intervención estratégica sirvió como un apoyo para la contención y el desarrollo de la habilidad de selección de ambientes adecuados para el uso de este tipo de expresiones.

Con los meses, me di cuenta que para los menores de edad que acuden a mi consulta, a pesar de no padecer este trastorno, podría resultarles muy útil esta estrategia terapéutica; ya que el uso de palabras consideradas altisonantes es harto cotidiano en diferentes ámbitos; pero a los infantes en ocasiones les cuesta trabajo distinguir el contexto adecuado para el uso de este tipo de frases o palabras. Si les negamos a las niñas y los niños la posibilidad de entrenarse en su uso, lo más probable es que comentan errores adaptativos en su manejo.

De una cultura a otra varían las expresiones que resultan soeces, hay familias en las que los padres vienen de diferentes entidades y en cada una se hace un manejo diferente de las “palabrotas”; esta discrepancia puede provocar confusiones en el infante, y le llevan a un uso inadecuado de dichas expresiones. Esto también puede suceder cuando el infante cambia de residencia.

Además el manejo de estas expresiones en la infancia suelen utilizarse en grupos de pares y dan un cierto sentido de pertenencia.

Es muy importante que haya reglas y límites en el uso de estas palabras altisonantes en menores de edad,

Introducción.

Diseñé esta estrategia de intervención para infantes, a raíz de un caso de síndrome de Gilles de la Tourette, que atendí, fui sistematizando la intervención, hasta llegar a esta propuesta.

El Gilles de la Tourette es un desorden que consiste, entre algunos casos, en la imposibilidad de contenerse para decir palabras soeces, además de otro tipo de síntomas. Este tipo de intervención estratégica sirvió como un apoyo para la contención y el desarrollo de la habilidad de selección de ambientes adecuados para el uso de este tipo de expresiones.

Con los meses, me di cuenta que para los menores de edad que acuden a mi consulta, a pesar de no padecer este trastorno, podría resultarles muy útil esta estrategia terapéutica; ya que el uso de palabras consideradas altisonantes es harto cotidiano en diferentes ámbitos; pero a los infantes en ocasiones les cuesta trabajo distinguir el contexto adecuado para el uso de este tipo de frases o palabras. Si les negamos a las niñas y los niños la posibilidad de entrenarse en su uso, lo más probable es que comentan errores adaptativos en su manejo.

De una cultura a otra varían las expresiones que resultan soeces, hay familias en las que los padres vienen de diferentes entidades y en cada una se hace un manejo diferente de las “palabrotas”; esta discrepancia puede provocar confusiones en el infante, y le llevan a un uso inadecuado de dichas expresiones. Esto también puede suceder cuando el infante cambia de residencia.

Además el manejo de estas expresiones en la infancia suelen utilizarse en grupos de pares y dan un cierto sentido de pertenencia.

Es muy importante que haya reglas y límites en el uso de estas palabras altisonantes en menores de edad,

ya que la sinapsis de previsión madura hasta los 21 años de edad, no tienen la posibilidad de un manejo tan autónomo de las palabrotas, podrían cometer errores en su manejo y incomodar a otras personas y lastimar su propia imagen. Por ello la importancia de que los menores de edad puedan contar con el apoyo adicional de los lineamientos que se plantearán más adelante, para pertenecer al “Club de las Palabrotas”.

Antecedentes.

Tuve el honor de dar consulta a un niño que padecía Gilles de la Tourette, que además de tics, sufría de no poder contener el uso de palabras y frases altisonantes. Aplicando Hipnoterapia, en trance, su Mente Inconsciente como solución, planteó la posibilidad de fundar un “Club para las palabrotas”. Entre una sesión y otra, fue definiendo las reglas del Club y al final diseñó su propia credencial de dicho club.

Al aplicar esta intervención similar con otros menores de edad, se fue afinando aún más, dándome a la tarea de sistematizar la intervención, obteniendo el resultado que se presentará más adelante.

Marco Teórico.

Vamos a basarnos principalmente en dos vertientes importantes de la psicoterapia, la Hipnoterapia Ericksoniana Estratégica y el Modelo Narrativo de Terapia Familiar.

La Hipnoterapia nos permite comunicarnos más directamente con la Mente Inconsciente del consultante, y con el enfoque Ericksoniano Estratégico la dirigimos a metas precisas durante el proceso Hipnoterapéutico; para que la Mente Inconsciente del infante desarrolle las habilidades necesarias para el control y manejo de las palabras o frases altisonantes; y así la Mente Consciente se sienta en mayor libertad de desarrollar sus habilidades adaptativas y de la conformación de su identidad.

Así mismo, nos apoyaremos en el enfoque manejado por el Modelo Narrativo de Terapia Familiar, ya que nos da la posibilidad de deconstruir el contexto del uso de palabras altisonantes, nos da el marco necesario para sustentar el sentido de pertenencia a un constructo social, que va dando, cada vez más, la certeza de estar consiguiendo la habilidad de administrar este constructo tan particular de la comunicación humana. Además, al hacer entrega de un documento como la Credencial, el infante recupera la maestría en el manejo de este tipo de expresiones.

Entrega y seguimiento de la Credencial del Club de las Palabrotas.

En la Hipnoterapia para niños y niñas, pedimos que traigan consigo un muñeco de peluche, con la finalidad que la Mente Inconsciente deposite en el muñeco el problema, una vez que el problema es depositado en el muñeco, pedimos a la Mente Inconsciente que ayude al peluche a resolver la dificultad. Con esta estrategia utilizamos las ventajas del Objeto Transicional, estudiado ampliamente por Winnicott y desarrollador de dicho concepto;

en los menores de edad, durante los trances hipnóticos, es recomendable que el problema se presente en el peluche, para apoyar a la Mente Inconsciente para evitar que la dificultad se quede rígidamente adherida a su persona del infante y que desde su identidad, pueda ayudar al peluche a resolver el problema, para que la niña o el niño recupere su capacidad como agente de su propia vida y como promotor del bienestar de la comunidad a la que pertenece.

Recomiendo que en las primeras sesiones de Hipnoterapia se haga entrega de la Credencial del Club de las Palabrotas, antes de finalizar el trance, cuando pedimos a la Mente Inconsciente que diseñe la Tarea, entremezclamos la siguiente sugestión:

“Me parece que tu peluche tuvo problemas con las palabrotas, como no sé si te gustaría pertenecer al Club de las Palabrotas; pero me gustaría proponerte que pudieras estar perteneciendo al Club de las Palabrotas, quisiera proponerle a tu Mente Inconsciente que reciba la credencial, para que puedas estar ayudando a tu peluche, los requisitos para pertenecer al Club de las Palabrotas son:

1. Para pertenecer al Club de las palabrotas debes demostrar que sabes decir palabrotas solo con miembros del Club.
2. Si dices palabrotas fuera del Club, se te quita la credencial y ya no podrás decir palabrotas.
3. Cuando estés en el Club concursarás para ver quién se sabe los chistes más pelados.
4. Papá y Mamá pueden abrir y cerrar el Club de las palabrotas cuando ellos quieran. Antes de decir alguna palabrota pregunta si está abierto el Club.

Cuando tu Mente Inconsciente esté preparada para recibir la credencial, por

favor me dices para entregártela”.

Una vez entremezclada esta sugestión y habiendo entregado la credencial, se procede a cerrar el ejercicio.

La Credencial del Club de las Palabrotas se entrega en las primeras sesiones para que la Mente Inconsciente vaya practicando y desarrollando la habilidad.

Tal vez haya que reforzar la intervención con Caja Domadora del Monstruo de las palabrotas y con el Títere de las palabrotas.

Diseño de la Credencial del Club de las Palabrotas.

Sugiero que la credencial tenga el tamaño de una credencial normal, 5.5 cms por 8.5 cms, lo que mide una tarjeta de crédito, para facilitar su manejo. En el frente yo muestro esta cara:



Y en la cara posterior las instrucciones:

1. Para pertenecer al Club de las palabrotas debes demostrar que sabes decir palabrotas solo con miembros del Club.
2. Si dices palabrotas fuera del Club, se te quita la credencial y ya no podrás decir palabrotas.
3. Cuando estés en el Club concursarás para ver quién se sabe los chistes más pelados.
4. Papá y Mamá pueden abrir y cerrar el Club de las palabrotas cuando ellos quieran.
5. Antes de decir alguna palabrota pregunta si está abierto el Club.

Comentarios que han hecho las niñas y niños.

Una niña, que fue remitida a terapia porque le dijo “pendeja” a la educadora en el kínder; dijo – no sabía que mi mamá es del Club de las Palabrotas, cuando maneja el auto, solamente ahí dice palabrotas –. Ahora cuando van en el auto pregunta ¿está abierto el Club mamá? a lo que su mamá responde – sí –; entonces la niña a coro con su mamá van diciendo palabrotas a los demás conductores. La niña comenta – pero esas palabrotas se quedan dentro del coche, porque si se las decimos a los señores afuera del coche, nos quitan la credencial –

Del Kínder nos reportan que ya se extinguió la conducta disruptiva de insultar a la Maestra. La mamá de la niña ha procurado mientras maneja el auto, disminuir el uso de palabras soeces contra los demás conductores; pero reconoce que las pocas veces que las ha utilizado, nota una recuperación importante de calma para continuar conduciendo, previo acuerdo con su hija de abrir el Club en ese momento.

Otro niño de 9 años de edad comentó – sin duda, el Presidente del Club, es mi abuelito (materno); pero que como ya es grande y nadie lo regaña –. En este caso, en la escuela durante el Recreo, jugando fútbol, le gritó a un compañero – ¡cabrón, pásame la pelota! – lo castigaron sin poder jugar fútbol y era el Capitán del equipo. Se le pidió que revisara Reglamentos de Fútbol y encontró que efectivamente las malas palabras son sancionadas en el Fútbol. Cuando cumplió los 15 días de sanción y pudo volver a jugar Fútbol, ponía especial atención para evitar las malas palabras durante el juego. Comentó que cuando van de visita a casa del abuelo (materno) el “Presidente del Club de las Palabrotas”, cuando está a solas con sus primos, más o menos de su misma edad, mientras juegan, sí dicen palabrotas; se acordó con los papás que si lo deseaban, cuando estuviera con sus primos en casa del abuelo, se abriera el Club de las Palabrotas. Esta indicación dio muy buenos resultados y no ha vuelto a incurrir en la falta de usar palabras soeces mientras juega fútbol en la escuela y en los campeonatos.

Un caso con diagnóstico de Gilles de la Tourette, un niño de 5 años de edad, de ninguna manera quiso aceptar la Credencial del Club de las Palabrotas,

disminuyó entre esa sesión y la siguiente notablemente el uso descontextualizado de dichas expresiones y para la 6ª sesión de las 10 en total que recibí, reportaron en la escuela que había desaparecido el uso de palabras soeces.

Su mamá comentó que en casa, enojado, había dicho “tonta” a mamá, que era muy poco para los insultos que antes le confería; sin embargo, se le insistió en la necesidad de recibir la credencial, se sostuvo en la oposición de aceptar la credencial.

Mamá reportó que desde entonces cuando se enoja por algo, expresa: estoy enojado, estoy enojado, pero no voy a tener esa credencial.

Aunque la intención de esta intervención no es la inhibición; si no la administración de las palabrotas, en ese caso tuvo el efecto de la supresión de estas expresiones, lo comento para estar abiertos también a esta posibilidad excepcional.

Resultados.

Por lo menos hemos conseguido una mejoría de un 75% en el manejo de este tipo de expresiones, que fuera de contexto afectan tanto al desarrollo de las habilidades para la inserción social de las niñas y los niños.

Lo hemos medido aplicando Pre test y Pos test a la muestra de pacientes que han recibido este tipo de intervención, lo hemos medido en cerca de 50 casos, consiguiendo diferencia estadística significativa demostrable de mejoría en el manejo de este tipo de expresiones que fuera de contexto dañan tanto la integración de los niños, por no contar con una táctica de regulación de estos adjetivos.

Conclusiones.

El uso de palabrotas fuera de contexto, resulta agresivo e inclusive violento; cuando nos encontramos en Trance Hipnótico, el cerebro humano se abstrae de la percepción de las normas sociales de convivencia humana, las observa desde afuera y puede comprender mucho mejor, la utilidad de este tipo de arreglos que hemos hecho para la expresión de nuestras necesidades, respetando los Derechos Humanos de las demás personas y los Derechos propios.

Es muy interesante cómo las intervenciones en Hipnoterapia se refuerzan, aún más con lo que ha estudiado el Modelo de la Narrativa de la Terapia Familiar, en cuanto a la expedición de Diplomas que certifican el logro conseguido en la terapia; en este caso, el uso de la figura social de la “Credencial” y la pertenencia a un “Club”, refuerza en los niños y niñas el control de la conducta, referenciado en una figura social consensuada, como lo es la “Credencial del Club de las Palabrotas”.



Bibliografía.

1. Abia, J. y Núñez, R. (2012). Hipnoterapia ericksoniana en niños y adolescentes (13 Manuales). México: Editorial de la Sociedad Mexicana de Hipnosis.
2. Abia, Jorge; 1990; Dos Hemisferios cerebrales, dos formas de aprehender el mundo; en CONCIERTO PARA CUATRO CELEBROS; Abia, Jorge; Robles, Teresa; Instituto Milton H. Erickson de la Ciudad de México; México.
3. Adamitis, C.; 1985; Theraplay with an older adult; en The Theraplay Institute Newsletter; Winter; pp. 2-4.
4. Axline, Virginia; 1964; en CHILD PSYCHOTHERAPY: PRACTICE AND THEORY; M.R. Harworth (ed.), Basic Books, New York.
5. Axline, Virginia; 1979; en THE THERAPEUTIC USE OF CHILD'S PLAY; C. Schaefer (ed.); Jason Aronson, New York.
6. Axline, Virginia; 1983; Nondirective Therapy; in CHILD PSYCHOTHERAPY: PRACTICE AND THEORY; M.R. Harworth (ed.); pp. 34-9; Basic Books; New York.
7. Axline, Virginia; 1989; TERAPIA DE JUEGO; Editorial Diana; México. Versión en Inglés: 1969; Play Therapy; Ballantine Books; New York.
8. Baldwin, J.; 1891; Suggestion in Infancy; Science (Magazine); No. 17, pp. 113-117.
9. Bramwell, J.M.; 1903/1956; HYPNOTISM: ITS HISTORY, PRACTICE AND THEORY; Julian Press, New York. El trabajo original fue publicado en 1903.
10. Crawford, H. J.; 1985; et al; Regional cerebral blood flow in hypnosis and hypnotic analgesia; Conferencia presentada en el 10º Congreso Internacional de Hipnosis y Medicina Psicosomática, Toronto, Canadá.
11. Crawford, H. J.; 1990; Cognitive and Psychophysiological correlates of hypnotic responsiveness and hypnosis; en CREATIVE MASTERY IN HYPNOSIS AND HYPNOANALYSIS; M. L. Fass & D. P. Brown (eds.); Hillsdale, NJ Erlbaum; USA.; pp.47-54.
12. Crawford, H.J.; 1991; The hypnotizable brain: attentional and disattentional processes; Presidential address delivered at the annual meeting of the Society for Clinical and Experimental Hypnosis; New Orleans.
13. Crawford, H.J.; et al, 1986; Eidetic-like imagery in hypnosis: rare but there; American Journal of Psychology; Vol. 99; pp 527-546.
14. Chaves, J.F.; 1994; Hypnosis: the struggle for a definition: Contemporary Hypnosis; Vol. 11, pp. 145-146.
15. Cheek, D. B.; et al; 1968; CLINICAL HYPNOTHERAPY; Grune & Stratton editors; New York.
16. De Benedittis; et al; 1988; Cerebral blood flow changes in hypnosis: a single photon emission computerized tomography (SPECT) study; Conferencia presentada en el 4º Congreso de la Organización Internacional de Psicofisiología; Praga.
17. De Pascalis, V.; et al; 1989; 40-Hz EEG Asymmetry during recall of emotional events in waking and hypnosis: differences between low and high hypnotizables; International Journal of Psychophysiology; Vol. 7, pp. 85-96.
18. Edmonston, W. E. Jr.; 1986; THE INDUCTION OF HYPNOSIS; John Wiley and sons editors; New York.
19. Elliotson, J; 1843; Cases of cures by mesmerism. The Zoist; American Journal of Clinical Hypnosis; Vol. 1, pp. 161-208.
20. Elliotson, J; 1843; NUMEROUS CASES OF SURGICAL OPERATIONS WITHOUT PAIN IN THE MESMERIC STATE; Lea & Branchard; Filadelfia, USA.
21. Epston, David; 1994; OBRAS ESCOGIDAS; Gedisa; Barcelona, España.
22. Erickson, Milton H.; 1979; Now you wanted a trance demonstrated today; Videofilmación editada por Landis Richard, et al, Instituto Milton H. Erickson de Orange County; California, USA.
23. Erickson, Milton; 1966; Advanced psychotherapy (audiocinta); The American Society of Clinical Hypnosis; Des Plaines; USA.
24. Erikson, Erik; 1964; en CHILD PSYCHOTHERAPY: PRACTICE AND THEORY; M.R. Harworth (ed.); Basic Books, New York.
25. Erikson, Erik; 1979; en THE THERAPEUTIC USE OF CHILD'S PLAY; C. Schaefer (ed.); Jason Aronson, New York. Play and Cure, pp. 85-475.
26. Erikson, Erik; 1977; CHILDHOOD AND SOCIETY; Triad/Granada.
27. Freeman, Jennifer; Epston, David; Lobovits, Dean; 1997; PLAYFUL APPROACHES TO SERIOUS PROBLEMS; W. W. Norton & Co.; New York, USA.
28. Freeman, Jennifer; Loptson, C.; Stacey, K.; 1995; COLLABORATION AND POSSIBLY: APPRECIATING THE PRIVILEGE OF ENTERING CHILDREN'S NARRATIVE WORLDS; Notas del taller presentado en la 3ª Conferencia Internacional, Ideas Narrativas y práctica terapéutica; Vancouver, Canadá.
29. Fromm, E.; et al; 1994; APA definition of Hypnosis: Endorsements; Contemporary Hypnosis; Vol. 11, p. 144.
30. Gafner, G. (2010). Techniques of hypnotic induction. U.S.A.: Crown House Publishing.
31. Gardner, G.G.; Hypnosis with Children: International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis; Vol. 28, pp. 289-293.

32. Grodner, B. B. and Reid, D. B. (2010). *Permanent habit control*. U.S.A.: Springer Publishing Company.
33. Gruzelier, J. H.; 1987; Individual differences in dynamic process asymmetries in the normal and pathological brain; en *INDIVIDUAL DIFFERENCES IN HEMISPHERIC SPECIALIZATION*; A. Glass (ed.); Plenum; New York; pp. 301-329.
34. Gruzelier, J. H.; et al; 1991; EEG Topography during word versus face recognition memory in high and low susceptibles in baseline and hypnosis; *International Journal of Psychophysiology*; Vol. 11, p. 36.
35. Gruzelier, J. H.; Warren, K; 1992; Neuropsychological evidence of left frontal inhibition with hypnosis; *Manuscrito enviado para publicación*.
36. Gruzelier, J.H.; et al; 1984; Hypnotic susceptibility: A lateral predisposition and altered cerebral asymmetry under hypnosis; *International Journal of Psychophysiology*; Vol. 2; pp. 131-139.
37. Haley, Jay; 1985; *CONVERSATIONS WITH MILTON H. ERICKSON*; Triangle, Vols. 1,2,3; Nueva York.
38. Haley, Jay; 1988; *TERAPIA NO CONVENCIONAL*; Amorrortu; Buenos Aires.
39. Hammond, Corydon; 1988; *LEARNING CLINICAL HYPNOSIS: AN EDUCATIONAL RESOURCES COMPENDIUM*; The American Society of Clinical Hypnosis; USA.
40. Hammond, Corydon; 1995; *HYPNOTIC INDUCTION & SUGGESTION: AN INTRODUCTORY MANUAL*; The American Society of Clinical Hypnosis; USA.
41. Hewitt, W. W. (2002). *Hypnosis for beginners*. U.S.A.: Llewellyn Publications.
42. Hug-Hellmuth; 1921; On the technique of child-analysis; *International Journal of Psycho-analysis*; Vol. 2; pp. 287-305.
43. Irwin, E.; Malloy, E.; 1975; Family puppet interview; *Family Process*; Vol. 14, pp. 179-191.
44. Jenberg, A.; 1979; *THERAPLAY*; Jossey-Bass; San Francisco, USA.
45. Jenberg, A.; 1988; Therapy for the elderly tyrant; *Clinical Gerontologist*; Vol. 8; pp. 76-79.
46. Kiff, M. (2013). *Conversational hypnosis. A practical guide*. U.S.A.: Create Space Independent Publishing Platf.
47. Kirsch, Irving; Lynn, Steven; 1995; The altered state of hypnosis: Changes in the theoretical landscape; *American Psychologist*; Vol. 50, pp. 846-858.
48. Kirsh, Irving; 1994; Defining hypnosis for the public; *Contemporary Hypnosis*; Vol. 11; pp. 142-143.
49. Laurence, J.; et al; 1988; *HYPNOSIS, WILL AND MEMORY: PSYCHO-LEGAL HISTORY*; Guilford Press; New York.
50. Lindaman, Sandra; Haldeman, Debra; 1997; Terajuego geriátrico; en *MANUAL DE TERAPIA DE JUEGO, VOLUMEN 2*; O'Connor, Kevin; Schaefer, Charles (eds.); Manual Moderno; México; pp. 249-274.
51. Lowenfeld, M.; 1979; *THE WORLD TECHNIQUE*; George Allen & Unwin; London.
52. Mason, R. O.; 1897; Educational uses of hypnotism: a replay to Prof. Lighthner Witmer's; in *Pediatrics*, January 1, 3, 97-105.
53. Mészáros, I.; Bányai, Eva; 1978; Electrophysiological characteristics of hypnosis; en *NEURAL AND NEUROHUMORAL ORGANIZATION OF MOTIVATED BEHAVIOR*; Akademiai Kiado; Budapest; pp. 173-187.
54. Mills, Joyce; Crowley, Richard; *THERAPEUTIC METAPHORS FOR CHILDREN*; Brunner Mazel; Nueva York, USA.
55. Mutter, Charles; 1985; American Board of Medical Hypnosis: current up date; *American Journal of Clinical Hypnosis*; Vol. 27, No. 4.
56. Mutter, Charles; 1995; History of Hypnosis; en *HYPNOTIC INDUCTION & SUGGESTION: AN INTRODUCTORY MANUAL*; Hammond, Corydon; The American Society of Clinical Hypnosis; USA.
57. Nardone, G. y Fiorenza, A. (2013). *La intervención estratégica en los contextos educativos*. Argentina: Herder.
58. Nardone, G., Zeig, J., Lorieo, C. y Watzlawick, P., (2008). *Hipnosis y terapias hipnóticas*. España: Integral.
59. Núñez, R. (2002). *Hipnoludoterapia familiar*. Tesis que se presentó para obtener el título de Maestría en Terapia Familiar en la Universidad de las Américas, México.
60. Núñez, Rafael; 2000; Juego dirigido con hipnosis; en *TERAPIA INFANTIL*; Compilado por Gutiérrez Felipe, Editorial CEFAP, México, 2000.
61. Núñez, R.; Abia, J.; 2001; *Revista Virtual: Estados Alternativos de Consciencia*, Números 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 7; Editorial Sociedad Mexicana de Hipnosis. www.institutoerickson.com.mx
62. Núñez, Rafael; 2014; ¿Para qué siento lo que siento?; Editorial de la Sociedad Mexicana de Hipnosis; México.
63. Núñez, Rafael; 2011; Papá y mamá ya no pueden vivir juntos; Editorial de la Sociedad Mexicana de Hipnosis; México.
64. O'Connor, Kevin; Schaefer, Charles; 1997; *MANUAL DE TERAPIA DE JUEGO, VOLUMEN 2*; Manual Moderno; México.
65. O'Hanlon, W. (1993). *Raíces profundas*. España: Paidós.
66. O'Hanlon, William; Weiner-Davis, M; 1993; *EN BUSCA DE SOLUCIONES*; Paidós; España.
67. Oaklander, Violeta; 1992; *VENTANAS A NUESTROS NIÑOS, TERAPIA GESTALTICA PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES*; Cuatro Vientos; Chile.
68. Olnes, Karen; Kohen, Daniel; 1996; *HYPNOSIS AND HYPNOTHERAPY WITH CHILDREN*; Guilford Press; USA
69. Papalia, D. Feldman, R. y Martorell, G. (2013). *Desarrollo humano*. (12ª Ed). España: McGraw-Hill.
70. Paúl-Cavallier, F. (2013). *Hipnosis según Erickson*. España: Gaia.

71. Piaget, Jean; 1962; PLAY, DREAMS AND IMITATION IN CHILDHOOD; Routledge & Kegan Paul; London.
72. Procter, H. G. (2001). Escritos esenciales de Milton H. Erickson. Vol 1. España: Paidós.
73. Procter, H. G. (2002). Escritos esenciales de Milton H. Erickson. Vol 2. España: Paidós.
74. Rosen, S. (2009). Mi voz irá contigo. Los cuentos didácticos de M. H. Erickson. Barcelona: Paidós.
75. Rossi, Ernest; 1980; COLLECTED PAPERS OF MILTON ERICKSON IN HYPNOSIS; Irvington; 4 Vols.; Nueva York.
76. Safer, D.; 1965; Conjoint play therapy for the young child and his parent; Archives of General Psychiatry; Vol. 13; pp. 320-326.
77. Schaefer, Charles; O'connor, Kevin; (compiladores); 1994; MANUAL DE TERAPIA DE JUEGO; Editorial Manual Moderno; México.
78. Simon, R.; 1972; Activity Programming. En G.W. Foster, et al (eds.); CHILD CARE WORK WITH EMOTIONALLY DISTURBED CHILDREN; Pittsburgh; University of Pittsburgh Press; pp. 203-257.
79. Sutton-Smith, B.; 1975; The useless made useful: play as variability training; School Review; Vol. 83; pp. 197-215.
80. Tinterow, M.; 1970; FOUNDATIONS OF HYPNOSIS: FROM MESMER TO FREUD; Charles C. Thomas; Springfield, Illinois, USA.
81. Watzlawick, P. (2002). Teoría de la comunicación humana. España: Herder.
82. Watzlawick, P.; Weakland, J.; Fish, R.; 1974; CHANGE; PRINCIPLES OF PROBLEM FORMATION AND PROBLEM RESOLUTION; Norton; USA.
83. Weitzenhoffer, Andre; 1989; THE PRACTICE OF HYPNOTISM, VOLUME 2; Wiley editor; New York.
84. Wester, William; O'Grady, Donald; et al; CLINICAL HYPNOSIS WITH CHILDREN; Brunner Mazel Publishers; New York, 1991.
85. White, Michael; 1994; GUIAS PARA UNA TERAPIA FAMILIAR SISTÉMICA; Editorial Gedisa; Barcelona, España.
86. White, Michael; 1993; MEDIOS NARRATIVOS PARA FINES TERAPÉUTICOS; Paidós; Argentina.
87. Wickes, F.; 1963; THE INNER WORLD OF CHOICE; Coventure; London.
88. Wickes, F.; 1977; THE INNER WORLD OF CHILDHOOD; Coventure; London.
89. Winnicott, D.; 1971^a; PLAYING AND REALITY; Penguin; Harmondsworth.
90. Winnicott, D.; 1971^b; THERAPEUTIC CONSULTATIONS IN CHILD PSYCHIATRY; Basic Books; New York.
91. Winnicott, D.; 1975; THOUGH PAEDITRICS TO PSYCHOANALYSIS; Hogarth Press and The Institute of Psychoanalysis; London.
92. Winnicott, D.; 1977; THE PIGGLE: AN ACCOUNT OF THE PSYCHOANALYTIC TREATMENT OF A LITTLE GIRL; Penguin; Harmondsworth.
93. Winnicott, D.; 1986; HOME IS WHERE WE START FROM: ESSAYS BY A PSYCHOANALYST; Penguin; Harmondsworth.
94. Winnicott, D.; 1988; REALIDAD Y JUEGO; Gedisa; Argentina.
95. Yapko, M. D. (1999). Lo esencial de la hipnosis. España: Paidós.

El club de los bebedores moderados

Por: Mtro. Rafael Núñez Ortiz

Introducción

La falta de guías para apoyarnos en una guía para un consumo moderado de bebidas alcohólicas, dificulta el manejo y el control de este tipo de sustancias.

Da la apariencia que la única opción es la abstinencia; y al no poder mantenerse en dicha continencia, pasa fácilmente al otro extremo: el descontrol absoluto sobre el consumo de estas bebidas.

Una exposición prolongada al consumo excesivo de bebidas etílicas, puede provocar una dependencia física, social y psicológica al abuso de libaciones alcohólicas.

La postura moralista estadounidense respecto al manejo del consumo de bebidas con alcohol, adjudica a esta dificultad el “tener que derrotarse ante la borrachera y aceptar un poder superior para poder mantenerse en abstinencia”. Desgraciadamente esta postura no ha demostrado efectividad ni eficiencia en el manejo de este problema en Salud Pública.

Del otro lado, tenemos el punto de vista científico, de origen europeo, sobre el manejo de este tipo de dificultades, ya que al beber cotidianamente vino de mesa con las comidas y al no moralizar la dificultad en este rubro, han podido desarrollar muchas investigaciones en Salud Pública al respecto.

Podemos ver esto claramente en el Diagnóstico tan tajante de alcoholismo que se puede hacer al aplicar el DSMV, que es de origen estadounidense; a diferencia del CIE-10, de origen europeo, en el que se refieren a problemas en su manera de beber, y es mucho más difícil diagnosticar alcoholismo.

Además si estudiamos la propuesta de diagnosticar como incurable el alcoholismo por parte del Grupo Alcohólicos Anónimos de origen estadounidense, observamos que se basa en una línea moralista antes que tratar de estudiar la dependencia física, psicológica y social de las bebidas alcohólicas.

A diferencia de lo anterior, en Europa se han desarrollado métodos que han demostrado su efectividad y eficacia en Salud Pública para el manejo del consumo moderado de bebidas etílicas o hacer el diagnóstico necesario para que algunos sujetos se abstengan de ellas.

1

Bárbara McCrady y colaboradores (1998, p. 28) proponen el término de “Persona con Problemas con la Bebida” (PPB) antes de diagnosticar como “Alcohólicos” a todos los sujetos con dificultades en su manera de consumir bebidas alcohólicas. Esto con el fin de apreciar al paciente desde una visión Biopsicosocial y reconocer la diferencia de grado de consumo entre un individuo y otro, así como los factores educativos en el consumo de sustancias.

Modelo de Prochaska

El Modelo de Prochaska y Di Clemente, desarrollado en Europa, es el resultado de la observación durante 15 años de investigación científica descriptiva, de una muestra representativa de sujetos, que lograron con éxito el manejo y control de diferentes hábitos.

Este Modelo Descriptivo Transteórico para el Control de Hábitos, observó que para conseguir con éxito el control y manejo de un hábito, el proceso se va logrando en espiral y no en línea recta, esto es, que generalmente durante el camino habrá recaídas y recuperaciones que formarán parte del Control del Hábito.

Para este Modelo Transteórico más del 45% de los sujetos estudiados fueron capaces de desarrollar las habilidades necesarias para conseguir y mantenerse en el Control de su Hábito.



Hipnoterapia para el consumo moderado de bebidas alcohólicas

Hemos adaptado a Hipnoterapia Ericksoniana Estratégica el Modelo Transteórico para el Control de Hábitos, diseñado por Prochaska y Di Clemente, y hemos logrado incrementar su promedio de éxito a un 75% en adelante.

Lo anterior se consigue gracias a que cuando nos encontramos en Trance Hipnótico, nuestro cerebro se flexibiliza y puede hacer más fácilmente cambios de paradigma.

Además, Milton Erickson fue pionero, entre muchas otras cosas, en considerar “la recaída” como parte del proceso de recuperación.

Es de suma importancia que el Hipnoterapeuta se prepare para manejar su propia frustración de terapeuta por las recaídas que muy probablemente presentará el consultante, y así la frustración de terapeuta sirva de motor saludable para apoyar a su consultante en la recuperación de la recaída.

También para el modelo de Prochaska de Control de Hábitos, la recaída forma parte de la recuperación, plantea que en el Control de Hábito al pasar por una recaída sirve de impulso para entrar en “autoeficacia”, esto es, la posibilidad de apoyarse en aprendizajes sociales para conseguir los objetivos que te propones.

Para lograr esto se requiere de un Proceso Hipnoterapéutico de por los menos 5 sesiones en el caso de Hipnoterapia Médica o de 10 sesiones si es aplicada por un Psicoterapeuta.

Se recomienda que desde la primera sesión se haga entrega de la Credencial del Club de los Bebedores durante el Trance Hipnótico, para que se vaya sembrando la sugestión en la Mente Inconsciente y esta semilla pueda ir dando los frutos esperados, conforme se avance en el Proceso Hipnoterapéutico.

La importancia de entregar una Credencial, ha sido ampliamente estudiada por el Modelo Narrativo de Terapia Familiar, entre muchas otras cosas, toma en cuenta la influencia tan fuerte que tienen las construcciones sociales en los fenómenos tanto funcionales como disfuncionales en el comportamiento humano; esto es conocido dentro de las ciencias sociales como “Construccionismo Social”, según el cual el sistema de representaciones interno deriva de los acuerdos sociales explícitos e implícitos en cada cultura. Con la entrega de la Credencial del Club de Bebedores Moderados durante el Trance Hipnótico, la Mente Inconsciente reafirma el nuevo paradigma en el que cambia su estado de pertenencia e influye para abstraer de la identidad la necesidad imperiosa de emborracharse, por el contrario, ahora con una comunidad, organizada en un Club, que bebe de manera moderada.

Además, para reafirmar la conducta y la promotoría del Club, se agrega la instrucción acerca de poder entregar la credencial a quien considere que la necesite.

Aplicación de la Sugestión

Cuando estamos haciendo el trance hipnótico, después de que nos dio el consultante: la Realidad Interior de Solución; en el momento que pedimos a la Mente Inconsciente que diseñe la Tarea, le sugerimos a la Mente Inconsciente:

“Mente Inconsciente, no sé si te gustaría pertenecer al Club de Bebedores Moderados, como no sé si te gustaría, te voy a estar entregando la Credencial del Club de Bebedores Moderados, para que la traigas en tu cartera, y cada vez que vayas a beber alguna bebida con alcohol, saques tu credencial y te tomes el tiempo. Los miembros del Club de Bebedores Moderados, están bebiendo a la velocidad de una copa por hora, y si van a conducir el auto, máximo 3 copas, una por hora, y va dejando una hora entre la última copa y conducir el auto. Mente Inconsciente, abre tus ojos y recibe por favor la Credencial del Club de Bebedores Moderados”.

“Vuelve a cerrar tus ojos por favor, ahora que ya estás perteneciendo al Club de Bebedores Moderados, cuando vayas a beber bebidas con alcohol, vas a estar sacando tu credencial de tu cartera, y te vas a estar midiendo el tiempo, para que estés tomando una copa por hora, ya que la velocidad máxima del Club de Bebedores Moderados que está siendo: una copa por hora. Cuando ya te sientas con la suficiente práctica en el Club de Bebedores Moderados, podrías estar entregando al Credencial a quién consideres que la esté necesitando”.

Una vez terminadas estas sugerencias se continúa con el ejercicio para cerrar el Trance Hipnótico.

Resultados

En el Instituto Milton H. Erickson de la Cd. de México, desde el año 2001, nos hemos dado a la tarea de medir estadísticamente los resultados, utilizando la metodología del Pre y Post Test, la muestra la hemos tomado de los sujetos que reciben Hipnoterapia en nuestra Clínica Subvencionada en la que, debidamente supervisados, nuestros alumnos los atienden. En promedio tenemos 150 estudiantes al año, en nuestros Diplomados avalados por la Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Extensión Universitaria. Lo que nos permite reunir una muestra representativa.

En las pruebas de Pre y Post Test hemos encontrando Diferencia Estadística Significativa con una $p < 0.05$ dentro del contexto de la sistematización que hemos desarrollado en el Instituto de las intervenciones, los protocolos y el diseño del proceso hipnoterapéutico, en un promedio de 10 sesiones.

Dichos resultados los publicamos en nuestra Revista virtual “Estados Alternativos de Consciencia” (Núñez, Abia; 2005).

Conclusiones

Hemos podido constatar cómo en el contexto de un Proceso Hipnoterapéutico, dirigido Estratégicamente, durante el Trance Hipnótico, al presentar la opción de pertenecer al “Club de los Bebedores Moderados”, cuya velocidad es una copa por hora, y entregar la credencial correspondiente, obtendremos por lo menos un 75% de posibilidades de que el consultante entre en el consumo moderado de bebidas con graduación alcohólica.

Aunque seguiremos haciendo mediciones y recomendamos que se continúe apoyándonos en la Hipótesis Nula, para que el método científico se encargue de seguir obligándonos a continuar actualizando las intervenciones hipnoterapéuticas para que sigan siendo efectivas y eficientes.

Bibliografía

1. Abia, J.; Núñez, R.; (2012). Hipnoterapia Ericksoniana Individual para Adultos (13 Manuales). México: Editorial de la Sociedad Mexicana de Hipnosis.
2. Abia, J.; Núñez, R.; (2012). Hipnoterapia Grupal Ericksoniana Estratégica (13 Manuales). México: Editorial de la Sociedad Mexicana de Hipnosis.
3. American Psychiatric Association; 2014; DSM V, Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales; <http://www.psych.org/>
4. Bandura, Albert; 1999; Auto-eficacia: cómo enfrentamos los cambios de la sociedad actual; Editorial Desclée de Brouwer; España.
5. BEATTIE, Melody; 1999; Ya no seas codependiente. Promexa, México.
6. BLANE, H.T.; LEONARD, K.E.; 1987; Psychological Theories of Drinking and Alcoholism. Guilford Press, Nueva York.
7. Bramwell, J.M.; 1903/1956; HYPNOTISM: ITS HISTORY, PRACTICE AND THEORY; Julian Press, New York. El trabajo original fue publicado en 1903.
8. Chaves, J.F.; 1994; Hypnosis: the struggle for a definition: Contemporary Hypnosis; Vol. 11, pp. 145-146.
9. Cheek, D. B.; et al; 1968; CLINICAL HYPNOTHERAPY; Grune & Straton editors; New York.
10. CONTRERAS, Antonio; Uso Recreativo de Drogas; 2001; Letra S; Suplemento Mensual La Jornada; Número 60; México, Julio 2001.
11. Crawford, H. J.; 1985; et al; Regional cerebral blood flow in hypnosis and hypnotic analgesia; Conferencia presentada en el 10º Congreso Internacional de Hipnosis y Medicina Psicosomática, Toronto, Canadá.
12. Crawford, H. J.; 1990; Cognitive and Psychophysiological correlates of hypnotic responsiveness and hypnosis; en CREATIVE MASTERY IN HYPNOSIS AND HYPNOANALYSIS; M. L. Fass & D. P. Brown (eds.); Hillsdale, NJ Erlbaum; USA.; pp. 47-54.
13. Crawford, H.J.; 1991; The hypnotizable brain: attentional and disattentional processes; Presidential address delivered at the annual meeting of the Society for Clinical and Experimental Hypnosis; New Orleans.
14. Crawford, H.J.; et al, 1986; Eidetic-like imagery in hypnosis: rare but there; American Journal of Psychology; Vol. 99; pp. 527-546.
15. De Benedittis; et al; 1988; Cerebral blood flow changes in hypnosis: a single photon emission computerized tomography (SPECT) study; Conferencia presentada en el 4º Congreso de la Organización Internacional de Psicofisiología; Praga.
16. De Pascalis, V.; et al; 1989; 40-Hz EEG Asymmetry during recall of emotional events in waking and hypnosis: differences between low and high hypnotizables; International Journal of Psychophysiology; Vol. 7, pp. 85-96.
17. Edmonston, W. E. Jr.; 1986; THE INDUCTION OF HYPNOSIS; John Willey and sons editors; New York.
18. Elliotson, J; 1843; Cases of cures by mesmerism. The Zoigt; American Journal of Clinical Hypnosis; Vol. 1, pp. 161-208.
19. Elliotson, J; 1843; NUMEROUS CASES OF SURGICAL OPERATIONS WITHOUT PAIN IN THE MESMERIC STATE; Lea & Branchard; Filadelfia, USA.
20. Epston, David; 1994; OBRAS ESCOGIDAS; Gedisa; Barcelona, España.
21. Erickson, Milton H.; 1979; Now you wanted a trance demonstrated today; Videofilmación editada por Landis Richard, et al, Instituto Milton H. Erickson de Orange County; California, USA.
22. Erickson, Milton; 1966; Advanced psychotherapy (audiocinta); The American Society of Clinical Hypnosis; Des Plaines; USA.
23. ESCAMEZ, Juan; 1997; Prevención de la Drogadicción. Nau Llibres, España.
24. ESCOHOTADO, A; 1995; Aprendiendo de las drogas. Usos y abusos, principios y desafíos. Anagrama, España.
25. ESCOHOTADO, A; 1996; Historia elemental de las drogas. Anagrama, España.
26. Gafner, G. (2010). Techniques of hypnotic induction. U.S.A.: Crown House Publishing.
27. Gardner, G.G.; Hypnosis with Children: International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis; Vol. 28, pp. 289-293.
28. GERINGER, Janet; 1998; Hijos Adultos de Padres Alcohólicos. Diana, México.
29. Grodner, B. B. and Reid, D. B. (2010). Permanent habit control. U.S.A.: Springer Publishing Company.
30. Gruzelier, J. H.; 1987; Individual differences in dynamic process asymmetries in the normal and pathological

- brain; en *INDIVIDUAL DIFFERENCES IN HEMISPHERIC SPECIALIZATION*; A. Glass (ed.); Plenum; New York; pp. 301-329.
31. Gruzelier, J. H.; et al; 1991; EEG Topography during word versus face recognition memory in high and low susceptibles in baseline and hypnosis; *International Journal of Psychophysiology*; Vol. 11, p. 36.
 32. Gruzelier, J. H.; Warren, K; 1992; Neuropsychological evidence of left frontal inhibition with hypnosis; *Manuscrito enviado para publicación*.
 33. Gruzelier, J.H.; et al; 1984; Hypnotic susceptibility: A lateral predisposition and altered cerebral asymmetry under hypnosis; *International Journal of Psychophysiology*; Vol. 2; pp. 131-139.
 34. Haley, Jay; 1985; *CONVERSATIONS WITH MILTON H. ERICKSON*; Triangle, Vols. 1,2,3; Nueva York.
 35. Haley, Jay; 1988; *TERAPIA NO CONVENCIONAL*; Amorrortu; Buenos Aires.
 36. Hammond, Corydon; 1988; *LEARNING CLINICAL HYPNOSIS: AN EDUCATIONAL RESOURCES COMPENDIUM*; The American Society of Clinical Hypnosis; USA.
 37. Hammond, Corydon; 1995; *HYPNOTIC INDUCTION & SUGGESTION: AN INTRODUCTORY MANUAL*; The American Society of Clinical Hypnosis; USA.
 38. Hewitt, W. W. (2002). *Hypnosis for beginners*. U.S.A.: Llewellyn Publications.
 39. KALINA, Eduardo; 1987; *Temas de drogadicción*. Nueva Visión, Argentina.
 40. Kiff, M. (2013). *Conversational hypnosis. A practical guide*. U.S.A.: Create Space Independent Publishing Platf.
 41. Kirsch, Irving; Lynn, Steven; 1995; The altered state of hypnosis: Changes in the theoretical landscape; *American Psychologist*; Vol. 50, pp. 846-858.
 42. Kirsh, Irving; 1994; Defining hypnosis for the public; *Contemporary Hypnosis*; Vol. 11; pp. 142-143.
 43. KRAMER, J.F.; CAMERON, D.C.; 1975; *Manual sobre dependencias de las drogas*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud (OMS).
 44. Laurence, J.; et al; 1988; *HYPNOSIS, WILL AND MEMORY: PSYCHO-LEGAL HISTORY*; Gilford Press; New York.
 45. LOPEZ, Rafael; 1994; *La rehabilitación del adicto*. Nueva Visión, Argentina.
 46. Lowenfeld, M.; 1979; *THE WORLD TECHNIQUE*; George Allen & Unwin; London.
 47. Mason, R. O.; 1897; Educational uses of hypnotism: a replay to Prof. Lighthner Witmer's; in *Pediatrics*, January 1, 3, 97-105.
 48. McCRADY, Barbara, et al; 1998; *Los problemas de la bebida: un sistema de tratamiento paso a paso*. Manual del terapeuta. Manual de Autoayuda. Pirámide, España.
 49. Mészáros, I.; Bányai, Eva; 1978; Electrophysiological characteristics of hypnosis; en *NEURAL AND NEUROHUMORAL ORGANIZATION OF MOTIVATED BEHAVIOR*; Akademiai Kiado; Budapest; pp. 173-187.
 50. Mutter, Charles; 1985; *American Board of Medical Hypnosis: current up date*; *American Journal of Clinical Hypnosis*; Vol. 27, No. 4.
 51. Mutter, Charles; 1995; *History of Hypnosis*; en *HYPNOTIC INDUCTION & SUGGESTION: AN INTRODUCTORY MANUAL*; Hammond, Corydon; The American Society of Clinical Hypnosis; USA.
 52. Nardone, G., Zeig, J., Loredio, C. y Watzlawick, P., (2008). *Hipnosis y terapias hipnóticas*. España: Integral.
 53. Núñez, R. (2002). *Hipnoludoterapia familiar*. Tesis que se presentó para obtener el título de Maestría en Terapia Familiar en la Universidad de las Américas, México.
 54. Núñez, R.; Abia, J.; (2009). *Diplomado de Hipnoterapia Familiar y de Pareja (13 Manuales)*. México: Editorial de la Sociedad Mexicana de Hipnosis.
 55. Núñez, R.; Abia, J.; (2012). *Hipnoterapia Ericksoniana en Niños y Adolescentes (13 Manuales)*. México: Editorial de la Sociedad Mexicana de Hipnosis.
 56. Núñez, R.; Abia, J.; 2001; *Revista Virtual: Estados Alternativos de Consciencia*, Números 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 7; Editorial Sociedad Mexicana de Hipnosis. www.institutoerickson.com.mx
 57. NÚÑEZ, Rafael (1996) *One session for quitting smoking*, trabajo presentado en el 7o Congreso Europeo de Hipnosis, Budapest, Hungría.
 58. Núñez, Rafael; 2014; *¿Para qué siento lo que siento?*; Editorial de la Sociedad Mexicana de Hipnosis; México.
 59. Núñez, Rafael; Abia, Jorge (2005); *Estados Alternativos de Consciencia*, Revista Electrónica; Números 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7; Editorial de la Sociedad Mexicana de Hipnosis, México.
 60. O'Hanlon, W. (1993). *Raíces profundas*. España: Paidós.
 61. O'Hanlon, William; Weiner-Davis, M; 1993; *EN BUSCA DE SOLUCIONES*; Paidós; España.
 62. OMS; 1992; CIE-10. Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades. *Trastornos mentales y del comportamiento*. Descripción clínicas y pautas para el diagnóstico, Madrid. Ed. Méditor.

