



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA

FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS

**Propuesta de intervención basada en técnicas
Ericksonianas para la atención de mujeres con
cáncer de mama que presentan sintomatología
depresiva**

TESIS

Para obtener el título de
Licenciado en Psicología

P R E S E N T A

José Daniel Guerrero Silva

DIRECTOR DE TESIS

Dr. Ariagor Manuel Almanza Avendaño



Mexicali, Baja California, 01 de junio 2021

Índice

Índice.....	2
Índice de figuras.....	4
Introducción.....	5
Capítulo I. Cáncer de mama.....	7
1.1 Historia del cáncer.....	7
1.2 Prevalencia del cáncer de mama.....	9
1.3 Tratamientos médicos para el cáncer de mama.....	12
1.4 Impacto psicosocial.....	14
1.5 Intervenciones psicológicas.....	17
Capítulo II. Depresión en mujeres con cáncer de mama.....	21
2.1 Depresión.....	21
2.2 Prevalencia de la depresión en mujeres con cáncer de mama.....	23
2.3 Causas de la depresión.....	25
2.4 Modelos explicativos de la depresión.....	29
2.5 Instrumentos para medir la sintomatología depresiva.....	35
2.6 Intervenciones para tratar la depresión.....	36
Capítulo III. Intervenciones basadas en hipnosis.....	39
3.1 Antecedentes.....	39
3.2 Definición de hipnosis.....	42
3.3 Tipos de hipnosis.....	44
3.3.1 Hipnosis tradicional.....	44
3.3.2 Hipnosis Ericksoniana.....	45
3.3.3 Hipnosis cognitiva.....	48
3.4 Teorías acerca del funcionamiento de la hipnosis.....	49
3.5 Intervenciones con hipnosis en personas con cáncer de mama.....	53
Capítulo IV. Método.....	57
Planteamiento del problema.....	57

Pregunta de investigación.....	60
Objetivos de investigación.....	60
Hipótesis.....	60
Definición de variables.....	61
Diseño.....	63
Selección de participantes.....	64
Instrumentos.....	65
Procedimiento.....	66
Análisis.....	67
Consideraciones éticas.....	67
Limitaciones para el desarrollo del estudio.....	69
Capítulo V. Propuesta de intervención.....	70
Referencias.....	74
Anexos.....	95

Índice de Figuras

<i>Figura 1.</i> Índices de ambos sexos.....	9
<i>Figura 2.</i> Tasas de incidencias (mundiales) estandarizadas por edad, para todas las edades...10	
<i>Figura 3.</i> Incidencia de tumor maligno de mama en mujeres de 20 años y más por entidad federativa por 100, 000 mujeres de esa edad, 2015.....	11
<i>Figura 4.</i> Tasa de mortalidad de cáncer de mama en población de derechohabiencia en Baja California.....	12
<i>Figura 5.</i> Impacto psicosocial a causa de un diagnóstico de cáncer de mama.....	17
<i>Figura 6.</i> Integrantes del hogar de 12 años y más con sentimientos de depresión.....	23
<i>Figura 7.</i> Teoría de la dinámica circular en la etiopatogenia de la depresión.....	31
<i>Figura 8.</i> Modelo cognitivo estándar.....	33
<i>Figura 9.</i> Nuevo modelo cognitivo basado en datos empíricos.....	34
<i>Figura 10.</i> Línea del tiempo de la hipnosis (S. XVIII-XX).....	41
<i>Figura 11.</i> Funcionamiento del lenguaje indirecto.....	47
<i>Figura 12.</i> Modelo Teórico de la génesis, naturaleza y mantenimiento del proceso hipnótico.....	51
<i>Figura 13.</i> Esquema de trabajo de la intervención.....	62

Introducción

Las técnicas que Erickson desarrolló para el apoyo de las diversas problemáticas que las personas tenían y siguen teniendo, fueron pasando a través de los años, mediante la replicación de la observación de los trabajos que él hacía. El trabajo ha sido estructurado, transformado, y con mayor campo de aplicación, por los fieles seguidores del trabajo que este médico y psicoterapeuta realizó. Dejando así el inicio de un legado, que si bien, todavía está en desarrollo, y falta todavía obtener mayor evidencia empírica, se sigue utilizando, siendo una técnica fiel para muchos, para el apoyo de los principales problemas que hacen a las personas ir a consulta.

Las inexploradas áreas que ofrecen para el trabajo con las técnicas Ericksonianas hacen que este modelo de apoyo siga obteniendo mayor evidencia empírica para su continuo estudio y replicación. Gracias a quienes han seguido trabajando con el principio del autor de estas técnicas, que es compartir el conocimiento con personas nuevas, así creando más generaciones que utilicen estas técnicas, logrando continuar durante muchos más años.

Es esta misma iniciativa de seguir replicando y continuando con el legado que dejó Milton H. Erickson de realizar una investigación con base a sus técnicas y su efectividad ante una problemática que afecta a mujeres con cáncer de mama, la depresión. Además, no solo afecta a esta población la depresión, sino que ha sido una de las principales enfermedades silenciosas o hechas un tabú, que han provocado a muchas personas cometer suicidio.

Si bien esta investigación habla principalmente de las técnicas Ericksonianas para el trabajo con mujeres que padecen o padecieron cáncer de mama, para reducir la sintomatología depresiva, abarca aún más.

Empezando con la enfermedad degenerativa del cáncer de mama. Hablando del origen de esta misma, que es, la estadística a nivel mundial y nacional de mujeres que sufren y han muerto del cáncer de mama. Sus principales problemas psicosociales, los tratamientos médicos y psicológicos que se han llevado a cabo para tratar los problemas emocionales y sociales que padecen estas mujeres. Viendo que la hipnosis se ubica entre alguno de esos tratamientos.

También es importante que quede en claro la definición de la depresión, la prevalencia que existe a nivel mundial y nacional, además del origen de la depresión en mujeres con cáncer de mama y en el resto de la población. También se explican los diversos modelos teóricos de la depresión, los instrumentos para medir los niveles de sintomatología depresiva, los problemas psicosociales que causa la depresión y las intervenciones psicológicas que se han llevado a cabo para su tratamiento.

Para dar fin con el marco teórico se habla de las intervenciones con base a la hipnosis. En donde se plantean los antecedentes de esta, qué es la hipnosis, en dónde se rompen con los estigmas y se deja en claro que sí es. Las diferentes escuelas de hipnosis que han existido a lo largo de casi dos siglos. Las diversas teorías que existen de cómo es que trabaja la hipnosis en las personas y, por último, las intervenciones que existen de hipnosis para tratar a personas con cáncer de mama.

Continuando con el apartado metodológico de esta propuesta de intervención, en donde se describe lo necesario para que esta tesis pueda cumplir su función. Para finalizar con esta tesis, se cierra con un capítulo en donde se aborda la propuesta de intervención utilizando las técnicas Ericksonianas, para la reducción de sintomatología depresiva en una mujer con cáncer de mama.

CAPITULO I

Cáncer de mama

1.1 Historia del cáncer

El cáncer como una enfermedad ya tiene su lugar en la tierra desde hace años, no se sabe con exactitud alguna fecha de inicio de esta enfermedad. El significado como tal de la palabra “cáncer” se le debe a Hipócrates, *Carcinos* (en latín, cáncer o también llamado cangrejo). El nombre se le atribuye a una criatura parecida a un cangrejo de la mitología griega. Además de este aporte, creó la hipótesis de que el ser humano está constituido por los cuatro humores, siendo la sangre, la flema, la bilis amarilla y la bilis negra. Se explica que cuando existe un desequilibrio en diversas partes del cuerpo, se llega a provocar una enfermedad, siendo el cáncer, una de las que se generaba. Por lo tanto, toma este término para referirse clínicamente a tumores que llegan a convertirse en úlceras, que se aprecian en los tejidos (Garza y Juárez, 2014).

Se discute la edad en la tierra del cáncer, algunos dicen que ha existido desde que el hombre llegó a la tierra. Desde que existen civilizaciones hace ya cinco mil años, dentro del antiguo Egipto se encontraron registros de esta aflicción en los papiros de Ebers. Este documento mostraba lesiones más específicas causadas por estos tumores, en donde se veían diversas áreas del cuerpo afectadas. Cuando el hombre se volvió sedentario, la convivencia con los animales y las plantas se volvió más recurrente y más directa, suponiendo que el estar viviendo en conjunto fue cuando se empezó a propagar esta célula cancerígena (Graña, 2015).

Santini (2016) comenta que la evidencia más antigua registrada del cáncer de mama está dentro de otro papiro. Tiene una fecha aproximada de tres mil años antes de Cristo. No se tiene una aproximación exacta de quien fue el creador, lo que se sabe con base a la traducción es que

probablemente fue *Imhnotep*, un arquitecto y médico egipcio. Dentro de ese documento explica descripciones quirúrgicas, ocho de ellas son de dolencias, úlceras o tumores de mama; se comenta que, en un caso de cáncer de mama, se originó a través de un traumatismo. Con varios síntomas se podía saber si este cáncer de mama estaba avanzado o no, en otro fragmento se dice que, si no existen secreciones, no hay fiebre, ni baja temperatura y el pecho está creciendo, no existe tratamiento para este.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020) denomina al cáncer como aquel aumento y expansión incontrolable de células. Se puede presentar en todos los lugares del cuerpo, convirtiéndose en un tumor, provocando una metástasis. En la actualidad gracias a la tecnología, han creado mayores herramientas para la detección, tratamiento y cuidado del cáncer. Se conoce con mayor exactitud la cantidad de personas afectadas mundialmente, los problemas que puede llegar a causar, tanto emocionales, personales y familiares. Además de una variedad de organizaciones que apoyan a personas con cáncer.

El Instituto Nacional del Cáncer (2015) explica que el cáncer se forma a través de una interrupción en el proceso normal de las células. De una manera más detallada es, cuando una célula termina su proceso de vida útil, el cuerpo genera más, y cuando esto sucede las células “viejas” y las que sufrieron algún daño mueren. Esto se le conoce como el ciclo normal de una célula (morir cuando son de mayor tiempo o se dañan). Sin embargo, cuando existe una célula cancerígena, esta infecta a otra célula antes de terminar su vida útil, volviéndolas inestables, por lo tanto, no mueren, y el cuerpo sigue generando más sin necesidad y conteniendo a las infectadas.

Este problema se origina debido a una disfunción en el ADN de las células. Esto causa que la actividad normal de la célula se vea afectada, provocando que no se siga el proceso

correcto. Por ejemplo, producir células imparablemente, descontrolar el crecimiento de las células, fallas en la recuperación de algún daño dentro del ADN. Un cambio en el ADN puede ser provocado por uno o varios factores, por ejemplo, hereditarios, fumar, radiación, virus, una exposición a químicos, una alta masa corporal, inflamación crónica, y falta de ejercicio (Clínica Mayo, 2019).

1.2 Prevalencia del cáncer de mama

A nivel mundial el cáncer está ubicado como una de las mayores afecciones que impacta a una proporción importante de la población. Se estima que al año se diagnostican 12,7 millones de casos de cáncer, denotando que el crecimiento de casos va al alza sin que exista un mejoramiento en el tratamiento de las personas que son afectadas por el cáncer. Se estipula que en el año 2030 la cifra aproximada de casos sea de 21,3 millones de personas. En la figura 1 se observa la distribución de casos por región (Díaz, Neciosup y Soto, 2016).

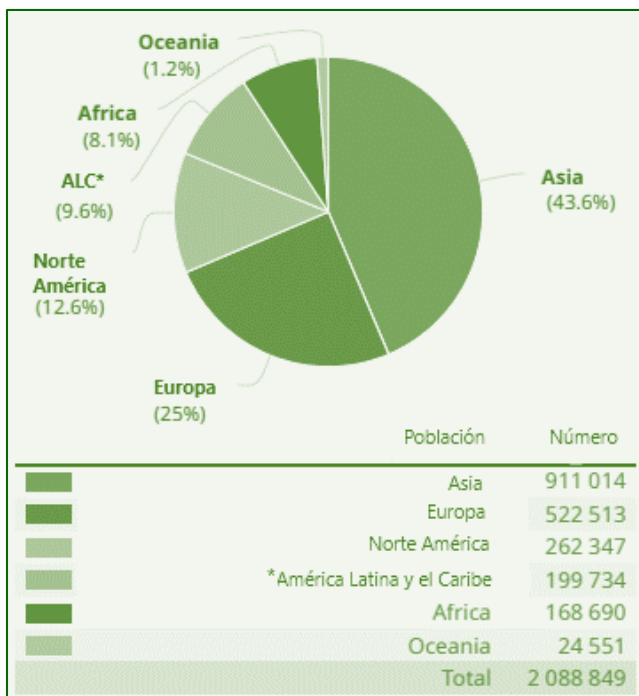


Figura 1. Índices de ambos sexos (Global Cancer Observatory, 2018).

De acuerdo a las cifras más recientes a nivel mundial hubo 2'088,849 de casos de cáncer de mama. Normalmente se presenta en la población femenina. Los países desarrollados parecen ser que es donde prevalece una mayor incidencia, en estos últimos años se da en casi cualquier región del mundo (Figura 2). Independientemente de la región en la que alguien se encuentre, se estima que una de cada ocho mujeres puede llegar a padecer cáncer de mama en algún periodo de su vida (Asociación Española Contra el Cáncer, 2019).