63. OUGHORURLIAN, Jean-Michel; 1985; La persona del toxicómano. Herder, España.
64. PAPALIA, Diane E.; et al; 2001; Desarrollo Humano, octava edición; Mc Graw Hill; Colombia.
65. Papalia, D. Feldman, R. y Martorell, G. (2013). Desarrollo humano. (12ª Ed). España: McGraw-Hill.
66. Paúl-Cavallier, F. (2013). Hipnosis según Erickson. España: Gaia.
67. PICK, Susan; et al; 1992; Planeando tu vida. Editorial Ariel Escolar, Planeta. México.
68. PROCHASKA, J.O.; 1979; Systems of psychotherapy: A transtheoretical analysis. Homewood, IL: Dorsey Press.
69. PROCHASKA, J.O.; DiClemente, C.C.; 1982; Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change: Theory, Research and Practice, 19, 276-288.
70. PROCHASKA, J.O.; DiClemente, C.C.; 1983; Stages and precesses of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. Journal of Cosulting and Clinical Psychology, 51, 390-395.
71. PROCHASKA, J.O.; DiClemente, C.C.; et al; 1994; Changing for good. William Morrow and Company, Nueva York.
72. PROCHASKA, J.O.; DiClemente, C.C.; NORCROS, J.C.; 1992; In search of how people change. Applications to addictive behaviors. American Psychologist, 47, 1102-1114.
73. PROCHASKA, J.O.; DiClemente, C.C.; VELICER, W.F.; et al; 1993; Standardized, individualized and personalized self-help programs for smoking cessation. Health Psychology, 12, 399-405.
74. Procter, H. G. (2001). Escritos esenciales de Milton H. Erickson. Vol 1. España: Paidós.
75. Procter, H. G. (2002). Escritos esenciales de Milton H. Erickson. Vol 2. España: Paidós.
76. Rosen, S. (2009). Mi voz irá contigo. Los cuentos didácticos de M. H. Erickson. Barcelona: Paidós.
77. Rossi, Ernest; 1980; COLLECTED PAPERS OF MILTON ERICKSON IN HYPNOSIS; Irvington; 4 Vols.; Nueva York.
78. Tinterow, M.; 1970; FOUNDATIONS OF HYPNOSIS: FROM MESMER TO FREUD; Charles C. Thomas; Springfield, Illinois, USA.
79. TONGUE, A; 1999; Five-thousand years of drinking. en J.A. Ewing y B.A. Rose (eds.) Drinking: alcohol and american society. Issues in current research, Chicago: Nelson-Hall.
80. Watzlawick, P. (2002). Teoría de la comunicación humana. España: Herder.
81. Watzlawick, P.; Weakland, J.; Fish, R.; 1974; CHANGE; PRINCIPLES OF PROBLEM FORMATION AND PROBLEM RESOLUTION; Norton; USA.
82. Weitzenhoffer, Andre; 1989; THE PRACTICE OF HYPNOTISM, VOLUME 2; Willey editor; New York.
83. White, Michael; 1993; MEDIOS NARRATIVOS PARA FINES TERAPÉUTICOS; Paidós; Argentina.
84. White, Michael; 1994; GUIAS PARA UNA TERAPIA FAMILIAR SISTÉMICA; Editorial Gedisa; Barcelona, España.
85. Yapko, M. D. (1999). Lo esencial de la hipnosis. España: Paidós.

HIPNOTERAPIA ERICKSONIANA ESTRATÉGICA INDIVIDUAL PARA ADULTOS

RESULTADOS DE TRATAMIENTO DE 31 PACIENTES QUE RECIBIERON DE 5 A 10 SESIONES INDIVIDUALES DE HIPNOTERAPIA EN EL DIPLOMADO 2016-2017 EN LA SEDE SECRETARIA DE MARINA, CIUDAD DE MÉXICO

AUTORES: DR. JORGE LUIS ABIA GUERRERO Y MTRO. RAFAEL NÚÑEZ ORTIZ

DR. JORGE LUIS ABIA GUERRERO: Médico Cirujano; Especialidad en Medicina Interna; Mtro. en Terapia Familiar; Training en Hipnoterapia Ericksoniana Estratégica por la Milton H. Erickson Foundation; Co-Director del Instituto Milton H. Erickson de la Cd. de México, de Chiapas y de San Juan de Puerto Rico. Co-Director del Centro de Estudios Superiores de Hipnosis Clínica; Responsable Académico de Diplomados en Hipnoterapia en la UNAM FES Iztacala Extensión Universitaria; Co-Presidente de la Sociedad Mexicana de Hipnosis.

MTRO. RAFAEL NÚÑEZ ORTIZ: Lic. Relaciones Industriales; Post-grado Psicología Clínica; Mtro. en Terapia Familiar; Training en Hipnoterapia Ericksoniana Estratégica por la Milton H. Erickson Foundation; Co-Director del Instituto Milton H. Erickson de la Cd. de México, de Chiapas y de San Juan de Puerto Rico. Co-Director del Centro de Estudios Superiores de Hipnosis Clínica; Responsable Académico de Diplomados en Hipnoterapia en la UNAM FES Iztacala Extensión Universitaria; Co-Presidente de la Sociedad Mexicana de Hipnosis.

ABSTRACT EN ESPAÑOL:

Dentro del Diplomado en Hipnoterapia Ericksoniana Estratégica Grupal, avalado por la Universidad Nacional Autónoma de México, FES Iztacala, Extensión Universitaria; impartido por el Instituto Milton H. Erickson de la Cd. de México, alumn@s supervisados, atendieron pacientes, distribuidos en grupos en la Clínica de Hipnoterapia de Bajo Costo de nuestro Instituto. Obtuvimos resultados importantes de mejoría aplicando varias técnicas de hipnoterapia y recabando los resultados con pruebas de pre y post test.

ENGLISH ABSTRACT:

In the Post-Graduate Program of Grupal Ericksonian Strategic Hypnoterapy, acknowledged by the National Autonomous University of Mexico (UNAM), with 10 average sessions of 1:30 hr. each one, this treatment was applied to patients, by post graduate students under supervision at the Low Fee Hypnoterapy Clinic in the University. We obtained very good results applying different hypnotic techniques. Results were measured through pre and post tests with $p < 0.05$ difference statistical.

HIPNOTERAPIA ERICKSONIANA ESTRATÉGICA INDIVIDUAL PARA ADULTOS

ANTECEDENTES

Esta investigación fue llevada a cabo por los Responsables Académicos del Diplomado, Ponentes y alumnas. Con el fin de medir los resultados que obtenemos al aplicar las técnicas hipnoterapéuticas. Nos dimos a la tarea de aplicar de manera imparcial pre-tests y post-tests que nos permitieran conocer el grado de mejoría o no, que pudieran lograr o no l@s pacientes que recibieron atención como parte de la formación de nuestras alumnas.

METODOLOGÍA

A cada alumna del diplomado le pedimos que ofreciera los servicios de la Clínica de Hipnoterapia Subvencionada de Bajo Costo a un paciente, con el fin de que cada una atendiera a un@adulto como parte de su entrenamiento.

Nuestra Hipótesis de Investigación es que obtendremos diferencia estadística significativa de pre y post test una vez que l@s pacientes hayan recibido el beneficio de la Hipnoterapia.

Como prioridad ética tenemos al bienestar del paciente y supeditado a ello el desarrollo de las habilidades del alumna.

Se les ofreció a l@s pacientes atenderles un total de 10 sesiones de Hipnopsicoterapia, una sesión cada semana o cada dos semanas, con una duración de 1 hora cada sesión; ó 5 sesiones en caso de ser atendidos en hipnosomatoterapia (hipnosis médica).

Todas las sesiones fueron videograbadas y además supervisadas por los profesores del diplomado. Todas las sesiones cuentan con el reporte de cada una y su respectivo expediente.

Se aplicaron Pre y Post-tests de las siguientes escalas para medir los resultados de manera objetiva: la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (Zigmond, et al, 1983; López, 2002); la Escala de la Actividad Global (AAP, 1994); Escala de Evaluación de Alcance de Objetivos de la Hipnoterapia. Y se aplicó Diferencia Estadística Significativa para muestras reducidas (Levin, 1990).

Est@s pacientes fueron atendidos dentro del Diplomado que dio inicio el 30 de Septiembre de 2016 y terminó el 24 de Febrero de 2017.

HIPNOTERAPIA ERICKSONIANA ESTRATÉGICA INDIVIDUAL PARA ADULTOS

VARIABLES

Se les entregaron a las alumnas 13 Manuales Clínicos (Abia, Núñez, 2003) y se les capacitó 240 horas con protocolos precisos a seguir, para la aplicación de la Hipnoterapia con el fin de disminuir las variables extrañas y mejorar la medición de la efectividad de las técnicas utilizadas y la reproducción de resultados.

Bastaba con que el o la adult@ presentara una disfunción para ser atendid@, así que se ofreció Hipnoterapia a pacientes con distintas condiciones. Para estandarizar la medición de mejoría o no de los consultantes, se utilizó la escala hospitalaria de ansiedad y depresión, en pre y post test.

Aunque se ofrecen originalmente 10 sesiones de hipnopsicoterapia, ó 5 de hipnosomatoterapia de 1 hora cada una, cada semana o cada dos semanas, esto puede variar según las necesidades de cada paciente.

Todas las sesiones fueron videograbadas y supervisadas; además, se procuró supervisar en vivo el caso por lo menos una vez.

RESULTADOS

En cuanto al número de sesiones, en total se dieron 211 consultas, 6.8 en promedio para cada paciente.

En total atendimos 31 pacientes: 19 mujeres y 12 hombres. La edad promedio fue de 43 años; con una máxima de 64 años de edad y una mínima de 22 años de edad.

Propiedad del Instituto Milton H. Erickson de la Cd. de México

Prohibida su reproducción parcial o total sin autorización por escrito del Instituto
ISBN 970-9974-11-4

3

Los diagnósticos que presentaron fueron:

CEFALEA TENSIONAL

DIABETES MELLITUS TIPO II

EPISODIO DEPRESIVO MAYOR

HIPERTENSION ARTERIAL

NEUROPATIA DIABÉTICA

OBESIDAD DE PRIMER, O SEGUNDO O TERCER GRADOS

OSTEOARTROSIS EN RODILLAS CON GONALGIA BILATERAL

OSTEOARTROSIS INTERVERTEBRAL LUMBAR CON DOLOR CRONICO

POSTOPERATORIO DE CIUGÍA DE COLUMNA VERTEBRAL Y RODILLA DERECHA

POSTOPERATORIO DE COLUMNA VERTEBRAL

HIPNOTERAPIA ERICKSONIANA ESTRATÉGICA INDIVIDUAL PARA ADULTOS

POSTOPERATORIO DE LAVADO MECANICO DE RODILLA DERECHA Y TOMA DE APLICACIÓN PARA INJERTO
POSTOPERATORIO DE LAVADO MECANICO DE RODILLA IZQUIERDA Y REPARACION DE TENDONES
TRASTORNO ADAPTATIVO MIXTO CON SÍNTOMAS ANSIOSOS Y DEPRESIVOS
TRASTORNO DE ANGUSTIA ASOCIADO A SINTOMAS OBSESIVOS
TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA
TRASTORNO DEL SUEÑO ASOCIADO A POSTOPERATORIO DE INJERTO DE TEJIDO ROTULIANO
TRASTORNO DEL SUEÑO CON HIPOPNEA Y PARASOMNIA
TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMATICO
TRASTORNO DEL SUEÑO: INSOMIO
TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR ASOCIADO A AMPUTACION DE PIE DERECHO POR ANGIOPATÍA DIABÉTICA
TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR ASOCIADO HIPERPLASIA PROSTATICA BENIGNA
TRASTORNO DISTIMICO
TRASTORNO EXPLOSIVO INTERMITENTE
TRASTORNO HISTRIÓNICO DE LA PERSONALIDAD
TRASTORNO NARCISISTA DE LA PERSONALIDAD
TRASTORNO POR DEPENDENCIA AL ALCOHOL

Para la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (EHAD), se manejan rangos de:

0-7 normal

8-10 probable ansiedad o depresión

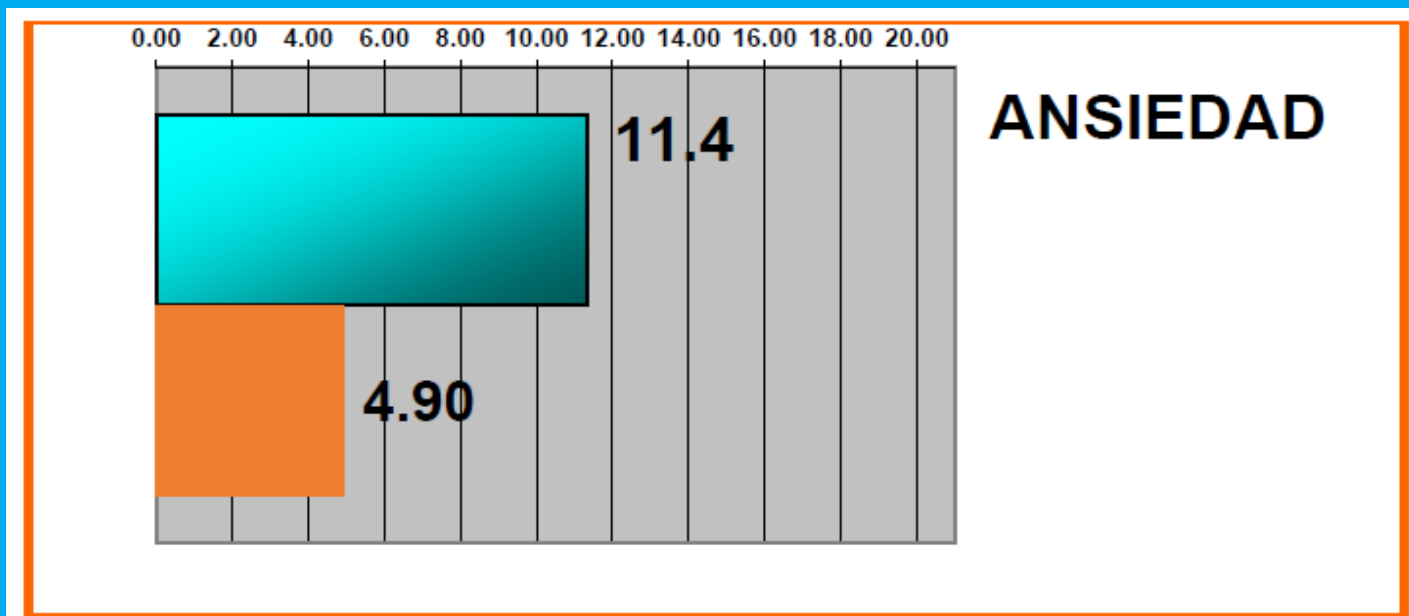
11-21 presencia de ansiedad o depresión

Los resultados promedio que obtuvimos en la EHAD fueron, en ansiedad:

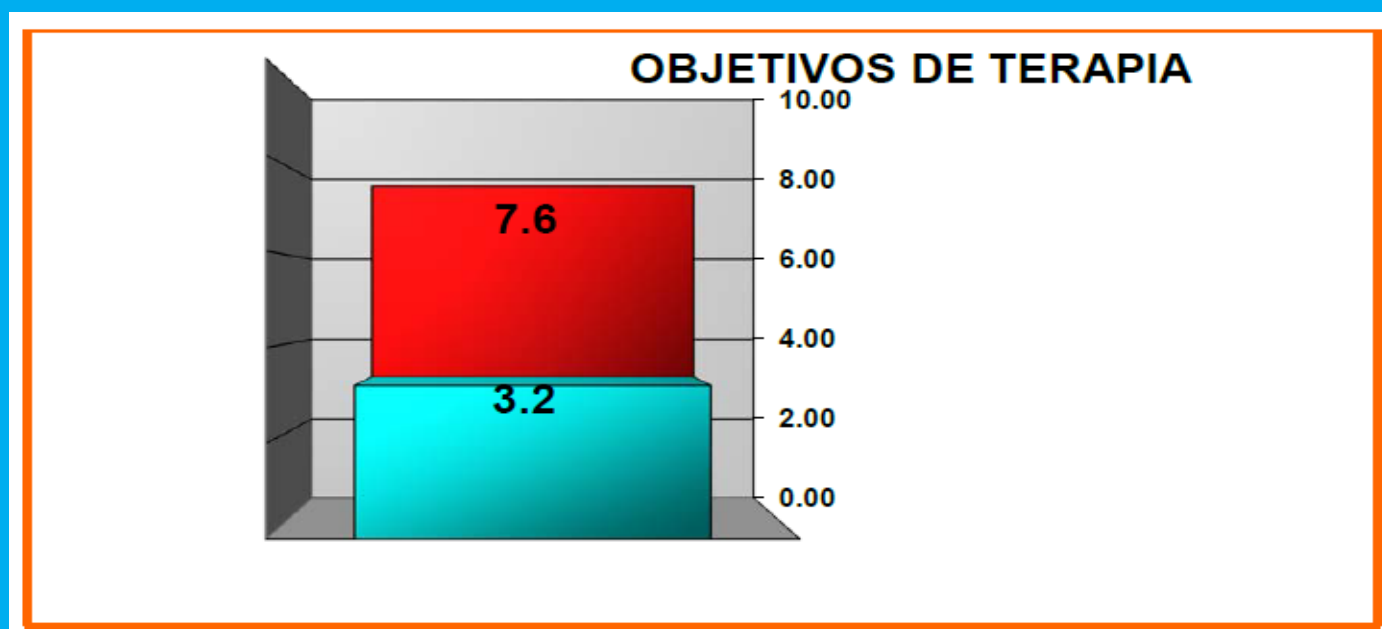
Al inicio de la hipnoterapia las pacientes presentaron en promedio un índice de 11.35 de ansiedad, lo que significa que al inicio de la terapia tenían presencia de probable ansiedad; Se registró una disminución en la escala de ansiedad al final de la hipnoterapia, siendo de un promedio de 4.90, dentro del rango de lo normal según esta escala.

Obteniendo un diferencia estadística significativa con una $p < 0.05$, con desviación estándar de 36.51 y una $t = 5.47$ con 30 grados de libertad = 2.042.

HIPNOTERAPIA ERICKSONIANA ESTRATÉGICA INDIVIDUAL PARA ADULTOS



Los resultados promedio que obtuvimos en la EHAD respecto a la depresión, fueron: 11.03 promedio al inicio de la Hipnoterapia, esto es, escala presencia de depresión; se redujo a 3.65 promedio al final de la Hipnoterapia. Obtuvimos diferencia estadística significativa con $p < 0.05$, con desviación estándar de 41.80, con una $t = 5.47$ con 30 grados de libertad = 2.042.

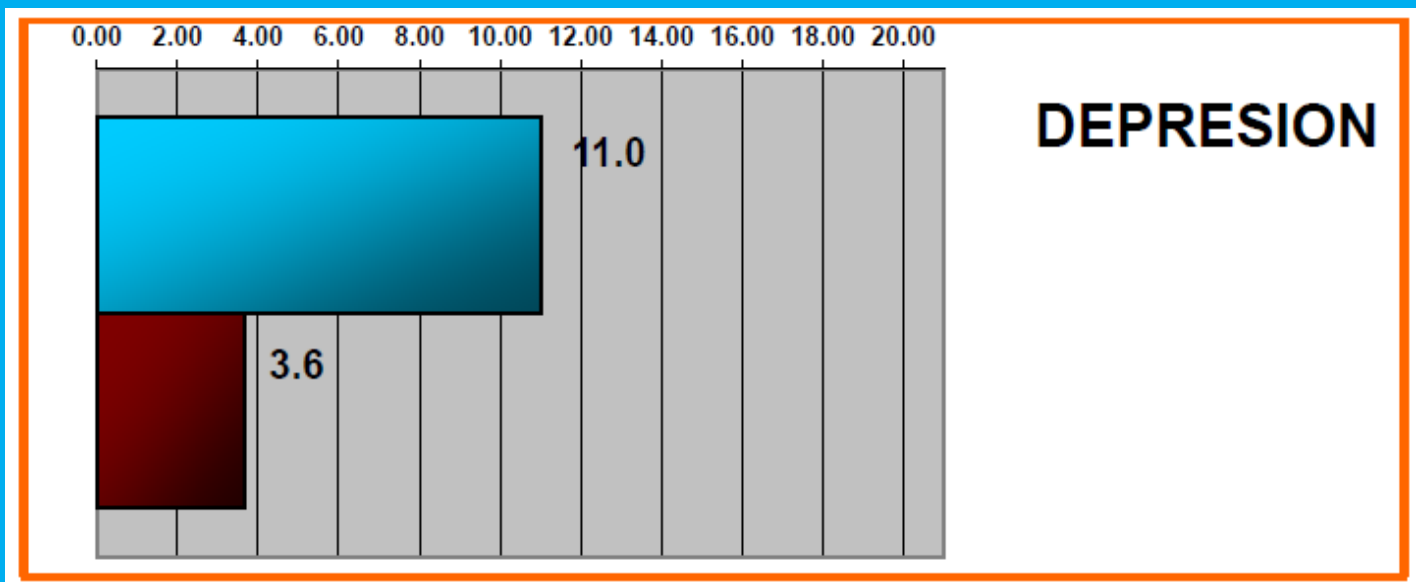


HIPNOTERAPIA ERICKSONIANA ESTRATÉGICA INDIVIDUAL PARA ADULTOS

Para la escala del Alcance de Objetivos de la Hipnoterapia, pedimos que los pacientes planteen sus objetivos a lograr con la terapia y los califican en una escala de 10-1; donde 10 es Objetivo Alcanzado y 1 es Objetivo no logrado.

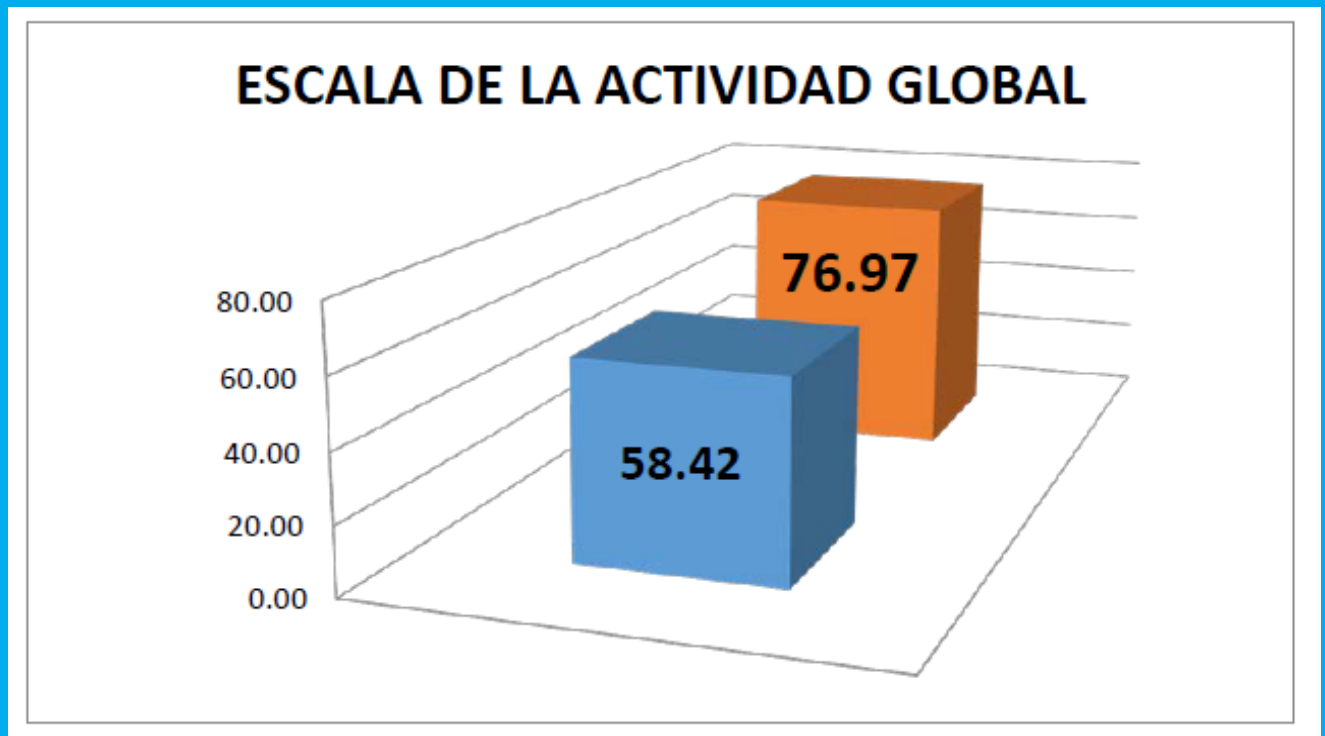
Al inicio de la *Hipnoterapia* calificaron los pacientes sus objetivos en un promedio de 3.22/10 y al final de la *Hipnoterapia* evaluaron el alcance de sus objetivos en un promedio de 7.59/10.

Obtuvimos diferencia estadística significativa con $p < 0.05$, con desviación estándar de 24.76 una $t = 3.06$ con 30 grados de libertad = 2.042.



La Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG) la resuelve el Hipnoterapeuta de acuerdo a los síntomas que presentaba el paciente al inicio de su Hipnoterapia y al terminar las 10 sesiones; se evalúa sobre 100-1, donde 100 es el grado más alto de Evaluación de la Actividad Global y 1 es el mínimo de la misma; al inicio de la Hipnoterapia los terapeutas calificaron en un rango promedio de 58.42/100 a sus pacientes y al final del tratamiento alcanzaron un promedio de 76.97/100; conseguimos una diferencia estadística significativa con $p < 0.05$, con desviación estándar de 10.49 y una $t = 5.47$ con 30 grados de libertad = 2.042.

HIPNOTERAPIA ERICKSONIANA ESTRATÉGICA INDIVIDUAL PARA ADULTOS



ANÁLISIS DE COMORBILIDAD CLÍNICA

Durante el tiempo que duró el diplomado se atendieron diferentes entidades clínicas, los diagnósticos principales derivados del Motivo de Consulta incluyeron: Diecisiete pacientes tuvieron como principal diagnóstico patología psicoemocional lo que asciende al 54.83% de la muestra pacientes. Siete tuvieron patología secundaria a traumatismos o accidentes con cirugías postraumáticas que requirieron rehabilitación, atención para proceso adaptativo o se vieron complicadas por la complejidad del traumatismo, estos pacientes constituyen el 22.58% de la muestra. Una de ellas tuvo traumatismo iatrogénico. Dos tuvieron complicaciones de diabetes mellitus, es decir un 6.45%. Tres pacientes tuvieron trastornos primarios del sueño. Un paciente con Hiperplasia Prostática. Dos pacientes con Obesidad, uno en Grado 1 y otro con Obesidad Grado 2, un 6.45%. En este rubro uno de los pacientes refirió dos motivos de consulta obesidad y cirugía electiva. Al revisar a los pacientes desde otras perspectivas el número de pacientes con dolor físico crónico fueron 10, que corresponden a 32.2%, dolor emocional 17 pacientes, que son 54.83% de la muestra de pacientes, un total de 27 pacientes que representan 87.0%. Tratados con el modelo de hipnoterapia ericksoniana estratégica reportaron una mejoría de 82% en promedio en la 3ª sesión sostenida entre sesiones durante el tratamiento.

HIPNOTERAPIA ERICKSONIANA ESTRATÉGICA INDIVIDUAL PARA ADULTOS

VIÑETAS CLÍNICAS:

Se atendió a un Paciente de 32 años con trastorno del sueño, ansiedad generalizada y bajo rendimiento escolar. En 8 sesiones dejó de tomar siestas en exceso, mejoró en un 75% en el trastorno del sueño, su ansiedad se redujo significativamente y mejoró su enfoque en el estudio, con una mejoría de funcionalidad de 55/100 a 88/100

Vimos a un paciente de 88 años con Diabetes mellitus tipo II con micro y macroangiopatía periférica con infección local en el pie izquierdo, dolor intolerable, aislamiento y rasgos depresivos programado para amputación supracondílea y severa dificultad para aceptar el procedimiento, después de trabajar 8 sesiones el paciente fue mejorando la herida con cicatrización parcial y mejoría de la circulación sanguínea evaluada por el cirujano haciendo no necesaria la amputación en este momento. El dolor se controló y es mínimo muy tolerable sin medicamentos analgésicos, se encuentra metabólicamente estable. Además el paciente cambió su perspectiva, redujo su ansiedad y rasgos depresivos, socializa con su familia y decidió aceptar la amputación en caso de que sea necesaria

Una paciente con depresión ansiedad aislamiento sobrepeso de 33 kilogramos y dolor lumbar. En 10 sesiones mejoró muy significativamente la ansiedad depresión y aislamiento. En la 3ª sesión se atendió la desconfianza y la paciente habló con su hija con que tenía pobre comunicación. En terapia tuvo malestar 4 veces de mayor a menor. La 4ª vez muy tolerable dolor de cabeza. Pasó por una fase de preparación e inició cambio de hábitos de ejercicio y dieta.

Un paciente con una herida rotuliana complicada y con problemas de cicatrización a pesar de tratamiento muy completo, dos cirugías y un tercer procedimiento anestésico general para movilizar su rodilla, pudo en 3 días generar una sorprendente sana cicatrización y recuperar la movilidad perdida, reportando mínimo dolor siendo egresado a los 3 días de la intervención hipnótica.

Aprendimos de una paciente adulta mayor con duelos por las muertes de un nieto y un hijo con meses de diferencia y con Insomnio moderado a grave recuperó un ciclo de sueño normal y alivio significativo de los síntomas depresivos en cinco sesiones y continuará cinco más

HIPNOTERAPIA ERICKSONIANA ESTRATÉGICA INDIVIDUAL PARA ADULTOS

Un militar de 36 años, hace 5 años fue operado de un tumor benigno en la columna vertebral, desde entonces reportaba dolor crónico en la espalda. Se quejaba de insomnio. Al comienzo de la hipnoterapia el paciente calificó su dolor en 8/10, donde 10 es el máximo de dolor, se encontraba gravemente incapacitado para realizar sus actividades, continuamente era internado en el Hospital, cuando acudió a la primer cita hacía dos días había estado internado en el Hospital dos días; al término de la hipnoterapia se ha reducido el dolor a 2/10 y ya no utiliza los medicamentos analgésicos, no ha vuelto a necesitar hospitalizarse y, ya está más integrado a sus actividades de trabajo. En trance hipnótico sudolor se representó como un perro que lo mordía, más adelante, en la siguiente sesión reportó que soñó que el perro quería morder a un lobo que, atraviesan un puente, el perro ya no atraviesa el puente y el lobo continua a su lado, a partir de ese momento el dolor entró en remisión. Se han acercado a la hipnoterapeuta a preguntarle diversos especialistas para conocer qué tipo de procedimiento de aplicó, el Servicio de Psicología pidió las técnicas; y se les explicó, que no se pueden dar sin el debido entrenamiento. Una mujer de 65 años con 18 años de dolor incapacitante, 13 cirugías en columna, comenzó con 9 de dolor sobre 10, donde 10 es el máximo de dolor, reporta en la reducción del dolor a 4, en la 5ª sesión reduce el dolor a cero, duda si podrá caminar, porque siente su piernas anestesiadas, sin embargo, camina con mucha facilidad y se retira de consulta.

Un hombre, manejador canino, de 34 años de edad, se quejaba de estar pasando por momentos de tristeza, quería dejar de tomar bebidas alcohólicas, seis meses antes se separó de su esposa, y están en trámites de divorcio, tienen un hijo. A raíz de la separación reporta haber aumentado su consumo de bebidas alcohólicas, y sus gastos. Es su segunda separación. La primera ocurrió hace 6 años, reconoció a la hija de su primera esposa como su hija. Ya tiene novia. En trance en su primera sesión recibió la sugestión y la Credencial de Bebedores Moderados, reporta en vez de cerveza consume agua mineral o jugo; más adelante, reporta haber tomado una sola cerveza en su día de descanso. En trance hipnótico se sorprende que se siente culpable porque su mamá tiene problemas de salud y eso se suma a su tristeza y no lo había contemplado, aunque él no puede hacer mucho para que su

HIPNOTERAPIA ERICKSONIANA ESTRATÉGICA INDIVIDUAL PARA ADULTOS

mamá mejoré.

Un hombre de 40 años de edad, Infante. Fue drogadicto desde los 15 años de edad, estuvo 3 años anexando, desde los 24 años de edad para dejar las drogas y, desde los 27 años ya no consume drogas. Acude a consulta por Dolor Crónico. En Junio de 2016, recibió la noticia del fallecimiento de su padrastro, que fue alguien importante para él, tomó la bicicleta, iba muy enojado y no puso atención, fue atropellado por un vehículo, tuvo una fractura de tibia y peroné, en Diciembre le hicieron un injerto. En su Historia Clínica reporta que tiene hipersomnia, acostumbra una siesta de 3 horas al día y consumo excesivo de bebidas alcohólicas. No acude a la rehabilitación física por el dolor. Al final de la hipnoterapia reporta ya no necesitar analgésicos, ha vuelto a andar en bicicleta, dejó de fumar, acude a su rehabilitación física y está moderando su manera de consumir bebidas alcohólicas.

Un Militar, Marino, 43 años de edad, Teniente de Fragata, su objetivo de hipnoterapia es disminuir los niveles de glucosa de 250 a 90. No comenta que consume bebidas alcohólicas en exceso y engaña a los Médicos ya que dice que se toma la Metformina y no lo hace, lo combinan con otro medicamento y no logra bajar sus niveles de glucosa. Lleva 4 años con el tratamiento médico. No tiene sobrepeso. Su madre falleció de las secuelas de la diabetes. Después de firmar su Contrato de Vida en trance, entre la 2a sesión y la 3a se tomó los medicamentos y padece de hipoglucemia, se sintió muy mal y le ajustaron los medicamentos, quedando solo con metformina. Terminando el trance de la 3a sesión comentó que cada día que le toca descanso bebe hasta embriagarse, esto es, cada semana. En la siguiente sesión, en el trance se le entregó la Credencial del Club de Bebedores Moderados. Reporta que cuando sale de trabajar, se va con su esposa y sus hijos, cuando está con ellos no se le antoja consumir bebidas alcohólicas.

Otro Militar, Marino, Cabo, Camillero, Depresión con Ansiedad Generalizada, con Cefaleas. Su papá maltrataba a su mamá, incluso la violaba. Se separó de su esposa porque ella lo golpeaba, tiene marcas de lesiones que ella le perpetró. Él le era infiel, no le daba dinero en efectivo, todo en especie. Tienen hijos gemelos de 2 años de edad. Ella solo permite que vea a los niños con visita supervisada. Se le aplicó electrocardiograma y todo se encontró normal, sin embargo si se detectó taquicardia asociada a la Cefalea. En la 4a sesión entró en remisión de taquicardia y la cefalea. Reconoce que necesita vivir cerca del mar y va a pedir su cambio a una Unidad cerca del mar.

Paciente civil que pesa 136 kg y mide 1.70. 35 años. Solo se eleva su ácido úrico

HIPNOTERAPIA ERICKSONIANA ESTRATÉGICA INDIVIDUAL PARA ADULTOS

todo lo demás está en niveles. Hace un año empezó tratamiento de control de peso, pesaba 150 kg. bajó 14 kilos. Tiene que bajar 15 kilos más para ser candidato a Bypass Gástrico. En los últimos dos meses no ha bajado de peso. Con la hipnoterapia reconoció que, a pesar de evitar chatarra, toma mucha soda con azúcar y porciones dobles. Moderó su consumo de soda con azúcar, volvió a medir porciones y está volviendo a bajar un kilo por semana.

Mujer 32 años con celotipia, dolores de cabeza por enojo y obesidad. Con la hipnoterapia dejó el consumo de soda con azúcar. Sus celos son más controlados, consideraba tener un manejo deficiente y ahora reporta sentir un control muy bueno de sus celos. Los dolores de cabeza se han reducido más de la mitad. En la Hipnoterapia se le solicitó que hiciera su Plan de Vida y le sorprendió que desea dedicarse al cuidado de perros abandonados.

Un hombre Infante, sufrió amputación de dedo, porque jugando con un cohete le explotó en la mano. Ocho meses antes tuvo un accidente en la moto y falleció su esposa. Presentaba Depresión y Ansiedad patológica. Las partes donde le hicieron los muñones, no cicatrizaban y tenía dolor incapacitante. Con la Hipnoterapia aceleró la cicatrización, colaboró mucho más con su rehabilitación y, ya lo reincorporaron a sus actividades. Su Mente Inconsciente le pidió como Tarea volver a subirse a la moto; pero sin rebasar los límites de velocidad, así lo hizo, superó el miedo a volver a conducir moto y evitó rebasar la velocidad reglamentaria.

Hombre Civil, 46 años, soltero, trabaja temporalmente como inmigrante en Estados Unidos, vive de sus ahorros en México, vive con su mamá. Desde el 2002 sufre de Trastorno Hemorroidal con sangrado, aunado a Anemia. Sufrió síncope caminando por una montaña con sus amigos. Quisiera amigarse con el Tratamiento Médico e Integral para la rectorragia. Con la Hipnoterapia ha salido del aislamiento en el que estaba, ha estado yendo a visitar mujeres muy bonitas en Los Altos de Jalisco. Ha mejorado en el manejo de su dieta y los sangrados han disminuido importantemente.

Un hombre Marino Pailero (Reparación de Barcos) Supervisor, 47 años, hace 8 meses pasa por Trastorno del Sueño por Pesadillas. Sueña niños que le piden ayuda. En 1994 en un operativo le tocó ver un almacén decenas de niños sin órganos. Desde la primera sesión reportó que ya no había tenido la pesadilla. Después volvió a tenerla, no despertó, siguió durmiendo, despertó descansado. Cuando se aplicó la Técnica de Control de Dolor se le pidió que ayudara con su Dolor a los niños que vio en el almacén sin órganos. Esta intervención le ayudó para elaborar el efecto del estrés postraumático.

Un hombre de 25 años, Infante, regresa de operativo, para no dormir tomó 4 bebidas con taurina y fumó una cajetilla, presentó taquicardia y arritmia respiratoria. Des-

HIPNOTERAPIA ERICKSONIANA ESTRATÉGICA INDIVIDUAL PARA ADULTOS

pués de la 2a sesión de Hipnoterapia, de acuerdo a los estudios, remitió la arritmia y la taquicardia. Hombre de 24 años, Infante, cefalea crónica. Peleas con su esposa, triste todo el día. Con la Hipnoterapia la Cefalea remitió y también la Depresión.

Hombre de 32 años Médico, 2 años casado. Su abuelo materno falleció, su familia lloró mucho y él sintió que recibió una buena noticia. Su esposa se queja de que él es demasiado insensible. Cuando un paciente niño llora mucho, lo inyecta para hacerlo llorar más. En el 1er trance surgió una Hiena que se ríe para que no se burlen de él; recuerda que extrañaba a sus papás cuando salían de viaje y se burlaban de que había llorado.

Un paciente de 31 años preparado para una actividad laboral y descontento con la asignación a una actividad que no le gustaba presentaba trastorno de control de impulsos manifestado en su casa generando maltrato familiar. Logró canalizar la frustración y desconfianza resolver funcionalmente la falla de control de impulsos y solicitar un puesto acorde con sus expectativas, logrando con éxito un cambio laboral

Un paciente masculino de 32 años con sobrepeso con Obesidad Grado 1 con dolor de rodillas bilateral y dificultad para nutrirse sanamente, no podía dejar de detenerse en puestos de comida ambulantes y consumir en ellos, alternaba periodos de gran ingesta con periodos de ayuno prolongado, favoreciendo su problema. Logró bajar dos tallas, sin bajar de peso, disminuir su dolor rotuliano bilateral en un 60%, hacer ejercicio de bajo impacto rotuliano, nutrirse sanamente, dejando de detenerse en puestos de comida ambulantes y mejorar su calidad de vida.

Un hombre de 32 años con pancreatitis crónica secundaria a dependencia al alcohol, y trastorno de ansiedad secundario al uso del alcohol. Tenía dolor a cualquier ingesta. Bebía alcohol 7 días de la semana diariamente dos o tres litros de cerveza, el fin de semana alcohol destilado en mayor cantidad, en promedio bebía un promedio 300 gramos de alcohol por semana y bajó a dejar de beber 3 días de la semana y consumir un promedio de 180 gramos por semana en 5 sesiones. Las consecuencias han sido disminución de la ansiedad en un 66%, mejoró ajuste laboral en un 75% sin faltas, disminución del dolor al comer tolerando la ingesta en un 66%. El paciente está interesado en seguir el proceso hipnoterapéutico.

Paciente masculino de 27 años con fractura de L1-L2 Tipo A Frankel E, con secuela de crónico y fue clasificado como no apto para infantería de Marina. Desarrolló síntomas depresivos, Síntomas obsesivos relacionados con el cambio laboral, Crisis de Pánico y Trastorno del Sueño. Manifestando aislamiento y sensación de que la vida no vale la pena. Medicado con Alprazolam Imipramina Sertralina y Analgésicos. Se vive marcado por el accidente y con enojo, desesperación y ganas de esconderse.

HIPNOTERAPIA ERICKSONIANA ESTRATÉGICA INDIVIDUAL PARA ADULTOS

Logró en diez sesiones un estado de salud de columna lumbar que subió de 2 a 8, aumentar tranquilidad de 6 a 10 disminuir ansiedad durante el día de 6 a 10 aceptar los nuevos cambios de 2 a 8 y mejorar el estado de ánimo de 2 a 10. La ansiedad bajó de presente a normal y los síntomas depresivos desaparecieron. Dejó de tomar medicamentos que tenía indicados por razón necesaria. Fue referido a evaluación por psiquiatría para ajuste de medicamentos. El paciente regresó a hacer ejercicio, así mismo dejó el aislamiento y volvió a socializar

Paciente femenina de 35 años dedicada al hogar, estudió arquitectura que no ejerce. El MC es dolor secundario a bloqueo peridural para cirugía cesárea, con neuralgia postpunción y síntomas depresivos post parto. Acude dolor lumbar y parestesias en miembros inferiores. Valorada médicamente le dieron complejo B y cita en 4 meses. Se le comentó que es normal a pesar de un mes de evolución posterior al procedimiento. El anestesiólogo, y dada la falta de mejoría le dice que puede quedar con esa secuela permanente. Desarrolla insomnio por dolor y la necesidad de atender a sus hij@s. En tres sesiones ha tenido un cambio notorio. Tiene más paciencia, se encuentra menos irritable y el dolor ha disminuido significativamente. La molestia de la espalda dolor calambres y adormecimiento en 3 sesiones bajo un 50%, mejorar tolerancia y paciente mejoró 50%. No toma analgésicos para el dolor. Solo toma Complejo B.

HIPNOTERAPIA ERICKSONIANA ESTRATÉGICA INDIVIDUAL PARA ADULTOS

CONCLUSIONES Y LIMITACIONES

Como hemos podido observar, los pacientes atendidos reportan mejorías importantes de acuerdo a las escalas de pre-test y post-test que aplicamos.

Los pacientes evaluaron que consiguieron un 75.9% de los objetivos que se plantearon al inicio de la Hipnoterapia; los terapeutas percibieron una mejoría del 76.97% de acuerdo a la Escala de Actividad Global, cuestión que nos permite demostrar una interesante coherencia entre lo que percibe el paciente de sus propios resultados conseguidos y los que observa el terapeuta que le atendió.

Además, en las 3 escalas que aplicamos diferencia estadística significativa de pre y post test obtuvimos una $p < 0.05$ con una razón t superior a la mínima solicitada por la tabla de razón.

Además, de cada caso contamos con una descripción cualitativa desarrollada por el terapeuta que atendió al paciente, el expediente donde se anotan la técnica hipnótica aplicada, las sugerencias utilizadas para el trance ex profeso diseñadas para el paciente en particular y las respuestas del paciente durante el trance; además de contar con todas las sesiones videograbadas.

Agradecemos profundamente a nuestr@s pacientes, l@s Maestr@s de esta investigación, su generosidad, honestidad y voluntad de salud y bienestar.

BIBLIOGRAFÍA

1. Abia, Jorge; 1990; Dos Hemisferios cerebrales, dos formas de aprehender el mundo; en CONCIERTO PARA CUATRO CEREBROS; Abia, Jorge; et al; Instituto Milton H. Erickson de la Ciudad de México; México.
2. Abia, Jorge; Núñez, Rafael; 2003; 13 Manuales Clínicos de Hipnoterapia Ericksoniana Estratégica Individual para Adultos; Editorial de la Sociedad Mexicana de Hipnosis; México.
3. Asociación Americana de Psiquiatría; 1994; Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSMIV)/Escala de Evaluación de la Actividad Global; Editorial Masson; Barcelona, España.
4. Barret, Deirdre. (2010), Hypnosis and hypnotherapy. Volumen 1, Neuroscience, Personality and Cultural Factors. Estados Unidos de Norteamérica, Editorial Praeger.
5. Barret, Deirdre. (2010), Hypnosis and hypnotherapy. Volumen 2, applications in psychotherapy and medicine. Estados Unidos de Norteamérica, Editorial Praeger.
6. Bramwell, J.M.; 1903/1956; HYPNOTISM: ITS HISTORY, PRACTICE AND THEORY; Julian Press, New York. El trabajo original fue publicado en 1903.
7. Brown, Donald. (2009), Advances in the use of hypnosis for medicine, dentistry and pain prevention management. Estados Unidos de Norteamérica, Editorial Crown House Publishing, LLC.
8. Ewin, Dabney. (2009), 101 Things I wish I'd known when I started using Hipnosis. Reino Unido, Editorial Crown House Publishing, Ltd.
9. Gafner, George. (2010), Techinques of hypnotic induction. Estados Unidos de Norteamérica, Editorial Crown House Publishing, LLC.
10. Grodner, Brian S. et al. (2010), Permanent habit control. Estados Unidos de Norteamérica, Editorial Springer Publishing Company, LLC.
11. Haley, Jay; 1985; CONVERSATIONS WITH MILTON H. ERICKSON; Triangle, Vols. 1,2,3; Nueva York.
12. Haley, Jay; 1988; TERAPIA NO CONVENCIONAL; Amorrortu; Buenos Aires.
13. Hammond, Corydon; 1988; LEARNING CLINICAL HYPNOSIS: AN EDUCATIONAL RESOURCES COMPENDIUM; The American Society of Clinical Hypnosis; USA.
14. Hammond, Corydon; 1995; HYPNOTIC INDUCTION & SUGGESTION: AN INTRODUCTORY MANUAL; The American Society of Clinical Hypnosis; USA.
15. Hernández, Roberto; et al; 1991; Metodología de la Investigación; McGraw Hill; Colombia.
16. Kerlinger, Fred; 1991; Investigación del Comportamiento; McGraw Hill; México
17. Levin, Jack; 1990; Fundamentos de Estadística en la Investigación Social; Editorial Harla; México.
18. López.Alvarenga, Juan Carlos; et al; 2002; Exactitud y utilidad del Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD) en una muestra de sujetos obesos mexicanos; Revista de Investigación Clínica; Vol. 54; Num. 5; Septiembre- Octubre 2002; pp. 403-409; México; www.imbiomed.com.mx
19. Nardone, Giorgio; Zeig, Jeffrey; Lorieo, Camilo; Watzlawick, Paul, (2009). Hipnosis y terapias hipnóticas. España, Editorial Integral.
20. Núñez Ortiz, Rafael. (2002), Hipnoludoterapia familiar. Tesis que se presentó para obtener el título de Maestría en Terapia Familiar en la Universidad de las Américas, México.

21. Núñez Ortiz, Rafael. (2003), Papá y mamá ya no pueden vivir juntos. Libro para iluminar como apoyo hipnoterapéutico a familias con niños y niñas que están pasando a través de una experiencia de divorcio y/o separación entre sus padres. México, Publicado por la Sociedad Mexicana de Hipnosis.
22. Núñez Ortiz, Rafael. (2005), Para qué siento lo que siento. Libro para iluminar como apoyo hipnoterapéutico a niñ@s, padres, maestros para el manejo estratégico de las emociones. México, Publicado por la Sociedad Mexicana de Hipnosis.
23. O'Hanlon, William; Weiner-Davis, M; 1993; EN BUSCA DE SOLUCIONES; Paidós; España.
24. Procter, Harry (2001). Escritos Esenciales de Milton Erickson, Tomo 1. España, Editorial Paidós.
25. Procter, Harry (2002). Escritos Esenciales de Milton Erickson, Tomo 2. España, Editorial Paidós.
26. Rosen, Sidney; 1989; MI VOZ IRA CONTIGO, LOS CUENTOS DIDACTICOS DE MILTON ERICKSON; Argentina.
27. Rossi, Ernest; 1980; COLLECTED PAPERS OF MILTON ERICKSON IN HYPNOSIS; Irvington; 4 Vols.; Nueva York.
28. Schreiber, H. Elliot, P M McSweeney. (2004), "Use of group hypnosis to improve academic achievement of college freshmen". Australian Journal of Clinical & Experimental Hypnosis (Nov 2004) Vol. 32(2), p.p.153-156.
29. Siegel, Sidney; 1988; Estadística no paramétrica; Trillas; México.
30. Tramontana, Jospeh. (2009), Hypnotically enhanced treatment for addictions. Estados Unidos de Norteamérica, Editorial Crown House Publishing, LLC.
31. Yamane, Taro; 1990; Estadística; Editorial Harla; México.
32. Yapko, Michael. (2002). Lo esencial de la hipnosis. España, Editorial Paidós.
33. Zeig, J.K.; 1980; A TEACHING SEMINAR WITH MILTON H. ERICKSON; Nueva York, USA.
34. Zigmond AS; Snaith RP; 1983; The Hospital Anxiety and Depression Scale; Acta Psychiatric Scand; Vol 67; pp. 361-370; Suecia.

AGRADECIMIENTOS A L@S ALUMN@S Y A L@S PONENTES DEL
DIPLOMADO: Hipnoterapéutas (en orden alfabético):

BARBOSA ZARATE IZET GUADALUPE
CARDENAS CHAPARRO SILVIA PAOLA
CARDENAS ESPINO CLAUDIA
CASTRO CHAVARRIA ANTONIO
CRUZ ESPINOZA SUCILA
DEL ANGEL RIVERA ROSALIA
FLORES MARQUEZ EDGAR
GARCIA MOLINA IXCHEL
GUTIERREZ CABARAL TOMAS
HERNANDEZ ALVA ARLEN MONSERRAT
JIMENEZ OVANDO SHELMY ALDERAMIN
LOPEZ VALERIANO LORENA FAVIOLA
MARTINEZ HERNANDEZ TANIA SELENE
MEMIJE PINO ARMANDO
MORALES CASTILLO PATRICIA
NIEVES VEGA ALEX IVAN
ORTIZ RODRIGUEZ ANA MARIA
ROSAS MENDOZA GUILLERMO
SALGADO AGUILAR SIGIFREDO
SANCHEZ REYNA PAULO ISAAC
SAUCEDO VELAZQUEZ GABRIEL RICARDO
SOLIS GARCIA GABRIELA
SOLIS MENDOZA ALEJANDRA DENISE
VEGA GONZALEZ JOSÉ
VILLAVICENCIO ALMARAZ JOSE ARMANDO

A L@S PONENTES:

Jorge Luis Abia Guerrero
Rafael Núñez Ortiz
Felipe Cruz Rosete

Diplomado Hipnoterapia Ericksoniana Estratégica Individual para Adultos

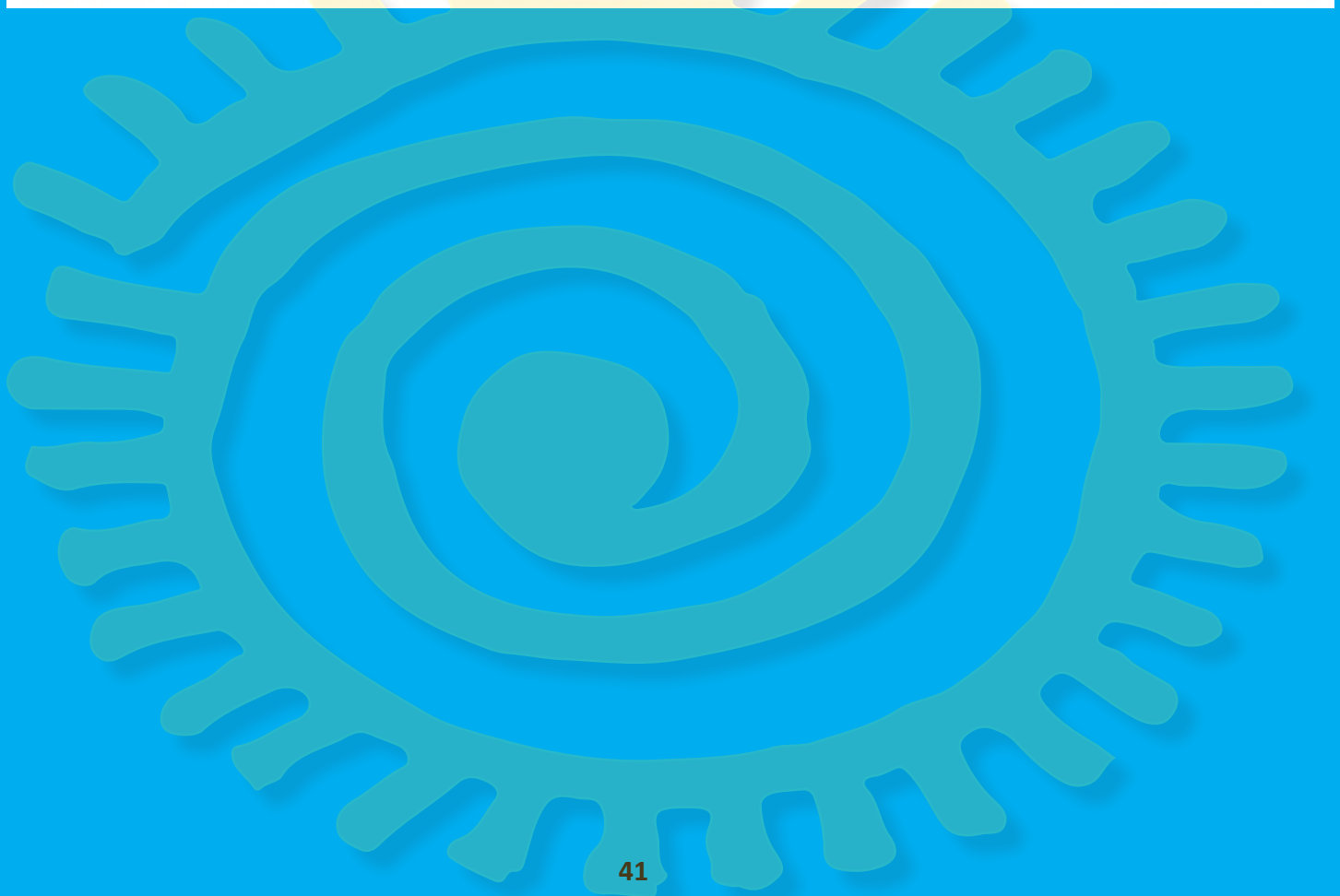


UNAM

Generación XXV

Febrero 2017

**Instituto Milton Erickson
Cd. de México**



HIPNOTERAPIA ERICKSONIANA ESTRATÉGICA FAMILIAR Y DE PAREJA

RESULTADOS DE TRATAMIENTO DE 26 FAMILIAS QUE RECIBIERON 10 SESIONES PROMEDIO DE HIPNOTERAPIA FAMILIAR, EN NUESTRA SEDE DE MORELIA, MICHOACAN, MEXICO, AÑO 2017.

AUTORES: DR. JORGE LUIS ABIA GUERRERO Y MTRO. RAFAEL NÚÑEZ ORTIZ

CURRICULUM DE LOS AUTORES.

DR. JORGE LUIS ABIA GUERRERO: Médico Cirujano; Especialidad en Medicina Interna; Mtro. en Terapia Familiar; Training en Hipnoterapia Ericksoniana Estratégica por la Milton H. Erickson Foundation; Co-Director del Instituto Milton H. Erickson de la Cd. de México, de Chiapas y de San Juan de Puerto Rico. Co-Director del Centro de Estudios Superiores de Hipnosis Clínica; Responsable Académico de Diplomados en Hipnoterapia en la UNAM FES Iztacala Extensión Universitaria; Co-Presidente de la Sociedad Mexicana de Hipnosis.

MTRO. RAFAEL NÚÑEZ ORTIZ: Lic. Relaciones Industriales; Post-grado Psicología Clínica; Mtro. en Terapia Familiar; Training en Hipnoterapia Ericksoniana Estratégica por la Milton H. Erickson Foundation; Co-Director del Instituto Milton H. Erickson de la Cd. de México, de Chiapas y de San Juan de Puerto Rico. Co-Director del Centro de Estudios Superiores de Hipnosis Clínica; Responsable Académico de Diplomados en Hipnoterapia en la UNAM FES Iztacala Extensión Universitaria; Co-Presidente de la Sociedad Mexicana de Hipnosis.

ENGLISH ABSTRACT:

In the Post-Graduate Program of Groupal Ericksonian Strategic Hypnotherapy, acknowledged by the National Autonomous University of Mexico (UNAM), with 10 average sessions of 1:30 hr. each one, this treatment was applied to patients, by post graduate students under supervision at the Low Fee Hypnotherapy Clinic in the University. We obtained very good results applying different hypnotic techniques. Results were measured through pre and post tests with $p < 0.05$ difference statistical.

ABSTRACT EN ESPAÑOL:

Dentro del Diplomado en Hipnoterapia Ericksoniana Estratégica Grupal, avalado por la Universidad Nacional Autónoma de México, FES Iztacala, Extensión Universitaria; impartido por el Instituto Milton H. Erickson de la Cd. de México, alumn@s supervisados, atendieron pacientes, distribuidos en grupos en la Clínica de Hipnoterapia de Bajo Costo de nuestro Instituto. Obtuvimos resultados importantes de mejoría aplicando varias técnicas de hipnoterapia y recabando los resultados con pruebas de pre y post test.

ANTECEDENTES

Esta investigación fue llevada a cabo por los Responsables Académicos del Diplomado y alumn@s de postgrado. Con el fin de medir los resultados que obtenemos al aplicar las técnicas hipnoterapéuticas. Nos dimos a la tarea de aplicar de manera imparcial pre-tests y post-tests que nos permitieran conocer el grado de mejoría o no, que pudieran lograr o no los pacientes que recibieron atención como parte de la formación de nuestros alumnos.

METODOLOGÍA

A cada alumno del diplomado le pedimos que ofreciera los servicios de la Clínica Subvencionada de Hipnoterapia (de Bajo Costo) a una familia o pareja, con el fin de que cada uno atendiera a una familia o pareja y así supervisar su desempeño.

Como prioridad ética tenemos el bienestar del paciente y supeditado a ello el desarrollo de las competencias del alumno.

Se les ofreció a las familias o pareja atenderlas un total de 10 sesiones, una sesión cada semana o cada dos semanas, con una duración de 1 hora cada sesión.

Todas las sesiones fueron videograbadas y supervisadas con los profesores del diplomado.

Se aplicaron Pre y Post-tests de las siguientes escalas para medir los resultados de manera objetiva: la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (Zigmond, et al, 1983; López, 2002); la Escala de la Actividad Global (AAP, 1994); Escala de Evaluación de Alcance de Objetivos de la Hipnoterapia. Y se aplicó Diferencia Estadística Significativa para muestras reducidas (Levin, 1990).

Estos pacientes fueron atendidos dentro del Diplomado que dio inicio el 13 de Mayo de 2016 y terminó el 22 de Abril de 2016.

VARIABLES

Se les entregaron a los alumnos 13 Manuales Clínicos (Abia, Núñez; 2005) con protocolos precisos a seguir para la aplicación de la Hipnoterapia Familiar y de Pareja con el fin de disminuir las variables extrañas.

Bastaba con que la familia presentara una disfunción para ser atendida, así que se ofreció Hipnoterapia Familiar y de Pareja (HFP) a familias y/o parejas con distintas condiciones, tales como: Adicciones, asma, bruxismo, diabetes, disfunción sexual, duelo, hiperlipidemia, hipertensión arterial sistémica, infección por virus de papiloma humano, obesidad, retardo mental, tabaquismo, trastorno adaptativo mixto con síntomas de ansiedad y conductuales, trastorno de ansiedad por separación, trastornos de conducta, trastornos de la personalidad, trastornos del dormir, trastornos del estado de ánimo, trastorno por déficit de atención con hiperactividad.

Bajo aprovechamiento escolar, desadaptación, disnomia, dificultades para manejo de conflicto, falla de manejo de jerarquías, coaliciones, desviaciones de conflicto, infidelidad, límites difusos, límites rígidos problemas conyugales, problemas relativos al grupo primario de apoyo, rechazo de la comunicación, relaciones sobreamalgamadas, desligadas, desvinculadas, roles disfuncionales, sobreprotección, violencia económica, violencia familiar, violencia de género, violencia de pareja, violencia sexual, violencia social.

Aunque se ofrecen originalmente 10 sesiones, de 1 hora cada una, cada semana o cada dos semanas, esto puede variar según las necesidades de cada familia o pareja.

Se aplicaron Pre y Post-tests de las siguientes escalas para medir los resultados de manera objetiva: la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (Zigmond, et al, 1983; López, 2002); la Escala de la Actividad Global (AAP, 1994);

Escala de Evaluación de Alcance de Objetivos de la Hipnoterapia. Y se aplicó Diferencia Estadística Significativa para muestras reducidas (Levin, 1990) Todas las sesiones fueron videograbadas, algunas fueron supervisadas en vivo por el Ponente-Supervisor.

RESULTADOS

En cuanto al número de sesiones, tomando en cuenta que se ofrecieron 10 sesiones dentro del protocolo, en promedio recibieron 10 sesiones 20 familias y 6 parejas. En total se dieron 260 sesiones subvencionadas (de bajo costo) de Hipnoterapia Familiar y de Pareja.

En total atendimos 20 familias y 6 parejas; compuestas por 88 pacientes en total; de los cuales fueron 25 infantes, 5 adolescentes y 42 adultos; participaron 41 mujeres y 31 hombres. El máximo de miembros asistentes a sesión de una familia fue de 5 y el mínimo fue de 2.

La edad promedio fue de 30 años de edad; siendo la menor 2 años de edad y el máximo 59 años de edad.

Se atendieron a las familias y parejas por los siguientes diagnósticos:

ADICCIONES: ALCOHOLISMO, SUSTANCIAS, TABAQUISMO

ASMA

BRUXISMO

DIABETES MELLITUS

DISTIMIA

DUELO PATOLÓGICO

EMBARAZO

GASTRITIS

HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA

INSOMNIO PRIMARIO

OBESIDAD

PARASOMNIA

PROBLEMAS RELATIVOS AL GRUPO PRIMARIO DE APOYO: ABANDONO, MALTRATO INFANTIL, PROBLEMAS CONYUGALES, PROBLEMAS ENTRE HERMANOS, PROBLEMAS ECONÓMICOS, VIOLENCIA DE GÉNERO, VIOLENCIA ECONÓMICA, VIOLENCIA EMOCIONAL, VIOLENCIA ESCOLAR, VIOLENCIA FAMILIAR, VIOLENCIA SOCIAL. PROBLEMAS RELATIVOS A LA INTERACCIÓN CON EL SISTEMA LEGAL. PROBLEMAS EN LA ENSEÑANZA, PROBLEMAS DE VIVIENDA.

PROBLEMAS PSICOSOCIALES Y AMBIENTALES

RETARDO PSICOMOTOR

SOBREPESO

TRASTORNO ADAPTATIVO MIXTO CRÓNICO AGUDIZADO CON SÍNTOMAS DE ANSIEDAD Y CONDUCTUALES

TRASTORNO DE ANSIEDAD SOMÁTICA

TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA

TRASTORNO DE ANSIEDAD NO ESPECIFICADO

TRASTORNO DE ANSIEDAD POR SEPARACIÓN

TRASTORNO DE CONDUCTA

TRASTORNO DEL DESEO SEXUAL HIPOACTIVO

TRASTORNO DEL ESTADO DE ÁNIMO: DEPRESIÓN MAYOR TRASTORNO DEL ESTADO DE ÁNIMO: DISTIMIA

TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD POR DEPENDENCIA

TRASTORNO EXPLOSIVO INTERMITENTE

TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD

TRASTORNO NARCISISTA DE LA PERSONALIDAD

TRASTORNO NEGATIVISTA DESAFIANTE

TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD

TRASTORNO REACTIVO DE LA VINCULACIÓN DE LA INFANCIA Y NIÑEZ

TRASTORNO SOMATOMORFO

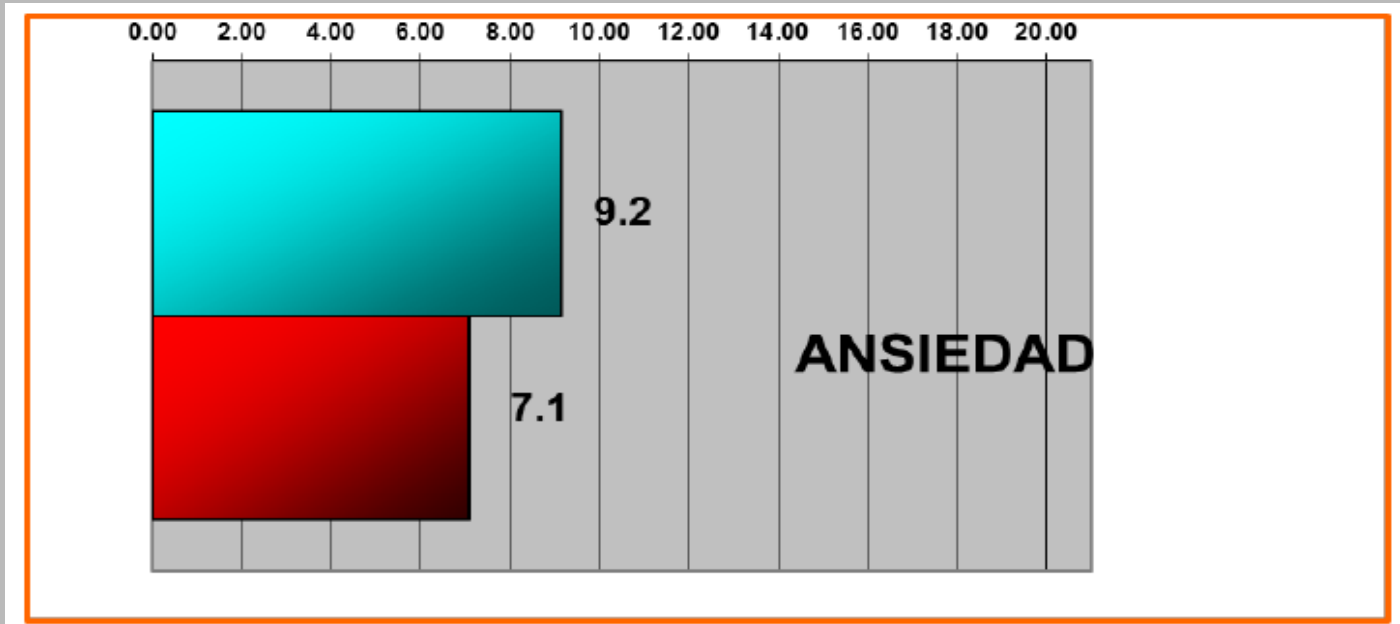
Para la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (EHAD), se manejan rangos de:

0-7 normal

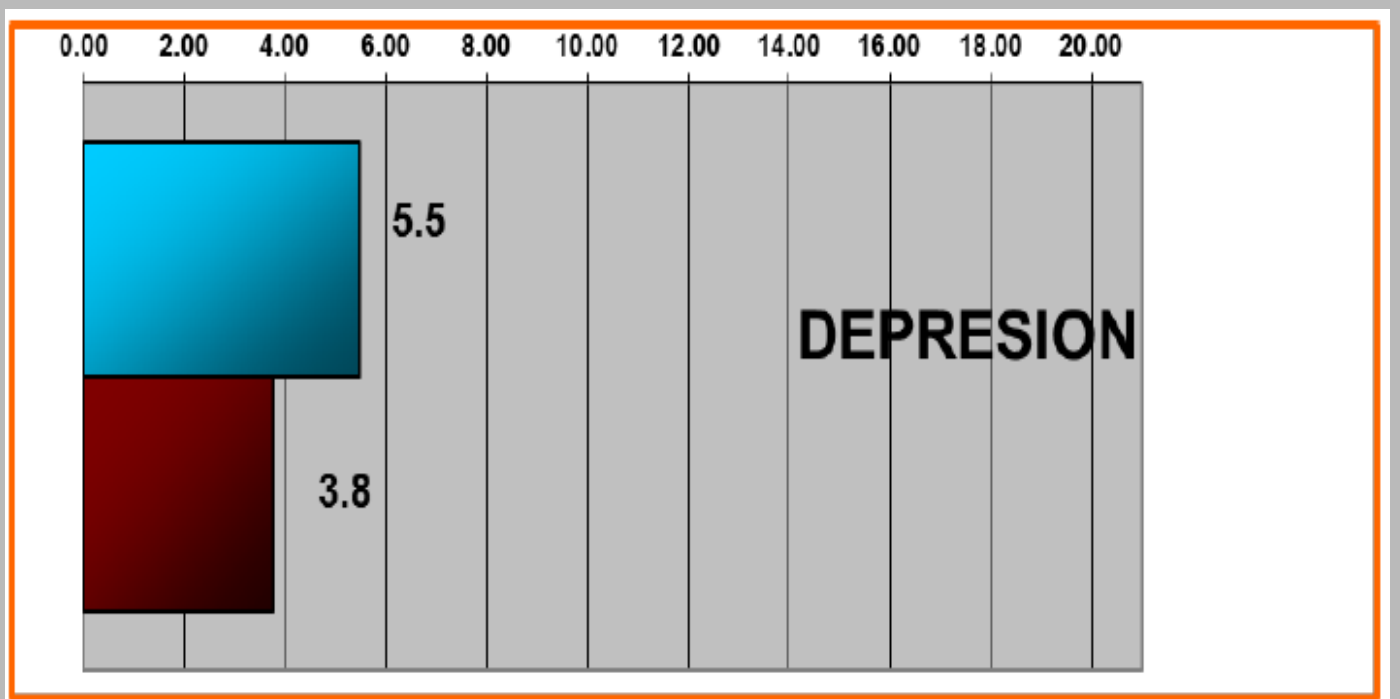
8-10 probable ansiedad o depresión

11-21 presencia de ansiedad o depresión

Los resultados promedio que obtuvimos en la EHAD fueron, en ansiedad: 9.2 promedio al inicio de la Hipnoterapia Familiar y de Pareja (HFP), esto es, probable ansiedad. Al final el promedio fue 7.1, esto es, ansiedad normal. Obtuvimos diferencia estadística significativa con una razón $t = 5.00$ con $p < 0.05$ de 2.06, Desviación estándar de 10.82 con 25 grados de libertad.

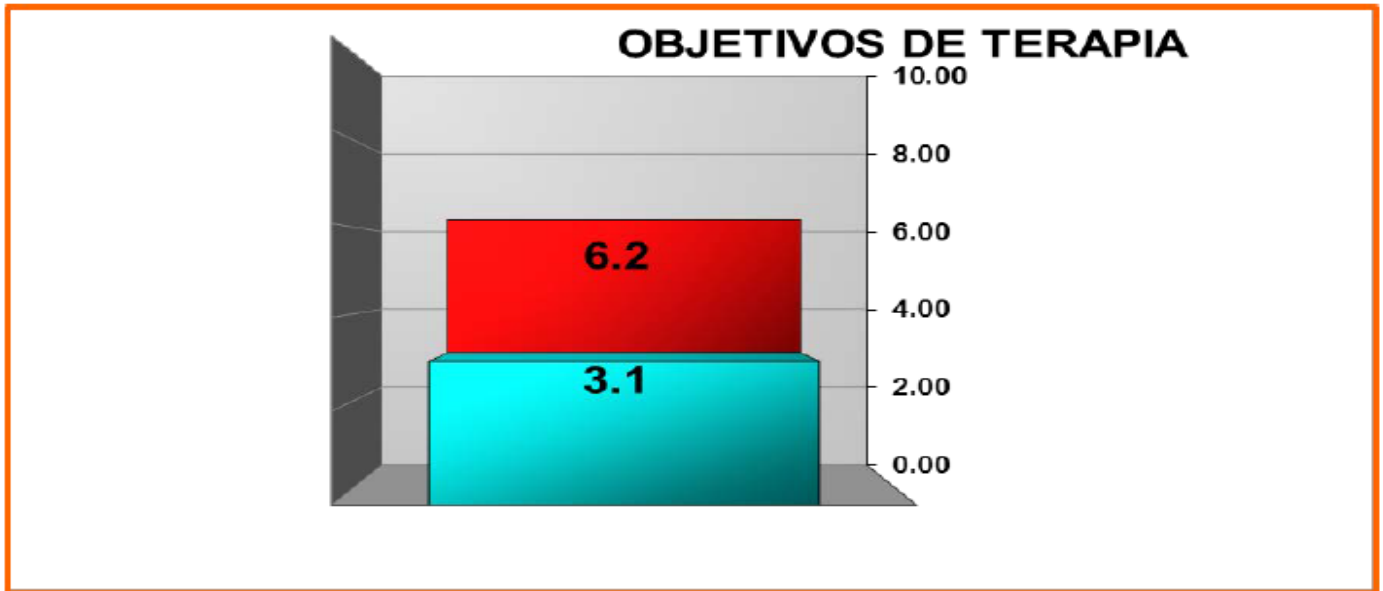


Los resultados promedio que obtuvimos de Depresión en la EHAD fueron: 5.5 promedio al inicio de la HFP, esto es, rango normal de depresión, sin embargo disminuyó a 3.8 promedio al final de la HFP, esto es, rango normal de depresión. Obtuvimos diferencia estadística significativa de una razón $t = 5.00$ con $p < 0.05$ 2.06, con una Desviación estándar 8.9 y 25 grados de libertad.



Para la escala del Alcance de Objetivos de la Hipnoterapia Familiar y de Pareja, pedimos que los pacientes planteen sus propios objetivos a lograr con la terapia y los califican en una escala de 10-1; donde 10 es Objetivo Alcanzado y 1 es Objetivo no logrado.

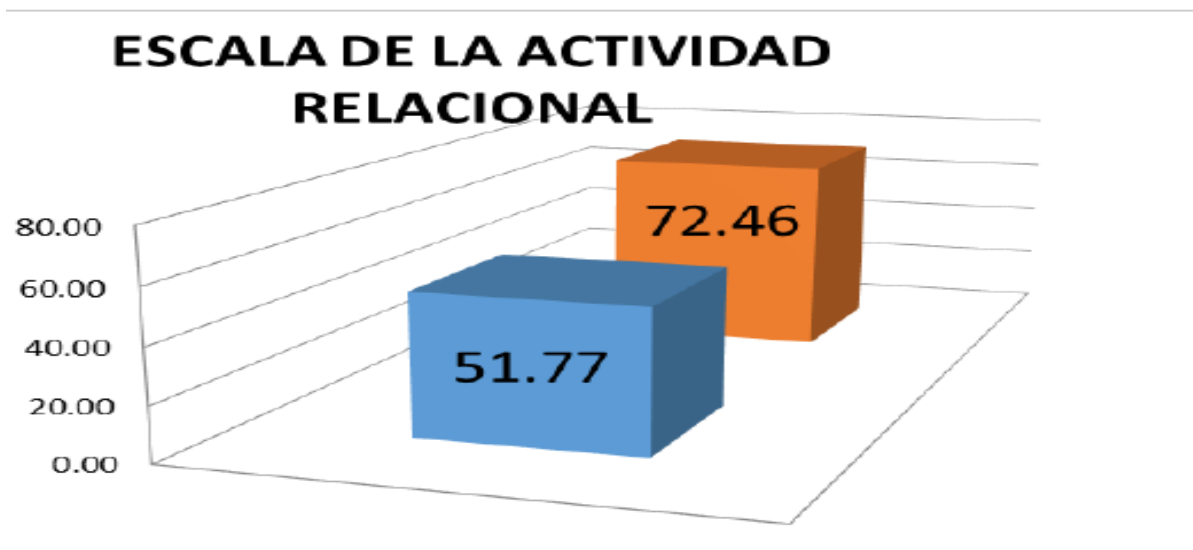
Al inicio de la HFP las familias o parejas calificaron sus objetivos en un promedio de 3.1/10 y al final de la HFP los pacientes calificaron el alcance de sus objetivos en un promedio de 6.2/10. Obtuvimos diferencia estadística significativa de una razón $t = 5.00$ con $p < 0.05$ 2.06; desviación de estándar 16.28 con 25 grados de libertad.



La Escala de Evaluación de la Actividad Relacional (EEAR), que se evalúa sobre 100-1, donde 100 es el grado más alto de Evaluación de la Actividad Relacional y 1 es el mínimo de

la misma; las familias y parejas al inicio de la HFP fueron calificadas por su terapeuta en un rango promedio de 51.77/100 y al final del tratamiento alcanzaron un promedio de 72.46/100.

Obtuvimos diferencia estadística significativa de una razón $t = 5.00$ con $p < 0.05$ 2.06; desviación de estándar 33.99 con 25 grados de libertad.



Atendimos una interesante diversidad de familias y parejas que nos muestran mucho de nuestra realidad nacional. A continuación hacemos una síntesis de cada sistema y su evolución.

Se presenta el caso de una pareja de 29 años amb@s, con cuatro años de casados. Tiene un hijo de dos años al que ella sobreprotege, el padre es periférico Acuden por falta de apetito sexual de la esposa durante el 2º embarazo. Es psicóloga y él es odontólogo con especialidad y cursos de posgrado. Tienen desacuerdos por crianzas religiosas diferentes. Dificultades para manejo de los desacuerdos y los conflictos. Conflicto de ella con la familia política. Lograron mejorar el ajuste sexual, diferenciar lo profesional de él con la crianza de su hijo sin desplazar conflictos y mejorar el manejo de estrés individual de pareja y familiar.

Familia de madre tres hijas y un hijo. Familia caótica con violencia manifiesta. Todos con trastorno de ansiedad generalizada que lograron resolver la violencia mejorar su funcionalidad y advertir la sintomatología de ansiedad en tod@s l@s integrantes y darse cuenta de la necesidad

Familia con un miembro adicto, familia desorganizada violenta que vive amenazas de muerte por parte del miembro adicto. El miembro adicto no se trata. La familia mejoró a partir de mejorar el manejo de estrés y del miedo, usándolo funcionalmente, mejorando las expresiones de cariño, mejoría del manejo de los aspectos dependientes y de funcionamiento límite. La familia seguirá en tratamiento. Aprendió a manejar sin violencia al miembro lesionado por las drogas, buscando ayuda para el paciente. Uno de los miembros que había dejado su instrucción formal, retomó la escuela

Familia sostenida en parte por abuela trabajadora de 57 años en una lavandería en un hospital, separada de su esposo alcohólico y con comportamiento violento, desde hace 7 años. Tiene un hijo de 31 años, albañil con trabajo intermitente, Una hija el 2º yerno y tres nietos. La hija y el yerno trabajan. El motivo de consulta Todos vivieron violencia del padre física y por abandono. Van a terapia la abuela y sus dos nietos hijos de una hija fallecida y con padre ausente por abandono, que reinstaló la comunicación con sus hijos. La abuela padece HTAS y los nietos asma. Mejoraron significativamente su funcionalidad al manejar funcionalmente valores, entorno social, resolver los elementos depresivos, en paralelo con la expresión emocional, y mejorar la nutrición, aumentando su autonomía y mejorando su pertenencia. La sesión 3ª de control de dolor determinó cambios muy significativos y permitió manejar el introyecto de la madre fallecida incluyéndola en la técnica.

Familia con violencia del padre con violencia física y emocional a la madre, alcoholismo y violencia hacia los hijos, la madre violenta a los hijos con regañones intolerancia violencia emocional. La pareja en una relación muy conflictiva, el padre esposo distante y padre distante. La madre y sus dos hijos tienen mejor relación. La madre solicita consulta para reducir y resolver la violencia y sacar a los hijos de la violencia. La madre está en terapia individual y esto la motiva al cambio. La madre pudo dejar de violentar a sus hijos, el padre acudió a una sesión y no regresó. El padre ante una carta narrativa mostró rechazo de la comunicación, sin embargo fue cambiando suspendió la violencia. Moderó la ingesta de alcohol desde la 3ª semana de concluida la hipnoterapia. Los hijos pudieron mejorar muy significativamente su relación fraterna y con los padres. Las técnicas de contrato de vida con dibujo, péndulo, metáfora, externalización de la violencia con caja domadora y Contraparadoja.

Familia de madre e hija que acuden por violencia familiar. Violencia del padre por abandono. Un diagnóstico médico potencialmente grave de probable esclerosis en placas, que luego quedó claro que es manifestaciones somáticas de ansiedad. En la hija Parasomnia y Trastorno del Control de Impulsos. Problemas conyugales, violencia conyugal violencia familiar problemas laborales, problemas económicos. Lograron fortalecer su relación haciéndola funcional. Lograron organizarse como sistema familiar con normas claras. La madre pudo moderar sus molestias físicas significativamente y regresar a trabajar. La hijita dejó de pelear con sus primos, dormir sola y enojarse menos, dejó de hacer acoso y pidió perdón, se mostró más tolerante. La madre disminuyó la tristeza y ansiedad, logró poner límites y normas claras. Está socializando con hombres, cosa que no hacía antes.

Una familia constituida por el padre de 41 años la madre de 42 años, tres hij@s, un hombre de 14, una hija de 11, Alianza del padre y la hija. Violencia del padre al hijo. Coaliciones inestables. Desviación de conflicto conyugal hacia los hijos. La familia muestra violencia emocional por peleas y negligencia. El padre solo fue a la cuarta sesión. EL hijo mayor solo acudió a cuatro sesiones. Se sostuvieron la madre y la hija. Las relaciones e interacciones familiares mejoraron notablemente. Fortaleciéndose relaciones sanas entre todos los miembros del sistema familiar, resolviéndose además el conflicto fraterno, resolución de violencia y mejoría de los aspectos de género, mejoría.

significativa de la organización y limpieza del hogar y la madre regresó a trabajar después de años sin actividad laboral. Mejoría de la relación del padre e hijo con reconocimiento del padre de su violencia, pidiendo perdón y reiniciando de cero. Mejoría del equilibrio conyugal y parental. El hijo mejoró en su rendimiento escolar. La hija mejoró en autocuidado. Mejoría significativa de la comunicación funcional.

Familia conformada por madre separada hace 5 años, formada por una hija mayor de 29 años que padece alcoholismo, un hijo de 24 y otro de 20 que padecen drogadicción, sin tratamiento alguno. Viven juntos el hijo menor, la madre y la hija. Acuden a terapia la madre y la hija menor de 13 años, por mala relación entre ellas. El padre se

droga con los hijos. La hija menor tuvo un intento suicida, solo confía en su hermana mayor, vive con tendencia a aislamiento y la madre que mantiene el hogar es periférica. El hijo mayor va a casa de su madre con frecuencia a consumir droga. La hija menor ha probado drogas en algunas ocasiones pero refiere que no le gusta. Las dos padecen trastorno de ansiedad generalizada, episodio depresivo mayor y la madre trastorno del sueño. Regresaron a rangos normales de ansiedad, control del estado depresivo con síntomas mínimos y mejoría del trastorno del dormir de la madre. Fortalecieron su relación sanándola disminuyendo la violencia, mejorando las normas y la negociación de las mismas. En equipo reduciendo el dolor por la situación de adicciones familiares, colocando límites sanos ante las mismas. La chica mejoró en rendimiento escolar y ambas en autocuidado. Tienen claro que necesitan seguimiento.

Familia disfuncional formada por un hombre de 32, mujer de 31 un hijo, de 11 años y una hija de 10. Padre con adicción, violento, infiel. Madre hiposténica, irritable. Límites

Lograron reorganización del sistema familiar, con mejor manejo de la violencia paterna, mejoraron su comunicación, tolerancia, y toma de decisiones responsable. Mejoría estado anímico, expresión emocional sana, definición de límites en el subsistema madre hijos. Aprovechamiento de la familia extensa. La madre puso distancia sana de la infidelidad del esposo. En la fase de seguimiento la pareja de padres acudirá a terapia.