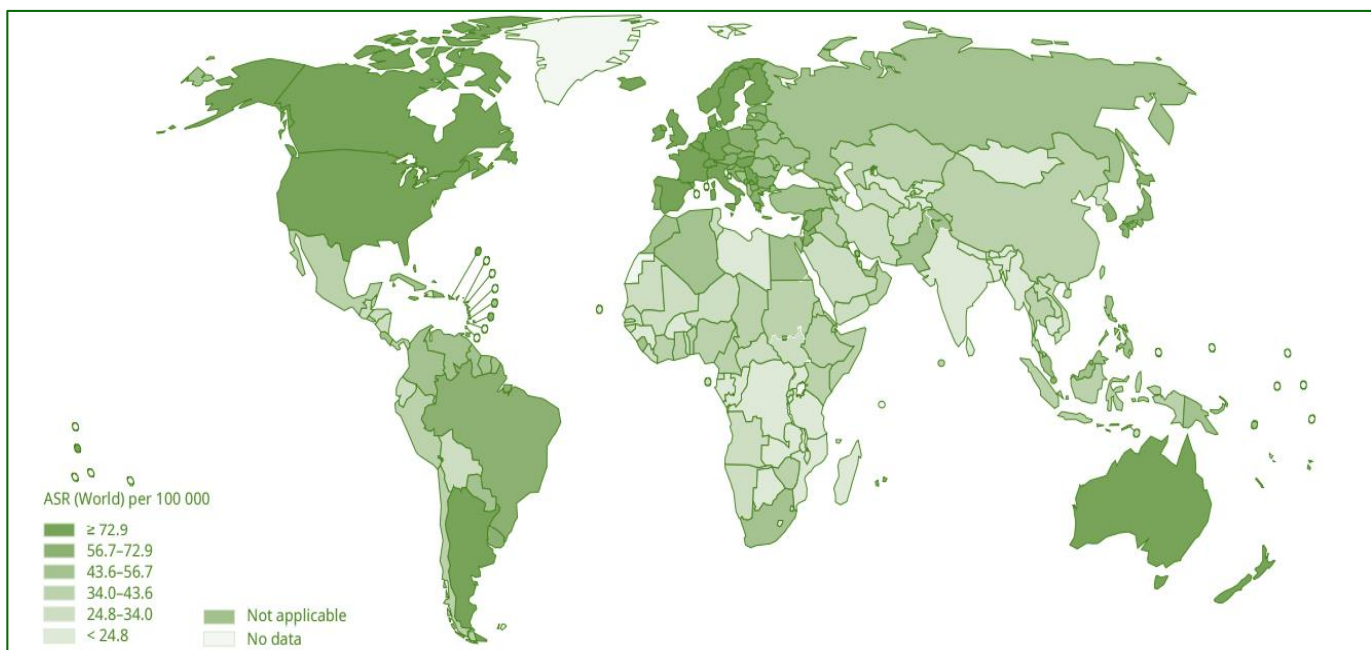


Figura 2. Tasas de incidencias (mundiales) estandarizadas por edad, para todas las edades (Global Cancer Observatory, 2018).

En México de acuerdo al Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2019) las principales muertes son: “las enfermedades del corazón, la diabetes mellitus y los tumores malignos. Los homicidios representan la cuarta causa de muerte en hombres” (p. 1). Entre las defunciones por tumores malignos el total de casos fueron: “85,754, sobresalen los de órganos digestivos con 27 455 casos (32%), seguidos de los órganos genitourinarios con 19 798 casos

(23.1%) y los de los huesos, de los cartílagos articulares, del tejido conjuntivo, de la piel y de la mama con 11 647 casos (13.6%)” (p. 19).

El INEGI (2016) reportó que en 2015 la tasa de incidencia del cáncer de mama en mujeres de 20 años en adelante era 14.80 casos reportados por cada 100,000 habitantes. En la población de adultos mayores los casos aumentan a 68.05 casos por cada 100 mil. Los estados con mayor número de casos, fueron Colima (101.08 p/c 100 mil), Campeche (97.60 p/c 100 mil), y Aguascalientes (96.85 p/c 100 mil). En la figura 3 se ve representado por estados la incidencia del cáncer de mama.



Figura 3. Incidencia de tumor maligno de mama en mujeres de 20 años y más por entidad federativa por 100, 000 mujeres de esa edad, 2015 (INEGI, 2016).

En el estado de Baja California, gracias al Sistema Estatal de Indicadores (SEI, 2020) la cifra más reciente de mujeres con más de 25 años, que padecieron cáncer de mama y perecieron, es del año 2017 (cifra más baja). En la figura 4 se muestran las tasas de mortalidad del periodo 2014-2017.

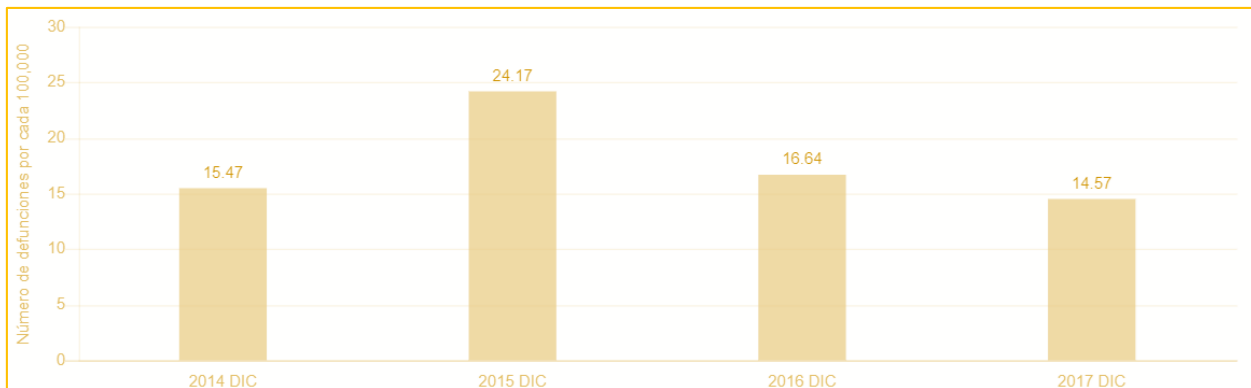


Figura 4. Tasa de mortalidad de cáncer de mama en población de derechohabiente en Baja California (SEI, 2020).

1.3 Tratamientos médicos para el cáncer de mama

La OMS (2020) comenta que para llevar un tratamiento adecuado se deben de valorar tres puntos importantes: 1) el tratamiento debe de ser de una manera continua, 2) un diagnóstico oportuno, pero si fue tardío, conocer el nivel de gravedad y 3) que exista una atención multidisciplinaria.

Se explica que hay diferentes maneras de tratar a todas aquellas personas afectadas, todo dependerá de la severidad del problema. Los objetivos con los que se trabaja para el cuidado y erradicación del cáncer, que describen, Cajaraville, Carreras, Massó, y Tamés (2002, p. 1172) son:

- a) Curación (terapia curativa): la consecución de un estado libre clínica y patológicamente de enfermedad es el objetivo primario del tratamiento del cáncer.

- b) Paliación de síntomas y/o prolongación de la supervivencia, manteniendo el estado funcional del paciente y su calidad de vida (terapia paliativa).
- c) Uso experimental en ensayos clínicos en fase I, determinando la dosis segura de una nueva estrategia en humanos.

El tratamiento recomendado para el cáncer de mama es la mastectomía, que implica quitar el seno por completo. A pesar de eso existen diferentes tipos. El primero ya se mencionó que es el total, se extirpa, desde el pezón, la areola y la piel. La mastectomía con conservación de piel es cuando se trata de dejar intacta la piel del seno, únicamente se retira el tejido mamario, pezón y la areola, de aquí parte una reestructuración del seno. En la mastectomía, el tejido del seno se extrae, la piel y el pezón se dejan intactos. A veces el tejido presenta numerosas cantidades de células cancerígenas que es necesario quitar el pezón. Una mastectomía radical modificada, además de quitar el total del seno se quitan los ganglios linfáticos axilares. La mastectomía doble se realiza cuando las mujeres presentan un alto riesgo de padecer cáncer de mama (American Cancer Society, 2019).

Algunos de los efectos secundarios que pudieran presentarse después de una mastectomía podrían ser diferentes, ya que todo depende del tipo de cirugía que fue aplicada. La American Cancer Society (2019) comenta los principales que pueden surgir. Tales como: molestia física en el área que se realizó la cirugía, hinchazón, creación de un hematoma, y/o un seroma. Además de incapacidad de movimiento del brazo hasta el hombro.

Otro tratamiento es la radioterapia, que funciona con emisiones de rayos X, en el área del cuerpo con cáncer, ya que las células cancerígenas son menos resistentes a estas emisiones a comparación de las que están desarrolladas. Existen dos maneras para la aplicación de la radioterapia en el caso del cáncer de mama: 1) la externa, que es a través de una máquina que

manda radiación hacia la mama (el más común) y 2) la interna (braquirradioterapia), esta se aplica después de una mastectomía. El médico implanta un aparato que producirá radiación durante un tiempo en el lugar donde estuvo el tumor en la mama (Mayo Clínica, 2018). Dentro de los efectos secundarios que pueden presentarse están la: “fatiga leve a moderada, irritación de la piel (picazón, enrojecimiento, descamación o ampollas, similar a lo que podrías padecer a causa de una quemadura de sol), hinchazón de las mamas, y cambios en la sensibilidad de la piel” (párr. 23).

La hormonoterapia es uno de los tratamientos más comunes y utilizados. A través del uso de fármacos ingeridos, se producen hormonas para impedir la reproducción de células innecesarias en el cuerpo y así, reducir la creación de tumores (Sociedad Española de Oncología Médica, 2020). La quimioterapia es otro tratamiento con base al uso de fármacos, la American Cancer Society (2019) explica que:

Consiste en usar medicamentos contra el cáncer que se pueden administrar por vía intravenosa (inyectados en su vena) o por vía oral. Los medicamentos pasan a través del torrente sanguíneo para llegar a las células cancerosas en la mayoría de las partes del cuerpo. En ocasiones, se puede administrar quimioterapia directamente en el líquido cefalorraquídeo que rodea el cerebro y la médula espinal (párr. 1).

1.4 Impacto psicosocial

Sufrir de esta enfermedad puede llegar a ser una situación que afecte a gran escala en la dinámica de las personas, por todo lo que conlleva tener cáncer. Se crea un duelo psicológico que se presenta de manera inevitable, se vuelve en un proceso para que la persona se adapte ante la situación de su salud, atravesando por una comprensión y aceptación al cambio de la rutina, una pérdida de la estabilidad y seguridad. Las personas que se les diagnostica esta enfermedad sufren

un desequilibrio emocional, muestran enojo y tristeza. Se estipula que entre el 15 y 25 % de los afectados por el cáncer llegan a sufrir depresión y riesgo suicida (Cabrera, López, López y Arredondo, 2017).

Cuando se llega el diagnóstico de cáncer de mama, las personas empiezan a negar los hechos, evocando inseguridad, enojo, pavor y desesperanza en ellas. Tanto el diagnóstico como los tratamientos causan miedo en las personas, cambiando por completo la perspectiva que se tiene de la vida misma, buscando maneras para afrontar los nuevos retos. Después de una mastectomía; la imagen de su cuerpo deteriorada o incompleta, causan una pérdida en el placer sexual, no aceptan el apoyo de la pareja, llegándose a sentir menos como mujeres ante quienes si están “completas” (Martínez, Camarero, López, y Móre, 2014). Las emociones tienen un lugar relevante en el impacto que tiene el cáncer de mama tras haber presentado una operación. Se desvalorizan, muestran frustración, estrés, y aparece sintomatología depresiva (Martínez, Lozano, Rodríguez, Galindo, y Alvarado, 2014).

Diversos problemas cognitivos, como lo son, problemas de memoria (la retención de números, secuencias o inclusive nombre), problemas en la orientación del espacio, y dificultades en la comprensión lectora, pueden presentar las personas afectadas por el cáncer. La presencia de problemas sencillos en la vida cotidiana genera una angustia por no poder retomar actividades académicas, profesionales y sociales de manera regular (Bonilla, Rodríguez, Trujillo, Pilar y González, 2016). Las relaciones sociales de la persona afectada se ven comprometidas, comenzando con la estructura familiar. Se genera un colapso de la organización ante la crisis presentada. Se realizan cambios en la dinámica familiar para dar una atención completa y tener los debidos cuidados. En ciertos momentos puede haber un distanciamiento por parte de los hijos menores y los mayores, toman el cargo para tener que cuidar a la madre. A veces es tanto el

impacto que requerirán el apoyo de más miembros de la familia y amigos de ellos (Acosta, López, Martínez, y Zapata, 2017).

Como lo comenta la Sociedad Americana de la Oncología Clínica (ASCO, 2018), para que exista un buen apoyo dentro de la familia, la pareja será un factor importante para el mejoramiento, en el entorno a las etapas de la enfermedad (diagnóstico, tratamiento y recuperación). Los sentimientos de miedo, inseguridad, tristeza, los presenta también la pareja. No todas las personas reciben el mismo apoyo o trato de su pareja, puesto que el estrés que genera una enfermedad como el cáncer, causa inclusive más problemas, que generan una interrupción en el matrimonio, causando un divorcio.

El área conyugal se ve afectada en diversas formas, una de ellas es en la vida sexual. La mujer, puede mostrarse sin ímpetu sexual, debido a la nueva apariencia física que tuvo tras la mastectomía; en otras personas puede ser que no deseen ser observadas por la pareja debido a que temen ser víctima de comentarios desagradables o muestren rechazo; también está la posibilidad que exista una disfunción sexual. En los hombres suele ser que ellos no accedan a tener relaciones sexuales, un ejemplo es el miedo de lastimar a su pareja (Moreno, Lara, y Alvarado, 2014).

De acuerdo con la OMS (1948, como se citó en, Ruiz, 2015) la calidad de vida es considerada como: “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no simplemente la ausencia de enfermedad” (p. 64). Por lo tanto, todas las aflicciones que se comentaron anteriormente afectan la calidad de vida de la persona con cáncer de mama. La fatiga se presenta como uno de los factores que causa un deterioro en la calidad de vida, problemas en el sueño, el estrés y el dolor, además de una falta de una autoimagen placentera. En la figura 5 se encuentran varios ejemplos ilustrativos de las consecuencias que trae el cáncer de mama.