Familia de padres separados madre de 26 años estudiante. El padre en USA. La madre cursa la licenciatura en derecho. Una hija de 8 años que vive de lunes a viernes con los abuelos maternos y convive con su madre los fines de semana. La madre va a casa de los abuelos que tienen rol parental. La hija tiene comunicación con el padre que manda dinero muy esporádicamente. La hija se opone a la nueva relación de la madre. La d tiende a ser controladora con la madre y se manifiesta irritable o distante. La hija está enojada con su madre. Lograron detener la violencia emocional, mejorar su comunicación, desarrollar empatía e intimidad emocional madre hija, manejar mejor el dinero, la madre logró dejar de mentir para ver a su pareja, establecer acuerdos y establecer manejo de conflictos de la diada parental separados de la hija. Mejoraron la toma de decisiones y la irritabilidad significativamente, mejoró la autoestima y la seguridad en la hija, de manera parcial.

Pareja constituida por la madre esposa de 59 años, el esposo, padre de 51, un hijo de 33 años una hija de 30 años, dos hijos de 26 y 23 años. Viven los hijos menores en la casa familiar, son albañiles como el padre. Pudieron mejorar su comunicación funcional, mejorar el manejo de acuerdos parcialmente dadas las limitaciones propias de la rigidez del sistema, las diferencias de significados y dado lo anterior las dificultades de acuerdos entre los miembros de la familia con lucha de poder por una coalición rígida metacomplementaria de los hijos y el padre en contra de la madre. Dejaron la terapia en la 6ª sesión dada la coalición rígida, y el alcoholismo del padre y los hijos. En la presentación del caso se definen estrategias para hacer el rescate de la familia

Pareja de una mujer de 33 años y un hombre de 36, dos hijas de 4 y 2 años respectivamente. Acuden por conflictos de pareja con peleas por escaladas simétricas, en lucha de poder. Ambos sobreinvolucrados con la hija mayor que ha sido objeto de desviación de conflicto en función de bruxismo que la niña padece. Lograron mejorar su comunicación funcional, llegar a acuerdos, enfrentar la infidelidad que era el objetivo principal y oculto de la terapia. Avanzaron parcialmente de manera significativa. EL subsistema filial y fraterno con significativa mejoría, así como el subsistema parental. Seguirá en tratamiento la pareja. de 21. El hijo mayor no estudia ni trabaja, tiene conflictos violentos con el padre y sus hermanos. Es el paciente identificado. El segundo hijo adicto a alcohol y sustancias, en coalición con el padre contra la madre y el hijo mayor y del mayor y la madre contra el padre y el hijo menor. La hija casada con dos hijos y vive en otra casa y tiene alianza con su madre. Se trata de una familia caótica. Acuden a la terapia la madre y el hijo mayor. Mejoraron significativamente aunque de manera parcial, la sobriedad de la madre, el manejo del hijo de temores miedos y deseos de morir con ideación suicida. Mejoría de la comunicación familiar. Manejo de situaciones de conflicto, mejoría de la toma de decisiones mejoría de la autoconfianza, y solución emocional del conflicto con sucesos pasados. Mejoría en el manejo de la ansiedad y el miedo. La madre tiene 6 meses sin consumir alcohol y el hijo mejoró significativamente en su funcionalidad, inició actividad laboral. El subsistema fraterno ha disminuido la tensión.

Familia con madre separada de 47 años, un hijo de 2 años, una hija de 27 años con retardo mental moderado y bajo la tutela legal materna. La madre se dedica a la atención de la hija, dejó de trabajar para cuidarla por vagabundeo, tiene trabajos esporádicos, muy bajo ingreso. El hijo trabaja como mesero en un bar, no aporta dinero más que muy esporádicamente. El motivo de consulta es el control de la conducta de la hija su vagabundeo y agresividad y comportamiento codependiente madre e hija, con sobreprotección de la madre a la hija. Acuden madre e hija a terapia. Mejoraron significativamente el manejo de estrés, ligeramente la autonomía,. Significativa mejoría en la actividad laboral, iniciaron un negocio, trabajando las dos en equipo con espacios

diferenciados. La hija aumentó ligeramente su manejo de responsabilidad funcional y la comunicación sana entre las dos mejoró muy significativamente. Mejoraron la funcionalidad de los límites y la toma de decisiones, desarrollando clara colaboración sana. Van a continuar en tratamiento.

Familia constituida por la madre de 32 años el padre de 32, separados, el padre violento no aporta, pelean él y la madre. La madre y sus hij@s viven en casa de l@s abuel@s maternos. Tienen tres hij@s una hija mayor de 10 años un hijo de 8 y una hija de 3 años. Referido a terapia por la escuela por comportamiento disruptivo del hijo. La rebeldía del chico empeoró al conocer que su padre ya tiene otra pareja. Los padres sin relación y el hijo en desviación de conflicto de los padres, vive conflicto de lealtad. Acuden a terapia la madre y el hijo. Lograron mejorar la separación del área de pareja de la parental, mejoró el enfoque y el rendimiento escolar, la tolerancia y se fue disminuyendo la desviación de conflicto parental al hijo parcialmente. La pareja reanudó su relación como amantes y la madre pudo coméntalo con su Hipnoterapeuta. Se destacan los elementos necesarios de psicoeducación manejo ético y de seo protegido, del amasiato.

Familia de 4 miembros, el padre de 41 años la madre de 42, un hijo de 20 y una hija de 15. EL motivo de consulta fue dolor por secuestro del padre unas horas, asesinato de la hermana del padre y de su sobrina, hija de la hermana, eran muy apegados. La madre con conducta agresiva. El hijo de 20 años vivió con su abuelo y su abuela cuando salieron de casa de los abuelos y coincidentalmente el abuelo falleció. La relación suegra nuera siempre ha sido mala. La abuela en coalición y triangulación perversa con el hijo mayor. Al regresar a casa el hijo consideraba que los padres no lo querían. La violencia de la abuela culminó en distancia relacional con peleas. Idealización de la abuela por parte del nieto sin verla como perpetradora incluso con él. A partir de la contraparoja en la 4ª sesión, se dio un cambio muy significativo disminuyendo la tensión y las peleas entre la madre y el hijo. En la 5ª sesión para manejo de dolor el cambio se profundizó al final, al ofrecer disculpas el hijo a la madre. Reconociendo que hablaba mal de ella a propósito y trató de separarlos. Dijo que desde ese momento iba a

Pareja reconstituida conformada por un hombre de 50 años y una mujer de 48. Ambos separados de parejas previas con las que tuvieron hij@s, actualmente adolescentes. Él separado hace 4 años en proceso de divorcio y ella divorciada hace 5 años. Acuden para definir cómo va a ser su pareja, ella vive celos y él abusa de alcohol. Están en el ciclo vital en la etapa de novios amantes. Muy cercanos demandante con gran intensidad, con escaladas simétricas con relación de pareja sobreinvolucrada. Lograron avanzar parcialmente en su funcionalidad, con disfrute de su relación, disminuyendo sus peleas, mejorando su expresión emocional, definir proyectos de vida individuales, y proyecto compartido de pareja. Las sesiones de Hipnoludoterapia, Metáfora de Armonización de la Respuesta Sexual y Juego de Rol para Hablar y Escuchar, fueron significativamente útiles. Pudieron hacer la tarea de dialogar después de la aplicación de la técnica de Juego de Rol para Hablar y Escuchar reflexionando la pareja en que se comunicaron como nunca antes lo habían hecho. Después de esta sesión la mejoría empezó a hacerse más manifiesta. Tienen cita de seguimiento en 3 meses

Familia de madre de 27 años separada del padre por violencia abuso de alcohol y cocaína. Un hijo de 8 años viven en casa de los abuelos maternos. La familia extensa con abuelos en roles parentales de la madre e hijo con límites difusos. El hijo con bajo aprovechamiento escolar que es el motivo de consulta. Dificultades para seguir las normas escolares. Hubo un cambio sistémico al ir a vivir el padre con su pareja, lo cual generó cambios de los objetivos de la terapia, orientándose más allá de lo individual incluyendo lo familiar. El rol del hijo es el de sintomático que fluctúa en interacciones entre ser etiquetado de enfermo o defectuoso, y sobreprotegido. Coalición de los abuelos contra la madre del hijo. El niño solo tenía relaciones satisfactorias con los abuelos y con la madre en el rol de hermana y no de madre. Lograron mejorar la relación madre hijo, el comportamiento del hijo mejoró en funcionalidad de manera más que suficiente. Desarrollo de rol de madre aceptante, diferenciación de los problemas individuales de los compartidos en familia. EL hijo mejoró su responsabilidad y su desempeño escolar. Seguirán en terapia.

Familia compuesta por cinco miembros, padre de 48 años con adicción al alcohol, tabaco y sustancias, con actividad laboral irregular, madre de 49 que consumió en el pasado alcohol y tabaco, con descuido de sus hij@s, por lo que se siente culpable. Violencia de pareja y familia y en particular del padre hacia la esposa y el hijo mayor. Dos hijos de 24 y 23 años y una hija de 21. El hijo mayor no estudia ni trabaja, tiene conflictos violentos con el padre y sus hermanos. Es el paciente identificado. El segundo hijo adicto a alcohol y sustancias, en coalición con el padre contra la madre y el hijo mayor y del mayor y la madre contra el padre y el hijo menor. La hija casada con dos hijos y vive en otra casa y tiene alianza con su madre. Se trata de una familia caótica. Acuden a la terapia la madre y el hijo mayor. Mejoraron significativamente aunque de manera parcial, la sobriedad de la madre, el manejo del hijo de temores miedos y deseos de morir con ideación suicida. Mejoría de la comunicación familiar. Manejo de situaciones de conflicto, mejoría de la toma de decisiones mejoría de la autoconfianza, y solución emocional del conflicto con sucesos pasados. Mejoría en el manejo de la ansiedad y el miedo. La madre tiene 6 meses sin consumir alcohol y el hijo mejoró significativamente en su funcionalidad, inició actividad laboral. El subsistema fraterno ha disminuido la tensión.

Familia con madre separada de 47 años, un hijo de 2 años, una hija de 27 años con retardo mental moderado

y bajo la tutela legal materna. La madre se dedica a la atención de la hija, dejó de trabajar para cuidarla por vagabundeo, tiene trabajos esporádicos, muy bajo ingreso. El hijo trabaja como mesero en un bar, no aporta dinero más que muy esporádicamente. El motivo de consulta es el control de la conducta de la hija su vagabundeo y agresividad y comportamiento codependiente madre e hija, con sobreprotección de la madre a la hija. Acuden madre e hija a terapia. Mejoraron significativamente el manejo de estrés, ligeramente la autonomía,. Significativa mejoría en la actividad laboral, iniciaron un negocio, trabajando las dos en equipo con espacios diferenciados. La hija aumentó ligeramente su manejo de responsabilidad funcional y la comunicación sana entre las dos mejoró muy significativamente. Mejoraron la funcionalidad de los límites y la toma de decisiones, desarrollando clara colaboración sana. Van a continuar en tratamiento.

Familia constituida por la madre de 32 años el padre de 32, separados, el padre violento no aporta, pelean él y la madre. La madre y sus hij@s viven en casa de l@s abuel@s maternos. Tienen tres hij@s una hija mayor de 10 años un hijo de 8 y una hija de 3 años. Referido a terapia por la escuela por comportamiento disruptivo del hijo. La rebeldía del chico empeoró al conocer que su padre ya tiene otra pareja. Los padres sin relación y el hijo en desviación de conflicto de los padres, vive conflicto de lealtad. Acuden a terapia la madre y el hijo. Lograron mejorar la separación del área de pareja de la parental, mejoró el enfoque y el rendimiento escolar, la tolerancia y se fue disminuyendo la desviación de conflicto parental al hijo parcialmente. La pareja reanudó su relación como amantes y la madre pudo coméntalo con su Hipnoterapeuta. Se destacan los elementos necesarios de psicoeducación manejo ético y de seo protegido, del amasiato.

Familia de 4 miembros, el padre de 41 años la madre de 42, un hijo de 20 y una hija de 15. EL motivo de consulta fue dolor por secuestro del padre unas horas, asesinato de la hermana del padre y de su sobrina, hija de la hermana, eran muy apegados. La madre con conducta agresiva. El hijo de 20 años vivió con su abuelo y su abuela cuando salieron de casa de los abuelos y coincidentalmente el abuelo falleció. La relación suegra nuera siempre ha sido mala. La abuela en coalición y triangulación perversa con el hijo mayor. Al regresar a casa el hijo consideraba que los padres no lo querían. La violencia de la abuela culminó en distancia relacional con peleas. Idealización de la abuela por parte del nieto sin verla como perpetradora incluso con él. A partir de la contraparadoja en la 4ª sesión, se dio un cambio muy significativo disminuyendo la tensión y las peleas entre la madre y el hijo. En la 5ª sesión para manejo de dolor el cambio se profundizó al final, al ofrecer disculpas el hijo a la madre. Reconociendo que hablaba mal de ella a propósito y trató de separarlos. Dijo que desde ese momento iba a hacer todo para tener buena relación con ella y hacer cambios, le pidió perdón. La madre le dijo que lo ama y lo perdonó, así como ofreció disculpas. Luego hicieron Caja Domadora para Externalización de la Violencia con efectos significativos de mejoría en el manejo de la violencia. Mostraron mejoría parcial en el manejo de la violencia, el disfrute de la convivencia, muy significativa disminución de la violencia y del dolor, con desvanecimiento de las coaliciones. El hijo dejó de estudiar y está trabajando. La relación madre hijo mejoró, el padre empezó a ejercer mejor la autoridad. La hija modificó su rol de obediente no conflictiva a preguntarse lo que ella quiere. Pudieron limpiar la casa de la tía.

Familia formada por el padre de 40 años, la madre de 40 años un hijo de 16 y una hija de 6 años. Fueron a terapia la madre y la hija. El padre vive en el Estado de México por motivos laborales, el hijo vive en un Seminario estudiando. El motivo de consulta es que la hija dejó de ir un mes a la escuela por considerar groseros a sus compañeros y porque la regañó la maestra suplente. La madre con comportamiento violento y con trastorno de ansiedad generalizada y la hija con insomnio por despertares intermitentes. El padre ha trabajado en Usa y siempre ha vivido poco con la familia por motivos laborales. La hija quiere que el padre viva con la familia. Los objetivos de la terapia fueron ir a la escuela que quedó en suficiente. Lograron mejorar la confianza y la convivencia muy significativamente. En la terapia quedó claro que la madre propiciaba que la hija no fuera a la escuela para que la acompañara. Las dos mejoraron al disminuir ansiedad, depresión y mejoría del estado de ánimo, menor represión de la madre sin que varíe la violencia de evitar que vaya a la escuela. La hija acude a las tareas. La comunicación familiar mejoró significativamente entre la madre y la hija y la madre y su familia de origen. La madre va a entrar a hipnoterapia individual.

CONCLUSIONES Y LIMITACIONES

Como hemos podido observar, las familias y parejas que atendimos reportan mejorías importantes de acuerdo a las escalas de pre-test y post-test que aplicamos.

Se consiguió un 62% del logro de sus objetivos reportado por la propia familia o pareja, esto quiere decir, que al atender familias con esta modalidad, es probable que reporten una mejoría promedio de dicho porcentaje. Los terapeutas percibieron una mejoría del 72.46% de acuerdo a la Escala de Actividad Global, cuestión que nos permite demostrar una aún interesante congruencia entre lo que percibe el paciente de sus propios resultados conseguidos y los que observa el Hipnoterapeuta de familia o pareja que atendió.

Además, en las 3 escalas que aplicamos diferencia estadística significativa de pre y post test obtuvimos una $p < 0.05$ con una razón t superior a la mínima solicitada por la tabla de razón.

Así mismo, de cada caso contamos además con una descripción cualitativa desarrollada por el terapeuta que atendió a la familia y/o pareja y las sesiones videograbadas.

Se recomienda continuar haciendo este tipo de mediciones, para desarrollar métodos de intervención terapéutica que se basen en la evidencia de resultados.

A lo largo de esta investigación aprendimos cómo las familias y parejas descubrieron sus recursos, desarrollaron habilidades para la vida y las relaciones, importaron recursos y ampliaron sus horizontes sistémicos, con el fin de estabilizar, resolver y desarrollar funcionalidad en una medida significativa. Los resultados nos permiten complementar las visiones descriptiva y cualitativa.

Tuvimos el honor de colaborar con familias y parejas que enfrentaban situaciones de influencia dolorosa del pasado, con duelo patológico, violencia social, de género, sexual, por abandono o negligencia. Estas familias y parejas desarrollaron la habilidad para resolver la influencia del pasado y la prescripción cultural de la fuerza de la costumbre y de género, para orientarse a la salud, incluso permitiéndose empeorar en algunos rubros para poder manifestar sus necesidades personales y de desarrollo compartido.

El conjunto de los sistemas familiares y de pareja presenta una gama diagnóstica clínica variada, claramente insertada en problemas sociales sobredeterminados por fuerzas sociales. Los sistemas que tuvimos el honor de atender se caracterizaron por síntomas de ansiedad que se estabilizaron, se hicieron funcionales útiles, sin embargo persistieron. Así mismo vimos diadas madre hija que acudieron a tratamiento en mayor frecuencia que lo que observamos en México. Vimos parejas en una proporción mayor a la esperada y familias con pacientes con adicciones sin tratamiento alguno.

L@s hipnoterapeutas percibieron más cambio que l@s familias con una diferencia de un 10%, cuando en general existe una diferencia de 4 a 5% en esta diferencia. Esto nos lleva a considerar la utilidad de promover que las familias y parejas puedan contar con un espacio en la misma hipnoterapia, que les permita reflexionar y precisar los cambios llevados a cabo y sus necesidades pendientes de ser resueltas dentro del proceso hipnoterapéutico.

Nos llama la atención el manejo más funcional que disfuncional de la familia extensa y la adaptabilidad de la misma a los cambios terapéuticos. En todos los casos las familias y parejas se enfocaron en mejorar la administración de sus recursos para crecer y hacer crecer por si mismas sus oportunidades, trabajando por una mejor calidad de vida.

Nos llena de entusiasmo aprender de nuevas generaciones de personas que acuden a tratamiento y nuevas generaciones de colegas con capacidad de estudio reflexión y pensamiento crítico sensible a género, que se enfocan en la aplicación práctica de modelos centrados en la evidencia, conservando su sensibilidad intuitiva que les permite contrastar este modelo reconociendo sus alcances y sus limitaciones.

Deseamos terminar este análisis agradeciendo la generosidad de las personas, parejas y familias que nos abrieron su intimidad sensible para permitirnos aprender y redescubrir cibernéticamente el potencial activo llevado a la práctica del día con día, que contradice la historia saturada de violencia e intereses de poder que priva en el mundo. Muchas gracias por hacernos crecer y enfocarnos en estudiar, practicar y servir.

BIBLIOGRAFÍA

- 1) Abia, Jorge; Núñez, Rafael; 2005; 13 Manuales Clínicos de Hipnoterapia Familiar y de Pareja; Editorial de la Sociedad Mexicana de Hipnosis; México.
- 2) Araoz, Daniel; Negley-Parker, Esther; 1988; THE NEW HYPNOSIS IN FAMILY THERAPY; Brunner/Mazel; New York, USA.
- 3) Araoz, Daniel; Negley-Parker, Esther; 1988; THE NEW HYPNOSIS IN FAMILY THERAPY; Brunner/Mazel; New York, USA
- 4) Asociación Americana de Psiquiatría (AAP); Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSMIV)/Escala de Evaluación de la Actividad Global; Editorial Masson; 1994; Barcelona, España.
- 5) Barber, J.; Adrián, C.; 1982; PSYCHOLOGICAL APPROACHES TO THE MANAGEMENT OF PAIN; Brunner/Mazel; New York, USA.
- 6) Barber, T.X.; 1985; Hypnosuggestive procedures as catalysts for psychotherapies; in S.J. Lynn & J.P. Garske (eds.); CONTEMPORARY PSYCHOTHERAPIES: MODELS AND METHODS; Merrill; Ohio, USA
- 7) Baudouin, C; 1922; SUGGESTION AND AUTOSUGGESTION; Dodd Mead; New York, USA.
- 8) Bloch, Marc; 1961; THE GROWTH OF TIES OF DEPENDANCE; The University of Chicago Press; Phoenix, Books.
- 9) Boszormenyi-Nagy, I.; Spark, G.M.; 1973; INVISIBLE LOYALTIES; Harper & Row; USA.
- 10) Bowen, M.; 1976; Theory in the practice of psychotherapy; en P.J. Guerin (compilador), FAMILY THERAPY: THEORY AND PRACTICE; Gardner Press, Nueva York, pp. 42-90.
- 11) Bowen, M.; 1978; FAMILY THERAPY IN CLINICAL PRACTICE; Jason Aronson; New York, USA.
- 12) Carter, E.; 1978; Transgenerational scripts and nuclear family stress: Theory and Clinical implications; Georgetown Family Symposia: Vol. III, 1975-1976; Ruth Riley Sagar, Ed.; Georgetown University; Washington D. C.; USA.
- 13) Carter, E.; McGoldrick, M. (comps); 1980; THE FAMILY LIFE CYCLE: A FRAMEWORK FOR FAMILY THERAPY; Gardner Press; Nueva York, USA.
- 14) Coolican, Hugh; 2005; Métodos de investigación y estadística en Psicología; Editorial Manual Moderno; México.
- 15) Davy, Georges; 1931; LA FAMILLE ET LA PARENTÉ D'APRÈS DURKHEIM; en "Sociologues d'hier et d'aujourd'hui; Francia.
- 16) De Shazer, S.; 1985; KEYS TO SOLUTION IN BRIEF THERAPY; Norton; New York, USA.
- 17) Diamond, M.J.; 1986; Hypnotically augmented psychotherapy; American Journal of Clinical Hypnosis; Vol. 29, No. 4, pp. 238-247.
- 18) Duvall, Evelyn; 1962; FAMILY DEVELOPMENT, Lippincot; USA, Filadelfia.
- 19) Eden, J; 1974; ANIMAL MAGNETISM AND THE LIFE ENERGY; Exposition Press; New York, USA.
- 20) Engels, F.; 1948; L'ORIGINE DE LA FAMILLE, DE LA PROPRIÉTÉ PRIVÉE ET DE L'ÉTAT; A Costes; Francia.
- 21) Framo, J.L.; 1982; EXPLORATION IN MARITAL AND FAMILY THERAPY; Springer; New York, USA.
- 22) Hammond, Corydon; 1988; LEARNING CLINICAL HYPNOSIS: AN EDUCATIONAL RESOURCES COMPENDIUM; The American Society of Clinical Hypnosis; USA.
- 23) Hammond, Corydon; 1995; HYPNOTIC INDUCTION & SUGGESTION: AN INTRODUCTORY MANUAL; The American Society of Clinical Hypnosis; USA.
- 24) Hernández, Roberto; et al; 1991; Metodología de la Investigación; McGraw Hill; Colombia.
- 25) Hill, Reuben; 1964; THE DEVELOPMENTAL APPROACH; en H. CHISTENSEN (edit.), Handbook of Marriage and the Family; Chicago, Rand McNally.
- 26) Kerlinger, Fred; 1991; Investigación del Comportamiento; McGraw Hill; México.
- 27) Levin, Jack; 1990; Fundamentos de Estadística en la Investigación Social; Editorial Harla; México.
- 1) Barber, J.; Adrián, C.; 1982; PSYCHOLOGICAL APPROACHES TO THE MANAGEMENT OF PAIN;

Brunner/Mazel; New York, USA.

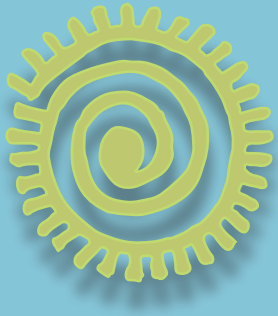
- 2) Barber, T.X.; 1985; Hypnosuggestive procedures as catalysts for psychotherapies; in S.J. Lynn & J.P. Garske (eds.); CONTEMPORARY PSYCHOTHERAPIES: MODELS AND METHODS; Merrill; Ohio, USA
- 3) Baudouin, C; 1922; SUGGESTION AND AUTOSUGGESTION; Dodd Mead; New York, USA.
- 4) Bloch, Marc; 1961; THE GROWTH OF TIES OF DEPENDANCE; The University of Chicago Press; Phoenix, Books.
- 5) Boszormenyi-Nagy, I.; Spark, G.M.; 1973; INVISIBLE LOYALTIES; Harper & Row; USA.
- 6) Bowen, M.; 1976; Theory in the practice of psychotherapy; en P.J. Guerin (compilador), FAMILY THERAPY: THEORY AND PRACTICE; Gardner Press, Nueva York, pp. 42-90.
- 7) Bowen, M.; 1978; FAMILY THERAPY IN CLINICAL PRACTICE; Jason Aronson; New York, USA.
- 8) Carter, E.; 1978; Transgenerational scripts and nuclear family stress: Theory and Clinical implications; Georgetown Family Symposia: Vol. III, 1975-1976; Ruth Riley Sagar, Ed.; Georgetown University; Washington D. C.; USA.
- 9) Carter, E.; McGoldrick, M. (comps); 1980; THE FAMILY LIFE CYCLE: A FRAMEWORK FOR FAMILY THERAPY; Gardner Press; Nueva York, USA.
- 10) Coolican, Hugh; 2005; Métodos de investigación y estadística en Psicología; Editorial Manual Moderno; México.
- 11) Davy, Georges; 1931; LA FAMILLE ET LA PARENTÉ D'APRÈS DURKHEIM; en "Sociologues d'hier et d'aujourd'hui; Francia.
- 12) De Shazer, S.; 1985; KEYS TO SOLUTION IN BRIEF THERAPY; Norton; New York, USA.
- 13) Diamond, M.J.; 1986; Hypnotically augmented psychotherapy; American Journal of Clinical Hypnosis; Vol. 29, No. 4, pp. 238-247.
- 14) Duvall, Evelyn; 1962; FAMILY DEVELOPMENT, Lippincot; USA, Filadelfia.
- 15) Eden, J; 1974; ANIMAL MAGNETISM AND THE LIFE ENERGY; Exposition Press; New York, USA.
- 16) Engels, F.; 1948; L'ORIGINE DE LA FAMILLE, DE LA PROPRIÉTÉ PRIVÉE ET DE L'ÉTAT; A Costes; Francia.
- 17) Framo, J.L.; 1982; EXPLORATION IN MARITAL AND FAMILY THERAPY; Springer; New York, USA.
- 18) Hammond, Corydon; 1988; LEARNING CLINICAL HYPNOSIS: AN EDUCATIONAL RESOURCES COMPENDIUM; The American Society of Clinical Hypnosis; USA.
- 19) Hammond, Corydon; 1995; HYPNOTIC INDUCTION & SUGGESTION: AN INTRODUCTORY MANUAL; The American Society of Clinical Hypnosis; USA.
- 20) Hernández, Roberto; et al; 1991; Metodología de la Investigación; McGraw Hill; Colombia.
- 21) Hill, Reuben; 1964; THE DEVELOPMENTAL APPROACH; en H. CHISTENSEN (edit.), Handbook of Marriage and the Family; Chicago, Rand McNally.
- 22) Kerlinger, Fred; 1991; Investigación del Comportamiento; McGraw Hill; México.
- 23) Levin, Jack; 1990; Fundamentos de Estadística en la Investigación Social; Editorial Harla; México.

AGRADECIMIENTOS A L@S ALUMN@S DEL DIPLOMADO, HIPNOTE- RAPEUTAS:

BARRÓN VILLAFANA MANUEL
CHÁVEZ GARCÉS LAURA DELFINA
CONSTANTINO FIGUEROA CLAUDIA
ELIZARRARÁS PÉREZ ALEJANDRA
FIGUEROA ROJAS SHEILA ESTHER
FLORES FERREYRA CARMEN
GAONA PANIAGUA VERÓNICA REBECA
GARCÍA HERNÁNDEZ JOSÉ IMER
GÓMEZ RUIZ ERIKA ALEJANDRA
INFANTE SAUCEDO EVELIN YOLOTZIN
JANACUA BENITES MARÍA
LÓPEZ HERRERA YURITZY
MEDINA ESQUEDA MA. SOLEDAD IRMA
MENDOZA OLIVARES SONIA
NÚÑEZ QUIROZ SANDRA
OLGUIN SOLIS LAURA LETICIA
OROS PARRA VERÓNICA
ORTEGA MEZA ALEJANDRA IVETTE
ORTIZ CISENEROS JOSÉ RAMÓN
OSORNIO JIMÉNEZ ADRIANA
RÍOS RIVAS ALMA LUCINDA
RODRÍGUEZ ALATORRE ANA LUISA
RODRÍGUEZ HUERTA MARTHA KARINA
SALGADO PORTALES JESSICA
VÁZQUEZ PIÑÓN VERENICE
ZARCO JUÁREZ MINERVA YURITZI

PONENTES:

RAFAEL NÚÑEZ ORTIZ
JORGE LUIS ABIA GUERRERO
MA. DE LOS ÁNGELES LOEZA TORRES
FELIPE CRUZ ROSETE
VIOLETA ALEJANDRINA PÉREZ BALDERAS



HIPNOTERAPIA FAMILIAR Y DE PAREJA

RESULTADOS DE TRATAMIENTO DE 26 FAMILIAS QUE RECIBIERON ENTRE 5 Y 10 SESIONES PROMEDIO DE HIPNOTERAPIA FAMILIAR, EN NUESTRA SEDE DE AGUASCALIENTES, AGUASCALIENTES, MEXICO, 2016-2017.

AUTORES: DR. JORGE LUIS ABIA GUERRERO Y MTRO. RAFAEL NÚÑEZ ORTIZ

CURRICULUM DE LOS AUTORES.

DR. JORGE LUIS ABIA GUERRERO: Médico Cirujano; Especialidad en Medicina Interna; Mtro. en Terapia Familiar; Training en Hipnoterapia Ericksoniana Estratégica por la Milton H. Erickson Foundation; Co-Director del Instituto Milton H. Erickson de la Cd. de México, de Chiapas y de San Juan de Puerto Rico. Co-Director del Centro de Estudios Superiores de Hipnosis Clínica; Responsable Académico de Diplomados en Hipnoterapia en la UNAM FES Iztacala Extensión Universitaria; Co-Presidente de la Sociedad Mexicana de Hipnosis.

MTRO. RAFAEL NÚÑEZ ORTIZ: Lic. Relaciones Industriales; Post-grado Psicología Clínica; Mtro. en Terapia Familiar; Training en Hipnoterapia Ericksoniana Estratégica por la Milton H. Erickson Foundation; Co-Director del Instituto Milton H. Erickson de la Cd. de México, de Chiapas y de San Juan de Puerto Rico. Co-Director del Centro de Estudios Superiores de Hipnosis Clínica; Responsable Académico de Diplomados en Hipnoterapia en la UNAM FES Iztacala Extensión Universitaria; Co-Presidente de la Sociedad Mexicana de Hipnosis.

ABSTRACT EN ESPAÑOL:

Dentro del Diplomado en Hipnoterapia Ericksoniana Estratégica Grupal, avalado por la Universidad Nacional Autónoma de México, FES Iztacala, Extensión Universitaria; impartido por el Instituto Milton H. Erickson de la Cd. de México, alumnos supervisados, atendieron pacientes, distribuidos en grupos en la Clínica de Hipnoterapia de Bajo Costo de nuestro Instituto. Obtuvimos resultados importantes de mejoría aplicando varias técnicas de hipnoterapia y recabando los resultados con pruebas de pre y post test.

ENGLISH ABSTRACT:

In the Post-Graduate Program of Grupal Ericksonian Strategic Hypnotherapy, acknowledged by the National Autonomous University of Mexico (UNAM), with 10 average sessions of 1:30 hr. each one, this treatment was applied to patients, by post graduate students under supervision at the Low Fee Hypnotherapy Clinic in the University. We obtained very good results applying different hypnotic techniques. Results were measured through pre and post tests with $p < 0.05$ difference statistical.

ANTECEDENTES

Esta investigación fue llevada a cabo por los Responsables Académicos del Diplomado y alumn@s de postgrado. Con el fin de medir los resultados que obtenemos al aplicar las técnicas hipnoterapéuticas. Nos dimos a la tarea de aplicar de manera imparcial pre-tests y Propiedad del Instituto Milton H. Erickson de la Cd. de México

post-tests que nos permitieran conocer el grado de mejoría o no, que pudieran lograr o no los pacientes que recibieron atención como parte de la formación de nuestros alumnos.

METODOLOGÍA

A cada alumno del diplomado le pedimos que ofreciera los servicios de la Clínica Subvencionada de Hipnoterapia (de Bajo Costo) a una familia o pareja, con el fin de que cada uno atendiera a una familia o pareja y así supervisar su desempeño.

Como prioridad ética tenemos el bienestar del paciente y supeditado a ello el desarrollo de las competencias del alumno.

Se les ofreció a las familias o pareja atenderlas un total de 10 ó 5 sesiones, una sesión cada semana o cada dos semanas, con una duración de 1 hora cada sesión.

Todas las sesiones fueron videograbadas y supervisadas con los profesores del diplomado.

Se aplicaron Pre y Post-tests de las siguientes escalas para medir los resultados de manera objetiva: la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (Zigmond, et al, 1983; López, 2002); la Escala de la Actividad Global (AAP, 1994); Escala de Evaluación de Alcance de Objetivos de la Hipnoterapia. Y se aplicó Diferencia Estadística Significativa para muestras reducidas (Levin, 1990).

Estos pacientes fueron atendidos dentro del Diplomado que dio inicio el 15 de Abril de 2016 y terminó el 18 de Marzo de 2017.

VARIABLES

Se les entregaron a los alumnos 13 Manuales Clínicos (Abia, Núñez; 2005) con protocolos precisos a seguir para la aplicación de la Hipnoterapia Familiar y de Pareja con el fin de disminuir las variables extrañas.

Bastaba con que la familia presentara una disfunción para ser atendida, así que se ofreció Hipnoterapia Familiar y de Pareja (HFP) a familias y/o parejas con distintas condiciones, tales como: violencia intrafamiliar; adicciones; dificultades de manejo de jerarquías; bajo aprovechamiento escolar; dificultades de resolución de conflicto; etc.

Aunque se ofrecen originalmente 10 ó 5 sesiones, de 1 hora cada una, cada semana o cada dos semanas, esto puede variar según las necesidades de cada familia o pareja.

Se aplicaron Pre y Post-tests de las siguientes escalas para medir los resultados de manera objetiva: la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (Zigmond, et al, 1983; López, 2002); la Escala de la Actividad Global (AAP, 1994); Escala de Evaluación de Alcance de Objetivos de la Hipnoterapia. Y se aplicó Diferencia Estadística Significativa para muestras reducidas (Levin, 1990).

Todas las sesiones fueron videograbadas, algunas fueron supervisadas en vivo por el Ponente-Supervisor.

RESULTADOS

En cuanto al número de sesiones, tomando en cuenta que se ofrecieron 10 sesiones dentro del protocolo, en promedio recibieron 10 sesiones 24 familias y/o parejas y, 2 recibieron 5 sesiones. En total se dieron 250 sesiones subvencionadas (de bajo costo) de Hipnoterapia Familiar y de Pareja.

En total atendimos 24 familias y 2 parejas; compuestas por 88 pacientes en total; de los cuales fueron 30 infantes, 9 adolescentes y 49 adultos; participaron 52 mujeres y 36 varones. El máximo de miembros asistentes a sesión de una familia fue de 5 y el mínimo fue de 2.

La edad promedio fue de 25 años de edad; siendo la menor 1 año de edad y el máximo 59 años de edad.

Se atendieron a las familias y parejas por los siguientes diagnósticos:

ASMA

ATAXIA EN ESTUDIO

CÁNCER: LINFOMA NO HODGKIN EN FASE DE REMISIÓN. CÁNCER TESTICULAR TRATADO

CARDIOPATÍA VALVULAR MIXTA CON DISFUNCIÓN DE PRÓTESIS

DIABETES MELLITUS

DUELO PATOLÓGICO

EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO

EQUIMOSIS MAMARIA EN ESTUDIO

HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA

OBESIDAD

PROBLEMAS RELATIVOS AL GRUPO PRIMARIO DE APOYO: ABANDONO, MALTRATO INFANTIL, PROBLEMAS ECONÓMICOS, VIOLENCIA DE GÉNERO, VIOLENCIA ECONÓMICA, VIOLENCIA EMOCIONAL, VIOLENCIA FAMILIAR, VIOLENCIA SOCIAL

PROBLEMAS PSICOSOCIALES Y AMBIENTALES

RETARDO PSICOMOTOR

SINDROME DE AUTOMUTILACIONES NO SUICIDAS

SOBREPESO

TRASTORNO ADAPTATIVO CON SÍNTOMAS DE ANSIEDAD

TRASTORNO DE ALIMENTACION: BULIMIA

TRASTORNO DE ANSIEDAD RELACIONADO A ENFERMEDAD MÉDICA

TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA

TRASTORNO DE CONDUCTA

TRASTORNO DEL ESTADO DE ÁNIMO: DEPRESIÓN MAYOR

TRASTORNO DEL ESTADO DE ÁNIMO: DISTIMIA

TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

TRASTORNO DEPENDIENTE DE LA PERSONALIDAD

TRASTORNO EXPLOSIVO INTERMITENTE
 TRASTORNO MIXTO ANSIOSO DEPRESIVO
 TRASTORNO NARCISISTA DE LA PERSONALIDAD
 TRASTORNO NEGATIVISTA DESAFIANTE
 TRASTORNO OPOSICIONISTA DESAFIANTE
 TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN
 TRASTORNO POR DEPENDENCIA AL ALCOHOL
 TRASTORNO REACTIVO DE LA VINCULACION DE LA INFANCIA Y NIÑEZ
 TRASTORNO SOMATOMORFO

Para la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (EHAD), se manejan rangos de:
 0-7 normal

8-10 probable ansiedad o depresión

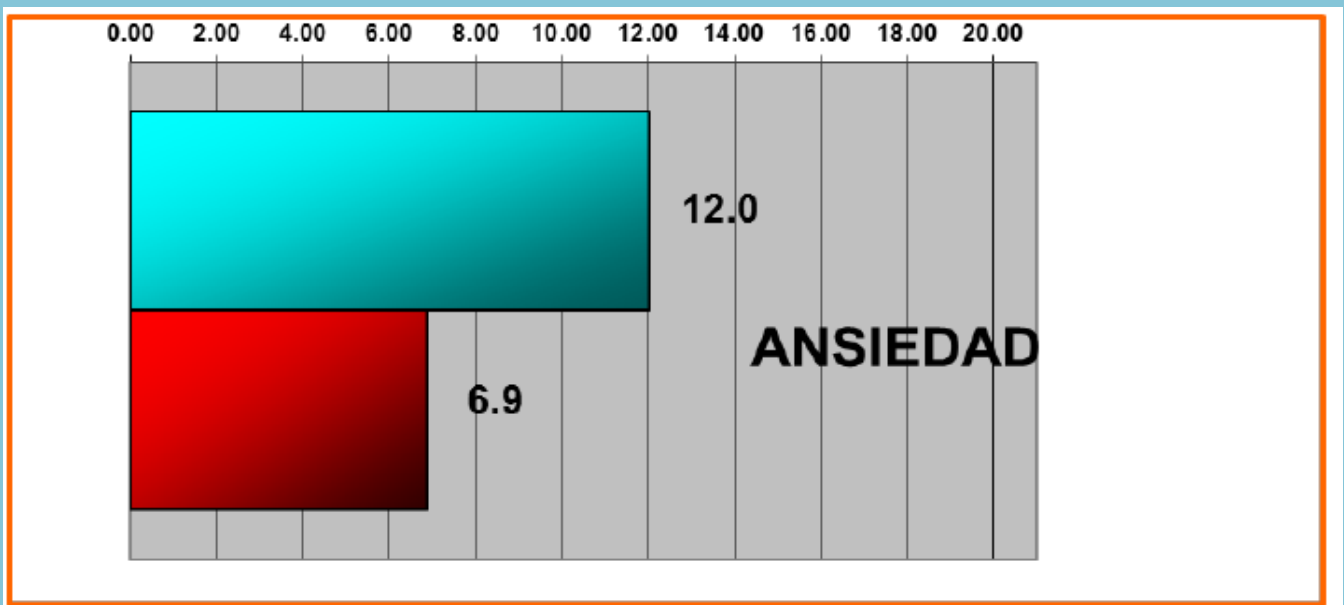
11-21 presencia de ansiedad o depresión

Los resultados promedio que obtuvimos en la EHAD fueron, en ansiedad:

12.02 promedio al inicio de la Hipnoterapia Familiar y de Pareja (HFP), esto es, presencia de ansiedad.

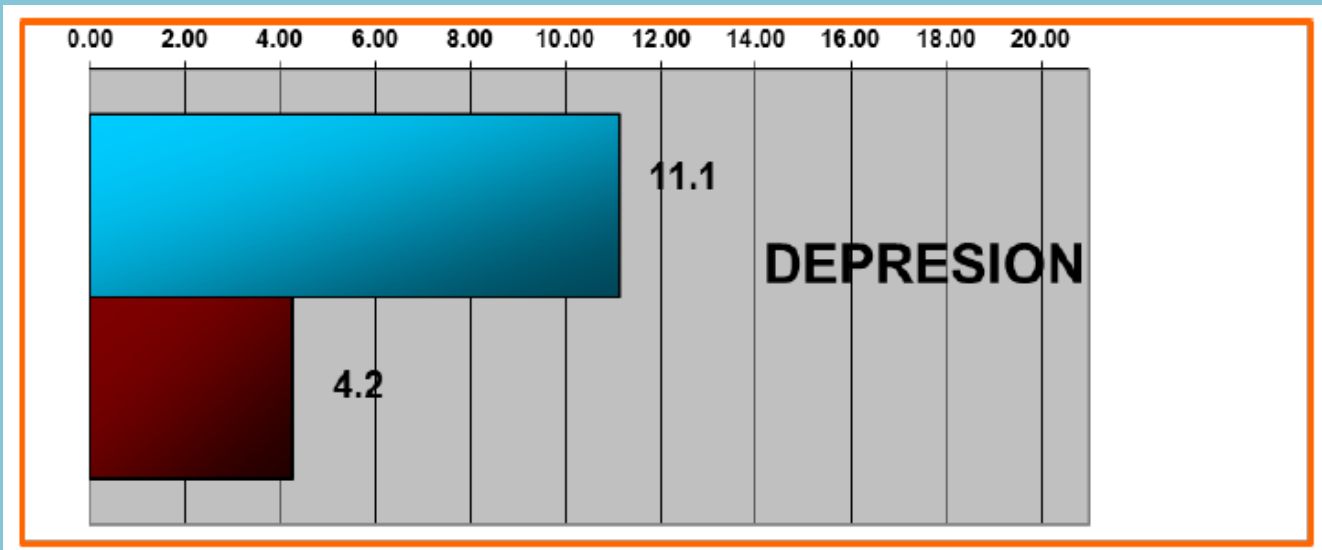
Al final el promedio fue 6.89, esto es, ansiedad normal.

Obtuvimos diferencia estadística significativa con una razón $t = 5.00$ con $p < 0.05$ de 2.06, Desviación estándar de 26.69 con 25 grados de libertad.