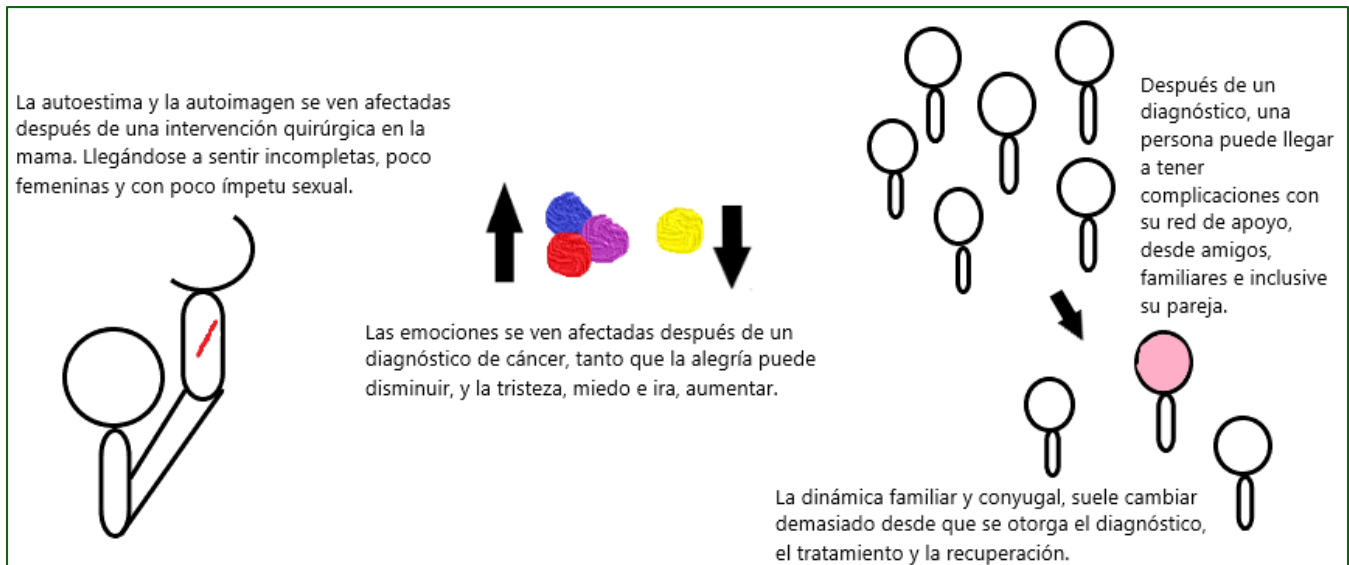


Figura 5. Impacto psicosocial a causa de un diagnóstico de cáncer de mama.

Elaboración propia.

1.5 Intervenciones psicológicas

Las intervenciones psicológicas ganan su relevancia conforme pasan los años en el tratamiento de personas con cáncer. La manera de aplicar un tratamiento psicológico en el área de cáncer de mama dependerá de ciertos factores que comenta Wittmann como el: “enfoque (ej.: conductismo, cognitivo); tipo (ej.: individual o grupal); tiempo (ej.: antes, durante o después del tratamiento); y población (ej.: tempranos o avanzados) (2019, p. 4).

Matthews, Grunfeld, y Turner (2016) realizaron una revisión sistemática para conocer la eficacia de las intervenciones psicológicas, que busca la mejora de factores psicosociales en personas con cáncer de mama después de un tratamiento quirúrgico. Se describen los modelos técnicos psicológicos que se usaron en las intervenciones, entre ellos están la terapia cognitiva-conductual (TCC), intervenciones psico-educacionales, grupos de soporte, consejería y terapia de *mindfulness* para la reducción de estrés. De las tres principales variables que se intervinieron en los estudios fueron: la ansiedad, donde dos de ellos fue positivo gracias a la TCC; la depresión,

donde los modelos de TCC, psico-educación, consejería, mindfulness y grupos de soporte, se obtuvieron resultados positivos; y en la calidad de vida, los modelos que obtuvieron resultados positivos fueron la psico educación, mindfulness, TCC y grupo de soporte.

En un estudio realizado por Andersen, et al. (2013), utilizaron técnicas de *mindfulness* para buscar una mejoría en la calidad de sueño en mujeres con cáncer de mama. Fueron un total de 336 mujeres participantes divididas en dos grupos, uno era el control y el otro fue de intervención. Fueron un total de 8 sesiones a la semana de dos horas cada sesión. Para medir la variable de calidad de sueño se utilizó la *Medical Outcome Study Sleep Scale*. Los resultados que encontraron en el grupo experimental fue que hubo una reducción de cuatro puntos respecto a la media del pre y pos test, siendo un cambio estadísticamente significativo.

Otra intervención psicológica es la terapia de aceptación y compromiso. Se utilizó con el propósito de reducir la severidad del dolor percibido en mujeres con cáncer de mama. Para este estudio participaron 30 mujeres, divididas en el grupo experimental y control. Se les aplicó la *West Haven-Yale Multidimensional Pain Inventory* para medir el dolor. La intervención duró ocho sesiones, una a la semana con duración de 90 minutos. Se encontró una diferencia estadísticamente significativa a nivel del dolor (Mami, Tahmasebian, y Mehdi, 2019).

La terapia cognitivo conductual (TCC) muestra una gran eficacia en el tratamiento de ansiedad en mujeres con cáncer de mama. En un estudio para evaluar la intervención participaron 43 personas (de ellas 37 con cáncer de mama y el resto de pulmón). Para medir la ansiedad se utilizó la *Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)*. Al momento de iniciar, el 62.8% presentó niveles anormales de ansiedad. Después de los seis meses de la TCC, se mostró que únicamente el 7% mostró un nivel anormal. En seguimientos futuros se observó que inclusive la ansiedad se redujo completamente (Tregnago, et al., 2019).

Rodríguez y Font (2013) evaluaron la efectividad del modelo terapéutico de grupo de apoyo en mujeres con cáncer de mama. A través de la terapia de apoyo psicológico junto con la terapia emotivo-expresiva, y técnicas de la TCC. Se buscó una disminución de los problemas emocionales originados por el diagnóstico, la aceptación tanto del tratamiento como de la nueva rutina que se llevará a cabo, para una mejor calidad de vida. Se encontró una diferencia entre el pre y pos test que se realizó para evaluar de manera general alguna deficiencia emocional (Sub-escala emocional del Cuestionario de la calidad de vida). Los resultados obtenidos del único grupo de intervención, mostraron una mejoría con respecto al malestar emocional.

Otro modelo de terapia para el tratamiento psicológico en las personas con cáncer de mama (o sobrevivientes a este), es la activación conductual (AC). Se describe que, a través de la AC junto con un programa de actividad física. Los resultados mostraron que la depresión y la ansiedad, obtuvieron una diferencia estadísticamente significativa, en la disminución de la sintomatología después del tratamiento (Morales, Bernal, y Amaral, 2017).

En una revisión sistemática realizada por Quintero y Finck (2018), encontraron varias publicaciones de intervenciones en Latinoamérica y España para personas con cáncer de mama. De los 17 artículos, las principales variables que midieron fueron: las emociones, la cognición, la conducta y el estado físico. Los modelos de intervención que se usaron fueron: “Modelo Cognitivo Conductual (CBT), Terapias de Aceptación y Compromiso (ACT), *Eye Movement Desensitization Process* (EMDP), Modelo Narrativo, Psicología positiva, Psicoterapia integradora, RIME (*relaxation, mental images, and spirituality*), hipnoterapia, e intervenciones grupales y psicosociales” (p. 55). De los tipos de intervenciones que se llevaron a cabo en los artículos encontrados, uno de los modelos que obtuvo resultados más significativos fue el CBT. Mediante el cual se redujo la sintomatología depresiva. Otro modelo que también obtuvo

cambios fue la ACT, donde se demostró que se redujo el estrés crónico, ansiedad e hipocondría. La hipnoterapia registró efectos positivos en la parte del comportamiento.

Otro modelo que apoya a las mujeres con cáncer de mama, en conjunto con el área de enfermería es la psicología de la salud. La manera de atención es a través de la comprensión de las emociones y sentimientos de la mujer en el estado en que se encuentra o la etapa del cáncer que esté llevando, además de conocer el apoyo que está recibiendo de su familia o amigos, para así crear un plan de atención, y seguimiento del tratamiento oncológico. Todo esto para encontrar la mejor manera de tratar la enfermedad, promoviendo la salud (Espino y García, 2018).

En el capítulo siguiente se abordará la variable de la depresión. Debido a que esta enfermedad es una de las principales que pueden llegar a padecer como consecuencia del cáncer de mama. Se dará a conocer con mayor especificidad el origen, los tratamientos, como llega a afectar esta enfermedad a las personas, las incidencias en el mundo y el país, específicamente también en las personas con cáncer de mama. Además, se describen varios estudios realizados para conocer cómo se puede tratar sintomatología depresiva en personas con la enfermedad del cáncer de mama.

CAPITULO II

Depresión en mujeres con cáncer de mama

2.1 Depresión

El concepto de depresión surgió en el siglo XIX y solamente se le conocía como una deformación de las emociones. Las características principales de esta alteración eran las expresiones o conductas de una persona, el deterioro de las cualidades, una falta de impulso hacia realizar actividades y pensamientos, junto con una reducción de las funciones ejecutivas (Botto, Acuña y Jiménez, 2014).

La Asociación Americana de Psiquiatría (APA, 2014) comenta en la quinta edición del DSM que la depresión es un: “trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo” (p. 155). Según la OMS (2020) la depresión es un trastorno mental que está acompañado siempre, de la tristeza, de ella se deriva algún desinterés por los gustos y lo que pueda provocar placer, las personas con este trastorno llegan a sentir culpa y normalmente una baja autoestima. También la OMS (2020) hace mención de la severidad de esta enfermedad:

La depresión puede llegar a hacerse crónica o recurrente y dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo o la escuela y la capacidad para afrontar la vida diaria. En su forma más grave, puede conducir al suicidio. Si es leve, se puede tratar sin necesidad de medicamentos, pero cuando tiene carácter moderado o grave se pueden necesitar medicamentos y psicoterapia profesional (párr. 2).

Bhowmik, et al. (2012) comentan que ante los adultos los síntomas más comunes de la depresión, son la expresión de tristeza, irascibilidad o desesperación. Esto se presenta, aunque sean por situaciones de poca gravedad, se origina una falta de la libido, y problemas del sueño,

dormir en exceso o insomnio. En los niños, los síntomas al igual que el adulto son la expresión de sentimientos, antes mencionados y una severa preocupación. Los adolescentes, también muestran estos sentimientos, junto con un aislamiento social y ansiedad. Se pueden ocasionar problemas conductuales en el adolescente y otras afecciones mentales. En los adultos mayores es más difícil que se les diagnostique, debido que los síntomas que presentan ellos, como el cansancio, poca ingesta de comida, problemas del sueño, se les asocia con otra enfermedad que tengan y no a una posible depresión.

El Instituto Nacional de la Salud Mental (2015) comenta que, entre las enfermedades crónicas más comunes, como el cáncer, la diabetes, un derrame cerebral, la esclerosis múltiple, o la infección por VIH, la depresión es recurrente. Se dice que respecto al desarrollo de la depresión:

Algunas veces, los síntomas de la depresión pueden presentarse después de un diagnóstico clínico reciente, pero desaparecen en la medida en que la persona se adapta o en que se trata la enfermedad. En otros casos, ciertos medicamentos que se usan para tratar la enfermedad pueden provocar depresión, la cual puede continuar, aunque la salud física mejore (párr. 8).

La depresión se clasifica en dos tipos, la depresión mayor y la distimia. Los criterios diagnósticos para la depresión mayor son: un humor depresivo la mayoría del tiempo en el día, reducción de la atracción por hacer cosas que antes gustaban, ganancia o disminución de peso, problemas del sueño (dormir excesivamente o dormir poco), una ligera energía al momento de realizar actividades, poca concentración para pensar y/o tomar decisiones, pensamientos suicidas. Para que se llegue a este diagnóstico es necesario que cumpla con cinco o más de los

síntomas y que estos se hayan presentado en las últimas dos semanas. Para la distimia son: una actitud negativa, con una falta de esperanza, y ansiedad. En este tipo existe la diferencia de la presencia de los síntomas en un periodo de dos años o más. Existen otros tipos de depresión, pero no se consideran dentro de una categoría ya que estos no cumplen con los criterios diagnósticos. Ejemplos de estos son, la angustia con ansiedad, melancolía y atipicidad (Coryell, 2018).

2.2 Prevalencia de la depresión en mujeres con cáncer de mama

A nivel mundial tomando en cuenta los registros de la OMS (2020) la depresión afecta alrededor de 300 millones de personas. En México, se estima que de cada 100 personas 15, tienen un diagnóstico depresivo. Existen personas que llegan a sufrir de depresión, pero debido a no tener valoración profesional no se les registra oficialmente (Fernández, 2019). En la figura 6 se muestra un índice de personas mexicanas que han reportado un estado de ánimo depresivo, que nunca han presentado o desconocen.

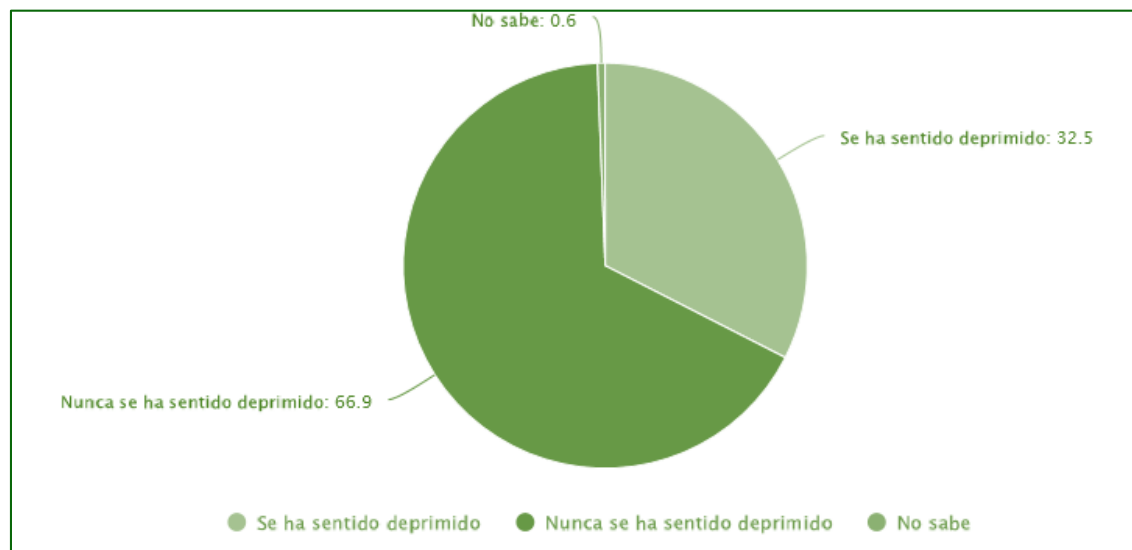


Figura 6. Integrantes del hogar de 12 años y más con sentimientos de depresión. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2017).

Ornelas, Tufiño, y Sánchez (2011) realizaron un estudio para conocer la prevalencia de la depresión en mujeres con cáncer de mama en México. Con la ayuda de 203 mujeres que padecían de esta enfermedad y a través de la aplicación de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión obtuvieron los siguientes resultados. Solo el 28% de las participantes presentaron un nivel de depresión estadísticamente significativo.

Se realizó una revisión sistemática a nivel mundial entre los años 2000 y 2019, en donde se buscaba demostrar la prevalencia de depresión en personas con cáncer de mama. La mayoría de ellos fueron realizados en Estados Unidos e Irán. Los hallazgos que encontraron respecto a la sintomatología de la depresión fue que a nivel global la prevalencia es de 32.2%. Dentro de los resultados, se encontró que existe una relación positiva y alta con respecto a la manifestación de la depresión en personas con cáncer de mama. La información obtenida de esta revisión puede provocar un cambio positivo con respecto a ambas enfermedades. Desde tomar en cuenta el área de la salud mental y emocional de las personas con enfermedades crónicas, hasta generar nuevos tratamientos coadyuvantes, para apoyar a la persona en todo lo que el área psicológica y médica pueda hacer (Pilevarzadeh, et al., 2019).

En un estudio realizado por Tsaras, et al. (2018), para evaluar la depresión (y ansiedad) en personas con cáncer de mama, los resultados de la prevalencia existente de algún síntoma de depresión demostraron que, de los 152 participantes, 58 (38.2%) presentaron depresión mientras que 94 (61.8%) no mostraron algún síntoma. Se aplicó una prueba para medir de manera rápida y breve la depresión (El cuestionario de la salud del paciente – 2) que consta de solo dos preguntas.

Park y Rosenstein (2015), encontraron una oscilación entre el 16 a 42% la presencia de sintomatología depresiva en personas con cáncer y a su vez afirmaron que un 20% de personas presentan el diagnóstico de la enfermedad, siendo la distimia la más común. Bernal y Muñoz

(2017) comentan que entre el 15 y el 25% de la población con cáncer de mama son los que llegan a presentar depresión (como se citó en, Díaz, et al., 2019).

En un estudio realizado por Sánchez, Figueroa, Cacho, y Robles (2016) participaron 59 mujeres con cáncer de mama para conocer si mostraban síntomas depresivos. Se les aplicó la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS). Los resultados mostraron que un 29% presentó algún síntoma de la depresión, un 17% tiene una depresión moderada, y un 7% presenta una depresión severa. El resto, 47% refirió no haber presentado.

Berrospi, Herencia y Soro (2017) llevaron a cabo una revisión sistemática. Los resultados obtenidos son que, de los 385 participantes, 82 de ellos muestran una sintomatología depresiva (21.29%) y con respecto a: “la proporción de pacientes con sintomatología depresiva entre aquellas sometidas a quimioterapia, radioterapia y mastectomía radical fue del 20.79%, 25.15% y 21.48% respectivamente” (p. 98).

2.3 Causas de la depresión

La depresión tiene varios orígenes. No existe una sola causa que provoque todo el desencadenamiento de la enfermedad. La OMS (2020) comenta que se causa a través de una combinación entre problemas sociales, psicológicos y biológicos. Otros (Clínica Mayo, 2018) comentan acerca de la biología de la persona, las reacciones químicas que suceden en el cerebro y a veces la herencia. La Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (AVALIA-T, 2014) comenta que: “puede ser el resultado de una combinación de factores psicológicos, genéticos y bioquímicos” (p. 12). Para el caso de esta tesis se abordarán las causas biológicas (y químicas), psicológicas y sociales.

Uno de los principales factores biológicos, es la herencia. Hay probabilidades altas de que se herede a través de los hijos o nietos la depresión. Se dice que quien haya tenido algún pariente cercano con depresión, puede llegar a sufrir de la misma (si el ambiente es propicio para que se origine). También, se hace mención de algún mal funcionamiento del área cerebral, en específico la estructura y funcionamiento del área que se encarga de las emociones (Hoyos, Lemos y Torres, 2012).

Bosch y Meyer (2019) comentan que si se llegase a originar una desregulación en las áreas que se encargan del trabajo con las emociones en el cerebro (pre frontal, hipocampo y amígdala) puede ser tan grave el daño o la crisis, que se puede originar depresión. Esta desregulación afecta también el sistema de ciertos neurotransmisores como los noradrenérgicos, la serotonina y la dopamina. Pero no solo algún daño natural en las áreas puede causar un desorden en los neurotransmisores, sino que también situaciones aversivas del ambiente, son capaces de generar un desfase en la actividad de este sistema y provocar que se cause la enfermedad.

Siguiendo con la biología del ser humano y sus componentes físicos, la interacción del metabolismo, las vitaminas y minerales, llegan a tener un impacto en el estado de ánimo de quienes tienen deficiencias de estos últimos dos. Por lo tanto, tener una buena o mala alimentación, influye en la presencia de sintomatología depresiva. Por ejemplo, una falta de ingesta de almidón, problemas con el gluten y/o algún otro problema alimenticio, son señalados como posibles factores para presentar depresión, por lo tanto, sería importante atender la parte nutricional también (Campagne, 2012).

Como se comentó anteriormente, el pre frontal, hipocampo y amígdala, son las áreas que mantienen en funcionamiento a las emociones a nivel cerebral. Cognitivamente, el ser humano

tiene la habilidad para poder regular las emociones; el saber cuándo, con que intensidad, con quien y en donde expresar ciertas emociones. Una desregulación en las habilidades emocionales llega a ser un problema y lo que comenta Hervás (2011) es que: “la investigación corrobora la existencia de déficit de regulación emocional en las personas con depresión ya que se ha observado que sus estados de ánimo son más duraderos y, al mismo tiempo, su tendencia a realizar actividades positivas es muy reducida” (p. 353). También se explica que algunos factores ajenos a la regulación de emociones pueden ocasionar depresión, tal como la personalidad.

Parra, et al. (2018) comentan que hay dos modelos explicativos para la relación entre la personalidad y la depresión:

Un primer grupo de modelos plantea que la depresión y la personalidad tendrían influencias causales compartidas, pero que no tendrían una relación causal entre ellas... se podría considerar que la personalidad es un precursor de la depresión, en el sentido de que individuos con un alto nivel de ciertos rasgos tendrían mayor riesgo de desarrollar un trastorno depresivo... un segundo grupo de modelos propone que la personalidad tendría un efecto causal en el desarrollo y/o la mantención de la depresión. Es el caso del modelo predisposicional, en el que la vulnerabilidad de la personalidad, en interacción con otros factores moderadores o mediadores, tendría un rol en la génesis de la depresión (p. 2).

La personalidad de una persona es también una vía de desarrollo para que se muestre la depresión. Existen varias instituciones que hablan de las características de la personalidad que promueven una evolución de la tristeza a una depresión. Rioja Salud (2015) comenta que una poca convivencia social o aislamiento, ser obsesivo y pensamientos negativos son características que pueden transformarse en un indicio de depresión. Clínica Barcelona (2018) resalta que el tener unos ciertos atributos de personalidad a niveles extremos, como una excesiva inseguridad o

buscar el perfeccionismo en todo. Mayo Clinic (2018) explica que la baja autoestima, tener una dependencia hacia las cosas o personas, estar constantemente en una autocrítica negativa y el pesimismo, son los rasgos de la personalidad que ponen en riesgo a la persona de sufrir depresión.

El factor social como una de las causas tiene relevancia ya que, dependiendo de éste, se determina si la depresión se elevará o reducirá. Por mencionar unos ejemplos de factores sociales: personas sin trabajo, discriminación, o que presentan un índice de riesgo en el área laboral. Aquellas personas que viven en zonas alejadas de la ciudad, que sufren condiciones deplorables por falta de recursos, son también propensas a tener depresión (Morales, 2017). El estrés también es uno de los principales factores para el origen de sintomatología depresiva. Bhowmik, et al. (2012) comentan algunos ejemplos estresantes de ambos niveles: el término de una relación de una pareja sentimental en la adolescencia y un divorcio en la vida adulta; reprobación de una materia, la carga excesiva de trabajo, la muerte inoportuna o una enfermedad crónica (ya sea a algún familiar o propia); perder el trabajo, violencia y aislamiento social (recurrente en los adultos mayores).

Dentro de una investigación para conocer los factores sociales que estén asociados a la depresión, se obtuvieron los siguientes resultados. El estado civil de las personas fue uno de los principales factores. Se describe que las mujeres viudas (7.5%) presentan un trastorno depresivo, posteriormente las divorciadas (6.1%). Las casadas y solteras fueron de los porcentajes más bajos (4.0% y 3.6%). La escolaridad también influye dentro de esta enfermedad, puesto que personas únicamente con primaria (5.9%) lo presentaron. Personas sin estudios fue la segunda población afectada (5.6%) y las personas con escolaridad mayor de primaria presentaron mínima presencia de la enfermedad (4.0%). En el campo laboral, las personas que nunca han trabajado en

su vida (4.3%) tuvieron un diagnóstico positivo. La familia y amigos son un punto clave para que se desarrolle con mayor rapidez el trastorno o se detenga, esto debido a que el 6.4% de los participantes que presentaron la enfermedad hicieron mención de no tener contacto y/o apoyo con sus familiares y el 6.1% de los afectados, mostró no tener una red de apoyo de amistad (Agudelo, Ante y Torres, 2012).

En personas con cáncer de mama, algunos factores de convivencia para que se presente la depresión es la dinámica familiar. Si es poco o no hay apoyo hacia la persona con la enfermedad, existe una baja adaptabilidad y poca solución a problemas, la familia está deteriorando el estado emocional, en cambio si fuese, al contrario, la persona con cáncer de mama se sentiría bajo una red de apoyo sólida. Asimismo, debido a esta falta de apoyo, se puede originar ansiedad, por lo tanto, después de un tiempo llega a evolucionar en sintomatología depresiva o una depresión (Lerma, Larios, Daneri, Lerma, y Robles, 2018).

En una investigación realizada a 30 mujeres con cáncer de mama, se identificaron en ellas las siguientes conductas, pensamientos y sensaciones: un arrebato de una parte de su cuerpo, dejándolo deformado, la reducción de la autonomía en la persona, las secuelas del tratamiento, pérdida de la libido, y falta de motivación en actividades. Son factores que pueden llegarles a ocasionar depresión. De las 30 participantes, 11 de ellas presentó sintomatología depresiva, 18 de ellas distimia y una, mostró una distimia severa (Montiel, Álvarez, Guerra, Herrera, y Fernández, 2016).

2.4 Modelos explicativos de la depresión

Se tienen diversos modelos explicativos acerca de la manera en cómo esta enfermedad (o trastorno) tuvo su origen. Principalmente se le asocia con haber vivido un evento con una experiencia traumática grave o la presencia de una enfermedad terminal, evocando así el

desarrollo paulatino. Se han encontrado diferentes puntos clave fisiopatológicos para que esta enfermedad aparezca, por mencionar algunos, los niveles altos del estrés, debido a que se libera una gran cantidad de glucocorticoides que interrumpen el adecuado trabajo del hipocampo, y un problema del sueño, debido al papel que juega la serotonina dentro del cuerpo (Restrepo, et al., 2017).

Robles, Morales, Jiménez y Morales (2009), realizaron una investigación para conocer las variables que originan la depresión en mujeres con cáncer de mama en México. Se encuestaron a 235 mujeres diagnosticadas con cáncer de mama. Para medir las variables, se llevó a cabo la aplicación de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (para la sintomatología depresiva), la Escala de Afectividad Positiva y Negativa (para las características de afectividad) y el Cuestionario de apoyo social SSQ-6. Los resultados mostraron que tanto el afecto negativo como el positivo que se dio en las últimas semanas, la cantidad de personas que apoyan a la persona y el grado de complicación de la enfermedad, como las principales variables para que una mujer con cáncer de mama, presente depresión.

Los trastornos depresivos entran en la categoría llamada, enfermedades genéticamente complejas, ya que para que se presente, el contexto en que se desarrolle y los factores genéticos, son igual de importantes. Existe un modelo que lo explica a través del llamado: umbral de susceptibilidad. Este umbral, funciona como un medidor. Cuando se está en la sociedad y hay convivencia con familiares y amigos, y ocurre una situación de crisis o que afecte a la persona a un nivel emocional grave, si este suceso sobrepasa el umbral de susceptibilidad que tiene la persona, se puede llegar a provocar una depresión (Mitjans y Arias, 2012).