Los resultados promedio que obtuvimos de Depresión en la EHAD fueron:

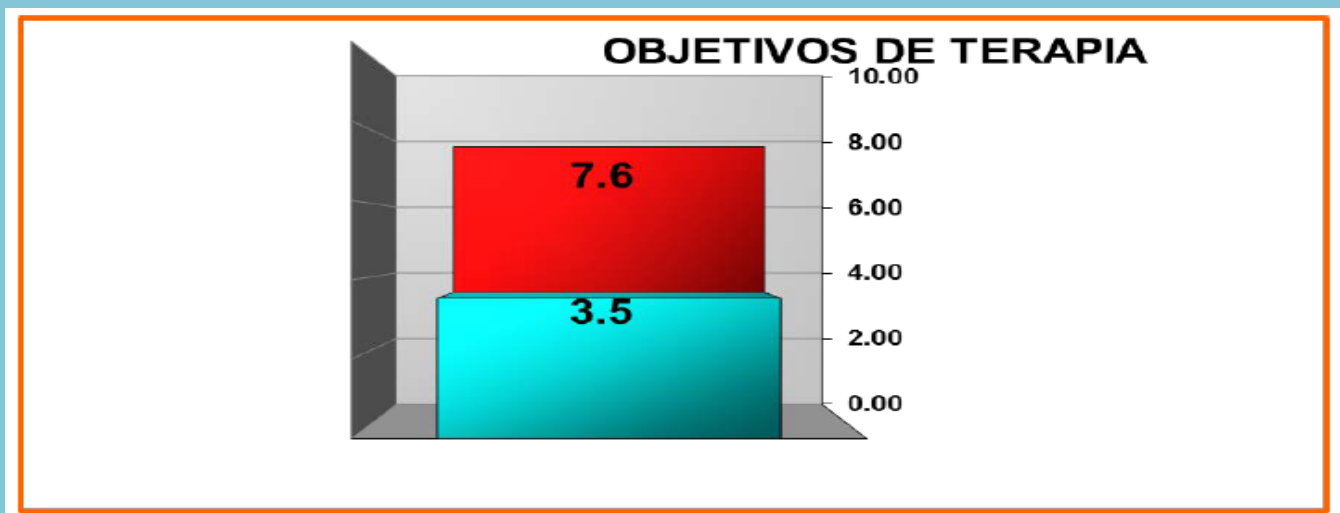
11.12 promedio al inicio de la HFP, esto es, rango de presencia de depresión, disminuyó a 4.24 promedio al final de la HFP, esto es, rango normal de depresión. Obtuvimos diferencia estadística significativa de una razón $t = 5.00$ con $p < 0.05$ 2.06, con una Desviación estándar 35.77 y 25 grados de libertad.



Para la escala del Alcance de Objetivos de la Hipnoterapia Familiar y de Pareja, pedimos que los pacientes planteen sus propios objetivos a lograr con la terapia y los califican en una escala de 10-1; donde 10 es Objetivo Alcanzado y 1 es Objetivo no logrado.

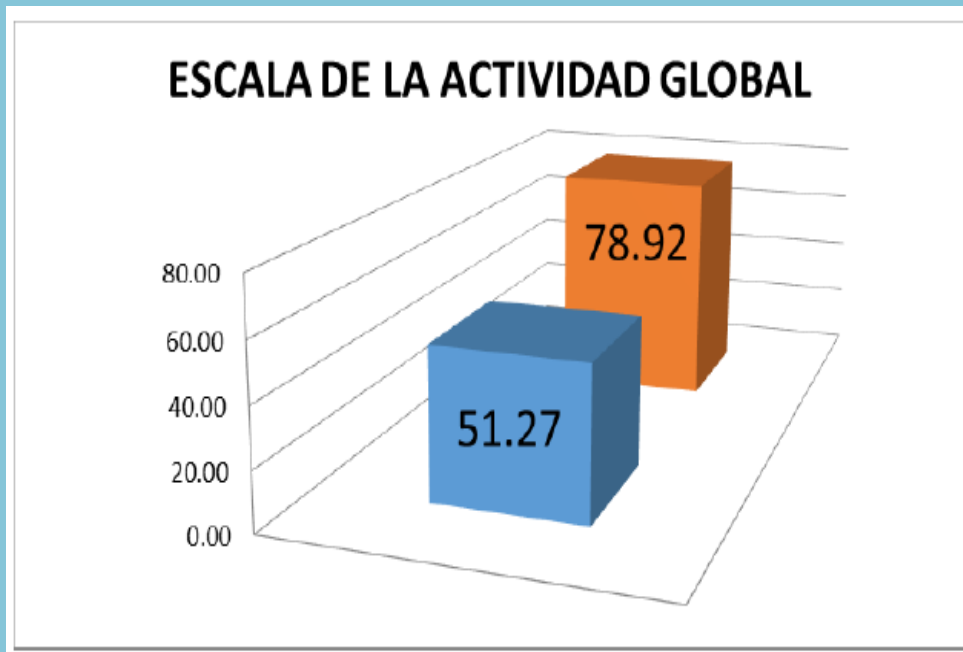
Al inicio de la HFP las familias o parejas calificaron sus objetivos en un promedio de 3.53/10 y al final de la HFP los pacientes calificaron el alcance de sus objetivos en un promedio de 7.60/10.

Obtuvimos diferencia estadística significativa de una razón $t = 5.00$ con $p < 0.05$ 2.06; desviación de estándar 26.69 con 25 grados de libertad.



La Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAR), que se evalúa sobre 100-1, donde 100 es el grado más alto de Evaluación de la Actividad Relacional y 1 es el mínimo de la misma; las familias y parejas al inicio de la HFP fueron calificadas por su terapeuta en un rango promedio de 51.27/100 y al final del tratamiento alcanzaron un promedio de 78.92/100.

Obtuvimos diferencia estadística significativa de una razón $t = 5.00$ con $p < 0.05$ 2.06; desviación de estándar 63.79 con 25 grados de libertad.



CONCLUSIONES Y LIMITACIONES

Como hemos podido observar, las familias y parejas que atendimos reportan mejorías importantes de acuerdo a las escalas de pre-test y post-test que aplicamos.

Se consiguió un 76% del logro de sus objetivos reportado por la propia familia o pareja, esto quiere decir, que al atender familias con esta modalidad, es probable que reporten una mejoría promedio de dicho porcentaje. Los terapeutas percibieron una mejoría del 78.92% de acuerdo a la Escala de Actividad Global, cuestión que nos permite demostrar una interesante congruencia entre lo que percibe el paciente de sus propios resultados conseguidos y los que observa el Hipnoterapeuta de familia o pareja que atendió.

Además, en las 3 escalas que aplicamos diferencia estadística significativa de pre y post test obtuvimos una $p < 0.05$ con una razón t superior a la mínima solicitada por la tabla de razón.

Así mismo, de cada caso contamos además con una descripción cualitativa desarrollada por el terapeuta que atendió a la familia y/o pareja y las sesiones videograbadas.

Se recomienda continuar haciendo este tipo de mediciones, para desarrollar métodos de intervención terapéutica que se basen en la evidencia de resultados.

A lo largo de esta investigación aprendimos cómo las familias y parejas descubrieron sus recursos, desarrollaron habilidades para la vida y las relaciones, importaron recursos y ampliaron sus horizontes sistémicos, con el fin de estabilizar, resolver y desarrollar funcionalidad en una medida significativa. Los resultados nos permiten complementar las visiones descriptiva y cualitativa.

Tuvimos el honor de colaborar con familias y parejas que enfrentaban situaciones de influencia dolorosa del pasado, con duelo patológico, violencia social, de género, sexual, por abandono o negligencia dirigida a población adulta, adolescente e infantil. Estas familias y parejas desarrollaron la habilidad para resolver la influencia del pasado y la prescripción cultural de la fuerza de la costumbre para orientarse a la salud, incluso permitiéndose empeorar en algunos rubros para poder manifestar sus necesidades personales y de desarrollo compartido.

Entre las solicitudes de Hipnoterapia atendimos un rango amplio en el campo de lo somático, desde familias con embarazo normal, un proceso fisiológico en que la consulta fue orientada a controlar dolor durante el trabajo de parto hasta familias con severas patologías físicas como cardiopatía valvular múltiple con falla de

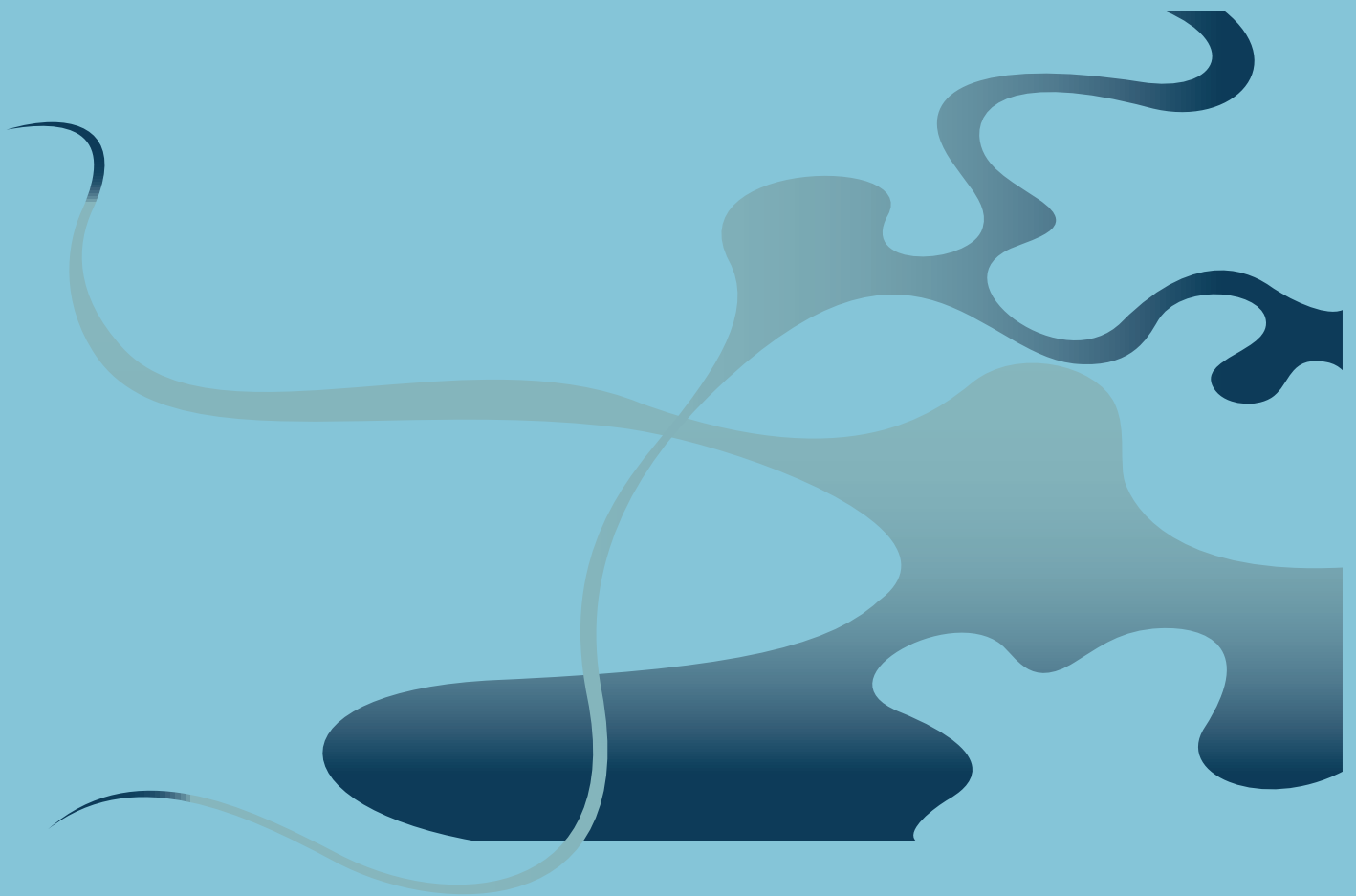
prótesis, cáncer en fase de remisión y ataxia de difícil control y etiología en estudio.

Fuimos testigos de cómo l@s niñ@s y adolescentes se convirtieron en aliados del cambio y con su frescura y naturalidad colaboraron para flexibilizarse y flexibilizar a sus sistemas familiares. La sensibilidad a género nos permitió aprender de la resiliencia de las mujeres solas o sobrecargadas que aportan a sus familias a pesar de la situación social y el atraso en el desarrollo sensible a género que se vive en nuestro país. Fueron nuestras guías serenas capaces de entrar en crisis, fluctuar del cambio al no cambio, y enfocarse para mantener la meta y la ruta con los cambios necesarios para una mejor calidad de vida personal, de pareja y familia. Aprendimos de los hombres que se permitieron cuestionar su cultura patriarcal directa o indirectamente y propender a relaciones equitativas.

Presenciamos cómo las familias aún en las condiciones de años de comportamiento rígido, fueron capaces de hablar y escuchar para comprender su historia y puntos de vista haciendo a un lado las imposiciones y necesidades personales de poder. Las parejas pudieron funcionalizar su sexualidad y dar la bienvenida a un mejor desempeño sensible corporal compartido.

Nos llena de esperanza este trabajo con personas y parejas, miembros de familias que tienen ingresos limitados por la desigualdad severa social y económica que se vive en México, limitaciones en su historia por falta de oportunidades, falta de equidad laboral y carencias de servicios que se enfocaron en mejorar y administrar sus recursos para crecer y hacer crecer por sí mismas sus oportunidades, trabajando por una mejor calidad de vida y un desarrollo colaborativo recíproco. Nos llena de entusiasmo aprender de nuevas generaciones de personas que acuden a tratamiento y nuevas generaciones de colegas

Deseamos terminar este análisis agradeciendo la generosidad de las personas, parejas y familias que nos abrieron su intimidad sensible para permitirnos aprender y redescubrir cibernéticamente el potencial activo llevado a la práctica del día con día, que contradice la historia saturada de violencia e intereses de poder que priva en el mundo. Muchas gracias por hacernos crecer y enfocarnos en estudiar, practicar y servir.



BIBLIOGRAFÍA

- 1) Abia, Jorge; Núñez, Rafael; 2005; 13 Manuales Clínicos de Hipnoterapia Familiar y de Pareja; Editorial de la Sociedad Mexicana de Hipnosis; México.
- 2) Araoz, Daniel; Negley-Parker, Esther; 1988; THE NEW HYPNOSIS IN FAMILY THERAPY; Brunner/Mazel; New York, USA.
- 3) Araoz, Daniel; Negley-Parker, Esther; 1988; THE NEW HYPNOSIS IN FAMILY THERAPY; Brunner/Mazel; New York, USA
- 4) Asociación Americana de Psiquiatría (AAP); Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSMIV)/ Escala de Evaluación de la Actividad Global; Editorial Masson; 1994; Barcelona, España.
- 5) Barber, J.; Adrián, C.; 1982; PSYCHOLOGICAL APPROACHES TO THE MANAGEMENT OF PAIN; Brunner/Mazel; New York, USA.
- 6) Barber, T.X.; 1985; Hypnosuggestive procedures as catalysts for psychotherapies; in S.J. Lynn & J.P. Garske (eds.); CONTEMPORARY PSYCHOTHERAPIES: MODELS AND METHODS; Merrill; Ohio, USA
- 7) Baudouin, C; 1922; SUGGESTION AND AUTOSUGGESTION; Dodd Mead; New York, USA.
- 8) Bloch, Marc; 1961; THE GROWTH OF TIES OF DEPENDANCE; The University of Chicago Press; Phoenix, Books.
- 9) Boszormenyi-Nagy, I.; Spark, G.M.; 1973; INVISIBLE LOYALTIES; Harper & Row; USA.
- 10) Bowen, M.; 1976; Theory in the practice of psychotherapy; en P.J. Guerin (compilador), FAMILY THERAPY: THEORY AND PRACTICE; Gardner Press, Nueva York, pp. 42-90.
- 11) Bowen, M.; 1978; FAMILY THERAPY IN CLINICAL PRACTICE; Jason Aronson; New York, USA.
- 12) Carter, E.; 1978; Transgenerational scripts and nuclear family stress: Theory and Clinical implications; Georgetown Family Symposia: Vol. III, 1975-1976; Ruth Riley Sagar, Ed.; Georgetown University; Washington D. C.; USA.
- 13) Carter, E.; McGoldrick, M. (comps); 1980; THE FAMILY LIFE CYCLE: A FRAMEWORK FOR FAMILY THERAPY; Gardner Press; Nueva York, USA.
- 14) Coolican, Hugh; 2005; Métodos de investigación y estadística en Psicología; Editorial Manual Moderno; México. Propiedad del Instituto Milton H. Erickson de la Cd. de México
Prohibida su reproducción parcial o total sin autorización por escrito del Instituto
ISBN 970-9974-11-4
- 8
- 15) Davy, Georges; 1931; LA FAMILLE ET LA PARENTÉ D'APRÈS DURKHEIM; en "Sociologues d'hier et d'aujourd'hui; Francia.
- 16) De Shazer, S.; 1985; KEYS TO SOLUTION IN BRIEF THERAPY; Norton; New York, USA.
- 17) Diamond, M.J.; 1986; Hypnotically augmented psychotherapy; American Journal of Clinical Hypnosis; Vol. 29, No. 4, pp. 238-247.
- 18) Duvall, Evelyn; 1962; FAMILY DEVELOPMENT, Lippincot; USA, Filadelfia.
- 19) Eden, J; 1974; ANIMAL MAGNETISM AND THE LIFE ENERGY; Exposition Press; New York, USA.
- 20) Engels, F.; 1948; L'ORIGINE DE LA FAMILLE, DE LA PROPIÉTÉ PRIVÉE ET DE L'ÉTAT; A Costes; Francia.
- 21) Framo, J.L.; 1982; EXPLORATION IN MARITAL AND FAMILY THERAPY; Springer; New York, USA.
- 22) Hammond, Corydon; 1988; LEARNING CLINICAL HYPNOSIS: AN EDUCATIONAL RESOURCES COMPENDIUM; The American Society of Clinical Hypnosis; USA.
- 23) Hammond, Corydon; 1995; HYPNOTIC INDUCTION & SUGGESTION: AN INTRODUCTORY MANUAL; The American Society of Clinical Hypnosis; USA.
- 24)Hernández, Roberto; et al; 1991; Metodología de la Investigación; McGraw Hill; Colombia.
- 25) Hill, Reuben; 1964; THE DEVELOPMENTAL APPROACH; en H. CHISTENSEN (edit.), Handbook of Marriage and the Family; Chicago, Rand McNally.
- 26)Kerlinger, Fred; 1991; Investigación del Comportamiento; McGraw Hill; México.
- 27) Levin, Jack; 1990; Fundamentos de Estadística en la Investigación Social; Editorial Harla; México.
- 28) Levinson, D.; 1974; The psychological development of men in early adulthood and the mid-life transition; Artículo Publicado por University of Minnesota Press; USA.
- 29) López.Alvarenga, Juan Carlos; et al; 2002; Exactitud y utilidad del Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD) en una muestra de sujetos obesos mexicanos; Revista de Investigación Clínica; Vol. 54; Num. 5; Septiembre-Octubre 2002; pp. 403-409; México; www.imbiomed.com.mx
- 30) Michel, André; 1991; SOCIOLOGIA DE LA FAMILIA Y DEL MATRIMONIO; Ediciones Península; España.
- 31) Minuchin, S; Fishman, C; 1981; FAMILY THERAPY TECHNIQUES; Harvard University Press; USA.

- 32) Neugarten, B.; 1968; Adult personality toward a psychology of a life cycle; en MIDDLE AGE AND AGING; University of Chicago; USA.
- 33) Núñez, Rafael; 2002; Hipnoludetapia Familiar; Tesis para obtener el Master in Family Therapy; Universidad de las Américas (DF).
- 34) O'Hanlon, William; Weiner-Davis, M; 1993; EN BUSCA DE SOLUCIONES; Paidós; España.
- 35) Pratt, G.J.; Wood, D.P.; Alman, B.M.; 1984; A CLINICAL HYPNOSIS PRIMER; Psychology and Consulting Associates Press; California, USA.
- 36) Rittnerman, M; 1983; USING HYPNOSIS IN FAMILY THERAPY; Jossey-Bass; San Francisco, USA.
- 37) Siegel, Sidney; 1988; Estadística no paramétrica; Trillas; México.
- 38) Velasco Campos, María Luisa; Luna Portilla, María del Rocío; 2006; Instrumentos de Evaluación en Terapia Familiar y de Pareja; Editorial Pax; México.
- 39) Webster's; 1986; Dictionary; Rosetta Edition; Inglaterra.
- 40) Yamane, Taro; 1990; Estadística; Editorial Harla; México.
- 41) Zeig, J.K.; 1980; A TEACHING SEMINAR WITH MILTON H. ERICKSON; Nueva York, USA.
- 42) Zigmond AS; Snaith RP; 1983; The Hospital Anxiety and Depression Scale; Acta Psychiatric Scand; Vol 67; pp. 361-370; Suecia.

AGRADECIMIENTOS A L@S ALUMN@S DEL DIPLOMADO, HIPNOTERAPEUTAS:

ALVAREZ GONZALEZ IRMA ALEJANDRA
CABRERA RUIZ SUSANA
COMTE VILLALOBOS MARIA ELENA
CUEVAS CAMACHO MARIA DE LOURDES
ESPARZA SANTOS ERICK ALFREDO
ESQUIVEL REYNA MA. TERESA ARACELI
GARCÍA TORREBLANCA PADILLA EDGARDO GAMALIEL
GARCIA VAZQUEZ GUADALUPE MAGDALENA
GRIMALDI BERNAL CLAUDIA
GUERRERO BAEZ ZERET JAHAZIEL
GUERRERO QUEZADA MARIA LUCÍA
GUZMAN MENDEZ SILVIA VERONICA
HERNÁNDEZ ÁVILA RICARDO ARTURO
HERRERA ZÚÑIGA KARINA
JIMENEZ ZÚÑIGA MARIA DEL ROCÍO
MARTINEZ GUZMAN EDELMIRA
MARTINEZ OJEDA ROCIO DEL CARMEN
MICHAUS MELENDEZ DAISY MARCELA
PADILLA AMADOR MARTHA ESTHELA
PADILLA DIAZ TERESA
REYES CERVANTES CLAUDIA IVETTE
REYES OLGUIN IRAHAM ARACELY
REYNOSO TALAMANTES ELIZABETH DEL CARMEN
VALVERDE CEDILLO MARIA AMPARO
VANEGAS CALZADA LIDIA

PONENTES:

RAFAEL NÚÑEZ ORTIZ
JORGE LUIS ABIA GUERRERO
VIOLETA ALEJANDRINA PEREZ BALDERAS
FELIPE CRUZ ROSETE



HIPNOTERAPIA FAMILIAR Y DE PAREJA

AUTORES: MTRO. RAFAEL NÚÑEZ ORTIZ Y MTRO. JORGE LUIS ABIA GUERRERO

RESULTADOS DE TRATAMIENTO DE 23 FAMILIAS QUE RECIBIERON ENTRE 10 SESIONES PROMEDIO DE HIPNOTERAPIA FAMILIAR, EN NUESTRA SEDE DE TUXTLA GUTIÉRREZ, CHIAPAS, MEXICO, AÑO 2016-2017.

CURRÍCULUM DE LOS AUTORES.

MTRO. RAFAEL NÚÑEZ ORTIZ: Lic. Relaciones Industriales; Post-grado Psicología Clínica; Mtro. en Terapia Familiar; Training en Hipnoterapia Ericksoniana Estratégica por la Milton H. Erickson Foundation; Co-Director del Instituto Milton H. Erickson de la Cd. de México, de Chiapas y de San Juan de Puerto Rico. Co-Director del Centro de Estudios Superiores de Hipnosis Clínica; Responsable Académico de Diplomados en Hipnoterapia en la UNAM FES Iztacala Extensión Universitaria; Co-Presidente de la Sociedad Mexicana de Hipnosis.

MTRO. JORGE LUIS ABIA GUERRERO: Médico Cirujano; Especialidad en Medicina Interna; Mtro. en Terapia Familiar; Training en Hipnoterapia Ericksoniana Estratégica por la Milton H. Erickson Foundation; Co-Director del Instituto Milton H. Erickson de la Cd. de México, de Chiapas y de San Juan de Puerto Rico. Co-Director del Centro de Estudios Superiores de Hipnosis Clínica; Responsable Académico de Diplomados en Hipnoterapia en la UNAM FES Iztacala Extensión Universitaria; Co-Presidente de la Sociedad Mexicana de Hipnosis.

ABSTRACT EN ESPAÑOL:

Dentro del Diplomado en Hipnoterapia Familiar y de Pareja Ericksoniana Estratégica, avalado por la Universidad Nacional Autónoma de México, FES Iztacala, Extensión Universitaria, impartido por el Instituto Milton H. Erickson de la Cd. de México, alumnos supervisados, atendieron familias en la Clínica Subvencionada de Hipnoterapia. Obtuvimos resultados importantes de mejoría aplicando varias técnicas de hipnoterapia y recabando los resultados con pruebas de pre y post test.

ENGLISH ABSTRACT:

In the Post-Graduate Program of Ericksonian Strategic Family and Couple Hypnotherapy, acknowledged by the National Autonomous University of Mexico (UNAM), with 10 average sessions of 1 hr. each one, this treatment was applied to families, by post graduate students under supervision at the Low Fee Hypnotherapy Clinic. We obtained very good results applying different hypnotic techniques. Results were measured through pre and post tests with $p < 0.05$ for statistical significance.

ANTECEDENTES



Esta investigación fue llevada a cabo por los Responsables Académicos del Diplomado y alumn@s de postgrado. Con el fin de medir los resultados que obtenemos al aplicar las Propiedad del Instituto Milton H. Erickson de la Cd. de México Prohibida su reproducción parcial o total sin autorización por escrito del Instituto ISBN 970-9974-11-42

técnicas hipnoterapéuticas. Nos dimos a la tarea de aplicar de manera imparcial pre-tests y post-tests que nos permitieran conocer el grado de mejoría o no, que pudieran lograr o no los pacientes que recibieron atención como parte de la formación de nuestros alumnos.

METODOLOGÍA



A cada alumno del diplomado le pedimos que ofreciera los servicios de la Clínica Subvencionada de Hipnoterapia (de Bajo Costo) a una familia o pareja, con el fin de que cada uno atendiera a una familia o pareja y así supervisar su desempeño. Como prioridad ética tenemos el bienestar del paciente y supeditado a ello el desarrollo de las competencias del alumno.

Se les ofreció a las familias o pareja atenderlas un total de 10 sesiones, una sesión cada semana o cada dos semanas, con una duración de 1 hora cada sesión. Todas las sesiones fueron videograbadas y supervisadas con los profesores del diplomado. Se aplicaron Pre y Post-tests de las siguientes escalas para medir los resultados de manera objetiva: la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (Zigmond, et al, 1983; López, 2002);

la Escala de la Actividad Relacional (AAP, 1994); Escala de Evaluación de Alcance de Objetivos de la Hipnoterapia. Y se aplicó Diferencia Estadística Significativa para muestras reducidas (Levin, 1990). Estos pacientes fueron atendidos dentro del Diplomado que dio inicio el 17 de Junio de 2016 y terminó el 20 de Mayo de 2017.



se ofreció Hipnoterapia Familiar y de Pareja (HFP) a familias y/o parejas con distintas condiciones, tales como: violencia intrafamiliar; adicciones; dificultades de manejo de jerarquías; bajo aprovechamiento escolar y dificultades de resolución de conflicto. Aunque se ofrecen originalmente 10 sesiones, de 1 hora cada una, cada semana o cada dos semanas, esto puede variar según las necesidades de cada familia o pareja. Se aplicaron Pre y Post-tests de las siguientes escalas para medir los resultados de manera objetiva: la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (Zigmond, et al, 1983; López, 2002); la Escala de la Actividad Relacional (AAP, 1994); Escala de Evaluación de Alcance de Objetivos de la Hipnoterapia. Y se aplicó Diferencia Estadística Significativa para muestras reducidas (Levin, 1990). Todas las sesiones fueron videogradas, algunas fueron supervisadas en vivo por el Ponente- Supervisor.

RESULTADOS



En cuanto al número de sesiones, tomando en cuenta que se ofrecieron 10 sesiones dentro del protocolo, en promedio recibieron 10 sesiones 16 familias y 7 parejas. En total se dieron 230 sesiones subvencionadas (de bajo costo) de Hipnoterapia Familiar y de Pareja.

En total atendimos 16 familias y 7 parejas; compuestas por 52 pacientes en total; de los cuales fueron 8 infantes, 5 adolescentes y 39 adultos; participaron 30 mujeres y 22 hombres. El máximo de miembros asistentes a sesión de una familia fue de 4 y el mínimo fue de 2.

La edad promedio fue de 33 años de edad; siendo la mínima de 11 meses y la máxima de 66 años de edad.

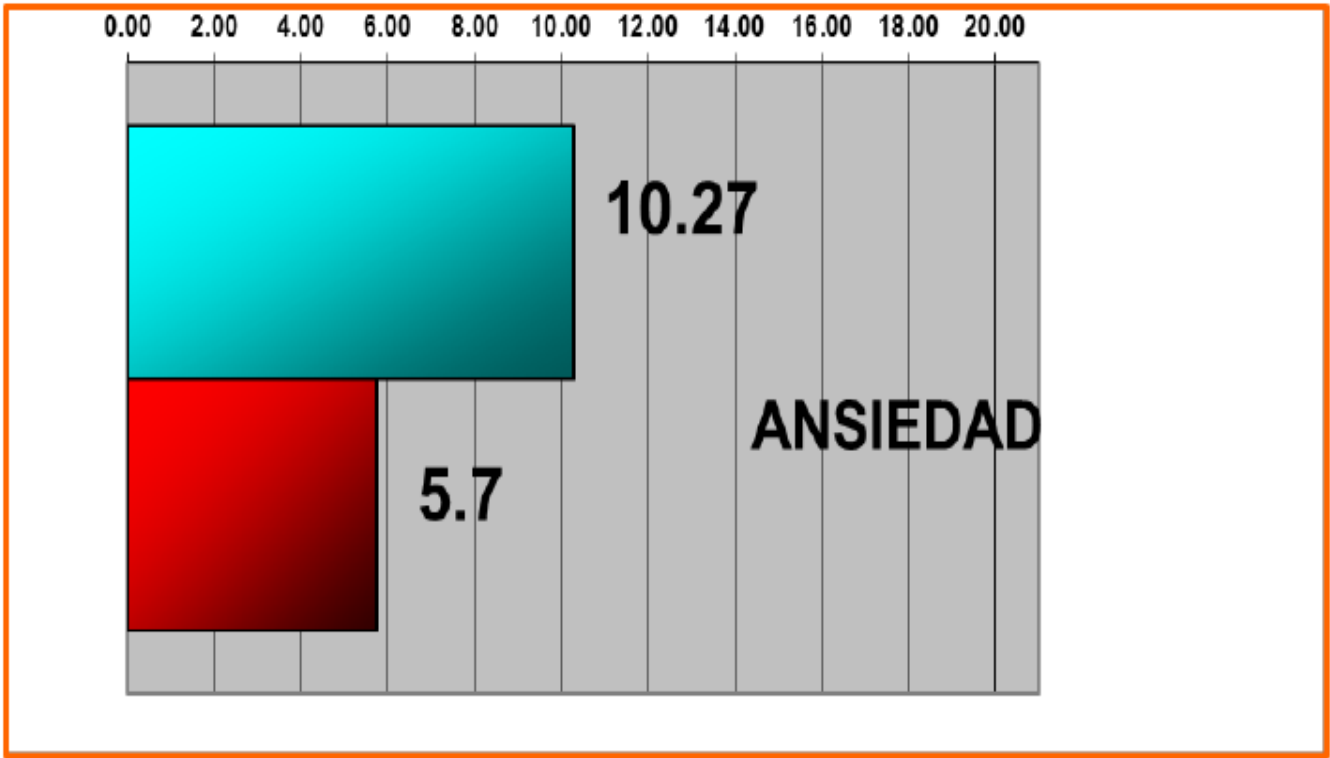
Se atendieron a las familias y parejas por los siguientes diagnósticos:

ALCOHOLISMO
BRONQUITIS CRÓNICA
CARDIOPATÍA
COLON IRRITABLE
CEFALEA TENSIONAL
DIABETES MELLITUS
DISFASIA DEL DESARROLLO
DISFUNCIONES SEXUALES ERÉCTIL, ORGÁSMICA Y POR DISPAREUNIA
DUELO PATOLÓGICO
HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA
LINFOMA NO HODGKIN EN PERSONA CON VIH SIDA
OBESIDAD
PROBLEMAS RELATIVOS AL GRUPO PRIMARIO DE APOYO: ABANDONO, MALTRATO
INFANTIL, PROBLEMAS ECONÓMICOS, VIOLENCIA DE GÉNERO, VIOLENCIA ECONÓMICA,
VIOLENCIA EMOCIONAL, VIOLENCIA FAMILIAR, VIOLENCIA SOCIAL
PROBLEMAS PSICOSOCIALES Y AMBIENTALES
RASGOS DE TRASTORNO NARCISISTA DE LA PERSONALIDAD
TABAQUISMO

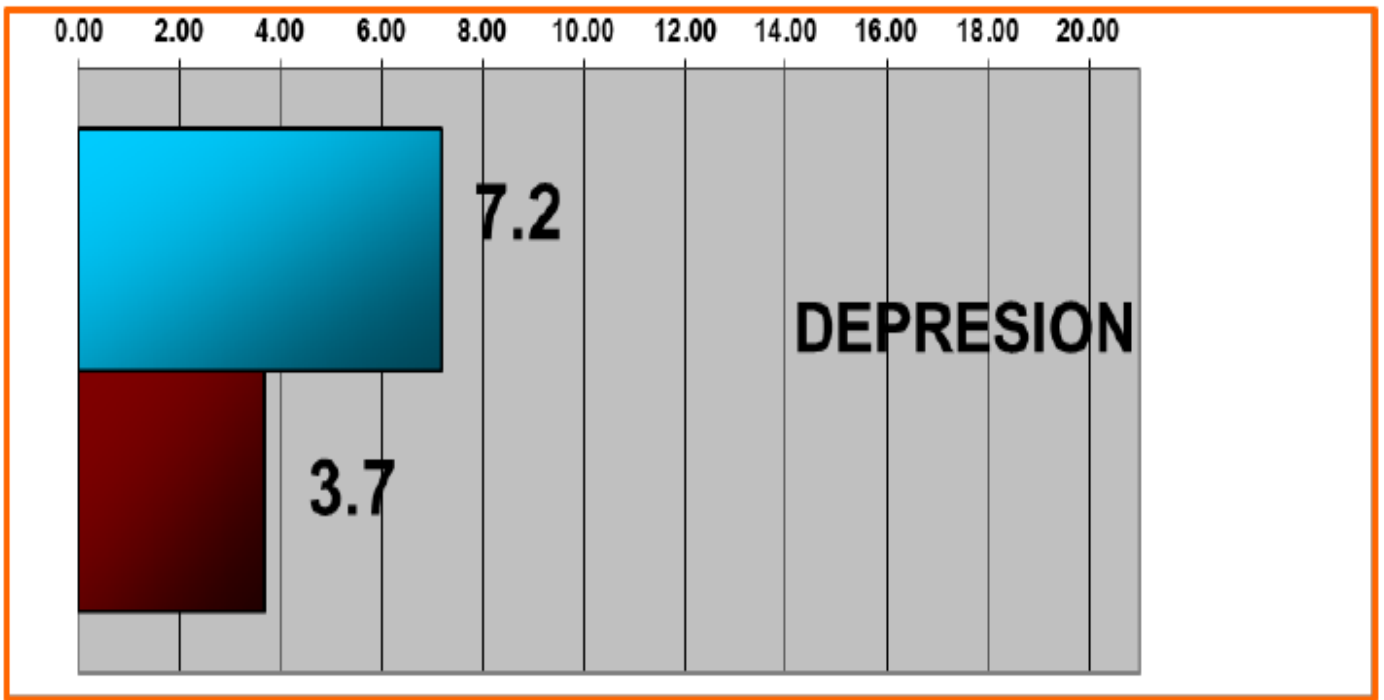
TRASTORNO DE ANSIEDAD INDUCIDO POR SUSTANCIAS: COCAÍNA
TRASTORNO ADAPTATIVO AGUDO
TRASTORNO DE ANSIEDAD RELACIONADO A ENFERMEDAD MÉDICA
TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA
TRASTORNO DE CONDUCTA
TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO
TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD POR DEPENDENCIA
TRASTORNO DEL ESTADO DE ÁNIMO: DEPRESIÓN MAYOR
TRASTORNO DEL ESTADO DE ÁNIMO: DISTIMIA
TRASTORNO DEL SUEÑO: INSOMNIO
TRASTORNO EXPLOSIVO INTERMITENTE
TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD
TRASTORNO NEGATIVISTA OPOSICIONISTA DESAFIANTE
TRASTORNO POR ESTRÉS AGUDO
TRASTORNO POR CONSUMO DE COCAÍNA
TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN
TRASTORNO REACTIVO DE LA VINCULACIÓN DE LA INFANCIA Y NIÑEZ
VIH PORTADOR EN TRATAMIENTO

Para la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (EHAD), se manejan rangos de: 0-7 normal, 8-10 probable ansiedad o depresión, 11-21 presencia de ansiedad o depresión

Los resultados promedio que obtuvimos en la EHAD fueron, en ansiedad: 10.27 promedio al inicio de la Hipnoterapia Familiar y de Pareja (HFP), esto es, presencia de ansiedad. Al final el promedio fue 5.74, esto es, ansiedad normal. Obtuvimos diferencia estadística significativa con una razón $t = 2.07$ con $p < 0.05$ de 2.06, Desviación estándar de 4.47 con 22 grados de libertad.



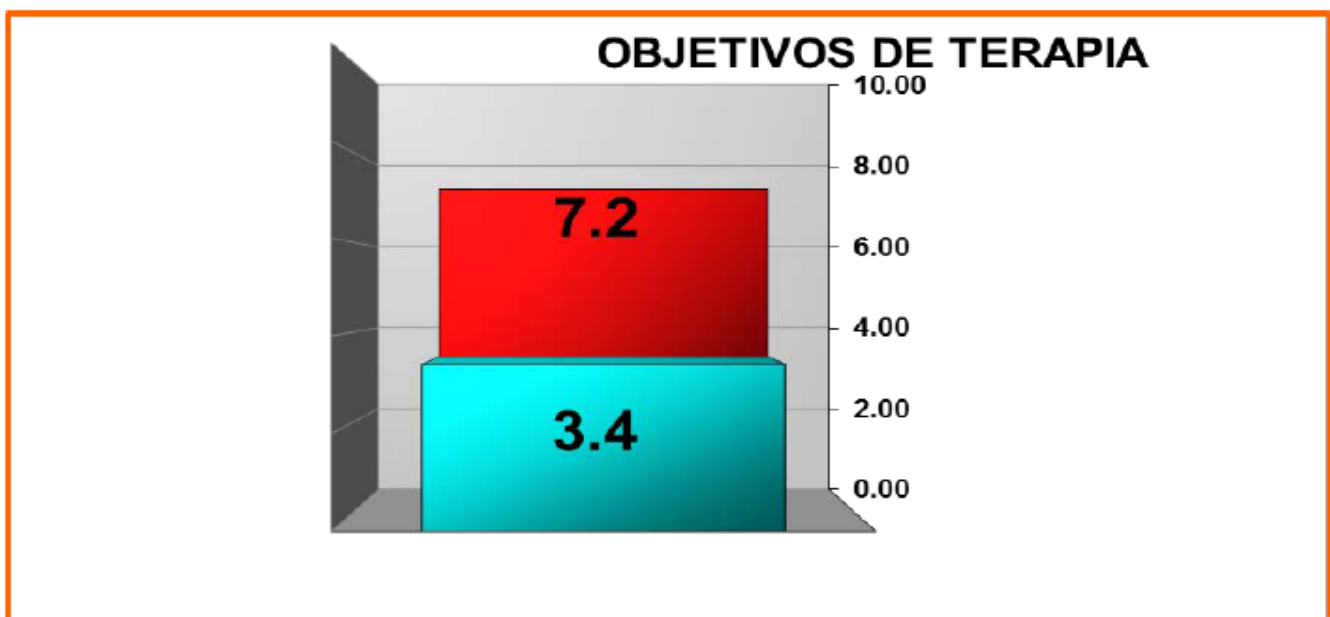
Los resultados promedio que obtuvimos de Depresión en la EHAD fueron: 7.20 promedio al inicio de la HFP, esto es, rango normal de depresión, disminuyó a 3.67 promedio al final de la HFP, esto es, rango normal de depresión. Obtuvimos diferencia estadística significativa de una razón $t = 2.07$ con $p < 0.05$ 2.06, con una Desviación estándar 4.47 y 22 grados de libertad.



Para la escala del Alcance de Objetivos de la Hipnoterapia Familiar y de Pareja, pedimos que los pacientes planteen sus propios objetivos a lograr con la terapia y los califican en una escala de 10-1; donde 10 es Objetivo Alcanzado y 1 es Objetivo no logrado.

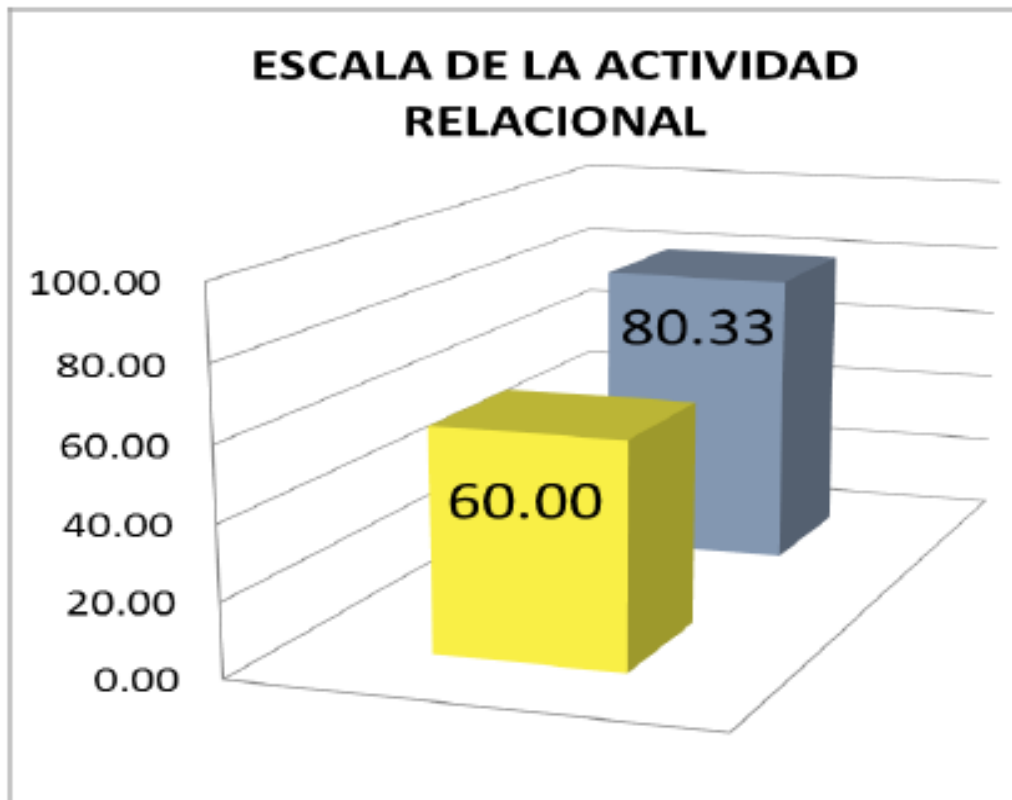
Al inicio de la HFP las familias o parejas calificaron sus objetivos en un promedio de 3.43/10 y al final de la HFP los pacientes calificaron el alcance de sus objetivos en un promedio de 7.20/10.

Obtuvimos diferencia estadística significativa de una razón $t = 2.07$ con $p < 0.05$ 2.06; desviación de estándar 4.47 con 22 grados de libertad.



La Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAR), que se evalúa sobre 100-1, donde 100 es el grado más alto de Evaluación de la Actividad Relacional y 1 es el mínimo de la misma; las familias y parejas al inicio de la HFP fueron calificadas por su terapeuta en un rango promedio de 60.27/100 y al final del tratamiento alcanzaron un promedio de 80.33/100.

Obtuvimos diferencia estadística significativa de una razón $t = 2.07$ con $p < 0.05$ 2.06; desviación de estándar 4.47 con 22 grados de libertad.



CONCLUSIONES Y LIMITACIONES

Como hemos podido observar, las familias y parejas que atendimos reportan mejorías importantes de acuerdo a las escalas de pre-test y post-test que aplicamos.

Se consiguió un 72% del logro de sus objetivos reportado por la propia familia o pareja, esto quiere decir, que al atender familias con esta modalidad, es probable que reporten una mejoría promedio de dicho porcentaje. Los terapeutas percibieron una mejoría del 80.33% de acuerdo a la Escala de Actividad Relacional, cuestión que nos permite demostrar una interesante aproximación entre lo que perciben l@s pacientes de sus propios resultados sistémicos, conseguidos y los que observa el Hipnoterapeuta de familia o pareja que atendió, evaluando desde una perspectiva quizá más amplia, que explicaría la diferencia de 8%.