La primera teoría que se expone es, la teoría de la dinámica circular en la etiopatogenia de la depresión expuesta por González (1984, como se citó en, González y Monterrey, 2009.)

que trata acerca de que los factores que originan la depresión en la persona están entrelazados. Cuando uno de ellos se activa, seguirán así sucesivamente hasta que la persona se deprima nuevamente, continuando sin tener un fin, ya que estos mismos factores se están retroalimentando por sí solos, generando autonomía. En la figura 7 se explica cómo los factores que provocan la depresión están conectados entre sí y se activan uno tras otro, sin ningún fin, llamándolo un círculo vicioso.

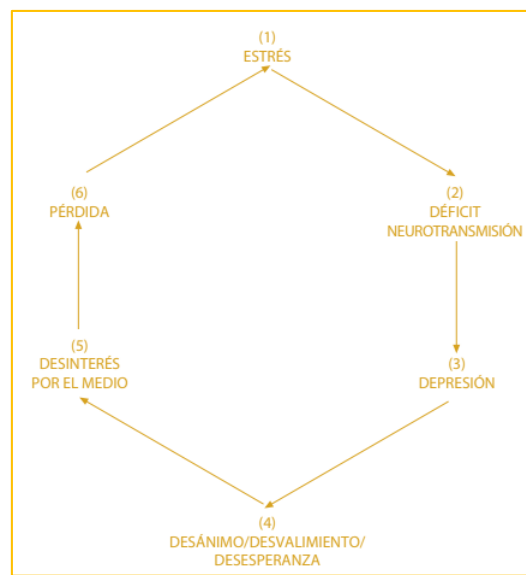


Figura 7. Teoría de la dinámica circular en la etiopatogenia de la depresión

(González, 1984, como se citó en, González y Monterrey, 2009).

Existe la teoría de que, debido a una baja producción del neurotransmisor de noradrenalina (NA) se genera la depresión. Este se encarga de la regulación del sueño, el hambre, comportamiento sexual, temperatura del cuerpo, la motivación, la atención, conciencia, el aprendizaje y la memoria (actividades que se ven afectadas en una persona diagnosticada con depresión). Esta teoría se ha tratado de comprobar mediante la implementación de fármacos que

inhiben la producción de la NA y serotonina. Las conclusiones que han obtenido es que debido a la falta de actividad de estos neurotransmisores se origina la depresión (Pérez, Cervantes, Hijuelos, Pineda, y Salgado, 2017).

Otra teoría que sustenta el origen de la depresión es la llamada hipótesis neurotrófica. Se explica que:

Dentro de los factores medioambientales se considera al estrés crónico (físico o psicológico) como factor de riesgo para la depresión mayor (DM). Esta asociación parte de la observación de que cerca del 50% de los individuos con depresión muestran hipercortisolemia. Estos hallazgos sugieren que la desregulación del eje hipotálamo-pituitaria-corteza adrenal (HPA) es un factor neuroendócrino que contribuye a la etiología de la DM (Cruzblanca, Lupercio, Collas, y Castro, 2016, p. 49).

De acuerdo a la teoría anterior se comenta que, en personas con depresión, existe una anomalía en la formación correcta de la sinapsis de estas neurotrofinas, el factor de crecimiento nervioso y el factor neurotrófico derivado del cerebro, éstas son: “proteínas que influyen los procesos de neurogénesis y la plasticidad neuronal tanto en el sistema nervioso central como en el sistema nervioso periférico” (p. 81). Por lo tanto, como existe una deformación en la producción normal en personas con esta enfermedad se especula que una falta de estos, afecta también en el sistema límbico (Pérez, Cervantes, Hijuelos, Pineda, y Salgado, 2017).

El modelo cognitivo de la depresión descrito por Beck (1967, como se citó en, Vázquez, Hervás, Hernangómez y Romero, 2010) explica que existe una serie de eventos que suceden uno tras otro. El primer acontecimiento abarcaría lo que son aquellos momentos de la vida negativos que ocurrieron a una temprana edad, después debido a esos “traumas” se ocasionan creencias

disfuncionales. Esto siendo una perspectiva negativa de uno como persona, el mundo y el futuro (triada cognitiva), y por último se genera la depresión. En la figura 8, se muestra el proceso cognitivo de la depresión.

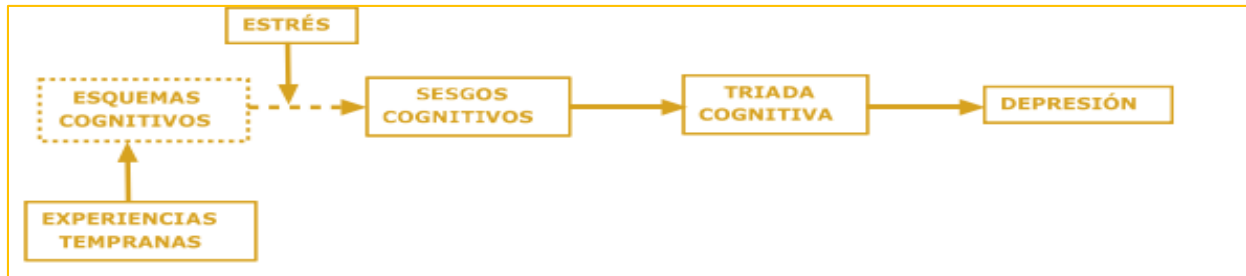


Figura 8. Modelo cognitivo estándar. (Beck, 1967, como se citó en Vázquez, Hervás, Hernangómez y Romero, 2010).

Más adelante se creó un nuevo modelo cognitivo (Figura 9) que explica la depresión. Siendo este más completo y actualizado, ya que se integran más factores. Por ejemplo, el estrés se muestra con mayor relevancia en donde se describen elementos importantes que originan a este, tales como crisis en las diferentes etapas de la vida, el género de la persona, y los diferentes tipos de estrés que existen. Los nuevos elementos que agregaron a este modelo, fueron los pensamientos, en específico aquellos del pasado, que pueden ocasionar un malestar en el presente de la persona, y aquellos intentos para eliminar esos pensamientos invasivos. A comparación del modelo anterior, este brinda más especificidad a cada punto. Describiendo ejemplos de que es lo que sucede en cada etapa.



Figura 9. Nuevo modelo cognitivo basado en datos empíricos. (Vázquez, Hervás, Hernangómez y Romero, 2010).

Para comprender un poco más la depresión a través de la conducta, la teoría que expuso Ferster (1973, como se citó en, García, 2017) acerca de cómo se origina la depresión, es por medio del reforzamiento de conductas. Sucede cuando una persona presenta conductas depresivas, ya sea que él mismo u otras personas refuercen esa conducta y tenga un incremento en la frecuencia. Mientras sucede esto, una falta de reforzadores o castigos hacia conductas no depresivas, o que sean de utilidad para la reducción de la frecuencia de la conducta depresiva, son aplicados, por lo tanto, las conductas depresivas se mantienen y las otras dejan de ser utilizadas.

2.5 Instrumentos para medir la sintomatología depresiva

Una de las principales escalas para medir la sintomatología depresiva, específicamente en la población hospitalaria es, la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS). En México esta escala fue validada para la población oncológica por Villegas (2004, como se citó en, Galindo, et al., 2015). Esta escala es una de las más adecuadas para conocer la sintomatología ansiosa y depresiva: “al arrojar rangos de sensibilidad de entre .74 y .84, especificidad de .78 a .80, una alta consistencia interna (alfas entre .83 y .85), alta confiabilidad test retest ($r=.75$) y una adecuada validez convergente ($p<.05$)” (p. 254). La escala se divide en dos variables a medir, con siete ítems cada una, en donde primero está un ítem para medir la ansiedad y otro para la depresión y así consecutivamente. Los reactivos presentan cuatro opciones de respuesta posibles, que es del 0 al 3, las puntuaciones totales pueden variar del 0 al 21 en cada subescala. Se considera dentro del rango adecuado puntuaciones de cero a siete, de ocho a diez, como un posible problema, y superior a 11 ya se considera un problema clínico.

El Termómetro de Distrés es otro instrumento utilizado para la población oncológica, que busca medir a través de dos secciones; la primera es mediante el uso de una Escala Visual Análoga del 0 al 10, para buscar el distrés que ha vivido la persona en la última semana, y la segunda parte es con una serie de 35 situaciones que llegan a vivir las personas con la enfermedad del cáncer (Almanza, Juárez y Pérez, 2008).

Otro instrumento validado en México en población adulta para la detección de la depresión es el Inventario de Depresión de Beck, estandarizado por Villegas, Méndez, Rodríguez, Loperena y Varela (1998). Lo que busca medir es la existencia de la sintomatología depresiva y su intensidad. Se registró que esta escala en la población mexicana un alfa de Cronbach= .87, demostrando ser confiable. Consta de 21 ítems, con tres opciones de respuesta

que van del 0 al 3. La clasificación de resultados es del 0 a 12 puntos, se considera que no presenta depresión; de 13 a 20, muestra algunos síntomas; de 21 a 30, ya presenta cierta depresión; de 31 o más, ya es considerada una depresión severa (cómo se citó en Galindo, et al, 2015).

2.6 Intervenciones para tratar la depresión en mujeres con cáncer de mama

El apoyo psicológico y terapéutico que debe de tener una mujer durante el proceso de una enfermedad como el cáncer de mama, es indispensable. Debido que, en algunos casos, las emociones y pensamientos juegan un papel importante para el mejoramiento o empeoramiento de la enfermedad. Meza (2007) hace mención a la psicoterapia grupal como la intervención más apropiada para mujeres que padezcan de depresión a causa del cáncer de mama. Esto pues, a que es más accesible, menos costoso y el apoyo mutuo de mujeres que han pasado por lo mismo hace que la recuperación se vuelva más sencilla. La unión y pertenencia a un grupo hace que, todo lo que esté pasando una mujer, sea comprendido, y sin tener que preocuparse por recibir una crítica o desvaloración por parte de un familiar.

La terapia cognitivo conductual es reconocida por su eficacia en casos de depresión. La evidencia muestra que en un estudio realizado en personas con cáncer se aplicó una intervención para reducir sintomatología depresiva y disminuir el tiempo de ese estado de ánimo, a través de técnicas auto aplicables para la reducción de síntomas depresivos y para mejorar la calidad de vida. Los resultados obtenidos de la investigación a través de la comparación de ambos grupos fue que el 80% de los participantes del grupo de TCC obtuvo una reducción de su sintomatología, en contraste al grupo control que fue de 0% (Manthiramoorthiya, 2012).

Se llevó a cabo una investigación por parte de Bellver, Peris, y Santaballa (2019) para conocer la eficacia de la terapia de grupo en personas con cáncer de mama, para la modificación

de su calidad de vida, reducir ansiedad y depresión. Para medir la depresión fue utilizada la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS). El número de participantes fue de 100 mujeres y se dividieron en dos grupos, uno de 51 que estuvieron en el grupo de autoestima y habilidades sociales (AHS), y otro de 49 en el grupo de terapia cognitivo conductual (TCC). Una vez aplicada la intervención, después de seis sesiones de una hora y media a la semana, se encontró que en el grupo de AHS la reducción fue baja en las variables de sintomatología depresiva y de la ansiedad (con una reducción de la media de 0.85 puntos y de 1.27 puntos, respectivamente). La calidad de vida, mostró una mejoría estadísticamente significativa (un aumento de la media de 4.99 puntos). Estos efectos se mantuvieron aún después de tres meses posteriores a la intervención.

Becerra, Reynoso, y Lugo (2020) realizaron una intervención con base al modelo de terapia de Activación Conductual Breve para tratar la depresión en mujeres con cáncer de mama; participaron seis mujeres. Para medir la depresión, se aplicaron los instrumentos como la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión, el Inventario de Depresión de Beck II, además de la realización de autorregistros del protocolo BATD-R. La intervención se dividió en tres secciones, con seis sesiones con duración aproximada de 50 minutos. Los resultados obtenidos indicaron que la depresión se redujo significativamente en las seis mujeres, al finalizar la intervención.

Richard, Harbeck, Wuerstlein, y Wilhelm (2018), utilizaron una intervención con base al cuidado de la belleza, para conocer qué impacto tiene en las variables de depresión, calidad de vida y autoestima, en mujeres con cáncer de mama. Participaron 44 mujeres y se dividieron en dos grupos, 22 en el grupo de intervención inmediata y el otro en una lista de espera. Para conocer la depresión se utilizó la Escala Estatal de Rasgos Depresivos y la Escala de Depresión

del Centro de Estudios Epidemiológicos. La intervención consistió en un curso de cuatro horas de maquillaje, por profesionales de la belleza y una sesión fotográfica. La sintomatología depresiva se redujo desde que inició el tratamiento. En la línea base ambos grupos no presentaron diferencias, sin embargo, al momento de aplicar el primer pos-test del grupo de intervención la sintomatología se redujo estadísticamente.

En el siguiente capítulo se abordará la hipnosis en su generalidad, desde sus inicios en la edad moderna y cómo fue su proceso para dejar de ser considerada una práctica ocultista a una técnica para apoyar problemas de la vida diaria en las personas. Se revisan los diferentes tipos que existen de hipnosis, así sus diferentes explicaciones, como funciona y sus autores principales. Se muestra como es una técnica aplicada en el área del cuidado de la salud mental y hasta física. Para finalizar, se revisarán intervenciones basadas en hipnosis para la depresión.

CAPÍTULO III

Intervenciones basadas en hipnosis

3.1 Antecedentes

La hipnosis era utilizada desde hace cientos de años antes de que se hiciera pública. Era recurrente el que las acciones consideradas hipnosis las vincularan con ideales religiosos para fundamentar cualquier reacción que se tuviera ante dichos actos; inclusive en la edad media la práctica de la hipnosis, hablar de temas relacionados con esta o buscar información de lo que se le denominaba hipnosis en aquel entonces era condenado a pena de muerte por tener relación con la brujería (Martínez y Asís, 1989, como se citó en Llanes, 2015). En las épocas de los faraones egipcios existían unos templos de sueño, que se utilizaron como método de curación. En donde la persona enferma, recibía un ritual y seguido se le inducía a un estado de trance, para la interpretación de los sueños y así ayudar a resolver sus dificultades (Williamson, 2012)

Después de varios siglos, ya aproximándonos al primer autor que utilizó la hipnosis sin que se considerara algo que estuviera relacionado con la brujería, comenta Risoto (2012) que fue Mesmer el primero en aplicar esta técnica, debido que este:

Se interesa en los tratamientos con imanes del jesuita Hell. Al parecer, este tipo de tratamientos era muy efectivo contra el dolor y en las enfermedades psicósomáticas. Cree haber descubierto el fluido que mantiene vivo todo el universo. Durante mucho tiempo pensará que el magnetismo de los imanes es capaz de influir en el cuerpo enfermo de un ser humano... más adelante... no serían ya los imanes que irradian este fluido curativo sino ciertas personas (p.75).

Uno de los principales orígenes que existió de la hipnosis practicada formalmente fue la del trance como una canalización de la energía. Es aquí donde Mesmer explicó lo que era el líquido magnético que cada ser vivo tenía. Este líquido supuestamente todo ser humano lo posee y cuando se presentaba un problema, generaba una falta de estabilidad en el fluido magnético. Para recuperar la estabilidad, le proporcionaban otros fluidos magnéticos a la persona, provocando que energía nueva entrara generando un trance (Fontán, 2010)

El término hipnosis no fue descrito propiamente hasta que James Braid asistió a varias clases donde se mostraban las técnicas Mesmerianas. Pudo observar que, en las sesiones, las personas no podían abrir los ojos. Braid buscó por su propia cuenta que podía ser debido a un trastorno en los centros cerebro-espinales y los sistemas circulatorios, respiratorios y musculares, provocados por una mirada y atención focalizada, el reposo total y una manera de respirar diferente. El término de hipnosis que Braid realizó viene del griego *hypnos*, donde su significado es dormir (García 2016).

José Faria (s/f, como se citó en Fontán, 2010) explicó que quien era hipnotizado, en realidad estaba en un sueño lúcido. La persona llegaba a un punto de una atención plena a sus pensamientos, originando que las sensaciones físicas que recibiera no se percibieran como tal, ya que su atención estaba en sus pensamientos.

Otros grandes exponentes que utilizaron la hipnosis fueron, Bernheim y Charcot. De acuerdo a Cabrera, et al. (2013) Bernheim postuló que la hipnosis no era un efecto patológico, a diferencia de Charcot quien lo consideraba como un estado patológico, asociado con la histeria. Freud también utilizó la hipnosis, antes de desarrollar el método psicoanalítico. Utilizó las regresiones hipnóticas (evocación de recuerdos reprimidos), ya que los recuerdos traumáticos podían aparecer inconscientemente mientras la persona estaba hipnotizada, podría ir al origen de

la problemática que se presentara. En aquel entonces a muchas personas se les asociaba cualquier problemática con la histeria (Rocamora, 2011).

Milton H. Erickson, se encargó de crear un nuevo modelo de uso de la hipnosis, diferenciándose de la manera en cómo utilizaba la hipnosis, la dirección que tenía el uso y su manera de intervenir. La filosofía que tenía Erickson respecto a la hipnosis también era algo innovador; mediante una buena relación interpersonal con la persona, tuvo como meta explotar todas aquellas habilidades, herramientas, cualidades que tenían para el uso y mejoramiento personal (Quezada, 2011). Erickson, mencionaba que para conseguir el propósito de las personas era necesario la disposición hacia el cambio de esta en la obtención de los resultados esperados (Peñafiel, 2015).

En la figura 10 se describen los aportes que dieron los principales autores de la hipnosis.

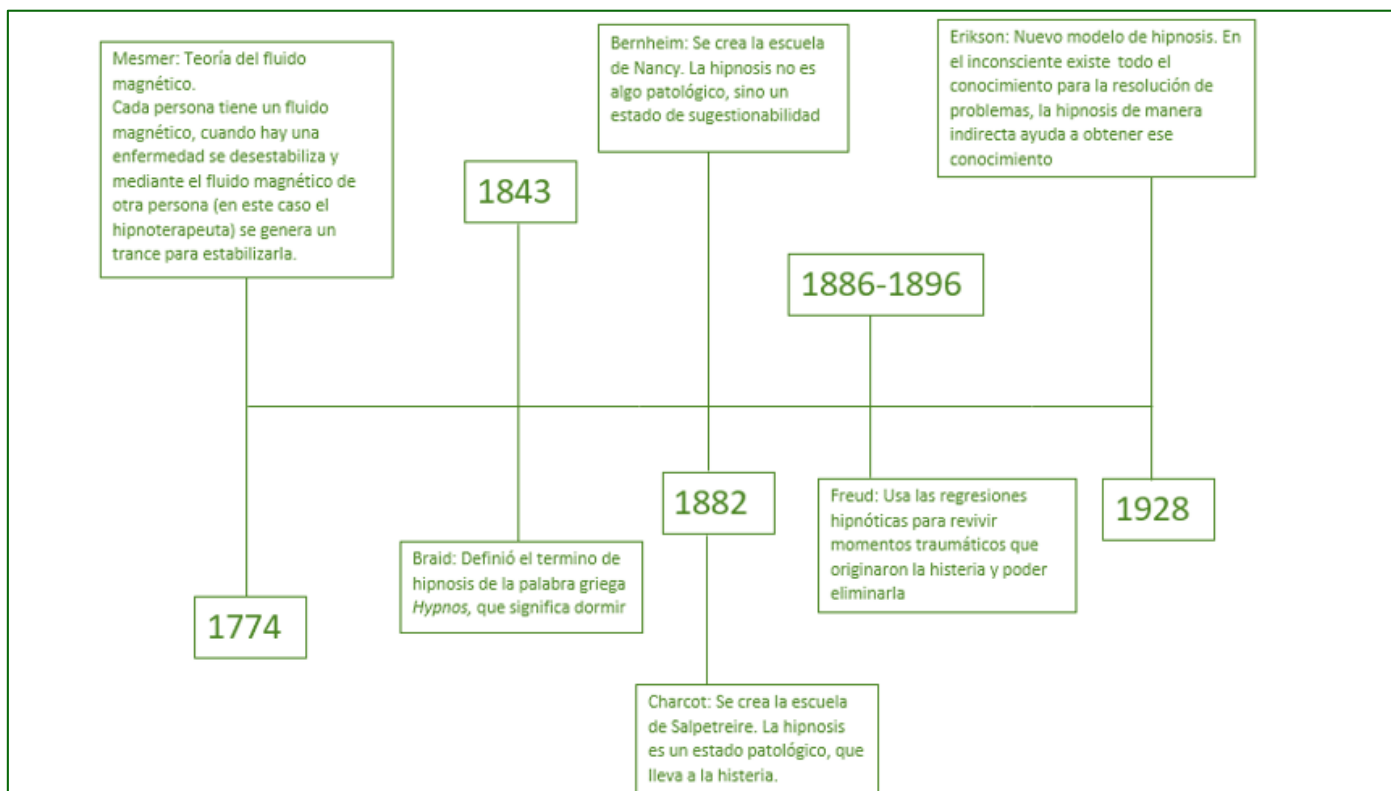


Figura 10. Línea del tiempo de la hipnosis (S. XVIII-XX). Elaboración propia.

3.2 Definición de hipnosis

Se define actualmente a la hipnosis como: “un estado de conciencia que implica la atención focalizada y conciencia periférica reducida, caracterizado por una mayor capacidad de respuesta a la sugestión” (Asociación Americana de Psicología [APA], 2014, como se citó en, Castañeda y Krikorian, 2018). También se afirma que la hipnosis es: “un estado pasajero de la atención modificada en un sujeto y provocada en ocasiones por otra persona... en respuesta a estímulos verbales o de otro tipo” (British Medical Association [BMA], 1955, como se citó en, Ruiz, 2015).

Fontán (2010) explica que Bernheim, describía la hipnosis como un proceso psíquico, en donde la sugestionabilidad (capacidad para percibir sugestiones) de cada persona, se ponía a prueba, llegando inclusive a que la sugestionabilidad aumentara. Desde este punto de vista, surge la idea de que cuando alguien está hipnotizado, es meramente un estado de sugestionabilidad alta, en donde puede exponerse en el sueño o no.

De acuerdo con Halligan y Oakley (2014) definen la sugestión como todo aquel pensamiento o principio que se le quiera comunicar a otra persona y ya que se reciba y acepte, se puede generar algún cambio pronunciado en las emociones, la manera en cómo se piensa y como se perciben las situaciones e inclusive el mismo comportamiento. Asp et al. (2012, como se citó en, Parris, 2016) comentan que la región prefrontal de la corteza cerebral, interviene en el acto de la sugestión en las personas.

La hipnosis se considera como una manera de contestar o atender a las sugestiones, a veces se trata como una acción involuntaria: “por lo general, estos implican un sentido involuntario, como cuando el brazo de uno aparentemente se levanta solo... alternativamente,

pueden comprender la experiencia de una realidad subjetiva totalmente convincente pero fabricada” (Semmens, Dienes y Duka, 2013, p. 1082).

Márquez y Bernal (1997) hacen mención de que existen varios niveles de la conciencia humana, y cada uno de ellos tiene un fin específico:

En el primer nivel están los pensamientos conscientes y racionales. En los que la gente sabe lo que está pasando y hasta puede decir por qué pasa. El segundo nivel es más profundo y le llaman preconsciente o subconsciente, en esta se involucra el área en que una persona puede conocer de manera incierta lo que está pasando en sus propios sentimientos, sensaciones y actitudes, pero no está dispuesta a decir por qué. Este es el nivel de los prejuicios, suposiciones, temores e incitaciones emotivas etc. En el tercer nivel nos damos cuenta de nuestras verdaderas actitudes y sentimientos (p. 202).

En el segundo nivel es donde las sugerencias tienen un mayor efecto en la persona, ya que las sugerencias son percibidas con mejor receptividad por la parte inconsciente de la persona que la consciente. Por lo tanto, es necesario que al hablar con sugerencias se realicen con un mayor simbolismo y sentimiento, puesto que el primer nivel de la conciencia se basa más en lo físico y primario de las cosas (colores, sonidos, impresiones) y no del trasfondo que lleva el mensaje por sí mismo (Márquez y Bernal, 1997).

Molina, Mendoza, Capafons y Llanes (2016) hacen referencia a la hipnosis como un compendio de técnicas y pasos para su uso en solitario o apoyo en conjunto a tratamientos médicos y psicológicos. Se ha reportado que con la hipnosis aumentan los resultados de los tratamientos cognitivo-comportamentales. Diversos estudios han proporcionado evidencia empírica acerca de la hipnosis clínica (Chambless y Hollon, 1998, Capafons y Mendoza, 2010, Montgomery y Schnur, 2005, Wark, 2008); concluyendo que, la hipnosis clínica como tal, es un

tratamiento funcional principalmente para la regulación del dolor y como un acompañante de un tratamiento de la depresión, para bajar de peso, la ingesta de tabaco y algunos problemas de sueño.

La hipnosis es una técnica. El término “hipnoterapia” no hace referencia a que la hipnosis es una terapia, sino que se utiliza para referirse a la resolución de una dificultad o un trastorno. Es una técnica auxiliar de algún modelo terapéutico ya existente, puede implementarse dentro de los enfoques, humanista, sistémico, cognitivo-conductual (González, 2018).

3.3 Tipos de hipnosis

3.3.1 Hipnosis Tradicional

Bernheim introdujo la hipnosis a las universidades. Posteriormente, se enfocó a la utilización de la sugestión. Comprendió que cuando una persona está hipnotizada, el efecto de la sugestión, era parecido, al que se tiene cuando se está en un estado de vigilia. Esta similitud, entre la sugestión y la vigilia, la llamó “psicoterapia” (Etchegoyen, 1985, como se citó en Villar, 2016).

Cuando Freud practicaba la hipnosis, comentó que el método de la sugestión, era una eficaz técnica, para contrarrestar problemas neuróticos. Lo consideró como algo indispensable para las sesiones hipnóticas. Las sugestionen sirven como lenguaje indirecto, por lo tanto, permanecen grabadas de una manera inconsciente. Y así todas aquellas conductas que servían para la resolución de problemas, estaban en la persona. La habilidad clínica del uso de la sugestión y un buen *rappor*t, son las claves para formar un vínculo entre el terapeuta y el cliente para así, poder realizar una estrategia pertinente para cada una de las personas y sus diferentes problemas patológicos (Villar, 2016).

De acuerdo a Lush, et. al. (2017) el uso de las sugerencias clásicas de la hipnosis, es vivir la experiencia de un movimiento involuntario. En personas que dicen ser bastante susceptibles a las sugerencias, afirman que el hecho de realizar un movimiento involuntario en el estado de trance se siente como voluntario.

3.3.2 Hipnosis Ericksoniana

La hipnosis Ericksoniana radica en la premisa de que cada una de las personas, ya sea consciente o inconscientemente, tienen las herramientas y las aptitudes que son necesarias para poder revertir las dificultades que se les presenten. Con base en los ideales de cada persona, el hipnoterapeuta se encarga de tomar en cuenta las personalidades, su pasado y el momento presente, y su entorno (Holdevici y Craciun, 2012).

De acuerdo con Short (2018) la hipnosis Ericksoniana es una hipnosis completamente reformulada, teniendo lo necesario para destacar sobre la manera de como antes se utilizaba, su autor, que hasta la fecha sigue siendo conocido como el padre de la hipnosis moderna, es Milton H. Erickson (1901-1980). Lo que hace diferente a este modelo de hipnosis es que Erickson integró la conversación hipnótica. Esta conversación, tiene como objetivo, a través del uso de paradojas, metáforas, cuentos y el uso de la sugestión, un cambio en el comportamiento; y también adentrar a la persona en un estado, menos racional y que lo inconsciente se vuelva consciente a un nivel simbólico (estos símbolos pueden ser colores, imágenes, sensaciones, o formas) sin tener que revivir el momento, eliminando posibles barreras.