Además, en las 3 escalas que aplicamos diferencia estadística significativa de pre y post test obtuvimos una $p < 0.05$ con una razón t superior a la mínima solicitada por la tabla de razón. Así mismo, de cada caso contamos además con una descripción cualitativa desarrollada por el terapeuta que atendió a la familia y/o pareja y las sesiones videograbadas.

Se recomienda continuar haciendo este tipo de mediciones, para desarrollar métodos de intervención terapéutica que se basen en la evidencia de resultados.

A lo largo de esta investigación aprendimos cómo las familias y parejas descubrieron sus recursos, desarrollaron habilidades para estabilizarse, identificar conflictos en sus relaciones y orientarse a resolverlos. Las familias y parejas importaron recursos y ampliaron sus horizontes sistémicos, resolviendo violencia, triangulaciones y coaliciones, para desarrollar funcionalidad en una medida significativa. Los resultados nos permiten complementar las perspectivas: descriptiva, cualitativa, sistémica y cibernética con evidencia de cambio en la comunicación desde una perspectiva pragmática y cambio también en el nivel interaccional sistémico.

Tuvimos el honor de colaborar con familias y parejas que enfrentaban situaciones de influencia dolorosa del pasado, con duelo patológico, violencia social, de género, por abandono o negligencia y sexual, dirigida a población adulta, adolescente e infantil. Estas familias y parejas desarrollaron la habilidad para resolver la influencia del pasado y la prescripción cultural de la fuerza de la violencia para orientarse a la salud,

Fuimos testigos de cómo l@s niñ@s y adolescentes se convirtieron en aliados del cambio y con su frescura y naturalidad colaboraron para flexibilizarse y flexibilizar a sus sistemas familiares. La sensibilidad a género y a la diversidad sexual, nos permitió aprender de la resiliencia de mujeres solas o sobrecargadas que aportan a sus familias a pesar de la situación social y el atraso en el desarrollo sensible a género que se vive en nuestro país. También aprendimos a comprender el abordaje a parejas del mismo género y su potencial de resiliencia, que incrementó nuestro aprendizaje.

Las familias fueron nuestras guías serenas capaces de entrar en crisis, fluctuar del cambio al no cambio, y enfocarse para mantener la meta y la ruta con los cambios necesarios para una mejor calidad de vida personal, de pareja y familia. Aprendimos de los hombres que se permitieron cuestionar su cultura patriarcal directa o indirectamente y propender a relaciones equitativas.

Presenciamos cómo las familias fueron capaces de comprender su entorno y resolver conflictos haciendo a un lado las necesidades personales de poder. Las parejas pudieron funcionalizar su sexualidad y dar la bienvenida a un mejor desempeño sensible corporal compartido.

Acompañamos a familias que tienen ingresos limitados por la desigualdad severa social y económica que se vive en México, limitaciones en su historia por falta de oportunidades, falta de equidad laboral y carencias de servicios que se enfocaron en mejorar y administrar sus recursos para crecer y hacer crecer por si mismas sus oportunidades, trabajando por una mejor calidad de vida y un desarrollo colaborativo recíproco. Fuimos testigos de la advertencia de parejas y familias acerca de la necesidad de completar su tratamiento, en el contexto poco usual en general pero muy evidente en el grupo de familias y parejas estudiadas, de cómo las familias fueron usando recursos propios, claramente observables que no habían advertido

antes, o no habían empleado para resolver las disfunciones motivo de consulta, de una manera más evidente que la usual, y quizá en relación con aspectos culturales regionales relacionado con modos culturales de resolución de conflicto.

Aprendimos con la hipnoterapia de familias con solicitudes de terapia poco usuales, propias de las familias emergentes en el siglo XXI que hicieron cambios mejores de lo esperados convencionalmente y que nos fueron dejando claros los aspectos no resueltos que había que abordar en el proceso hipnoterapéutico. Así mismo vimos familias y parejas consciente de la necesidad de dar seguimiento y observación a corto, mediano y largo plazo, para abrir las opciones de otros procesos complementarios de Hipnoterapia Ericksoniana Estratégica

Desde la perspectiva comunicacional e interaccional sistémica, las familias se funcionalizaron usando su propio esfuerzo y recursos desde la mente inconsciente familiar. Las áreas con cambios más evidentes en el grupo de familias y parejas fueron:

1. Suspensión de la violencia
2. Disminución de la actividad doble vincular
3. Definición de límites
4. Mejoría de organización con claridad de normas familiares
5. Redistribución del poder con jerarquías funcionales y reasignación o funcionalización de roles en la familia nuclear
6. Fortalecimiento de Alianzas
7. Solución de Coaliciones
8. Control de circuitos de interacción conductual disfuncional
9. Mejoría del ejercicio de la sexualidad en pareja
10. Control de Hábitos, incluyendo un caso moderación significativa de ingesta alcohólica. Planteada como objetivo al inicio de la hipnoterapia de esa familia

Las áreas que más dificultad tuvieron en cuanto a cambios, fueron:

1. Economía
2. Vivienda
3. Plan de Vida

Deseamos terminar este análisis agradeciendo la generosidad de las personas, parejas y familias que nos abrieron su intimidad sensible para permitirnos aprender y redescubrir cibernéticamente el potencial activo llevado a la práctica del día con día, que contradice la historia saturada de violencia e intereses de poder que priva en el mundo. Muchas gracias por hacernos crecer y enfocarnos en estudiar, practicar y servir.

BIBLIOGRAFÍA

- 1) Abia, Jorge; Núñez, Rafael; 2005; 13 Manuales Clínicos de Hipnoterapia Familiar y de Pareja; Editorial de la Sociedad Mexicana de Hipnosis; México.
- 2) Araoz, Daniel; Negley-Parker, Esther; 1988; THE NEW HYPNOSIS IN FAMILY THERAPY; Brunner/Mazel; New York, USA.
- 3) Araoz, Daniel; Negley-Parker, Esther; 1988; THE NEW HYPNOSIS IN FAMILY THERAPY; Brunner/Mazel; New York, USA
- 4) Asociación Americana de Psiquiatría (AAP); Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSMIV)/Escala de Evaluación de la Actividad Global; Editorial Masson; 1994; Barcelona, España.
- 5) Barber, J.; Adrián, C.; 1982; PSYCHOLOGICAL APPROACHES TO THE MANAGEMENT OF PAIN; Brunner/Mazel; New York, USA.
- 6) Barber, T.X.; 1985; Hypnosuggestive procedures as catalysts for psychotherapies; in S.J. Lynn & J.P. Garske (eds.); CONTEMPORARY PSYCHOTHERAPIES: MODELS AND METHODS; Merrill; Ohio, USA
- 7) Baudouin, C; 1922; SUGGESTION AND AUTOSUGGESTION; Dodd Mead; New York, USA.
- 8) Bloch, Marc; 1961; THE GROWTH OF TIES OF DEPENDANCE; The University of Chicago Press; Phoenix, Books.
- 9) Boszormenyi-Nagy, I.; Spark, G.M.; 1973; INVISIBLE LOYALTIES; Harper & Row; USA.
- 10) Bowen, M.; 1976; Theory in the practice of psychotherapy; en P.J. Guerin (compilador), FAMILY THERAPY: THEORY AND PRACTICE; Gardner Press, Nueva York, pp. 42-90.
- 11) Bowen, M.; 1978; FAMILY THERAPY IN CLINICAL PRACTICE; Jason Aronson; New York, USA.
- 12) Carter, E.; 1978; Transgenerational scripts and nuclear family stress: Theory and Clinical implications; Geortown Family Symposia: Vol. III, 1975-1976; Ruth Riley Sagar, Ed.; Geortown University; Washington D. C.; USA.
- 13) Carter, E.; McGoldrick, M. (comps); 1980; THE FAMILY LIFE CYCLE: A FRAMEWORK FOR FAMILY THERAPY; Gardner Press; Nueva York, USA.
- 14) Coolican, Hugh; 2005; Métodos de investigación y estadística en Psicología; Editorial Manual Moderno; México.
- 15) Davy, Georges; 1931; LA FAMILLE ET LA PARENTÉ D'APRÈS DURKHEIM; en "Sociologues d'hier et d'aujourd'hui; Francia.
- 16) De Shazer, S.; 1985; KEYS TO SOLUTION IN BRIEF THERAPY; Norton; New York, USA.
- 17) Diamond, M.J.; 1986; Hypnotically augmented psychotherapy; American Journal of Clinical Hypnosis; Vol. 29, No. 4, pp. 238-247.
- 18) Duvall, Evelyn; 1962; FAMILY DEVELOPMENT, Lippincot; USA, Filadelfia.
- 19) Eden, J; 1974; ANIMAL MAGNETISM AND THE LIFE ENERGY; Exposition Press; New York, USA.
- 20) Engels, F.; 1948; L'ORIGINE DE LA FAMILLE, DE LA PROPIÉTÉ PRIVÉE ET DE L'ÉTAT; A Costes; Francia.
- 21) Framo, J.L.; 1982; EXPLORATION IN MARITAL AND FAMILY THERAPY; Springer; New York, USA.
- 22) Hammond, Corydon; 1988; LEARNING CLINICAL HYPNOSIS: AN EDUCATIONAL RESOURCES COMPENDIUM; The American Society of Clinical Hypnosis; USA. 23) Hammond, Corydon; 1995; HYPNOTIC INDUCTION & SUGGESTION: AN INTRODUCTORY MANUAL; The American Society of Clinical Hypnosis; USA.
- 24)Hernández, Roberto; et al; 1991; Metodología de la Investigación; McGraw Hill; Colombia.

- 25) Hill, Reuben; 1964; THE DEVELOPMENTAL APPROACH; en H. CHISTENSEN (edit.), Handbook of Marriage and the Family; Chicago, Rand McNally.
- 26) Kerlinger, Fred; 1991; Investigación del Comportamiento; McGraw Hill; México.
- 27) Levin, Jack; 1990; Fundamentos de Estadística en la Investigación Social; Editorial Harla; México.
- 28) Levinson, D.; 1974; The psychological development of men in early adulthood and the mid-life transition; Artículo Publicado por University of Minnesota Press; USA.
- 29) López-Alvarenga, Juan Carlos; et al; 2002; Exactitud y utilidad del Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD) en una muestra de sujetos obesos mexicanos; Revista de Investigación Clínica; Vol. 54; Num. 5; Septiembre-Octubre 2002; pp. 403-409; México; www.imbiomed.com.mx
- 30) Michel, André; 1991; SOCIOLOGIA DE LA FAMILIA Y DEL MATRIMONIO; Ediciones Península; España.
- 31) Minuchin, S; Fishman, C; 1981; FAMILY THERAPY TECHNIQUES; Harvard University Press; USA.
- 32) Neugarten, B.; 1968; Adult personality toward a psychology of a life cycle; en MIDDLE AGE AND AGING; University of Chicago; USA.
- 33) Núñez, Rafael; 2002; Hipnoterapia Familiar; Tesis para obtener el Master in Family Therapy; Universidad de las Américas (DF).
- 34) O'Hanlon, William; Weiner-Davis, M; 1993; EN BUSCA DE SOLUCIONES; Paidós; España.
- 35) Pratt, G.J.; Wood, D.P.; Alman, B.M.; 1984; A CLINICAL HYPNOSIS PRIMER; Psychology and Consulting Associates Press; California, USA.
- 36) Rittnerman, M; 1983; USING HYPNOSIS IN FAMILY THERAPY; Jossey-Bass; San Francisco, USA.
- 37) Siegel, Sidney; 1988; Estadística no paramétrica; Trillas; México.
- 38) Velasco Campos, María Luisa; Luna Portilla, María del Rocío; 2006; Instrumentos de Evaluación en Terapia Familiar y de Pareja; Editorial Pax; México.
- 39) Webster's; 1986; Dictionary; Rosetta Edition; Inglaterra.
- 40) Yamane, Taro; 1990; Estadística; Editorial Harla; México.
- 41) Zeig, J.K.; 1980; A TEACHING SEMINAR WITH MILTON H. ERICKSON; Nueva York, USA.
- 42) Zigmond AS; Snaith RP; 1983; The Hospital Anxiety and Depression Scale; Acta Psychiatrica Scand; Vol 67; pp. 361-370; Suecia.

AGRADECIMIENTOS A L@S ALUMN@S DEL DIPLOMADO, HIPNOTERAPEUTAS:

ALFARO CASTELLANOS MARÍA TERESA
ARAUJO SALAZAR DUBY
BEJAR ZAVALA YUNUÉN
COURCELLE GUTIÉRREZ ARCELIA MONSERRAT
DAVISON HERNÁNDEZ MARÍA DEL CARMEN
FERNÁNDEZ URBINA MARINA EMMA
GUTIÉRREZ COUTIÑO LIZBETH HURI
HERRERA SANGUINO DANIEL
JUÁREZ LÓPEZ LETICIA
LECONA DE PAZ MARCELINO
LÓPEZ AGUILAR MARÍA EUGENIA
LÓPEZ FLORES LUCÍA DE JESÚS
LÓPEZ GÓMEZ LUZMEN
MENA LÓPEZ RICARDO
MOLINA PÉREZ REYNA JOAQUINA
MORALES PÉREZ ADRIANA GUADALUPE
NÚÑEZ AGUILAR RICARDO RAMOS
PALACIOS RAMÍREZ LUCÍA GUADALUPE
RAMÍREZ LÓPEZ MARÍA EUGENIA
RUÍZ PÉREZ IRENE DE JESÚS
RUÍZ PÉREZ MARÍA DE LOURDES
SÁNCHEZ NÁJERA CLAUDIA ITZEL
SANTILLÁN FARRERA MARCO ANTONIO

PONENTES:

RAFAEL NÚÑEZ ORTIZ
JORGE LUIS ABIA GUERRERO
ITZIAR DEL ROCÍO AGUILAR ROCHA
FELIPE CRUZ ROSETE
VIOLETA ALEJANDRINA PEREZ BALDERAS

HIPNOTERAPIA ERICKSONIANA ESTRATÉGICA

INDIVIDUAL PARA
ADULTOS

RESULTADOS DE TRATAMIENTO DE 9 PACIENTES QUE RECIBIERON 10 SESIONES INDIVIDUALES DE HIPNOTERAPIA EN EL DIPLOMADO 2016-2017 EN LA SEDE DEL VALLE, CIUDAD DE MÉXICO

AUTORES

DR. JORGE LUIS ABIA GUERRERO: Médico Cirujano; Especialidad en Medicina Interna; Mtro. en Terapia Familiar; Training en Hipnoterapia Ericksoniana Estratégica por la Milton H. Erickson Foundation; Co-Director del Instituto Milton H. Erickson de la Cd. de México, de Chiapas y de San Juan de Puerto Rico. Co-Director del Centro de Estudios Superiores de Hipnosis Clínica; Responsable Académico de Diplomados en Hipnoterapia en la UNAM FES Iztacala Extensión Universitaria; Co-Presidente de la Sociedad Mexicana de Hipnosis.

MTRO. RAFAEL NÚÑEZ ORTIZ: Lic. Relaciones Industriales; Post-grado Psicología Clínica; Mtro. en Terapia Familiar; Training en Hipnoterapia Ericksoniana Estratégica por la Milton H. Erickson Foundation; Co-Director del Instituto Milton H. Erickson de la Cd. de México, de Chiapas y de San Juan de Puerto Rico. Co-Director del Centro de Estudios Superiores de Hipnosis Clínica; Responsable Académico de Diplomados en Hipnoterapia en la UNAM FES Iztacala Extensión Universitaria; Co-Presidente de la Sociedad Mexicana de Hipnosis.

ABSTRACT EN ESPAÑOL:

Dentro del Diplomado en Hipnoterapia Ericksoniana Estratégica Grupal, avalado por la Universidad Nacional Autónoma de México, FES Iztacala, Extensión Universitaria; impartido por el Instituto Milton H. Erickson de la Cd. de México, alumn@s supervisados, atendieron pacientes, distribuidos en grupos en la Clínica de Hipnoterapia de Bajo Costo de nuestro Instituto. Obtuvimos resultados importantes de mejoría aplicando varias técnicas de hipnoterapia y recabando los resultados con pruebas de pre y post test.

ENGLISH ABSTRACT:

In the Post-Graduate Program of Grupal Ericksonian Strategic Hypnotherapy, acknowledged by the National Autonomous University of Mexico (UNAM), with 10 average sessions of 1:30 hr. each one, this treatment was applied to patients, by post graduate students under supervision at the Low Fee Hypnotherapy Clinic in the University. We obtained very good results applying different hypnotic techniques. Results were measured through pre and post tests with $p < 0.05$ difference statistical.

ANTECEDENTES

Esta investigación fue llevada a cabo por los Responsables Académicos del Diplomado, Ponentes y alumnas. Con el fin de medir los resultados que obtenemos al aplicar las técnicas hipnoterapéuticas. Nos dimos a la tarea de aplicar de manera imparcial pre-tests y post-tests que nos permitieran conocer el grado de mejoría o no, que pudieran lograr o no l@s pacientes que recibieron atención como parte de la formación de nuestras alumnas.

METODOLOGÍA

A cada alumna del diplomado le pedimos que ofreciera los servicios de la Clínica de Hipnoterapia Subvencionada de Bajo Costo a un paciente, con el fin de que cada una atendiera a un@ adulto como parte de su entrenamiento.

Nuestra Hipótesis de Investigación es que obtendremos diferencia estadística significativa de pre y post test una vez que l@s pacientes hayan recibido el beneficio de la Hipnoterapia. Como prioridad ética tenemos al bienestar del paciente y supeditado a ello el desarrollo de las habilidades de la alumna.

Se les ofreció a l@s pacientes atenderles un total de 10 sesiones de Hipnopsicoterapia, una sesión cada semana o cada dos semanas, con una duración de 1 hora cada sesión. Todas las sesiones fueron videograbadas y además supervisadas por los profesores del diplomado. Todas las sesiones cuentan con el reporte de cada una y su respectivo expediente.

Se aplicaron Pre y Post-tests de las siguientes escalas para medir los resultados de manera objetiva: la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (Zigmond, et al, 1983; López, 2002); la Escala de la Actividad Global (AAP, 1994); Escala de Evaluación de Alcance de Objetivos de la Hipnoterapia. Y se aplicó prueba de medición de Diferencia Estadística Significativa para muestras reducidas (Levin, 1990).

L@s pacientes fueron atendidos dentro del Diplomado que dio inicio el 22 de Julio de 2016 y terminó el 24 de Junio de 2017.

VARIABLES

Se les entregaron a las alumnas 13 Manuales Clínicos (Abia, Núñez, 2003) y se les capacitó 240 horas con protocolos precisos a seguir, para la aplicación de la Hipnoterapia con el fin de disminuir las variables extrañas y mejorar la medición de la efectividad de las técnicas utilizadas y la reproducción de resultados.

Bastaba con que él o la adult@ presentara una disfunción para ser atendid@, así que se ofreció Hipnoterapia a pacientes con distintas condiciones. Para estandarizar la medición de mejoría o no de los consultantes, se utilizó la escala hospitalaria de ansiedad y depresión, en pre y post test.

Aunque se ofrecen originalmente 10 sesiones de Hipnopsicoterapia, de 1 hora cada una, cada semana o cada dos semanas, esto puede variar según las necesidades de cada paciente.

Todas las sesiones fueron videograbadas y supervisadas; además, se procuró supervisar en vivo el caso por lo menos una vez.

RESULTADOS

En cuanto al número de sesiones, en total se dieron 9 consultas con una media de 10 sesiones por tratamiento. En total atendimos 9 pacientes: 6 mujeres y 3 hombres. La edad promedio fue de 38 años; con una máxima de 51 años de edad y una mínima de 22 años de edad.

Los diagnósticos que presentaron fueron:

CEFALEA TENSIONAL

TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA

TRASTORNO DISTIMICO

TRASTORNO ESQUIZOAFECTIVO CON CRISIS DISOCIATIVAS E IDEAS REFERENCIALES CON CONDUCTA AUTOLESIVA

EPISODIO DEPRESIVO MAYOR

OBESIDAD

PROBLEMAS CONYUGALES

PROBLEMAS LABORALES

RESULTADOS

TRASTORNO DISOCIAL
PROBLEMAS RELATIVOS AL GRUPO PRIMARIO DE APOYO
PROLACTINOMA
RASGOS DE TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD POR DEPENDENCIA
TRASTORNO DE ALIMENTACIÓN CON ABUSO DE ANOREXÍGENICOS
TRASTORNO DE ANGUSTIA (CRISIS DE PÁNICO)
TRASTORNO DEL DORMIR ASOCIADO A ENFERMEDAD MENTAL Y MAL OCLUSIÓN ORAL CON APNEA DEL SUEÑO Y RONQUIDO
TRASTORNO EXPLOSIVO INTERMITENTE
TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD
VIOLENCIA CONYUGAL
VIOLENCIA FAMILIAR
VIOLENCIA SEXUAL
VITILIGO

Para la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (EHAD), se manejan rangos de:

0-7 normal

8-10 probable ansiedad o depresión

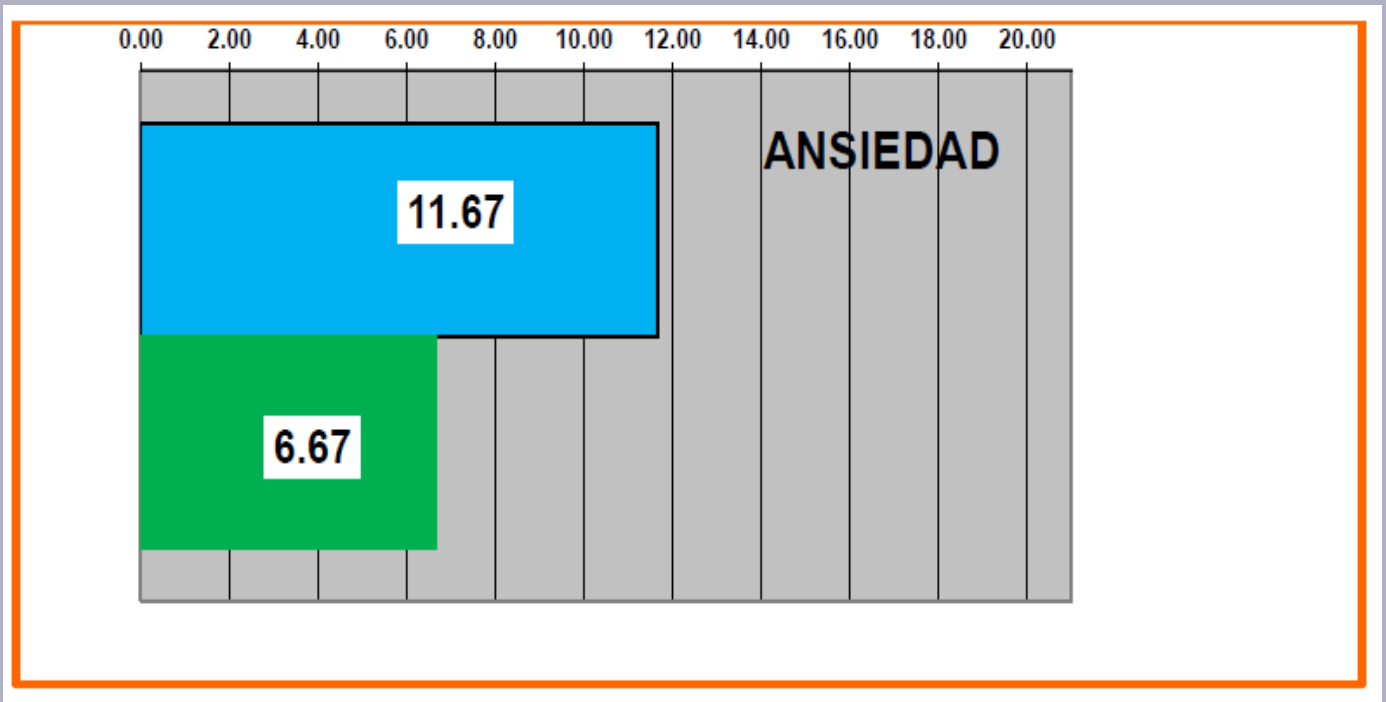
11-21 presencia de ansiedad o depresión

Los resultados promedio que obtuvimos en la EHAD fueron, en ansiedad:

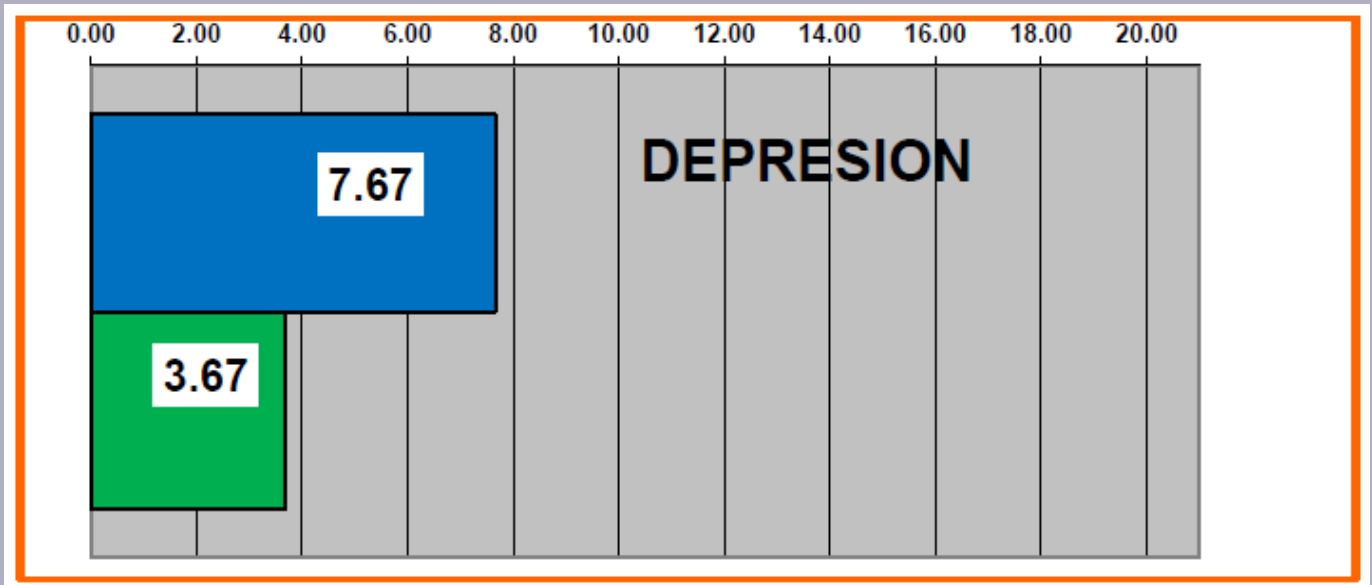
Al inicio de la hipnoterapia l@s pacientes presentaron en promedio un índice de 11.67 de ansiedad, lo que significa que al inicio de la terapia tenían presencia de ansiedad patológica;

Se registró una disminución en la escala de ansiedad al final de la hipnoterapia, siendo de un promedio de 6.67, dentro del rango de lo normal según esta escala.

Obteniendo un diferencia estadística significativa con una $p < 0.05$, con desviación estándar de 15.89 y una $t = 2.83$ con 8 grados de libertad = 2.26.



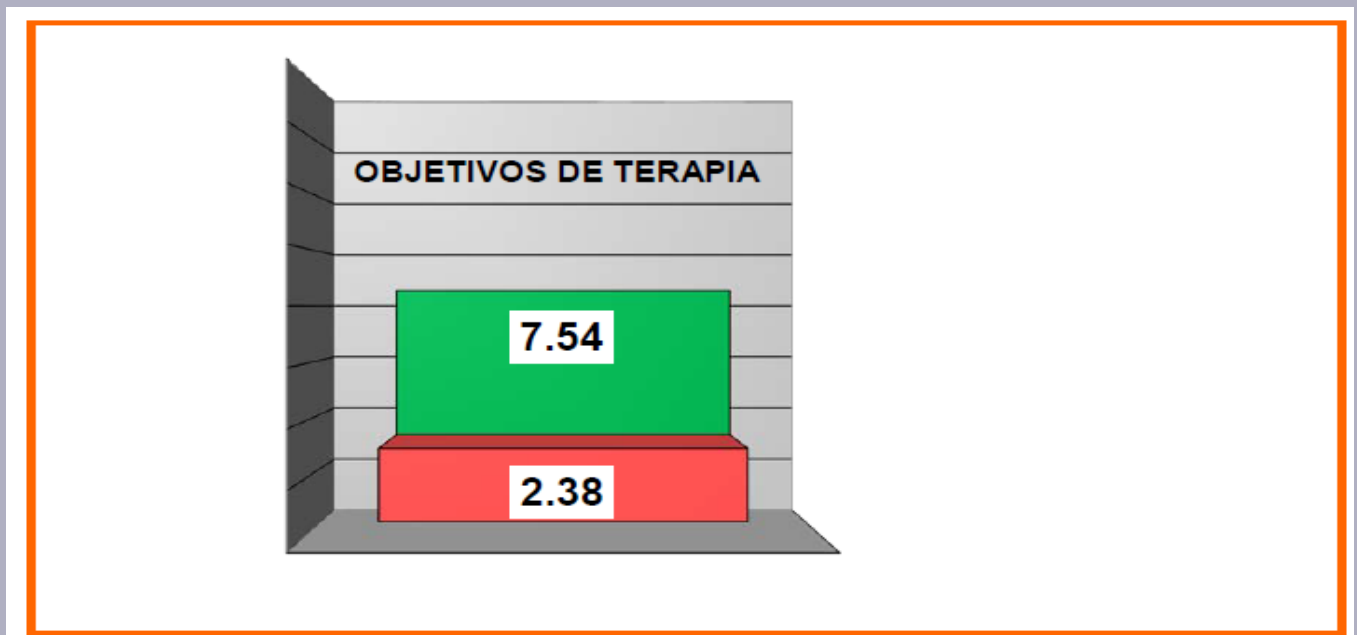
- Los resultados promedio que obtuvimos en la EHAD respecto a la depresión, fueron:
- 7.67 promedio al inicio de la Hipnoterapia, esto es, escala en un índice normal de sí mismas de depresión sin la patología. Estos síntomas se redujeron a 3.67 promedio al final de la Hipnoterapia.
- Obtuvimos diferencia estadística significativa con $p < 0.05$, con desviación estándar de 12.70, con una $t = 2.83$ con 8 grados de libertad = 2.26.



Para la escala del Alcance de Objetivos de la Hipnoterapia, pedimos que los pacientes planteen sus objetivos a lograr con la terapia y los califican en una escala de 10-1; donde 10 es Objetivo Alcanzado y 1 es Objetivo no logrado.

Al inicio de la *Hipnoterapia calificaron los pacientes sus objetivos en un promedio de 2.38/10* y al final de la Hipnoterapia evaluaron el alcance de sus objetivos en un promedio de 7.54/10.

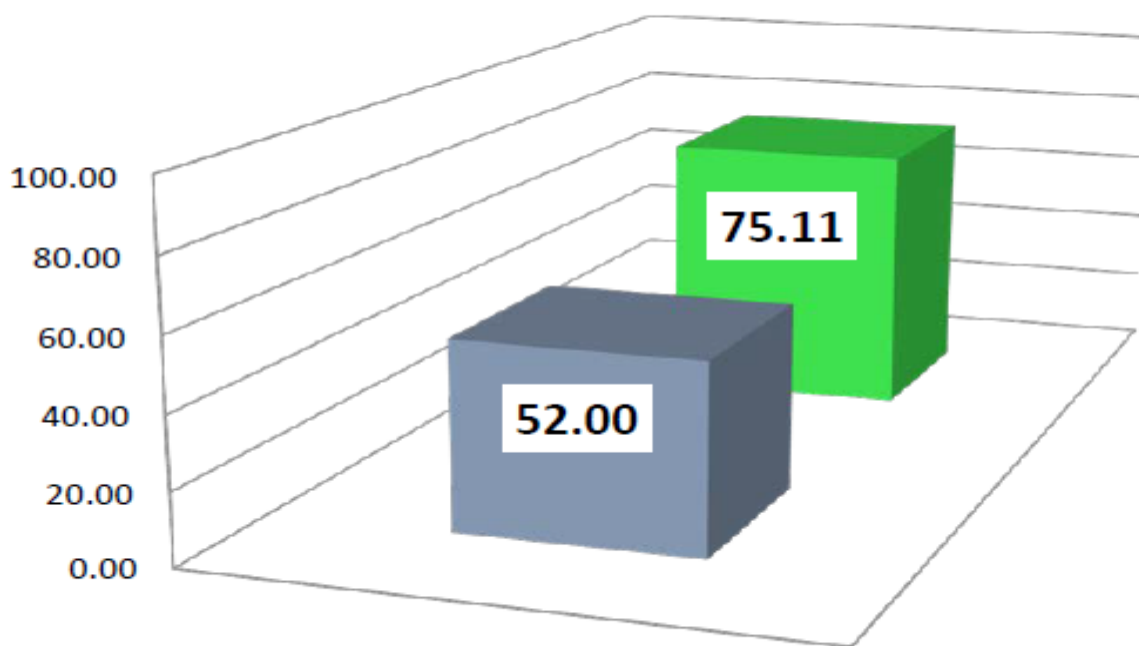
Obtuvimos diferencia estadística significativa con $p < 0.05$, con desviación estándar de 15.46 una $t = 4.87$ con 8 grados de libertad = 2.26.



INDIVIDUAL PARA ADULTOS

La Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG) la resuelve el Hipnoterapeuta de acuerdo a los síntomas que presentaba el paciente al inicio de su Hipnoterapia y al terminar las 10 sesiones; se evalúa sobre 100-1, donde 100 es el grado más alto de Evaluación de la Actividad Global y 1 es el mínimo de la misma; *al inicio de la Hipnoterapia las terapeutas calificaron en un rango promedio de 52.00/100 a sus pacientes y al final del tratamiento alcanzaron un promedio de 75.11/100; conseguimos una diferencia estadística significativa con $p < 0.05$, con desviación estándar de 73.51 y una $t = 2.82$ con 8 grados de libertad = 2.26.*

ESCALA DE LA ACTIVIDAD GLOBAL



ANÁLISIS DE DIAGNÓSTICOS CLÍNICOS

Durante el tiempo que duró el diplomado se atendieron diferentes entidades clínicas, los diagnósticos principales derivados del Motivo de Consulta incluyeron: cuatro tuvieron diagnóstico de Trastorno de Ansiedad Generalizada, es decir un 44.44% de la población atendida. El 33% de la población cursaba con un Episodio Depresivo Mayor y otro 33% cursaba con Distimia. El diagnóstico más frecuente fue el de problemas relativos al Grupo Primario de Apoyo que se presentó en un 66% de la población atendida. El total de pacientes con enfermedades físicas constituyeron el 33% y de estos el 100% tuvo enfermedades consideradas psicósomáticas.

VIÑETAS CLÍNICAS:

Aprendimos de una paciente de 32 años que desarrolló resiliencia autocrítica, nos enseñó como después de haber sido víctima de abuso sexual, se transformó en victimaria y posteriormente desarrolló trastorno de pánico, que la llevó a buscar servicio profesional. Durante la hipnoterapia fue resolviendo su condición de víctima, haciendo consciencia de su actividad como perpetradora de abuso e iniciando su proceso de rehabilitación, recibiendo la colaboración de su hipnoterapeuta en un excelente equipo profesional con psiquiatría. En la sesión de cierre se agregó evidencia del rescate que la paciente tuvo de su capacidad de placer sexual, y la posibilidad de consolidar su pareja con la decisión de establecerse en matrimonio.

En contraste aprendimos de un paciente de 35 años con Trastorno Límite de la Personalidad y Trastorno Disocial, que logró mejorar aspectos de estabilidad emocional, control de los estallidos de ira con violencia, tolerancia a la falta de presencia o lo que vivía como abandono, mejorando su autoestima. Hacia la octava sesión el paciente tuvo una recaída en un acceso de ira con violencia física, en menor intensidad que anteriormente. Se modificó el diseño de tratamiento

para incluir esta contingencia y resolverla. A instancias de su hipnoterapeuta se inició una intervención educativa correctiva con intervención de seguimiento con el servicio de psiquiatría, así como continuar el hipnotratamiento en programa de rehabilitación de agresores que el paciente aceptó. Se le da cercano seguimiento.

Fue uno de nuestros maestros un hombre de 51 años en un Episodio Depresivo Mayor asociado a problemas laborales, económicos, con mucha angustia y baja autoestima. Asociado a lo anterior el paciente tenía problemas conyugales y falta de proyecto de vida. Su hipnoterapeuta lo oriento a completar el tratamiento con un antidepresivo útil apropiadamente medicado en el Instituto Nacional de Psiquiatría. El paciente pasó de un estado de inmovilidad depresiva dependiente, a un estado de resiliencia, desarrollo un proyecto de vida y proactividad al respecto, logró separarse de su pareja, volver a tener trabajo autogenerado en alguna medida, su autoestima mejoró significativamente.

Un paciente de 50 años nos permitió conocer acerca de un problema clínico muy común que es la obesidad asociada con abuso de anorexigénicos. El paciente no podía perder peso, comía en exceso, no hacía ejercicio y comía exceso de dulces. En el diseño de tratamiento su hipnoterapeuta promovió un temprano control de hábitos, enfocado en el régimen completo de tratamiento. Inicialmente en 111 kilos, subió a 113 kilos y al final bajo a 109 kilos, su peso ideal corregido 85 kilos. El paciente fue resolviendo las emociones y conductas relacionadas con el hábito, dejó los anorexigénicos en la tercera sesión. Tras el trabajo con recaída provocada, fue desarrollando el hábito del ejercicio lo cual facilitó seguir mejor su régimen nutricional y funcionó como un estímulo favorable al control de hábitos, lo cual le permitió mejorar significativamente bajando de peso, siguiendo el régimen de nutrición sana para baja ponderal, dejando de comer dulces en exceso. El paciente sigue en control nutricional.

Una paciente de 27 años consultó por ansiedad, tuvo trastorno de pánico y pensamientos catastróficos que la hicieron consultar. Lo que subyacía era miedo de perder a su familia, en particular perder a su papá que era para ella todo y era lo máximo para ella. Su padre tomaba las decisiones de la paciente. Ella tenía temor de contradecirlo y que se descompensara la diabetes mellitus que el padre padece. Todo el tiempo procurando complacerlo. Vivía enojo, tristeza y frustración al no poder tomar decisiones. Vivía atemorizada y cansada de tomar las decisiones dictadas por su padre. Estudió su carrera profesional para complacer al padre y lograr en ella recibirse de la misma carrera que el padre quiso estudiar y no pudo, si bien a ella no le gustaba. Terminar la carrera fue un duelo, como si alguien muriera. Vivía mucho miedo a independizarse. Padece obesidad. Culpa por acciones de otras personas en el campo profesional. Tener el control está mal y no tenerlo también está mal. Padece un prolactinoma hipofisiario bajo control médico.

Deseos de morir sin fantasías suicidas. Desea tomar decisiones, resolver la relación con su papá, tener mejor autoestima, lograr control emocional y desarrollar aceptación de las personas como son sin esperar recibir algo y dejar de tener actitudes extremistas. En el decurso de la hipnoterapia la primera sesión determinó una meta para la mente inconsciente, al hacer contrato de vida usando la firma que usa la paciente para situaciones serias y de compromiso. Tempranamente abordó el exceso de control por parte de ella, se fue orientando a estabilizar sus emociones funcionalizándolas, mejorando progresivamente su autoestima y cambiando del área de enfoque del posgrado que estudia, a una que si le gusta. Resolvió los elementos depresivos, redujo significativamente su miedo y negoció cambios en la relación con su padre directamente hablando después de la contraparadoja, tomando decisiones, lo cual fue un cambio muy significativo, incluyendo terminar su noviazgo, al cual regresó posteriormente, responsabilizándose de su bienestar con un proyecto de vida.

Una mujer de 44 años hija única, de padres fallecidos, casada y madre de tres hijas consultó por sentirse atrapada en sus actividades domésticas y una relación de pareja insatisfactoria su esposo no participa en la actividad parental, limitada, sin proyecto personal más allá de ser madre, esposa y administradora del hogar. Es objeto de los reclamos del esposo y la hija mayor quienes consideran que no hace nada. La paciente se siente enojada. Portadora de Trastorno de Ansiedad Generalizada, con Crisis de Ansiedad y Rasgos de Distimia. Sus objetivos en hipnoterapia son hacer lo que se propone, organizarse en todas las áreas, ser autosuficiente económicamente y tener una buena relación de pareja. Reflexiona en que no tiene algo de ella que sea personal en nivel material y que si la divorciaran quedaría en la calle. El diseño de tratamiento incluyó estabilizar sus emociones, controlar la ansiedad y estimular su capacidad resolutiva conservando relaciones sanas. A partir de la sesión de control de dolor se fue orientando a manejar sus emociones, advirtiendo consecuencias de su expresión emocional. Se orientó a ejercer su autonomía y autodeterminación reactivando las habilidades que usaba desde la adolescencia para trabajar y apoyar a sus padres. El diseño fue particularmente orientado a manejar la ansiedad y desarrollar habilidades nuevas o reactivar las que ya tiene, para responsabilizarse de su bienestar. Retomó su actividad de aprendizaje y de administración. Estableció un cronograma para la consecución de sus metas. Su relación de pareja mejoró. Un punto central de su desarrollo fue darse a la labor de hacer cambios en ella misma por sí misma.

Una paciente de 22 años con una severa problemática clínica caracterizada por diagnósticos de Trastorno Esquizoafectivo con Crisis Disociativas con ideas referenciales, portadora de Distimia, Trastorno Explosivo Intermittente, Trastorno del

Dormir asociado a enfermedad mental y mal oclusión oral, con apnea del sueño y ronquido. Ha tenido además conducta autolesiva, atendida en el Instituto Nacional de Psiquiatría, en Terapia Cognitivo Conductual y condicionada por sus padres a hacerse una limpia con un Chamán antes de acudir a Hipnoterapia. Sus objetivos eran tener manejo estable de sus emociones y no perderse en ellas, ser receptiva, empática con contacto sano, tener noción del tiempo porque se pierde en sus actividades, tener mejor relación en diálogo sano con su familia, tener cuidado en su integridad física. El tratamiento de hipnoterapia se orientó a identificar y manejar sus emociones, disminuir las conductas autolesivas. Se inició con Contrato de Vida por las lesiones autoinflingidas, Fue necesario trabajar dolor emocional en dos ocasiones con resultados favorables, la metáfora le permitió a la paciente presentar a su mente inconsciente una perspectiva de totalidad de la problemática empezando a desarrollar autoobservación. En una sesión de supervisión el supervisor intervino estableciendo contacto con las fantasías inconscientes disociadas generando soluciones con una mejoría notable en el momento y sostenida posteriormente.

Se logró estabilización emocional, control de conducta autolesiva, mejor autoadvertencia y mejor control del comportamiento con disminución de los síntomas disociativos. En la 9ª sesión las dos manos levitaron y tuvo señales ideomotoras de todos los dedos de las manos; útiles para su proceso hipnoterapéutico. La evaluación de la paciente de sus objetivos de terapia fue de 24% a 75%. Una mejoría muy significativa para la severidad de sus problemas clínicos.

CONCLUSIONES Y LIMITACIONES

Como hemos podido observar, l@s pacientes atendidos reportan mejorías importantes de acuerdo a las escalas de pre-test y post-test que aplicamos.

L@s pacientes evaluaron que consiguieron un 75.54% de los objetivos que se plantearon al inicio de la Hipnoterapia; las terapeutas percibieron una mejoría del 75.11% de acuerdo a la Escala de Actividad Global, cuestión que nos permite demostrar una interesante coherencia entre lo que percibe el paciente de sus propios resultados conseguidos y los que observa la hipnoterapeuta que le atendió.