Erickson trabajaba de manera individual y centrada en el cliente. Los sujetos, se encuentran conscientes durante las sesiones. Además, de denotar la importancia de un buen *rappor*t con el cliente, hasta generar un vínculo, desarrollándose a través de la observación y

cuidado constante de Erickson. Las sugerencias que realizaba eran una ligera oración, una metáfora o hasta un pequeño cuento, siendo la comunicación indirecta. Refiriéndose a que se le habla en tercera persona, buscando que él mismo interprete la historia como si fuese personal y no algo directivo (se le habla a la persona en primera persona) como lo eran las de la hipnosis tradicional (Flack, 2011).

La manera para lograr que todo lo que se relata sea de manera indirecta, sin llegar a juzgar o señalar, es importante la empatía y tener una buena escucha activa. Es relevante comprender el mundo que le rodea, para así entender su manera de hablar, sus expresiones y sus gustos. Comprender las generalidades de esta índole en las personas es vital para una aproximación correcta en la vida de la persona y así crear una conversación hipnótica (como se comentó previamente puede ser un cuento, una metáfora o algo que como terapeuta vincule con el caso de la persona) que permita generar una diferente perspectiva en el futuro de la persona (Télez, 2007, como se citó en Jaime 2015).

Erickson, formuló una manera de comunicarse que se considera como una comunicación indirecta, funcionando para poder intervenir en temas o situaciones, que son dolorosas o poco cómodas en las personas. Si estas experiencias fueron de una índole grave (muerte, violación, secuestro y similares) se habla de manera indirecta, cambiando puntos clave de la historia en símbolos y así no se tendría que revivir la historia nuevamente, ya que, si se evita hablar de una manera indirecta y no se busca simbolizar lo sucedido, y se habla de cómo sucedió la historia, es muy probable que el mismo dolor, pensamientos y emociones surjan de nuevo y la persona se vaya con mayores problemas (Robles, 2014).

Erickson mencionaba que el inconsciente alberga los recuerdos reprimidos de algún momento, por lo tanto, mediante el lenguaje indirecto y las sugerencias se trabaja de manera ambigua esos momentos sin tener que revivir ese episodio (Figura 11). Se afirma que en el inconsciente están todas aquellas habilidades para una mayor resiliencia ante las adversidades; todos los recuerdos y capacidades que podían surgir siempre que se necesitaran. Todo aquello que se capta de manera inconsciente, funcionaría de la misma manera como si se le dijera algo a la persona de manera consciente. Lo que entra al inconsciente (a través de la conversación hipnótica), es imposible que se niegue (debido que es a través de un lenguaje indirecto), a diferencia de lo que ocurre conscientemente, esta se puede aceptar o no (D'Angelo, 2016, como se citó en Sáenz y Gabini, 2016).



Figura 11. Funcionamiento del lenguaje indirecto. Elaboración propia.

De acuerdo con Robles (2014) el objetivo principal de la hipnosis Ericksoniana es que la persona pueda trabajar consigo mismo, sin la necesidad del terapeuta, este mostrándole como él puede resolver sus dificultades. Jamás se debe descalificar lo que diga alguien y siempre denotar en positivo cualquier acción negativa que la persona presente o vaya a presentar. Todas las

técnicas utilizadas en sesión son enseñadas para que las personas las puedan utilizar en momentos que sea necesario para él o ella. Teniendo consigo las habilidades necesarias para la mejora por sí solos.

Milton Erickson, el padre de la hipnosis contemporánea, que más adelante se hablará de él, junto con el modelo de intervención, la hipnosis Ericksoniana, creada más adelante y con base a esto uno de sus estudiantes y colegas Zeig (s/f, como se citó en Robles, s/f), explicó que las personas deprimidas son: “internas, están más relacionadas con el mundo interno, con fantasías, sueños, reflexiones, pero de manera negativa, es decir, están en un trance negativo” (p. 13).

Vistas desde un modelo Ericksoniano, se evita el aspecto de que es un diagnóstico dado y que siempre se tendrá esta etiqueta, buscando otras maneras de describir a esta enfermedad sin caer en un encasillamiento, se recopilaron diferentes formas de como las personas explican su sintomatología depresiva: “estar en el fondo de un pozo, en un túnel oscuro sin luz, como un avestruz o como una tortuga metida en su caparazón, abandonado, solo, estarían mejor sin mí, nada cambia” (Robles, s/f, p. 13). Estas metáforas son también una herramienta para trabajar con el sentir de la persona, teniendo mayor campo para la realización de una conversación hipnótica y dar una metáfora contraria a la que comentan.

3.3.3 Hipnosis Cognitiva

La hipnosis cognitiva surge de una combinación entre la hipnosis y el enfoque terapéutico cognitivo-conductual. Este tipo de hipnosis se convierte en una reestructuración de lo que se le conocía, eliminando el trance hipnótico como el factor importante para la realización del trabajo, enfocándose en procesos psicológicos más básicos de la persona. Sin embargo, Robertson (2013) comenta que:

El hipnotismo es esencialmente el arte y la ciencia de la sugestión, y no el de inducir "trances" o estados alterados de conciencia. La hipnoterapia es, por lo tanto, la terapia de "sugestión imaginativa", de palabras que se utilizan para estimular la imaginación consciente lo suficientemente como para provocar un cambio terapéutico genuino (p. 3).

La hipnoterapia cognitiva integra una psicoterapia con sustento en un enfoque de tratamiento transdiagnóstico. El propósito de la hipnoterapia cognitiva, es la disminución en las personas de aquellas reacciones o estímulos condicionados, internos o externos que provocan una alteración, y la adquisición de conductas que puedan utilizar para la regulación (Alladin y Amundson, 2016).

Hull (1933) concluyó que el estado hipnótico de las personas no se diferenciaba mucho a las personas que estaban siendo sugestionadas, comentando que cuando se inducía a alguien para estar hipnotizado, aumentaba la sugestionabilidad de cada persona. Asegurando que los cambios realizados en este estado, también se pueden realizar estando en la vigilia, en una menor potencia. La conducta meta que se buscaba sugestionar estando hipnotizado, era más propensa a que se realizara, una vez saliendo de ese estado (como se citó en Robertson, 2013).

3.4 Teorías sobre el funcionamiento de la hipnosis

Según Barber y Nash (1991) la teoría del "estado alterado de conciencia" afirma que la hipnosis es un momento único, diferente a momentos de conciencia normales. Se genera desde que la persona entra en contacto con el terapeuta y lo empieza a hipnotizar. Yapko (2008) comenta que cuando se está en este estado, las personas están más focalizadas a los estímulos externos (siendo estos las sugerencias principalmente), debido a diversas técnicas, tales como el cuento, una

metáfora, y las sugerencias. Gracias al estar en estado de trance ¹ las reciben con mayor intensidad (como se citó en Hernández, Delgado, Fernández y Carranque, 2017).

Diversas investigaciones, explican que la conciencia es una función neuroquímica que se genera a través del trabajo de las redes neuronales (conexiones cortico-corticales, sensorio-motor, límbicas y áreas heteromodales de orden superior). Dentro de la conciencia se encuentran los pensamientos, sentimientos, recuerdos y la imaginación. Existen varios niveles de conciencia, uno es el básico, que abarca experiencias, sensaciones y sentimientos; el nivel primario, es cuando las percepciones, los pensamientos, sentimientos, recuerdos e imaginación, se relacionan con la memoria a un grado simple, y en el último nivel, ubicándolo como un nivel superior a los dos anteriores; aquí se encuentra una memoria simbólica, la capacidad de comunicarnos y estar conscientes de quienes somos (García, 2012).

El modelo teórico del proceso de un estado hipnótico (Figura 12) consta de tres partes. La primera es la génesis: la persona hipnotizada entra a este estado gracias a las sugerencias brindadas. Estas sugerencias trabajan como estímulos neutros, que durante toda la sesión condicionan, creando una relación de sentimientos y sensaciones de bienestar con las sugerencias dadas. Después es la evocación: lo comentado en la sesión, ya sea, sugerencias, metáforas, estos estímulos ya están condicionados, convirtiéndose en sugerencias posthipnóticas que seguirán con la persona. Por último, el mantenimiento: las sugerencias posthipnóticas sirven para que la persona fuera de sesión recuerde el trabajo que se hizo en sesión, y cada que está presente un

¹ Se pueden llegar a presentar diversas sensaciones físicas, tales como una pesadez o ligereza, cosquilleo, no sentir alguna parte del cuerpo, aumento o disminución en la temperatura corporal, cambios en la respiración. Pueden presentarse emociones, imágenes, recuerdos, y distorsión en el tiempo, puede parecer que pasa más lento o rápido (Robles, 2014).

problema similar, recurra a las sugerencias que se mencionaron y utilice lo aprendido (Rodríguez, 2011).

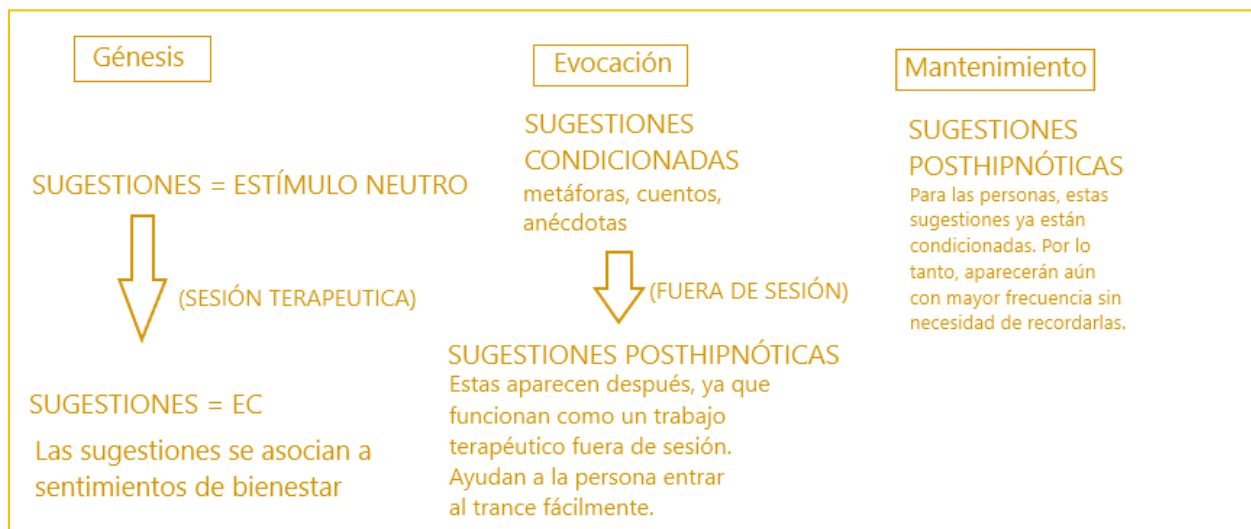


Figura 12. Tomado de Modelo Teórico de la génesis, naturaleza y mantenimiento del proceso hipnótico. Rodríguez (2011). Elaboración propia.

Ahora, se hablará del funcionamiento de la hipnosis a nivel cerebral, empezando con la teoría neuropsicológica. Esta comenta que la hipnosis es un proceso donde se ven implicadas la mente y el cuerpo. La mayoría del tiempo nuestra atención está dispersa, únicamente captando estímulos superficiales que están en nuestro entorno, si pudiéramos disminuir más la atención difusa (la que es fuera de nosotros, tales como nuestro alrededor y el ambiente), y redirigirla a la atención interna (nuestros pensamientos) se logra una mayor concentración. Esto es un preámbulo para poder obtener un estado de relajación o sueño (Gutiérrez, 2014)

Kallio y Revonsuo (2003, como se citó en Canales, Lanfranco, Vargas e Ibáñez, 2012) comentan que un estado de conciencia, es un modelo de interacciones neuronales donde actúan múltiples zonas cerebrales. Esta teoría se encarga de encontrar correlaciones de este estado de conciencia con cambios en el funcionamiento neuronal, mientras se está relajado, antes de entrar

en un estado hipnótico. A través de una imagen por resonancia magnética funcional (fMRI) se explica que cuando se está en un estado relajado, esta presenta una reducción de la actividad en la corteza cingulada anterior, giro frontal medio y superior bilateral, y giro frontal medial izquierdo, sin aumento en otras (McGeown, 2009, como se citó en Canales, et al., 2012).

Iseron (2014) realizó una serie de tomografías por emisión de positrones, donde las personas que se encuentran en un estado hipnótico, el área de la corteza cingulada se activa, mientras que a una persona que solo sigue instrucciones no sucede. La hipnosis está vinculada a la actividad en las áreas corticales, de las cuales son la corteza pre frontal occipital, parietal, precentral, premotora y ventrolateral izquierda y occipital, denotando también una reducción de la actividad en la corteza temporal anterior, medial prefrontal y premotora derecha (Vanhaudenhuyse, Laureys y Faymonville, 2013).

Las regiones frontales de la red ejecutiva central (corteza cingulada anterior, corteza frontal y ganglios de la base y vías dopaminérgicas) y la red de prominencia (ínsula anterior y corteza cingulada anterior dorsal) tienen la función del control ejecutivo; relacionándose con la interacción social, atención y pensamiento. La red neuronal por defecto (la corteza prefrontal medial, corteza cingulada anterior, precuneus, cíngulo posterior, corteza parietal lateral [giro supramarginal y angular] y lóbulo temporal lateral), está relacionada con atención interna, pensamientos personales y divagaciones. Son importantes para que exista un enlace de la hipnosis con el cerebro, trabajan en las áreas mencionadas cuando se está en estado hipnótico. La red ejecutiva central y la red de prominencia se “activan” y la red neuronal por defecto se “desactiva” (Landry, Lifshitz y Raz, 2017).