Además, en las 3 escalas que aplicamos, se encontró diferencia estadística significativa de pre y post test obtuvimos una $p < 0.05$ con una razón t superior a la mínima solicitada por la tabla de razón.

Además, de cada caso contamos con una descripción cualitativa desarrollada por la terapeuta que atendió al paciente, el expediente donde se anotan la técnica hipnótica aplicada, las sugerencias utilizadas para el trance ex profeso diseñadas para el paciente en particular y las respuestas del paciente durante el trance; además de contar con todas las sesiones videograbadas.

Se sugiere seguir haciendo este tipo de estudios para continuar generando evidencia clínica suficiente respecto del modelo utilizado.

Agradecemos profundamente a nuestr@s pacientes, l@s Maestr@s de esta investigación, su confianza, generosidad, honestidad y voluntad de salud y bienestar.

BIBLIOGRAFÍA

1. Abia, Jorge; 1990; Dos Hemisferios cerebrales, dos formas de aprehender el mundo; en CONCIERTO PARA CUATRO CEREBROS; Abia, Jorge; et al; Instituto Milton H. Erickson de la Ciudad de México; México.
2. Abia, Jorge; Núñez, Rafael; 2003; 13 Manuales Clínicos de Hipnoterapia Ericksoniana Estratégica Individual para Adultos; Editorial de la Sociedad Mexicana de Hipnosis; México.
3. Asociación Americana de Psiquiatría; 1994; Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSMIV)/Escala de Evaluación de la Actividad Global; Editorial Masson; Barcelona, España.
4. Barret, Deirdre. (2010), Hypnosis and hypnotherapy. Volumen 1, Neuroscience, Personality and Cultural Factors. Estados Unidos de Norteamérica, Editorial Praeger.
5. Barret, Deirdre. (2010), Hypnosis and hypnotherapy. Volumen 2, applications in psychotherapy and medicine. Estados Unidos de Norteamérica, Editorial Praeger.
6. Bramwell, J.M.; 1903/1956; HYPNOTISM: ITS HISTORY, PRACTICE AND THEORY; Julian Press, New York. El trabajo original fue publicado en 1903.
7. Brown, Donald. (2009), Advances in the use of hypnosis for medicine, dentistry and pain prevention management. Estados Unidos de Norteamérica, Editorial Crown House Publishing, LLC.
8. Ewin, Dabney. (2009), 101 Things I wish I'd known when I started using Hipnosis. Reino Unido, Editorial Crown House Publishing, Ltd.
9. Gafner, George. (2010), Techinques of hypnotic induction. Estados Unidos de Norteamérica, Editorial Crown House Publishing, LLC.
10. Grodner, Brian S. et al. (2010), Permanent habit control. Estados Unidos de Norteamérica, Editorial Springer Publishing Company, LLC.
11. Haley, Jay; 1985; CONVERSATIONS WITH MILTON H. ERICKSON; Triangle, Vols. 1,2,3; Nueva York.
12. Haley, Jay; 1988; TERAPIA NO CONVENCIONAL; Amorrortu; Buenos Aires.
13. Hammond, Corydon; 1988; LEARNING CLINICAL HYPNOSIS: AN EDUCATIONAL RESOURCES COMPENDIUM; The American Society of Clinical Hypnosis; USA.
14. Hammond, Corydon; 1995; HYPNOTIC INDUCTION & SUGGESTION: AN INTRODUCTORY MANUAL; The American Society of Clinical Hypnosis; USA.
15. Hernández, Roberto; et al; 1991; Metodología de la Investigación; McGraw Hill; Colombia.
16. Kerlinger, Fred; 1991; Investigación del Comportamiento; McGraw Hill; México
17. Levin, Jack; 1990; Fundamentos de Estadística en la Investigación Social; Editorial Harla; México.
18. López. Alvarenga, Juan Carlos; et al; 2002; Exactitud y utilidad del Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD) en una muestra de sujetos obesos mexicanos; Revista de Investigación Clínica; Vol. 54; Num. 5; Septiembre-Octubre 2002; pp. 403-409; México; www.imbiomed.com.mx
19. Nardone, Giorgio; Zeig, Jeffrey; Lorieo, Camilo; Watzlawick, Paul, (2009). Hipnosis y terapias hipnóticas. España, Editorial Integral.
20. Núñez Ortiz, Rafael. (2002), Hipnoludoterapia familiar. Tesis que se presentó para obtener el título de Maestría en Terapia Familiar en la Universidad de las Américas, México.
21. Núñez Ortiz, Rafael. (2003), Papá y mamá ya no pueden vivir juntos. Libro para iluminar como apoyo hipnoterapéutico a familias con niños y niñas que están pasando a través de una experiencia de divorcio y/o separación entre sus padres. México, Publicado por la Sociedad Mexicana de Hipnosis.
22. Núñez Ortiz, Rafael. (2005), Para qué siento lo que siento. Libro para iluminar como apoyo hipnoterapéutico a niños, padres, maestros para el manejo estratégico de las emociones. México, Publicado por la Sociedad Mexicana de Hipnosis.
23. O'Hanlon, William; Weiner-Davis, M; 1993; EN BUSCA DE SOLUCIONES; Paidós; España.
24. Procter, Harry (2001). Escritos Esenciales de Milton Erickson, Tomo 1. España, Editorial Paidós.
25. Procter, Harry (2002). Escritos Esenciales de Milton Erickson, Tomo 2. España, Editorial Paidós.

26. Rosen, Sidney; 1989; MI VOZ IRA CONTIGO, LOS CUENTOS DIDACTICOS DE MILTON ERICKSON; Argentina.
27. Rossi, Ernest; 1980; COLLECTED PAPERS OF MILTON ERICKSON IN HYPNOSIS; Irvington; 4 Vols.; Nueva York.
28. Schreiber, H. Elliot, P M McSweeney. (2004), "Use of group hypnosis to improve academic achievement of college freshmen". Australian Journal of Clinical & Experimental Hypnosis (Nov 2004) Vol. 32(2), p.p.153-156.
29. Siegel, Sidney; 1988; Estadística no paramétrica; Trillas; México.
30. Tramontana, Jospeh. (2009), Hypnotically enhanced treatment for addictions. Estados Unidos de Norteamérica, Editorial Crown House Publishing, LLC.
31. Yamane, Taro; 1990; Estadística; Editorial Harla; México.
32. Yapko, Michael. (2002). Lo esencial de la hipnosis. España, Editorial Paidós.
33. Zeig, J.K.; 1980; A TEACHING SEMINAR WITH MILTON H. ERICKSON; Nueva York, USA.
34. Zigmond AS; Snaith RP; 1983; The Hospital Anxiety and Depression Scale; Acta Psychiatrica Scand; Vol 67; pp. 361-370; Suecia.

AGRADECIMIENTOS A L@S ALUMN@S Y A L@S PONENTES DEL DIPLOMA-
DO: Hipnoterapeutas (en orden alfabético):

ALMANZA MANCILLA KAREN GABRIELA
CEBALLOS ARRIAGA NORMA ANGÉLICA
MIJANGOS CRUZ ROSA DELIA
PILLONI MARTÍNEZ ALEJANDRA
RAMÍREZ SALAZAR MARÍA DEL PILAR
SOLÓRZANO LECONA IVONNE AZAHAREL
TELLEZ GARCÍA FANNY GUADALUPE
VILLA CARDOSO ADRIANA

A L@S PONENTES:

Jorge Luis Abia Guerrero
Rafael Núñez Ortiz
Karla Lorena Guerrero Enriquez
María de los Ángeles Loeza Torres
Felipe Cruz Rosete



HIPNOTERAPIA ERICKSONIANA ESTRATÉGICA

PARA NIÑ@S Y ADOLESCENTES

RESULTADOS DE TRATAMIENTO DE 14 PACIENTES QUE RECIBIERON 10 SESIONES DE HIPNOTERAPIA EN EL DIPLOMADO 2016-2017 EN LA SEDE SALTILLO, COAHUILA, MEXICO.

AUTORES: MTRO. RAFAEL NÚÑEZ ORTIZ Y MTRO. JORGE LUIS ABIA GUERRERO

CURRICULUM DE LOS AUTORES.

MTRO. RAFAEL NÚÑEZ ORTIZ: Lic. Relaciones Industriales; Post-grado Psicología Clínica; Mtro. en Terapia Familiar; Training en Hipnoterapia Ericksoniana Estratégica por la Milton H. Erickson Foundation; Co-Director del Instituto Milton H. Erickson de la Cd. de México, de Chiapas y de San Juan de Puerto Rico. Co-Director del Centro de Estudios Superiores de Hipnosis Clínica; Responsable Académico de los Diplomados en Hipnoterapia en la UNAM FES Iztacala Extensión Universitaria; Co-Presidente de la Sociedad Mexicana de Hipnosis.

MTRO. JORGE LUIS ABIA GUERRERO: Médico Cirujano; Especialidad en Medicina Interna; Mtro. en Terapia Familiar; Training en Hipnoterapia Ericksoniana Estratégica por la Milton H. Erickson Foundation; Co-Director del Instituto Milton H. Erickson de la Cd. de México, de Chiapas y de San Juan de Puerto Rico. Co-Director del Centro de Estudios Superiores de Hipnosis Clínica; Responsable Académico de los Diplomados en Hipnoterapia en la UNAM FES Iztacala Extensión Universitaria; Co-Presidente de la Sociedad Mexicana de Hipnosis.

ABSTRACT EN ESPAÑOL:

Dentro del Diplomado en Hipnoterapia Ericksoniana Estratégica Individual para adultos, avalado por la Universidad Nacional Autónoma de México, FES Iztacala, Extensión Universitaria; impartido por el Instituto Milton H. Erickson de la Cd. de México, alumn@s supervisados, atendieron consultantes adultos en la Clínica de Hipnoterapia de Bajo Costo de nuestro Instituto. Obtuvimos resultados importantes de mejoría aplicando varias técnicas de hipnoterapia y recabando los resultados con pruebas de pre y post test.

ENGLISH ABSTRACT:

In the Post-Graduate Program of Ericksonian Strategic Hypnotherapy Individual for Adults, acknowledged by the National Autonomous University of Mexico (UNAM), with 10 average sessions of 1 hr. each one, this treatment was applied to adults, by post graduate students under supervision at the Low Fee Hypnotherapy Clinic in the University. We obtained very good results applying different hypnotic techniques. Results were measured through pre and post tests with $p < 0.05$ difference statistical.

ANTECEDENTES

Esta investigación fue llevada a cabo por los Responsables Académicos del Diplomado y l@s alumn@s. Con el fin de medir los resultados que obtuvimos al aplicar las técnicas hipnoterapéuticas. Nos dimos a la tarea de aplicar de manera imparcial pre-tests y post-tests que nos permitieran conocer el grado de mejoría o no, que pudieran lograr o no los pacientes que recibieron atención como parte de la formación de nuestros alumnos.

METODOLOGÍA

A cada alumno del diplomado le pedimos que ofreciera los servicios de la Clínica de Hipnoterapia Subvencionada a un infante o adolescente, como parte de su entrenamiento.

Nuestra Hipótesis de Investigación es que obtendremos mejoría con diferencia estadística significativa de pre y post test una vez que los pacientes hayan recibido el beneficio de la Hipnoterapia.

Como prioridad ética tenemos al bienestar del paciente y supeditado a ello el desarrollo de las habilidades del alumno.

Se les ofreció a los pacientes atenderles un total de 10 sesiones, una sesión cada semana o cada dos semanas, con una duración de 1 hora cada sesión.

Todas las sesiones fueron videograbadas y además supervisadas por los profesores del diplomado. Todas las sesiones cuentan con el reporte de cada una y su respectivo expediente.

Se aplicaron Pre y Post-tests de las siguientes escalas para medir los resultados de manera objetiva: la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (Zigmond, et al, 1983; López, 2002); la Escala de la Actividad Global (AAP, 1994); Escala de Evaluación de Alcance de Objetivos de la Hipnoterapia. Y se aplicó Diferencia Estadística Significativa para muestras reducidas (Levin, 1990).

Estos pacientes fueron atendidos dentro del Diplomado que dio inicio el 16 de Octubre del 2015 y terminó el 25 de Marzo de 2017.

VARIABLES

Se les entregaron a los alumnos 13 Manuales Clínicos de Hipnoterapia Ericksoniana Estratégica para niñ@s y adolescentes (Núñez, Abia, 2012) y se les capacitó 240 horas con protocolos precisos a seguir, para la aplicación de la Hipnoterapia con el fin de disminuir las variables extrañas y mejorar la medición de la efectividad de las técnicas utilizadas y la reproducción de resultados.

Bastaba con que el paciente presentara una disfunción para ser atendido, así que se ofreció Hipnoterapia a pacientes con distintas condiciones. Para estandarizar la medición de la muestra, utilizamos escala hospitalaria de ansiedad y depresión, pre y post test (Zigmond, et al, 1983; López, 2002). Aunque se ofrecen originalmente 10 sesiones, de 1 hora cada una, cada semana o cada dos semanas, esto puede variar según las necesidades de cada paciente.

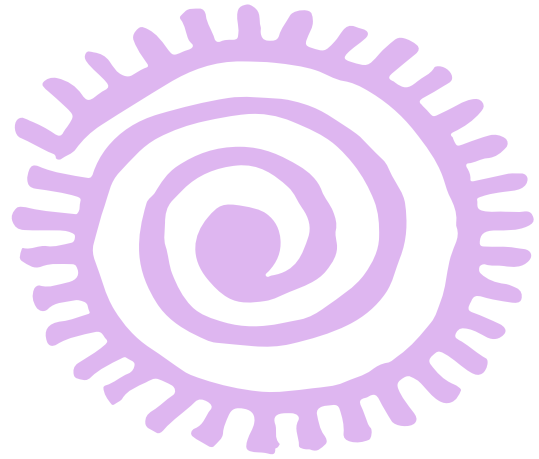
Todas las sesiones fueron videograbadas y supervisadas; además, se procuró supervisar en vivo el caso por lo menos una vez.

RESULTADOS

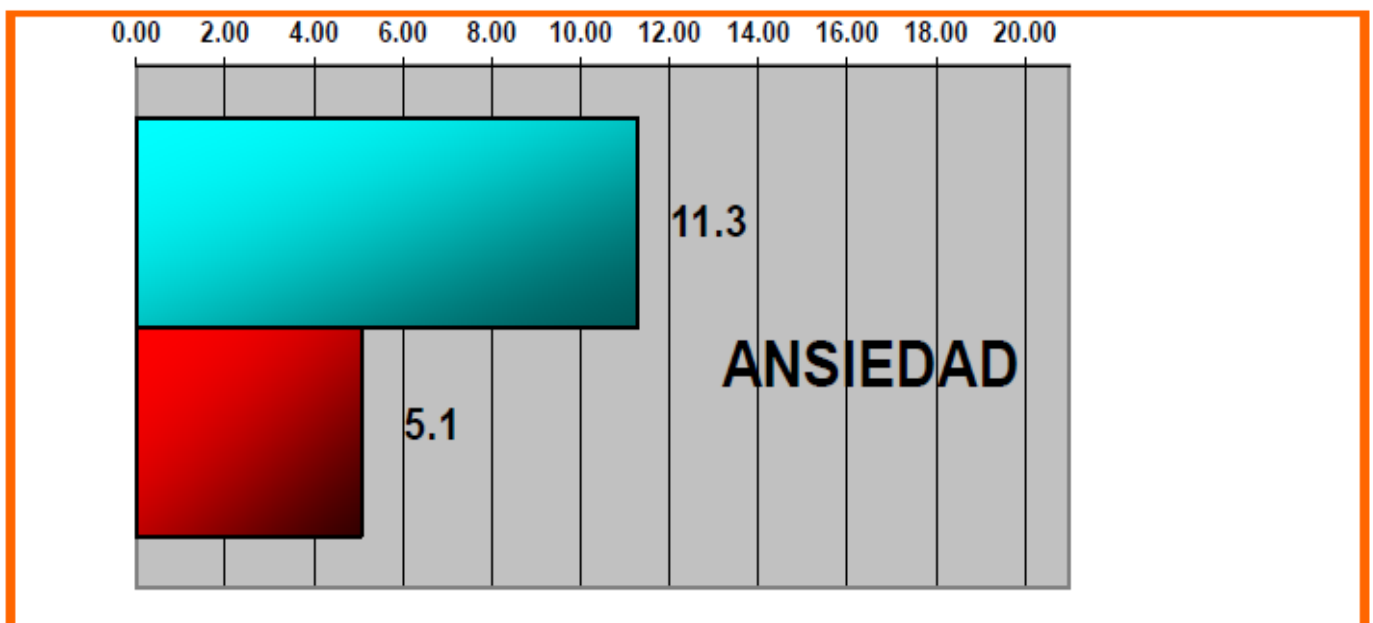
En cuanto al número de sesiones, en total se dieron 140 consultas, 10 en promedio para cada paciente. En total atendimos 12 pacientes infantes y 2 adolescente; 8 masculinos y 6 femeninas. La edad promedio fue de 10 años de edad; con una máxima de 16 años y una mínima de 6 años de edad.

Los diagnósticos que presentaron fueron:

FOBIA ESPECÍFICA
HIPOREXIA
OBESIDAD
PROBLEMAS AMBIENTALES, PSICOSOCIALES Y RELATIVOS AL GRUPO PRIMARIO DE APOYO
RASGOS DE TRASTORNO ESQUIZOIDE DE LA PERSONALIDAD
RASGOS DE TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD
TRASTORNO ADAPTATIVO MIXTO CON ANSIEDAD Y ALTERACIONES MIXTAS EMOCIONALES Y DEL COMPORTAMIENTO
TRASTORNO ADAPTATIVO CRÓNICO CON MIXTO CON SÍNTOMAS EMOCIONALES Y DEL COMPORTAMIENTO
TRASTORNO DE ANGUSTIA POR SEPARACION
TRASTORNO DE ANSIEDAD NO ESPECIFICADO
TRASTORNO DEL SUEÑO: INSOMNIO
TRASTORNO DISTÍMICO
TRASTORNO EXPLOSIVO INTERMITENTE
TRASTORNO NEGATIVISTA OPOSICIONISTA DESAFIANTE
TRASTORNO POR DEFICIT DE ATENCION CON HIPERACTIVIDAD

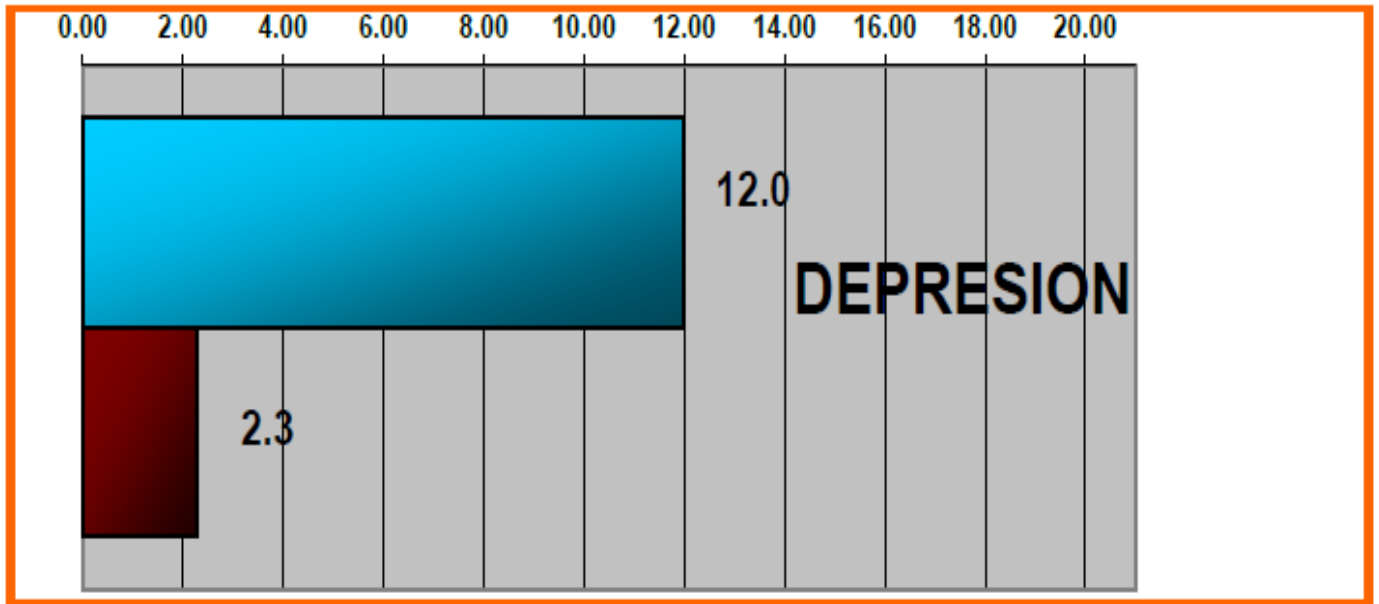


Para la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (EHAD), se manejan rangos de: 0-7 normal, 8-10 probable ansiedad o depresión, 11-21 presencia de ansiedad o depresión
Los resultados promedio que obtuvimos en la EHAD fueron, en Ansiedad:
Al inicio de la hipnoterapia los pacientes presentaron en promedio un índice de 11.29 de ansiedad, lo que significa que al inicio de la terapia tenían presencia de ansiedad.
Se registró una disminución en la escala de ansiedad al final de la hipnoterapia, siendo de un promedio de 5.07, dentro del rango normal.
Obteniendo una diferencia estadística significativa con una $p < 0.05$ con una $t = 3.60$, con desviación estándar de 24.19 y con 13 grados de libertad = 2.16.



Los resultados promedio que obtuvimos en la EHAD respecto a la Depresión, fueron: 12.0 promedio al inicio de la Hipnoterapia, esto es, presencia de Depresión; se redujo a 2.29 promedio al final de la Hipnoterapia, esto es, rango normal.

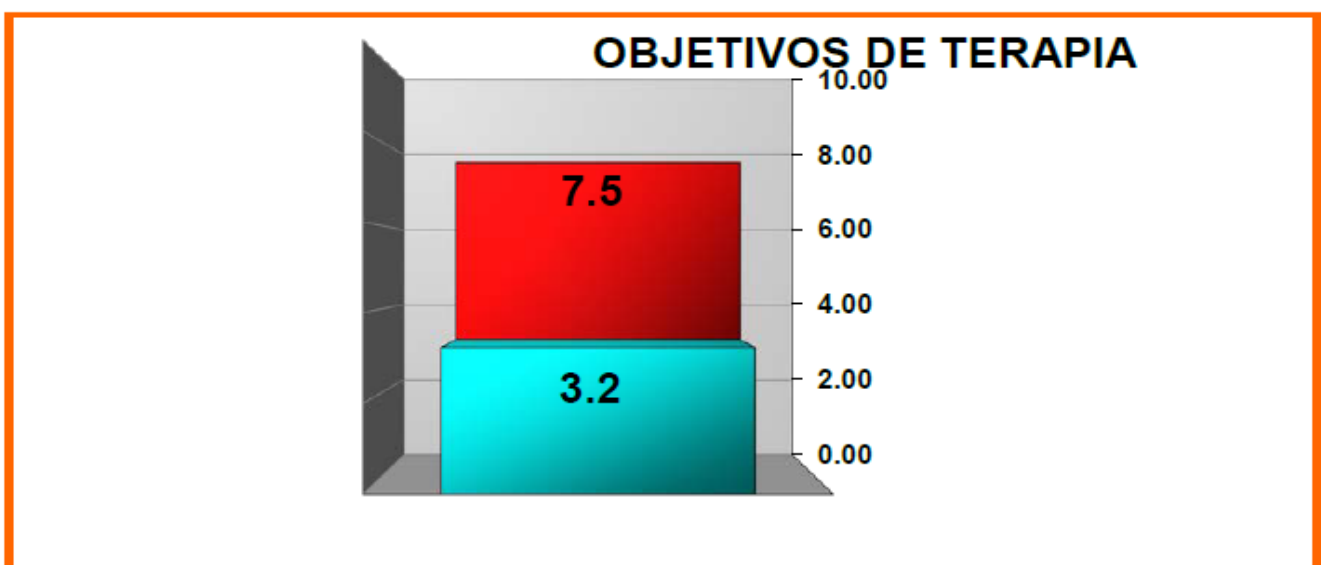
A pesar del bajo el rango de Depresión se obtuvo diferencia estadística significativa con una $p < 0.05$ con una $t = 3.60$ con una desviación estándar de 37.70 y con 13 grados de libertad = 2.16.



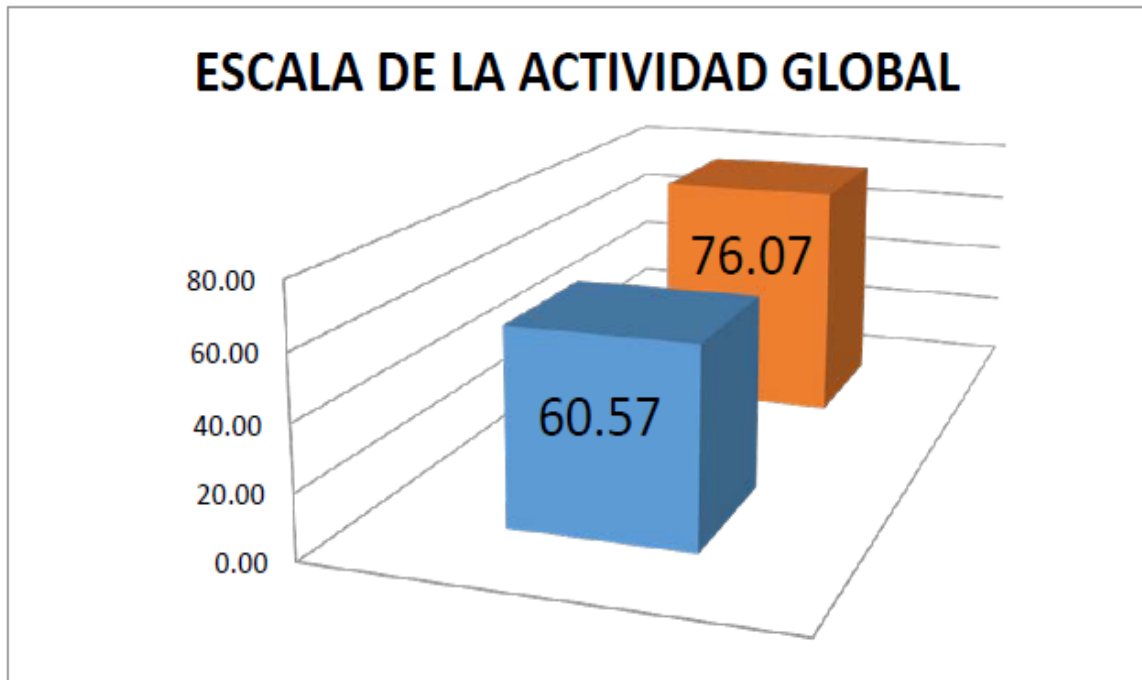
Para la escala del Alcance de Objetivos de la Hipnoterapia, pedimos que los pacientes planteen sus objetivos a lograr con la terapia y los califican en una escala de 10-1; donde 10 es Objetivo Alcanzado y 1 es Objetivo no logrado.

Al inicio de la Hipnoterapia calificaron sus objetivos en un promedio de 3.24/10 y al final de la Hipnoterapia evaluaron el alcance de sus objetivos en un promedio de 7.55/10.

Obtuvimos diferencia estadística significativa de $p < 0.05$ con una $t = 4.5$, con una desviación estándar de 16.68, y con 13 grados de libertad = 2.16.



La Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG), que se evalúa sobre 100-1, donde 100 es el grado más alto de Evaluación de la Actividad Global y 1 es el mínimo de la misma; al inicio de la Hipnoterapia los terapeutas calificaron en un rango promedio de 60.57/100 a sus pacientes y al final del tratamiento alcanzaron un promedio de 76.07/100; conseguimos una diferencia estadística significativa con una $p < 0.05$, con una $t = 3.60$ con una desviación estándar de 43.93; y 13 grados de libertad $= 2.16$.



CONCLUSIONES Y LIMITACIONES

Como hemos podido observar, los pacientes atendidos reportan mejorías importantes de acuerdo a las escalas de pre-test y post-test que aplicamos.

Los pacientes evaluaron que consiguieron un 75.55% de los objetivos que se plantearon al inicio de la Hipnoterapia. Al ser menores de edad, también se solicita a los padres y en el caso, sus escuelas, planteen objetivos, así como metas que el infante o adolescente desea conseguir con la terapia.

Los terapeutas percibieron una mejoría del 76.07% de acuerdo a la Escala de Actividad Global, cuestión que nos permite demostrar una interesante coherencia entre lo que percibe el paciente de sus propios resultados conseguidos y los que observa el terapeuta que le atendió.

Además, en las 3 escalas que aplicamos diferencia estadística significativa de pre y post test obtuvimos una $p < 0.05$ con una razón t superior a la mínima solicitada por la tabla de razón.

Además, de cada caso contamos con una descripción cualitativa desarrollada por el terapeuta que atendió al paciente, el expediente donde se anotan la técnica hipnótica aplicada, las sugerencias utilizadas para el trance ex profeso diseñadas para el paciente en particular y las respuestas del paciente durante el trance; además de contar con todas las sesiones videograbadas.

Se recomienda continuar haciendo este tipo de mediciones, para desarrollar métodos de intervención hipnoterapéutica que se basen en la evidencia de resultados.

VIÑETAS CLÍNICAS

Atendimos un adolescente de 12 años de edad que presentaba síntomas somáticos inespecíficos en horario escolar,

Atendimos un adolescente de 12 años de edad que presentaba síntomas somáticos inespecíficos en horario escolar, que le hacían interrumpir sus horarios escolares relacionados con ansiedad situacional y de anticipación, irritabilidad, aislamiento y conducta desafiante, lo que provocaba tensión con la madre y mala relación con el padre, distante y con estallidos de enojo. Logró disminuir eficazmente su ansiedad, reconocer su tristeza, disminuir su irritabilidad y su aislamiento y tendencia desafiante y mejorar sus relaciones familiares, cambiando su lugar dentro del sistema familiar y desarrollando una relación equilibrada sana con sus padres

Vimos como un niño de 11 años con dislexia, llevado por su madre por aislamiento, poca expresión emocional en casa y en la escuela donde tiene alto desempeño escolar. Vive en una familia de límites rígidos, de comportamiento prescriptivo, impositivo, vertical y de comunicación paradójica con coaliciones variables. El paciente tiene un área donde se expresa y tiene amigos que es el grupo de exploradores. En la 4ª sesión con la técnica de familia introyectada quedó claro el diagnóstico y a partir de la 5ª sesión el paciente mejoró significativamente después de trabajar control de dolor. El paciente fue ganando notable autonomía y autodeterminación funcional y la familia fue reconociéndolo.

Una adolescente de 13 años que fue llevada a hipnoterapia porque bajó su desempeño escolar, presentaba cambios de humor, con enojo y peleas con sus dos hermanas, dificultadas para la socialización con aislamiento secundario a ansiedad por separación y trastorno del estado de ánimo no especificado por ausencia del padre y de la madre por su situación laboral de rotación de horarios. Fue pasando de la confusión y de no saber qué emociones sentía, a reconocerlas, darles procesamiento identificando tristeza por la ausencia del padre y el deseo de que vuelva a estar reunida la familia, pudo expresar su soledad y la falta de apoyo que vivía. Pudo identificar su mentira favorita relacionada con la dificultad para relacionarse, manejar el enojo y la expresión del mismo y esto facilitó que domara al monstruo de la tristeza que se transformó en un león obediente en la 7ª sesión. Las hermanas reportaron al final de la terapia mejoría notable de la paciente en su relación de hermanas, mejoría notable en su vida familiar y mejor manejo del enojo. Hubo mejoría de su rendimiento escolar, regresó a colaborar con las actividades domésticas. Además expresando su necesidad de ver a su papá y de comunicarse con él escribiéndole cartas. La madre de la paciente consiguió en su trabajo un horario fijo.

Aprendimos también de un niño de 6 años que desarrolló, después de la separación violenta de los padres, síntomas de violencia con agresiones físicas hacia la madre, padre y hermana menor, empeora su rendimiento escolar, enojo manifiesto hacia su padre, conflicto con autoridades y mentiras. La hipnoterapia se enfocó en el trabajo con el enojo, conocer sus emociones y el control de impulsos. Empezó a mejorar desde la 3ª sesión identificando la tristeza. La caja domadora con el títere del enojo fue muy útil. Se fracturó una mano accidentalmente. Y en la curación de heridas emocionales pudo resolver significativamente para facilitar casita protectora en 3era dimensión y llevar a manejar la familia introyectada la negociación los acuerdos y el manejo de los diferentes espacios. Pudo usar el peluche para transmitir lo que sentía, desarrollar una excelente relación con su hipnoterapeuta en un espacio de aceptación y confianza resolutiva. Al final la madre y el paciente estuvieron muy contentos con los resultados. En el cierre de la terapia el paciente dibuja "El Desfile de Los Sentimientos"

Vimos a una niña de 10 años que nos enseñó resiliencia. Llegó con síntomas residuales de trastorno de estrés postraumático por enfermedades somáticas graves, que dada violencia familiar desarrolla trastorno explosivo intermitente, acompañado de bajo rendimiento escolar, y falla de control de impulsos de enojo, tendencia a procrastinar y llanto. Mejoró mucho en el control de impulsos, disminuyó su ansiedad muy significativamente, aprendió a identificar expresar y procesar sus emociones.

Su atención y rendimiento escolar mejoraron mucho al resolver la culpa. Puedo expresar el dolor por la relación el padre y con su madrastra. Pudo regresar a disfrutar su vida responsabilizándose de curar sus heridas. En el cierre su metáfora fue un arcoiris al que le faltaban colore y los pudo conseguir al abrir su mente y ya no pelear. Nos enseña que es posible saber claramente lo que se quiere, buscarlo y conseguirlo por sí misma responsablemente. Al término de la sesión de cierre recibió Diploma de Domadora contando con la presencia de su madre y su hermana.

Un adolescente de 13 años fue llevado a consulta por diagnóstico de Trastorno por déficit de Atención con Hiperactividad, medicado durante cinco años, con pobre respuesta y efectos secundarios indeseables. La observación clínica y la información que dio el paciente y su sistema familiar, permitieron conocer que el diagnóstico no correspondía con TDAH y si con otro proceso, Dislexia. El paciente no identificada emociones. Después de Contraparadoja mostró significativa mejoría. Pudo expresar sus emociones, incluir en la hipnoterapia el efecto que tuvo en él la separación de sus padres, así como identificar si mentira favorita que era decir "No Sé". Después de trabajar la revoltura de emociones logró mejorar significativamente el control de su enojo. Su comunicación no verbal fue mejorando correlativamente. Una estrategia útil fue ayudarle a reflexionar en aquello a lo que se refería o quería expresar en su propio discurso. El diseño de tratamiento fue muy útil para favorecer la mejoría de su percepción del mundo

Recibimos en consulta a un adolescente de 16 años con insomnio desempeño escolar regular que deseaba mejorar e hiporexia del desarrollo. Su padre periférico pero jerárquico vertical impositivo, su madre lo defiende y en alguna área posiblemente lo sobreprotege. Pudo a través de la hipnoterapia resolver el insomnio, mejorar su desempeño escolar muy significativamente, puedo enfrentar su miedo y su dolor, desarrollar asertividad en su comunicación con el padre y con su madre, y comer normalmente.

Fue nuestra maestra una niña de 7 años fue llevada a hipnoterapia por comportamiento violento, motivo por el que la suspenden en la escuela, le cortó el cabello a una prima con una navaja en dos ocasiones. Sus medias hermanas de 24, 22 y 19 años son violentas con la paciente, cuando se equivoca en la tarea le rompen las hojas del cuaderno. El padre periférico a pesar de sus esfuerzos está sobrecargado con sus actividades laborales y familiares. La paciente tiene angustia de separación desde que el padre y la madre se separaron, quiere que vuelvan a estar los padres viviendo juntos. El padre duerme a veces en la casa si hay una temporada de buena relación con la madre de la paciente. Triangulada entre los padres, en una familia descontrolada, con límites difusos, tiene problemas para disciplinarse en la escuela y el hogar, se enoja mucho y hace berrinches cuando se le dan directivas. El padre la sobreprotege diciendo que le echan la culpa y ella es una niña que no sabe lo que hace. A través de la terapia logró un extraordinario desempeño mejorando mucho su manejo de agresión, sus dificultades para la disciplina, mejoro la comunicación y relaciones con sus familiares, reconoció culpa sana, desarrolló autocontrol emocional. La familia hizo cambios significativos en su comunicación, manejo de límites, establecimiento de normas claras por acuerdo y separación de la problemática conyugal de la parental.

Reflexionamos en el fino proceso del Control de Hábitos, gracias a una niña de 9 años hija única con el antecedente de haber somatizado el estrés con prurito en palmas de las manos. Es llevada por obesidad para control de peso, tiene 12 kilos de exceso, así manejo de episodios de manejo disfuncional del enojo con gritos o lenguaje inapropiado y tendencia a amarrar cosas bloqueando caminos en casa. Logró disminuir su ansiedad, disminuir el ejercicio de su tendencia autoritaria, mejorar el manejo del enojo, dejar de amarrar objetos y bajó 1.5 kilos de peso que corresponde a un 12.5%. Trabajó usando su peluche de nombre "Love". Mejoró significativamente con la Contraparadoja, el Manejo

de Estados del Yo y técnicas de Hábitos. Y para la 9ª sesión desarrolló advertencia de la necesidad de autocuidado. Al cierre disminuyó significativamente su ansiedad. El seguimiento incluye continuar en el control de hábitos para continuar con el control de impulsos orales y de agresión. La paciente pasó de Precontemplación, a Contemplación a Preparación y se encuentra en Acción, acorde con las etapas del modelo de Prochaska y Di Clement

Nos conmovió y enseñó profundamente un niño de 7 años con conducta violenta, insultos a la madre, deseos de matar al tío con un matillo, sobrepeso, falta de atención y enuresis. En la octava sesión la madre comenta que el paciente le rebeló haber sido víctima de abuso sexual a los 5 años, por su primo 7 años mayor. Ve a su primo diariamente porque es hijo de la tía que cuida al paciente por las tardes. Tiene una buena relación con el primo a pesar del abuso. En la Contraparadoja quien le ayuda a salir de la trampa que es una jaula, es paradójicamente su primo. El paciente logró un significativo avance en manejo del enojo, dejó de golpear, patear, gritar o insultar. Logró bajar de peso, desarrolló control de esfínteres, aprendizaje de la capacidad de escuchar y significativa mejoría de la atención. Quedó claro que era objeto de burlas en la escuela por su sobrepeso, por parte de sus compañeros. En medición de escalas, la ansiedad bajó de 14 a 6 y la depresión de 6 a 3. El seguimiento.

Aprendimos de una niña de 6 años. Los padres nunca vivieron juntos. El padre es proveedor mediante cuenta bancaria sin contacto alguno con la niña. La madre periférica por efecto del trabajo. Está muy ligada a sus abuelos. El motivo de consulta es empeoramiento del manejo de agresión, llanto fácil desde que entró al grupo de porristas. La familia es de límites rígidos al exterior, difusos al interior, reglas sin consistencia, jerarquía incongruente, la madre como hermana mayor en ocasiones, descalificación por los abuelos del subsistema parental y madre evitadora de conflicto. La paciente sobreinvolucrada con los abuelos y la madre sobreexigente respecto de la escuela. Logró manejar satisfactoriamente sus emociones, mejorar su adaptación escolar, responder sanamente a las exigencias de la madre y desarrollar. Apoyada en técnicas de Estados del Yo, desarrolló autonomía autodeterminación y bienestar desde sí misma en muy buena relación con su entorno y familia.

Tuvimos entre nuestros maestros a un adolescente de 12 años fue llevado por su tía por bajo desempeño escolar, agresiones constantes hacia sus hermanas, insultos a otra de sus tías, y consumo de drogas. Su familia con presencia de psicosis en la madre esquizofrenia y dos hermanas mayores con discapacidad intelectual. Una familia con violencia emocional y comunicación doble vincular. Cambió de residencia por motivos económicos. Donde se encontraba vivía violencia física en la escuela y lo obligaron a resguardar droga. Portador de estado residual de estrés postraumático. Mejoró significativamente bajando su ansiedad de 15 a 2 y mejoró en su actividad global de 25 a 85. Logró significativo cambio conductual, el comportamiento en su casa sin agresión, gracias a la recomendación de su Hipnoterapeuta de cambio de domicilio. Además mejoró mucho su desempeño escolar. Su tía evaluó correlacionando mejoría de disciplina, manejo de sus emociones, resolver la agresividad, disfrutar su vida y respetar a la autoridad. Pasó de un panorama social desolador destructivo a un espacio interno personal con intimidación consigo mismo y con sus familias en respeto, calidez, bienestar y desarrollo sano.

Atendimos a una niña de 8 años portadora de distimia y trastorno adaptativo mixto con síntomas ansiosos, depresivos y conductuales. Así como pediculosis. La problemática se desarrolló relacionada con vivir en una familia violenta, ambos padres violentos, el padre con alcoholismo, comportamiento disocial y un brote psicótico del que culparon a la madre del paciente. Los padres que se habían separado por temporadas, se separaron definitivamente. El padre tiene dos familias paralelas con hijos de edades similares. La paciente era la más cercana al padre, y se enteró de la existencia de otra familia al ver a su padre en la calle con la otra familia. La niña desarrolló mal manejo de agresión, estallidos de enojo, comportamiento físicamente violento, mala relación con la autoridad, insomnio, crisis de llanto y apatía y bajo rendimiento escolar.

La paciente desarrolló control del enojo, mejoría del rendimiento escolar, autocuidado y recuperación de su capacidad de juego. Resolvió muy significativamente los celos que sentía del padre, y de los hermanos en relación con la madre.

La ansiedad se redujo significativamente. Después de la 9ª sesión de hipnoterapia recayó en agresión con los hermanos derivada en parte de comunicación familiar disfuncional. Se le está dando seguimiento para referir a la familia a hipnoterapia.

Tuvimos el honor de cuidar en hipnoterapia a un adolescente de 12 años quien es hijo único de madre soltera que ocultó su embarazo hasta una semana antes del nacimiento. El paciente vivió con sus abuelos, siendo la adoración de su abuelo, con un sistema familiar multiparental. El paciente vivió mucho maltrato y manipulación genital por parte de sus primos a los 4 años de edad. Su rendimiento escolar es bajo y tiene estallidos de enojo. Tiene baja tolerancia a la frustración. No sigue instrucciones es muy grosero verbalmente especialmente con la madre. Manipula, miente y no le gusta bañarse. Es descrito como irresponsable y con conflicto con las autoridades selectivamente. La madre tiene muy baja jerarquía familiar. Puede agredirse golpeándose o golpeando la pared en sus rabietas. Su abuelo murió hace un año. El paciente no empeoró con la pérdida del abuelo. El conflicto es significativamen

te mayor en casa. Ha tomado dinero que no es de él. En la hipnoterapia logró mejorar su conducta, mejorar el manejo del enojo, mejorar su responsabilidad en la escuela así como su desempeño escolar, disminuyó la violencia verbal con la madre. Mejoró mucho cuando su madre empezó a tener una vida personal más activa. Se dará seguimiento con hipnoterapia familiar.

Predominantemente l@s pacientes hicieron cambios personales y de comportamiento correlativos con cambio sistémico sin mayores modificaciones del sistema familiar, cambiando para ocupar un nuevo lugar sistémico funcional diferente. Este fue el caso en 9 familias, el 64.28 % de las familias. Otro grupo de familias hicieron cambios sistémicos definidos volitivos, colaborativamente con l@s paciente

BIBLIOGRAFÍA

1. Abia, Jorge; 1990; Dos Hemisferios cerebrales, dos formas de aprehender el mundo; en CONCIERTO PARA CUATRO CEREBROS; Abia, Jorge; et al; Instituto Milton H. Erickson de la Ciudad de México; México.
2. Abia, Jorge; Núñez, Rafael; 2009; 13 Manuales Clínicos de Hipnoterapia Ericksoniana Estratégica para niños y adolescentes; Editorial de la Sociedad Mexicana de Hipnosis; México.
3. Asociación Americana de Psiquiatría; 1994; Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSMIV)/Escala de Evaluación de la Actividad Global; Editorial Masson; Barcelona, España.
4. Baldwin, J.; 1891; Suggestion in Infancy; Science (Magazine); No. 17, pp. 113-117.
5. Barret, Deirdre. (2010), Hypnosis and hypnotherapy. Volumen 1, Neuroscience, Personality and Cultural Factors. Estados Unidos de Norteamérica, Editorial Praeger.
6. Barret, Deirdre. (2010), Hypnosis and hypnotherapy. Volumen 2, applications in psychotherapy and medicine. Estados Unidos de Norteamérica, Editorial Praeger.
7. Bramwell, J.M.; 1903/1956; HYPNOTISM: ITS HISTORY, PRACTICE AND THEORY; Julian Press, New York. El trabajo original fue publicado en 1903.
8. Brown, Donald. (2009), Advances in the use of hypnosis for medicine, dentistry and pain prevention management. Estados Unidos de Norteamérica, Editorial Crown House Publishing, LLC.
9. Coolican, Hugh; 2005; Métodos de investigación y estadística en Psicología; Editorial Manual Moderno; México.
10. Epston, David; 1994; OBRAS ESCOGIDAS; Gedisa; Barcelona, España.
11. Ewin, Dabney. (2009), 101 Things I wish I'd known when I started using Hypnosis. Reino Unido, Editorial Crown House Publishing, Ltd.
12. Freeman, Jennifer; Epston, David; Lobovits, Dean; 1997; PLAYFUL APPROACHES TO SERIOUS PROBLEMS; W. W. Norton & Co.; New York, USA.
13. Freeman, Jennifer; Loptson, C.; Stacey, K.; 1995; COLLABORATION AND POSSIBLY: APPRECIATING THE PRIVILEGE OF ENTERING CHILDREN'S NARRATIVE WORLDS; Notas del taller presentado en la 3ª Conferencia Internacional, Ideas Narrativas y práctica terapéutica; Vancouver, Canadá.
14. Freud, Anna; 1958; Adolescence. In Psychoanalytic Study of the Child; Vol. 13, pp. 255-278; International Universities Press; New York.
15. Fromm, E.; et al; 1994; APA definition of Hypnosis: Endorsements; Contemporary Hypnosis; Vol. 11, p. 144.
16. Gafner, George. (2010), Techniques of hypnotic induction. Estados Unidos de Norteamérica, Editorial Crown House Publishing, LLC.
17. Gardner, G.G.; Hypnosis with Children: International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis; Vol. 28, pp. 289-293.
18. Giovachinni, P.; 1985; Introduction: countertransference responses to adolescents; In S. Feinstein, et al; ADOLESCENT PSYCHIATRY: DEVELOPMENT AND CLINICAL STUDIES; Vol. 12, pp. 447-480.
19. Grodner, Brian S. et al. (2010), Permanent habit control. Estados Unidos de Norteamérica, Editorial Springer Publishing Company, LLC.
20. Haley, Jay. (1990). Terapia para Resolver Problemas. Amorrortu; Argentina.
21. Haley, Jay; 1985; CONVERSATIONS WITH MILTON H. ERICKSON; Triangle, Vols. 1,2,3; Nueva York.
22. Haley, Jay; 1988; TERAPIA NO CONVENCIONAL; Amorrortu; Buenos Aires.
23. Hammond, Corydon; 1988; LEARNING CLINICAL HYPNOSIS: AN EDUCATIONAL RESOURCES COMPENDIUM; The American Society of Clinical Hypnosis; USA.
24. Hammond, Corydon; 1995; HYPNOTIC INDUCTION & SUGGESTION: AN INTRODUCTORY MANUAL; The American Society of Clinical Hypnosis; USA.
25. Hernández, Roberto; et al; 1991; Metodología de la Investigación; McGraw Hill; Colombia.
26. Jenberg, A.; 1979; THERAPLAY; Jossey-Bass; San Francisco, USA.
27. Kerlinger, Fred; 1991; Investigación del Comportamiento; McGraw Hill; México
28. Levin, Jack; 1990; Fundamentos de Estadística en la Investigación Social; Editorial Harla; México.

29. López.Alvarenga, Juan Carlos; et al; 2002; Exactitud y utilidad del Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD) en una muestra de sujetos obesos mexicanos; Revista de Investigación Clínica; Vol. 54; Num. 5; Septiem bre-October 2002; pp. 403-409; México; www.imbiomed.com.mx
30. Mills, Joyce; Crowley, Richard; THERAPEUTIC METAPHORS FOR CHILDREN; Brunner Mazel; Nueva York, USA.
31. Nardone, Giorgio; Zeig, Jeffrey; Lorieo, Camilo; Watzlawick, Paul, (2009). Hipnosis y terapias hipnóticas. España, Editorial Integral.
32. Núñez Ortíz, Rafael. (2002), Hipnoludoterapia familiar. Tesis que se presentó para obtener el título de Maestría en Terapia Familiar en la Universidad de las Américas, México.
33. Núñez Ortíz, Rafael. (2003), Papá y mamá ya no pueden vivir juntos. Libro para iluminar como apoyo hipnoterapéutico a familias con niños y niñas que están pasando a través de una experiencia de divorcio y/o separación entre sus padres. México, Publicado por la Sociedad Mexicana de Hipnosis.
34. Núñez Ortiz, Rafael. (2005), Para qué siento lo que siento. Libro para iluminar como apoyo hipnoterapéutico a niñ@s, padres, maestros para el manejo estratégico de las emociones. México, Publicado por la Sociedad Mexicana de Hipnosis.
35. Núñez, Rafael; 2000; Juego dirigido con hipnosis; en TERAPIA INFANTIL; Compilado por Gutiérrez Felipe, Editorial CEFAP, México, 2000.
36. O'Connor, Kevin; Shcafer, Charles; 1997; MANUAL DE TERAPIA DE JUEGO, VOLUMEN 2; Manual Moderno; México.
37. O'Hanlon, William; Weiner-Davis, M; 1993; EN BUSCA DE SOLUCIONES; Paidós; España.
38. Oaklander, Violeta; 1992; VENTANAS A NUESTROS NIÑOS, TERAPIA GESTALTICA PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES; Cuatro Vientos; Chile.
39. Olnes, Karen; Kohen, Daniel; 1996; HYPNOSIS AND HYPNOTHERAPY WITH CHILDREN; Guilford Press; USA
40. Piaget, Jean; 1962; PLAY, DREAMS AND IMITATION IN CHILDHOOD; Routledge & Kegan Paul; London.
41. Procter, Harry (2001). Escritos Esenciales de Milton Erickson, Tomo 1. España, Editorial Paidós.
42. Procter, Harry (2002). Escritos Esenciales de Milton Erickson, Tomo 2. España, Editorial Paidós.
43. Rogers, Carl; 1951; CLIENT-CENTERED THERAPY; Constable; London.
44. Rosen, Sidney; 1989; MI VOZ IRA CONTIGO, LOS CUENTOS DIDACTICOS DE MILTON ERICKSON; Argentina.
45. Rossi, Ernest; 1980; COLLECTED PAPERS OF MILTON ERICKSON IN HYPNOSIS; Irvington; 4 Vols.; Nueva York.
46. Safer, D.; 1965; Conjoint play therapy for the young child and his parent; Archives of General Psychiatry; Vol. 13; pp. 320-326.
47. Schaefer, Charles; O'connor, Kevin; (compiladores); 1994; MANUAL DE TERAPIA DE JUEGO; Editorial Manual Moderno; México.
48. Siegel, Sidney; 1988; Estadística no paramétrica; Trillas; México.
49. Tramontana, Jospeh. (2009), Hypnotically enhanced treatment for addictions. Estados Unidos de Norteamérica, Editorial Crown House Publishing, LLC.
50. Winnicott, D.; 1988; REALIDAD Y JUEGO; Gedisa; Argentina.
51. Yalom, Irvin; 1996; Guía Breve de Psicoterapia de grupos; Paidós; España.
52. Yamane, Taro; 1990; Estadística; Editorial Harla; México.
53. Yapko, Michael. (2002). Lo esencial de la hipnosis. España, Editorial Paidós.
54. Zeig, J.K.; 1980; A TEACHING SEMINAR WITH MILTON H. ERICKSON; Nueva York, USA.
55. Zigmond AS; Snaith RP; 1983; The Hospital Anxiety and Depression Scale; Acta Psychiatric Scand; Vol 67; pp. 361-370; Suecia.

AGRADECIMIENTOS A L@S ALUMN@S Y PONENTES: Hipnoterapéutas:

ASCASIO GARCIA MELISSA ARACELY
CAMPOS NEGRETE MARIA TERESA
CARRILLO MONSIVAIS LUIS ALONSO
FACIO CASTRO ADA NAYELI
JUÁREZ NUNCIO LUIS ANTONIO
MARTINEZ AGUIRRE ADRIANA
MUÑOZ GUTIERREZ ALMA AIDE
ORTIZ GUANGONERA MARCO ANTONIO
KARLA ALEJANDRA ORTIZ BUITRON
RAMIREZ TORRES VANIA ANGELICA
RODRIGUEZ MARTINEZ ANA ISABEL
TORRES CORTEZ DIANA IBETH
VIGIL ZUÑIGA ELIUD IVAN
ZURITA CARDONA DAVID IGNACIO

Maestros:

RAFAEL NÚÑEZ ORTIZ
JORGE LUIS ABIA GUERRERO
JUAN JOSE VIGIL OBREGON
VIOLETA ALEJANDRINA PEREZ BALDERAS



Hipnoterapia Ericksoniana Estratégica para Niñ@s y Adolescentes

UNAM



Instituto Milton Erickson de la Cd de México

Marzo 2017

Saltillo, Coahuila

PARA NIÑ@S Y ADOLESCENTES

RESULTADOS DE TRATAMIENTO DE 7 PACIENTES QUE RECIBIERON 10 SESIONES DE HIPNOTERAPIA EN EL DIPLOMADO 2016-2017 EN LA SEDE FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES DE IZTACALA, TLANEPANTLA, MEXICO.

CURRICULUM DE LOS AUTORES.

DR. JORGE LUIS ABIA GUERRERO: Médico Cirujano; Especialidad en Medicina Interna; Mtro. en Terapia Familiar; Training en Hipnoterapia Ericksoniana Estratégica por la Milton H. Erickson Foundation; Co-Director del Instituto Milton H. Erickson de la Cd. de México, de Chiapas y de San Juan de Puerto Rico. Co-Director del Centro de Estudios Superiores de Hipnosis Clínica; Responsable Académico de Diplomados en Hipnoterapia en la UNAM FES Iztacala Extensión Universitaria; Co-Presidente de la Sociedad Mexicana de Hipnosis.

MTRO. RAFAEL NÚÑEZ ORTIZ: Lic. Relaciones Industriales; Post-grado Psicología Clínica; Mtro. en Terapia Familiar; Training en Hipnoterapia Ericksoniana Estratégica por la Milton H. Erickson Foundation; Co-Director del Instituto Milton H. Erickson de la Cd. de México, de Chiapas y de San Juan de Puerto Rico. Co-Director del Centro de Estudios Superiores de Hipnosis Clínica; Responsable Académico de Diplomados en Hipnoterapia en la UNAM FES Iztacala Extensión Universitaria; Co-Presidente de la Sociedad Mexicana de Hipnosis.

ABSTRACT EN ESPAÑOL:

Dentro del Diplomado en Hipnoterapia Familiar y de Pareja Ericksoniana Estratégica, avalado por la Universidad Nacional Autónoma de México, FES Iztacala, Extensión Universitaria, impartido por el Instituto Milton H. Erickson de la Cd. de México, alumnos supervisados, atendieron familias en la Clínica de Hipnoterapia de Bajo Costo. Obtuvimos resultados importantes de mejoría aplicando varias técnicas de hipnoterapia y recabando los resultados con pruebas de pre y post test.

ENGLISH ABSTRACT:

In the Post-Graduate Program of Ericksonian Strategic Family and Couple Hypnotherapy, acknowledged by the National Autonomous University of Mexico (UNAM), with 10 average sessions of 1 hr. each one, this treatment was applied to families, by post graduate students under supervision at the Low Fee Hypnotherapy Clinic. We obtained very good results applying different hypnotic techniques. Results were measured through pre and post tests with $p < 0.05$ difference statistical.

ANTECEDENTES

Esta investigación fue llevada a cabo por los Responsables Académicos del Diplomado y l@s alumn@s. Con el fin de medir los resultados que obtuvimos al aplicar las técnicas hipnoterapéuticas. Nos dimos a la tarea de aplicar de manera imparcial pre-tests y post-tests que nos permitieran conocer el grado de mejoría o no, que pudieran lograr o no los pacientes que recibieron atención como parte de la formación de nuestros alumnos.

METODOLOGÍA

A cada alumno del diplomado le pedimos que ofreciera los servicios de la Clínica de Hipnoterapia Subvencionada a un infante o adolescente, como parte de su entrenamiento.

Nuestra Hipótesis de Investigación es que obtendremos mejoría con diferencia estadística significativa de pre y post test una vez que los pacientes hayan recibido el beneficio de la Hipnoterapia.

Como prioridad ética tenemos al bienestar del paciente y supeditado a ello el desarrollo de las habilidades del alumno.

Se les ofreció a los pacientes atenderles un total de 10 sesiones, una sesión cada semana o cada dos semanas, con una duración de 1 hora cada sesión.

Todas las sesiones fueron videograbadas y además supervisadas por los profesores del diplomado. Todas las sesiones cuentan con el reporte de cada una y su respectivo expediente.

Se aplicaron Pre y Post-tests de las siguientes escalas para medir los resultados de manera objetiva: la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (Zigmond, et al, 1983; López, 2002); la Escala de la Actividad Global (AAP, 1994); Escala de Evaluación de Alcance de Objetivos de la Hipnoterapia. Y se aplicó Diferencia Estadística Significativa para muestras reducidas (Levin, 1990).

Estos pacientes fueron atendidos dentro del Diplomado que dio inicio el 10 de Agosto del 2016 y terminó el 18 de octubre de 2017.

VARIABLES

Se les entregaron a los alumnos 13 Manuales Clínicos de Hipnoterapia Ericksoniana Estratégica para niñ@s y adolescentes (Núñez, Abia, 2012) y se les capacitó 240 horas con protocolos precisos a seguir, para la aplicación de la Hipnoterapia con el fin de disminuir las variables extrañas y mejorar la medición de la efectividad de las técnicas utilizadas y la reproducción de resultados.

Bastaba con que el paciente presentara una disfunción para ser atendido, así que se ofreció Hipnoterapia a pacientes con distintas condiciones. Para estandarizar la medición de la muestra, utilizamos escala hospitalaria de ansiedad y depresión, pre y post test (Zigmond, et al, 1983; López, 2002).

Aunque se ofrecen originalmente 10 sesiones, de 1 hora cada una, cada semana o cada dos semanas, esto puede variar según las necesidades de cada paciente.

Todas las sesiones fueron videograbadas y supervisadas; además, se procuró supervisar en vivo el caso por lo menos tres veces.

RESULTADOS

En cuanto al número de sesiones, en total se dieron 70 consultas, 10 en promedio para cada paciente.

En total atendimos 4 pacientes infantiles y 3 adolescentes; 4 masculinos y 3 femeninas. La edad promedio fue de 9 años de edad; con una máxima de 17 años y una mínima de 4 años de edad.

Los diagnósticos que presentaron fueron:

ANOREXIA NERVIOSA

ANSIEDAD SOCIAL

PROBLEMAS AMBIENTALES, PSICOSOCIALES, ECONÓMICOS Y RELATIVOS AL GRUPO PRIMARIO DE APOYO EMOCIONALES, POR ABANDONO Y POR VIOLENCIA

TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO RESIDUAL

TRASTORNO DEL CONTROL DE IMPULSOS

TRASTORNO DEL LENGUAJE EXPRESIVO

TRASTORNO DISOCIATIVO DE LA IDENTIDAD NO ESPECIFICADO

TRASTORNO DISTÍMICO

TRASTORNO EXPLOSIVO INTERMITENTE

TRASTORNO REACTIVO DE LA VINCULACIÓN DE LA INFANCIA O LA NIÑEZ

Para la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (EHAD), se manejan rangos de:

0-7 normal

8-10 probable ansiedad o depresión

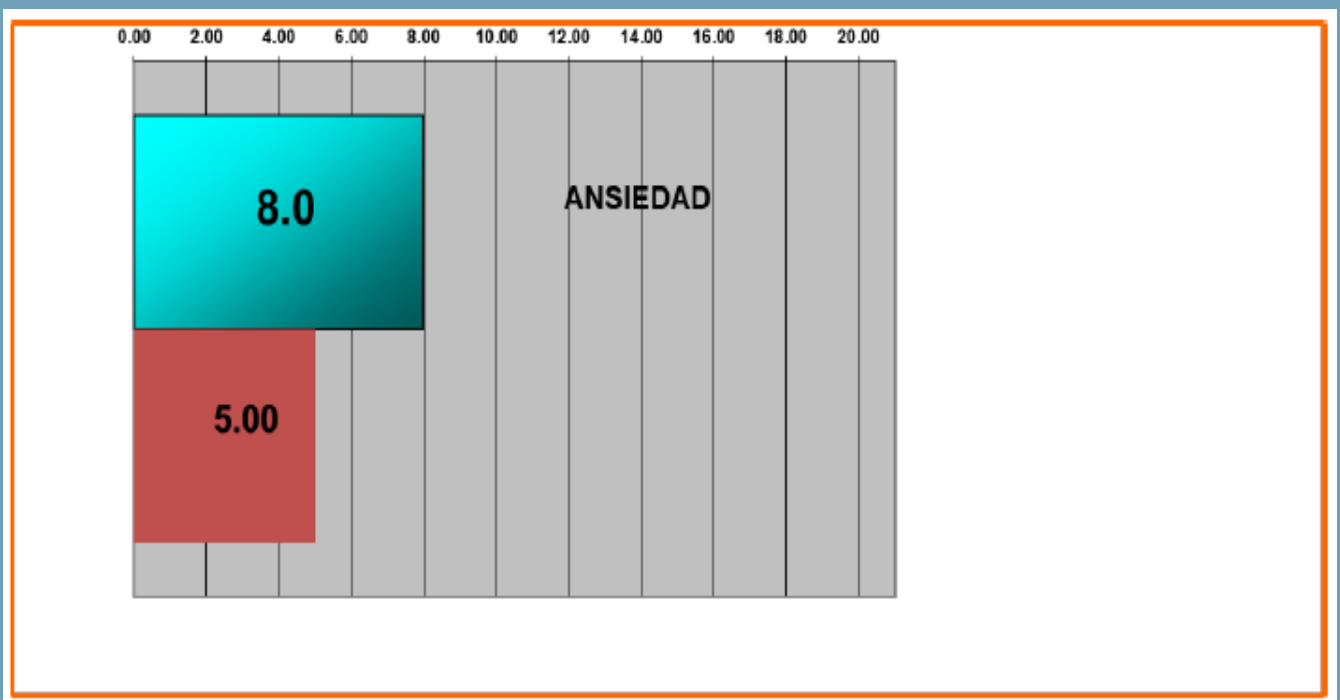
11-21 presencia de ansiedad o depresión

Los resultados promedio que obtuvimos en la EHAD fueron, en Ansiedad:

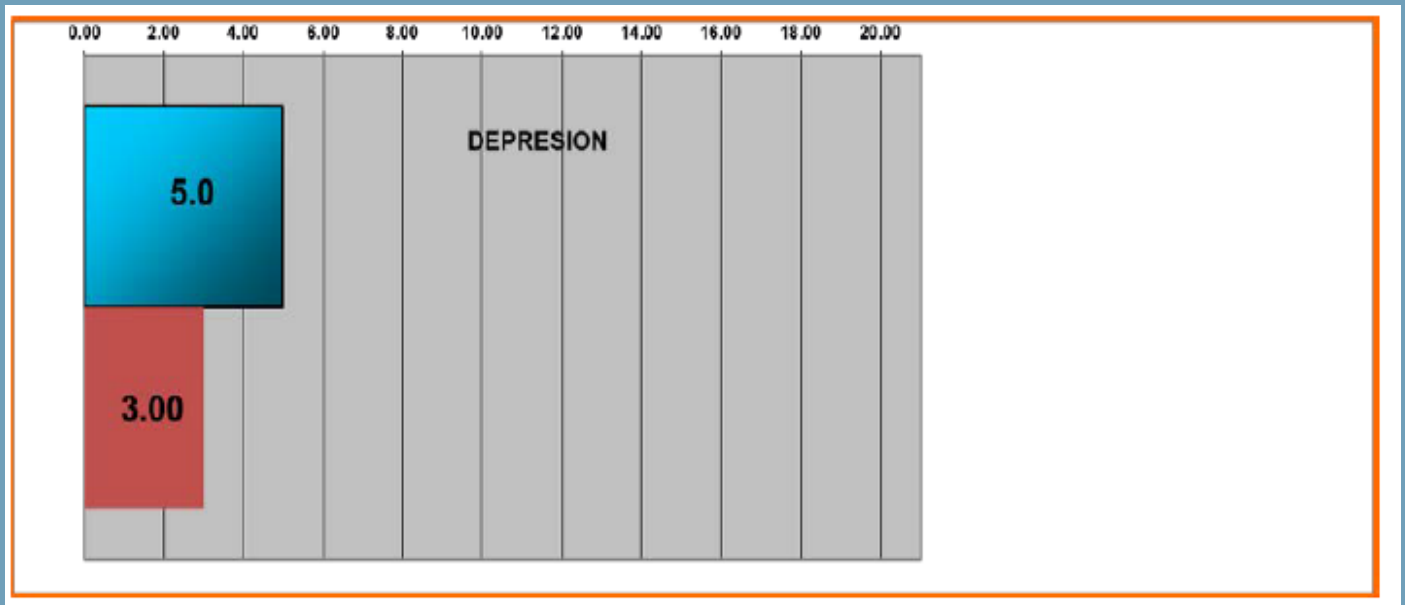
Al inicio de la hipnoterapia los pacientes presentaron en promedio un índice de 8.0 de ansiedad, lo que significa que al inicio de la terapia tenían presencia de ansiedad.

Se registró una disminución en la escala de ansiedad al final de la hipnoterapia, siendo de un promedio de 5.0, dentro del rango normal.

Obteniendo una diferencia estadística significativa con una $p < 0.05$ con una $t = 2.45$, con desviación estándar de 7.25 y con 6 grados de libertad = 2.22.

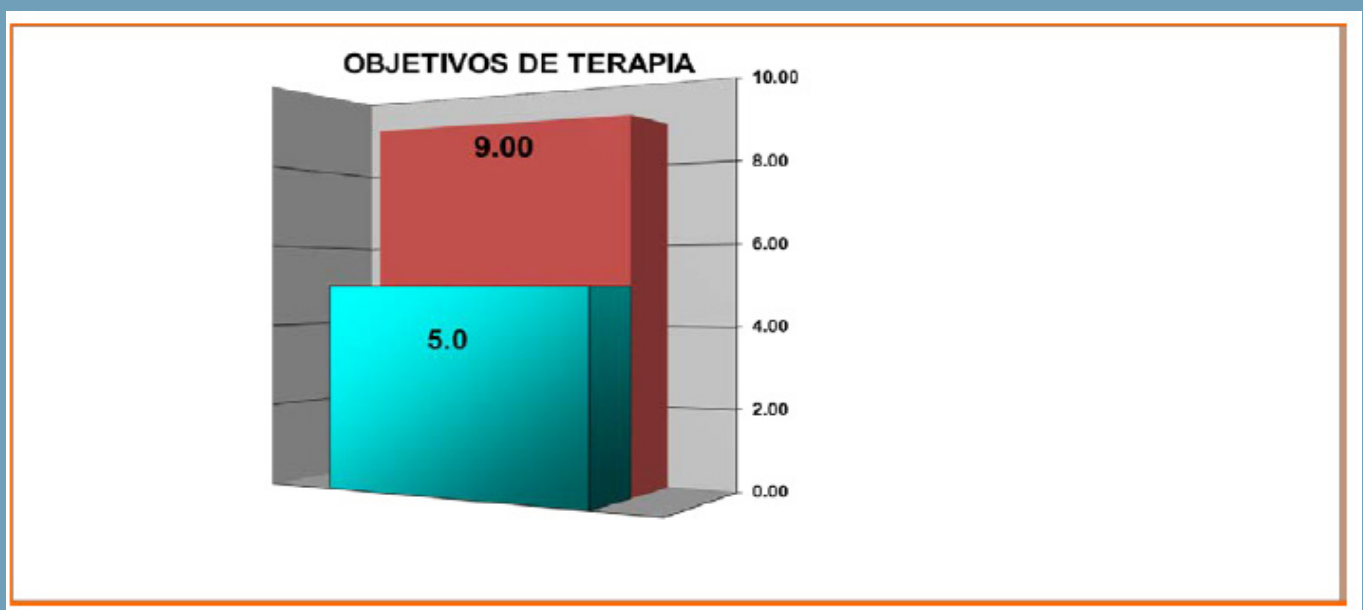


Los resultados promedio que obtuvimos en la EHAD respecto a la Depresión, fueron: 5.0 promedio al inicio de la Hipnoterapia, esto es, presencia de Depresión; se redujo a 3.0 promedio al final de la Hipnoterapia, esto es, rango normal. A pesar del bajo el rango de Depresión se obtuvo diferencia estadística significativa con una $p < 0.05$ con una $t = 2.44$ con una desviación estándar de 4.86 y con 6 grados de libertad = 2.22.

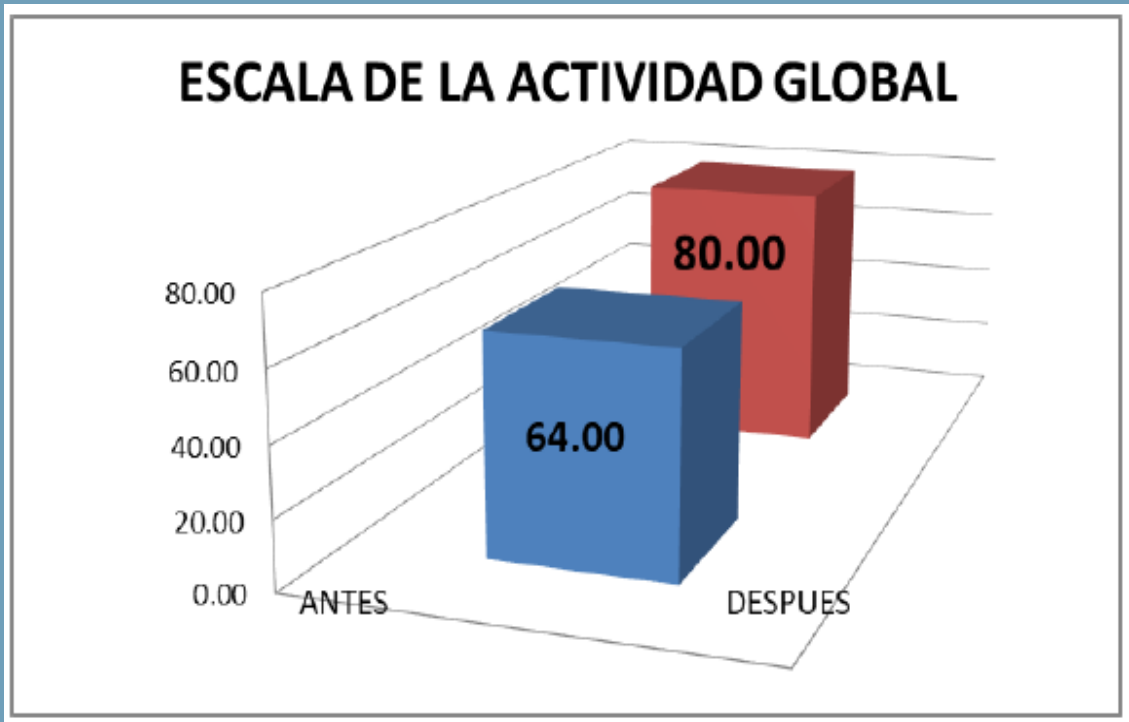


Para la escala del Alcance de Objetivos de la Hipnoterapia, pedimos que los pacientes planteen sus objetivos a lograr con la terapia y los califican en una escala de 10-1; donde 10 es Objetivo Alcanzado y 1 es Objetivo no logrado.

Al inicio de la Hipnoterapia calificaron sus objetivos en un promedio de 5.00/10 y al final de la Hipnoterapia evaluaron el alcance de sus objetivos en un promedio de 9.00/10. Obtuvimos diferencia estadística significativa de $p < 0.05$ con una $t = 2.44$, con una desviación estándar de 4.86, y con 6 grados de libertad = 2.22.



La Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG), que se evalúa sobre 100-1, donde 100 es el grado más alto de Evaluación de la Actividad Global y 1 es el mínimo de la misma; al inicio de la Hipnoterapia los terapeutas calificaron en un rango promedio de 64.00/100 a sus pacientes y al final del tratamiento alcanzaron un promedio de 80.00/100; conseguimos una diferencia estadística significativa con una $p < 0.05$, con una $t = 3.44$ con una desviación estándar de 6.32; y 6 grados de libertad $= 2.22$.



CONCLUSIONES Y LIMITACIONES

Como hemos podido observar, los pacientes atendidos reportan mejorías importantes de acuerdo a las escalas de pre-test y post-test que aplicamos.

Los pacientes evaluaron que consiguieron un 90.00% de los objetivos que se plantearon al inicio de la Hipnoterapia. Al ser menores de edad, también se solicita a los padres y en el caso, sus escuelas, planteen objetivos, así como metas que el infante o adolescente desea conseguir con la terapia.

Los terapeutas percibieron una mejoría del 80.00% de acuerdo a la Escala de Actividad Global, cuestión que nos permite demostrar una interesante coherencia entre lo que percibe el paciente de sus propios resultados conseguidos y los que observa el terapeuta que le atendió.

Además, en las 3 escalas que aplicamos diferencia estadística significativa de pre y post test obtuvimos una $p < 0.05$ con una razón t superior a la mínima solicitada por la tabla de razón.

Además, de cada caso contamos con una descripción cualitativa desarrollada por el terapeuta que atendió al paciente, el expediente donde se anotan la técnica hipnótica aplicada, las sugerencias utilizadas para el trance ex profeso diseñadas para el paciente en particular y las respuestas del paciente durante el trance; además de contar con todas las sesiones videograbadas.

Se recomienda continuar haciendo este tipo de mediciones, para desarrollar métodos de intervención hipnoterapéutica que se basen en la evidencia de resultados.

Atendimos a una adolescente de 14 años de edad, con diagnóstico de Trastorno Distímico, miembro de una familia disfuncional por violencia. Padecía ansiedad intensa cuando había problemas familiares, temor a la oscuridad secundaria a violencia por encierro a los 4 años, reacciones violentas, inseguridad y dificultades para relacionarse socialmente. Evolucionó en el promedio de sus metas de 4.8/10 a 7.8/10.

Aprendimos de un paciente de 4 años de edad con diagnóstico de Trastorno Reactivo de la Vinculación de la Infancia y Trastorno del Lenguaje Expresivo que mostraba atención dispersa de origen emocional, con impulsividad moderada y manejo disfuncional de la agresión a través de morder. Mejoró en el promedio de sus objetivos de 5.6/10 a 8.0/10. Dejó de morder y mejoró su expresión emocional. Sorprendentemente sin haber trabajado el problema del lenguaje expresivo, empezó a hablar fluidamente por sí mismo, avanzando a 10/10 en el logro de este objetivo.

Fue nuestra facilitadora de aprendizaje una niña de 7 años de edad con diagnóstico de trastorno de Ansiedad Social, nos enseñó con su evolución avanzando de un nivel de metas de 5.8/10 que mejoró a 9/10 desarrollando un muy buen manejo de la ansiedad y del miedo, desarrollando mejoría relevante de su expresión verbal y emocional asertivas, mejoró su memoria y su desempeño escolar.

Recibimos en consulta a un paciente de 5 años procedente de una familia disfuncional reconstituida después de abandono del padre y muerte de la madre, que fue enviado a hipnoterapia por dificultades para la expresión emocional, estallidos de enojo, y rechazo a su tía de 5 años. Nos enseñó, al evolucionar muy favorablemente aumentando de un promedio de 4.8/10 a un promedio de 8.6/10, en el logro de los objetivos de hipnoterapia.

Un niño de 4 años de edad con diagnóstico de Trastorno Explosivo Intermitente y trastorno del control de impulsos no clasificado fue nuestro guía en el conocimiento de la correlación enojo/miedo, al resolver problemáticas aumentó en el logro de sus metas de 5.5/10 a 7.5/10, desarrollando un muy buen manejo de su enojo, con mucho mejor control emocional y disminución relevante del miedo. Su inquietud no se modificó.

Un adolescente de 12 años quien padece distimia nos enseñó la necesidad de mejorar nuestra eficiencia con planes hipnoterapéuticos extendidos a futuro, al mejorar de 2.8/10 en el desempeño de sus objetivos a 4.4/10. Mejorando de manera moderada en el manejo de su enojo, así como en la comunicación con sus papás, en niveles aún menos útiles de los deseables. Disminuyó las peleas con su hermana a un nivel menos disfuncional y aprendió a seguir instrucciones y normas de un nivel deficiente a un nivel suficiente.

Tuvimos como maestra a otra adolescente de 17 años de edad con diagnóstico de Anorexia Nerviosa con dificultad para mejorar la aceptación de su problema de salud, severa distorsión de su imagen corporal, rechazo de la comunicación, pobre interacción social e inestabilidad emocional con trastorno del sueño asociado al trastorno de la alimentación y con fallas de memoria secundarias. En el transcurso del tratamiento mejoró en todos los rubros un promedio de 4.4/10 a 7.6/10. Mejoró muy significativamente en el ciclo de sueño, desarrolló control de sus emociones, mejoró la comunicación y expresión emocional compartida socialmente y mejoró la aceptación de su cuerpo de un nivel deficiente a uno muy bueno. No logramos colaborar lo suficiente para que aumentara la aceptación completa de la enfermedad y decidió tomar otro proceso de hipnoterapia para mejorar este aspecto.

Predominantemente l@s pacientes hicieron cambios personales y de comportamiento correlativos con cambio sistémico individual sin mayores modificaciones del sistema familiar, cambiando para ocupar un nuevo lugar sistémico funcional diferente. Este fue el caso en 6 de las siete familias de l@s paciente, un total de 85.71 % de las familias. La familia que hizo cambios sistémicos definidos volitivos, colaborativamente con un paciente representa el 14.28 % de las familias.

BIBLIOGRAFÍA

1. Abia, Jorge; 1990; Dos Hemisferios cerebrales, dos formas de aprehender el mundo; en CONCIERTO PARA CUATRO CEREBROS; Abia, Jorge; et al; Instituto Milton H. Erickson de la Ciudad de México; México.
2. Abia, Jorge; Núñez, Rafael; 2009; 13 Manuales Clínicos de Hipnoterapia Ericksoniana Estratégica para niñ@s y adolescentes; Editorial de la Sociedad Mexicana de Hipnosis; México.
3. Asociación Americana de Psiquiatría; 1994; Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DS-MIV)/Escala de Evaluación de la Actividad Global; Editorial Masson; Barcelona, España.
4. Baldwin, J.; 1891; Suggestion in Infancy; Science (Magazine); No. 17, pp. 113-117.
5. Barret, Deirdre. (2010), Hypnosis and hypnotherapy. Volumen 1, Neuroscience, Personality and Cultural Factors. Estados Unidos de Norteamérica, Editorial Praeger.
6. Barret, Deirdre. (2010), Hypnosis and hypnotherapy. Volumen 2, applications in psychotherapy and medicine. Estados Unidos de Norteamérica, Editorial Praeger.
7. Bramwell, J.M.; 1903/1956; HYPNOTISM: ITS HISTORY, PRACTICE AND THEORY; Julian Press, New York. El trabajo original fue publicado en 1903.
8. Brown, Donald. (2009), Advances in the use of hypnosis for medicine, dentistry and pain prevention management. Estados Unidos de Norteamérica, Editorial Crown House Publishing, LLC.
9. Coolican, Hugh; 2005; Métodos de investigación y estadística en Psicología; Editorial Manual Moderno; México.
10. Epston, David; 1994; OBRAS ESCOGIDAS; Gedisa; Barcelona, España.
11. Ewin, Dabney. (2009), 101 Things I wish I'd known when I started using Hypnosis. Reino Unido, Editorial Crown House Publishing, Ltd.
12. Freeman, Jennifer; Epston, David; Lobovits, Dean; 1997; PLAYFUL APPROACHES TO SERIOUS PROBLEMS; W. W. Norton & Co.; New York, USA.
13. Freeman, Jennifer; Loptson, C.; Stacey, K.; 1995; COLLABORATION AND POSSIBLY: APPRECIATING THE PRIVILEGE OF ENTERING CHILDREN'S NARRATIVE WORLDS; Notas del taller presentado en la 3ª Conferencia Internacional, Ideas Narrativas y práctica terapéutica; Vancouver, Canadá.
14. Freud, Anna; 1958; Adolescence. In Psychoanalytic Study of the Child; Vol. 13, pp. 255-278; International Universities Press; New York.
15. Fromm, E.; et al; 1994; APA definition of Hypnosis: Endorsements; Contemporary Hypnosis; Vol. 11, p. 144.
16. Gafner, George. (2010), Techinques of hypnotic induction. Estados Unidos de Norteamérica, Editorial Crown House Publishing, LLC.
17. Gardner, G.G.; Hypnosis with Children: International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis; Vol. 28, pp. 289-293.
18. Giovachinni, P. ; 1985; Introduction: countertransference responses to adolescents; In S. Feinstein, et al; ADOLESCENTE PSYCHIATRY: DEVELOPMENT AND CLINICAL STUDIES; Vol. 12, pp. 447-480.
19. Grodner, Brian S. et al. (2010), Permanent habit control. Estados Unidos de Norteamérica, Editorial Springer Publishing Company, LLC.
20. Haley, Jay. (1990). Terapia para Resolver Problemas. Amorrortu; Argentina.
21. Haley, Jay; 1985; CONVERSATIONS WITH MILTON H. ERICKSON; Triangle, Vols. 1,2,3; Nueva York.
22. Haley, Jay; 1988; TERAPIA NO CONVENCIONAL; Amorrortu; Buenos Aires.
23. Hammond, Corydon; 1988; LEARNING CLINICAL HYPNOSIS: AN EDUCATIONAL RESOURCES COMPENDIUM; The American Society of Clinical Hypnosis; USA.
24. Hammond, Corydon; 1995; HYPNOTIC INDUCTION & SUGGESTION: AN INTRODUCTORY MANUAL; The American Society of Clinical Hypnosis; USA.
25. Hernández, Roberto; et al; 1991; Metodología de la Investigación; McGraw Hill; Colombia.
26. Jenberg, A.; 1979; THERAPLAY; Jossey-Bass; San Francisco, USA.
27. Kerlinger, Fred; 1991; Investigación del Comportamiento; McGraw Hill; México
28. Levin, Jack; 1990; Fundamentos de Estadística en la Investigación Social; Editorial Harla; México.
29. López-Alvarenga, Juan Carlos; et al; 2002; Exactitud y utilidad del Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD) en una muestra de sujetos obesos mexicanos; Revista de Investigación Clínica; Vol. 54; Num. 5; Septiembre-Octubre 2002; pp. 403-409; México; www.imbiomed.com.mx
30. Mills, Joyce; Crowley, Richard; THERAPEUTIC METAPHORS FOR CHILDREN; Brunner Mazel; Nueva York, USA.

31. Nardone, Giorgio; Zeig, Jeffrey; Loredio, Camilo; Watzlawick, Paul, (2009). Hipnosis y terapias hipnóticas. España, Editorial Integral.
32. Núñez Ortíz, Rafael. (2002), Hipnoludoterapia familiar. Tesis que se presentó para obtener el título de Maestría en Terapia Familiar en la Universidad de las Américas, México.
33. Núñez Ortíz, Rafael. (2003), Papá y mamá ya no pueden vivir juntos. Libro para iluminar como apoyo hipnoterapéutico a familias con niños y niñas que están pasando a través de una experiencia de divorcio y/o separación entre sus padres. México, Publicado por la Sociedad Mexicana de Hipnosis.
34. Núñez Ortiz, Rafael. (2005), Para qué siento lo que siento. Libro para iluminar como apoyo hipnoterapéutico a niñ@s, padres, maestros para el manejo estratégico de las emociones. México, Publicado por la Sociedad Mexicana de Hipnosis.
35. Núñez, Rafael; 2000; Juego dirigido con hipnosis; en TERAPIA INFANTIL; Compilado por Gutiérrez Felipe, Editorial CEFAP, México, 2000.
36. O'Connor, Kevin; Shcafer, Charles; 1997; MANUAL DE TERAPIA DE JUEGO, VOLUMEN 2; Manual Moderno; México.
37. O'Hanlon, William; Weiner-Davis, M; 1993; EN BUSCA DE SOLUCIONES; Paidós; España.
38. Oaklander, Violeta; 1992; VENTANAS A NUESTROS NIÑOS, TERAPIA GESTALTICA PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES; Cuatro Vientos; Chile.
39. Olnes, Karen; Kohen, Daniel; 1996; HYPNOSIS AND HYPNOTHERAPY WITH CHILDREN; Guilford Press; USA
40. Piaget, Jean; 1962; PLAY, DREAMS AND IMITATION IN CHILDHOOD; Routledge & Kegan Paul; London.
41. Procter, Harry (2001). Escritos Esenciales de Milton Erickson, Tomo 1. España, Editorial Paidós.
42. Procter, Harry (2002). Escritos Esenciales de Milton Erickson, Tomo 2. España, Editorial Paidós.
43. Rogers, Carl; 1951; CLIENT-CENTERED THERAPY; Constable; London.
44. Rosen, Sidney; 1989; MI VOZ IRA CONTIGO, LOS CUENTOS DIDACTICOS DE MILTON ERICKSON; Argentina.
45. Rossi, Ernest; 1980; COLLECTED PAPERS OF MILTON ERICKSON IN HYPNOSIS; Irvington; 4 Vols.; Nueva York.
46. Safer, D.; 1965; Conjoint play therapy for the young child and his parent; Archives of General Psychiatry; Vol. 13; pp. 320-326.
47. Schaefer, Charles; O'connor, Kevin; (compiladores); 1994; MANUAL DE TERAPIA DE JUEGO; Editorial Manual Moderno; México.
48. Siegel, Sidney; 1988; Estadística no paramétrica; Trillas; México.
49. Tramontana, Josphe. (2009), Hypnotically enhanced treatment for addictions. Estados Unidos de Norteamérica, Editorial Crown House Publishing, LLC.
50. Winnicott, D.; 1988; REALIDAD Y JUEGO; Gedisa; Argentina.
51. Yalom, Irvin; 1996; Guía Breve de Psicoterapia de grupos; Paidós; España.
52. Yamane, Taro; 1990; Estadística; Editorial Harla; México.
53. Yapko, Michael. (2002). Lo esencial de la hipnosis. España, Editorial Paidós.
54. Zeig, J.K.; 1980; A TEACHING SEMINAR WITH MILTON H. ERICKSON; Nueva York, USA.
55. Zigmond AS; Snaith RP; 1983; The Hospital Anxiety and Depression Scale; Acta Psychiatric Scand; Vol 67; pp. 361-370; Suecia.

AGRADECIMIENTOS A L@S ALUMN@S Y PONENTES: Hipnoterapéutas:

CONTRERAS VERDE MARÍA DE LA LUZ
FLORES PÉREZ ELIZABETH
HOLGUÍN MUÑOZ JORGE ALBERTO
MALAGÓN RIVAS CARLA PAOLA
NAAL ROMERO ALEJANDRA ROMINA
ORTIZ MORALES JORGE JOSUE
PACHECO NÚÑEZ NORMA

Maestros:

RAFAEL NUÑEZ ORTIZ
JORGE LUIS ABIA GUERRERO
FELIPE CRUZ ROSETE