3.5 Intervenciones con hipnosis en personas con cáncer de mama

Santana, Bernal, Rodríguez, Gómez, y Morales (2012), realizaron una revisión de literatura para conocer las intervenciones con hipnosis que se han aplicado a personas con cáncer de mama. Las variables más utilizadas para tratarlas con hipnosis, eran el dolor, ansiedad, y sofocos (*hot flashes*). Comentan que, en las intervenciones hipnóticas para el dolor, mostró una eficacia en la reducción del dolor y sufrimiento; junto con otro estudio comparativo, que mostró al grupo de hipnosis con una menor necesidad de utilizar fármacos para el dolor. Para los sofocos, se encontró que un 59% de menos sofocos al día en la totalidad de la muestra. Dentro de la revisión no se comenta que tipo de hipnosis utilizan (solo uno que fue hipnosis cognitiva conductual) o las técnicas utilizadas.

Cramer, et al. (2015) realizaron una revisión sistemática para conocer como la hipnosis interviene en lograr un cambio en la percepción, sensaciones físicas y emocionales, pensamientos y comportamiento. Además de técnicas sugestivas para la regulación del dolor. Cinco de los 13 estudios que muestran, trabajaron con el dolor, en donde los cinco reportaron una reducción de la intensidad del dolor en comparación de los grupos de control. Se mostró en otro estudio una reducción de la angustia en personas que llevaron una intervención de hipnosis, en comparación de cuidados estándares.

Sharma, Pandya, Kumar, y Gupta (2017) en un estudio realizado para conocer la eficacia de la hipnosis en el manejo del dolor, en personas con cáncer. Participaron 57, 30 fueron quienes estuvieron dentro del programa de la hipnosis junto con tratamiento farmacológico; y el grupo control únicamente tuvo medicamentos. La vía de medición del dolor fue a través de la *Numerical Rating Scales*, a través de una escala numérica del 0 al 10, se realizó un pre y pos test. Los resultados obtenidos mostraron que después del tratamiento el grupo de intervención obtuvo

una disminución de tres puntos de la media y el grupo control solo disminuyó 0.41 puntos de la media, mostrando una diferencia estadísticamente significativa.

Téllez, Juárez, Jaime, Medina, y Sánchez (2017), presentaron un estudio, elaborado en México, para conocer la efectividad de la hipnoterapia en la calidad de vida en mujeres con cáncer de mama. La técnica utilizada de la hipnoterapia fue: la sugestión, utilizada mediante la inducción hipnótica, para fortalecer el sistema inmunológico y el mejoramiento del funcionamiento del cuerpo. Se utilizó el apoyo de 40 mujeres, dividiendo el grupo a la mitad para el grupo experimental y control. Se midió la calidad de vida con el cuestionario para la investigación y tratamiento de la calidad de vida de la organización europea (por sus siglas en inglés, EORTC QLQ-C30). Después del tratamiento médico e hipnoterapéutico que llevó 6 meses, los resultados mostraron que hubo un efecto en la calidad de vida moderado después del primer mes, y luego de los seis meses fue pequeño.

La calidad del sueño es otra variable, que afecta a la población con cáncer de mama. Con el cuestionario Índice de Calidad del Sueño de Pittsburgh se buscó conocer el sueño de 40 mujeres participantes dentro del estudio. Se aplicó el cuestionario antes de iniciar la intervención, después de 12 sesiones (cuatro semanas) y luego de 12 sesiones cada 15 días (seis meses aproximadamente). La intervención con hipnosis fue con base al uso de sugerencias e imaginación guiada, para reforzar la autoestima y calidad de vida, y buscar una reducción del estrés. Los resultados mostraron que el grupo experimental tuvo una reducción en las variables medidas en la escala de la calidad de sueño, comparándolo con el grupo control. Teniendo una reducción estadísticamente significativa, de un 85% de personas que sufrían problemas de sueño a solo un 50% (Jaime, Téllez, Juárez, Cirilo, y García, 2015).

En un estudio de caso realizado en México a una mujer con cáncer de mama, que sufrió abuso emocional y físico, se vio afectada, ante los procedimientos de la mastectomía, mostrándose con miedo, y recurrentemente se sentía depresiva. La intervención de hipnosis se realizó durante un año en diferentes periodos. Fueron primero 12 sesiones (tres a la semana) por un mes, luego una sesión cada 15 días por seis meses, y el último fue una sesión cada mes por seis meses. Se basó en el uso de técnicas de relajación con sugestión para el mejoramiento del sistema inmune. La Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS) fue aplicada en cada periodo y una después de un año de seguimiento. La reducción de la sintomatología depresiva fue total desde el primer periodo (Téllez, Juárez, Jaime, Sánchez, y Medina, 2017).

Téllez, Sánchez y Juárez (2016) realizaron un estudio para conocer el impacto de sesiones pregrabadas de hipnosis con música de fondo en mujeres con cáncer de mama para reducir depresión antes de una biopsia de seno y después de, comparándola con un grupo control. Se usó la Escala Visual Análoga de un solo ítem, para conocer el nivel de depresión. La evidencia que se obtuvo de la intervención fue que después del tratamiento el grupo de hipnosis y música mostró una reducción significativa respecto al estrés, depresión y ansiedad, además de un aumento en su optimismo, comparándolo con el grupo control.

La hipnosis como una técnica para el apoyo psicológico en personas con una enfermedad crónica ha sido implementada en varias partes del mundo, gracias a los estudios empíricos, se han ido mostrando resultados prometedores respecto al beneficio que existe en la aplicación de estas técnicas, ya sea por solitario o como complemento de un modelo terapéutico. La reducción de síntomas de depresión y ansiedad, aliviar el dolor físico, mejorar la calidad de vida y tener una visión más positiva y optimista de una vida con cáncer. Aun se requiere mayor evidencia empírica acerca de la efectividad de una intervención con base a técnicas de hipnosis.

Desde el final del año 2019 se empezó a presentar a nivel mundial una situación que agravó la manera en la que realizábamos nuestras actividades diarias. Teniendo que cambiar por completo nuestra dinámica, tanto familiar, escolar y laboral. Debido a la pandemia que se originó por el SARS-CoV-2 (coronavirus), muchas actividades se vieron afectadas, pues la convivencia se tuvo que posponer para cumplir con los requisitos que las organizaciones de salud hacían mención. Fue por esto, que la intervención que se presenta en esta tesis, no se pudo llevar a cabo como se tenía agendada, dejándola en una propuesta. Sin embargo, se queda a la espera de que la situación a nivel mundial mejore, para así poder aplicar esta intervención. En el siguiente capítulo se abordará la metodología con la que se llevará a cabo esta propuesta de intervención.

Capítulo 4

Método

Planteamiento del problema

El cáncer de mama es una enfermedad degenerativa que ha ido creciendo de una manera desmesurada a nivel mundial en los últimos años. Con un pronóstico de que, al año, alrededor de 462,000 mujeres se les da el diagnóstico, y alrededor de 100 mil fallecen en ese mismo año, únicamente en América. Se estima que habrá un crecimiento del 35% de casos para el año 2030 (Organización Panamericana de la Salud, s/f.). En México en el año 2015 hubo un incremento de mujeres con cáncer de mama. En donde se mostró por grupo de edad el aumento de 13 casos a 50 por cada 100 mil, en las edades de 25 a 49 años de edad. El grupo de edad de 60 a 64 años fue el que tuvo un incremento mayor, siendo este de 68 casos por cada 100 mil (Notimex, 19 de agosto de 2017).

El cáncer lleva consigo más problemas además de los físicos; las áreas de la cognición y de las emociones se ven afectadas, desde el momento en que se le brinda la información de su padecimiento. Correa (2017) comenta que informar un diagnóstico de que padece cáncer de mama, es un activador de futuros problemas psicológicos que llega a presentar la persona. La gran parte de las mujeres que lo padecen, experimentan emociones como el miedo y/o ira, e inclusive pueden llegar a mostrar problemas de salud mental como ansiedad.

Tener una enfermedad degenerativa, como el cáncer de mama, se vuelve una crisis en la vida de la persona. Las emociones del miedo y la tristeza se hacen recurrentes en los pensamientos de la persona que, debido al tiempo, se transforman en sentimientos de inseguridad, pavor y desconfianza, perdiendo la esperanza de regresar a tener una vida sin

cáncer. Si estos sentimientos se mantienen durante un tiempo, la depresión hace su presencia. La gravedad con la que se muestre, dependerá del apoyo que haya recibido la persona y de sus mismas habilidades. De acuerdo con el *National Cancer Institute* (NCI, s/f., como se citó en, Pousa, et al, 2015) la depresión llega a afectar entre un 15 y 25 % de la población con cáncer de mama.

Sin una atención pertinente en el área emocional de esta población, problemas como la depresión, ansiedad, estrés y una baja autoestima, seguirán siendo un limitante para que las mujeres y hombres que padecen de cáncer de mama, no lleven un adecuado proceso de la enfermedad, pues además de problemas físicos, estarán los problemas de salud mental.

El tratamiento oncológico con mayor beneficio, es aquel que lleva apoyo psicológico consigo. Este apoyo debe de implementarse desde el momento del diagnóstico, debido a que se presenta una crisis, y la correcta atención puede fungir en la reducción de síntomas de depresión o ansiedad. Pocos son los profesionales del área de la oncología que se encargan del trabajo con la parte de la salud mental de las personas con cáncer de mama, además de ser una rama nueva en la atención oncológica.

El modelo terapéutico que ha tenido mayor impacto en esta población ha sido la terapia cognitivo conductual, además también se han utilizado los grupos de soporte, técnicas de *mindfulness*, la terapia de aceptación y compromiso, activación conductual y la hipnoterapia. Para la reducción de sintomatología depresiva se ha utilizado el uso de la terapia cognitiva conductual, la terapia de grupo, la activación conductual e incluso una intervención en el cuidado de la belleza en mujeres. Estos tratamientos mostraron una mejoría en la reducción de sintomatología depresiva, además de otras variables como, el aumento en la calidad de vida y autoestima, y reducción del estrés y ansiedad.

La hipnosis se ha aplicado para conocer el beneficio que ha tenido en diversas variables. De las intervenciones que se han llevado a cabo en específico a personas con cáncer de mama, las afecciones que se buscan abarcar con las técnicas de hipnosis son: la reducción del dolor, manejo de emociones y pensamientos, reducción de ansiedad, una mejora en la calidad de vida, la calidad de sueño, y reducción de sintomatología depresiva.

A lo largo de esta última década, se han realizado investigaciones de como diversos modelos psicoterapéuticos han apoyado a personas con cáncer de mama en diversas variables que se ven afectadas por esta enfermedad. Si bien existen varios estudios del uso de hipnosis, sin embargo, hasta el momento no se ha realizado uno con el uso de hipnosis Ericksoniana, dejando un campo abierto para obtener evidencia empírica, de esta técnica como una intervención efectiva para la reducción de sintomatología depresiva.

Crear una intervención con técnicas Ericksonianas para la reducción de sintomatología depresiva en personas con cáncer de mama buscaría aquello que no se ha explicado con este modelo de intervención: conocer si las técnicas son efectivas en la reducción de síntomas depresivos, promoviendo la regulación el estado de ánimo. Se evaluaría la efectividad de las técnicas Ericksonianas a través de la aplicación de dos instrumentos que miden la sintomatología depresiva antes de la intervención, durante y después, además de la aplicación de una escala, en todas las sesiones para conocer el estado de ánimo. Estos instrumentos son para valorar si hubo cambios a través del proceso de intervención.

Los beneficios que dejará la elaboración de un manual de intervención, será en la replicación de este mismo para la población de mujeres que haya o estén atravesando un proceso médico para el tratamiento de cáncer de mama y presenten sintomatología depresiva. Además de la innovación de un nuevo modelo para la atención a la población oncológica.

El estudio busca beneficiar al brindar una intervención integral a personas que padezcan de cáncer de mama, a través de técnicas Ericksonianas. La implementación de la intervención se enfoca en que la persona atendida se canalice en las habilidades y fortalezas que este cuenta para su mejoramiento, por lo tanto, esta intervención no sería iatrogénica.

Pregunta de investigación

¿Cuál es la efectividad de una intervención con técnicas de hipnosis Ericksoniana para tratar la sintomatología depresiva de mujeres con cáncer de mama?

Objetivo general

Evaluar la efectividad de una intervención con técnicas de hipnosis Ericksoniana aplicada a la sintomatología depresiva de mujeres con cáncer de mama.

Objetivos específicos

1. Diseñar un manual de intervención con técnicas de hipnosis Ericksoniana
2. Medir la sintomatología depresiva antes de la intervención
3. Aplicar la intervención con base al manual
4. Evaluar la sintomatología depresiva durante la intervención, al término y el seguimiento a los tres meses y otro a los seis meses de la finalización de la intervención.

Hipótesis

Una intervención con técnicas de hipnosis Ericksoniana en una mujer con cáncer de mama disminuye la sintomatología depresiva.

Definición de variables

Intervención con técnicas de hipnosis Ericksoniana

De acuerdo con Short (2018) la hipnosis Ericksoniana es una hipnosis completamente reformulada. Lo que hace diferente a este modelo de hipnosis es que Erickson integró la conversación hipnótica. Esta conversación, tiene como objetivo, a través del uso de paradojas, metáforas, cuentos y el uso de la sugestión, un cambio en el comportamiento; y también adentrar a la persona en un estado, menos racional y que lo inconsciente se vuelva consciente a un nivel simbólico (estos símbolos pueden ser colores, imágenes, sensaciones, o formas) sin tener que revivir el momento, eliminando posibles barreras.

La intervención constará de 11 sesiones de 40 minutos aproximadamente cada una y una sesión final de seguimiento. Se implementará de manera individual. Se busca mediante la aplicación de técnicas Ericksonianas (metáfora, cuentos, sugestiones, imaginación y el uso de la respiración) brindar apoyo a mujeres afectadas, y reducir sintomatología depresiva. En la figura 13 se describe la ruta de la propuesta de intervención que se llevaría a cabo.

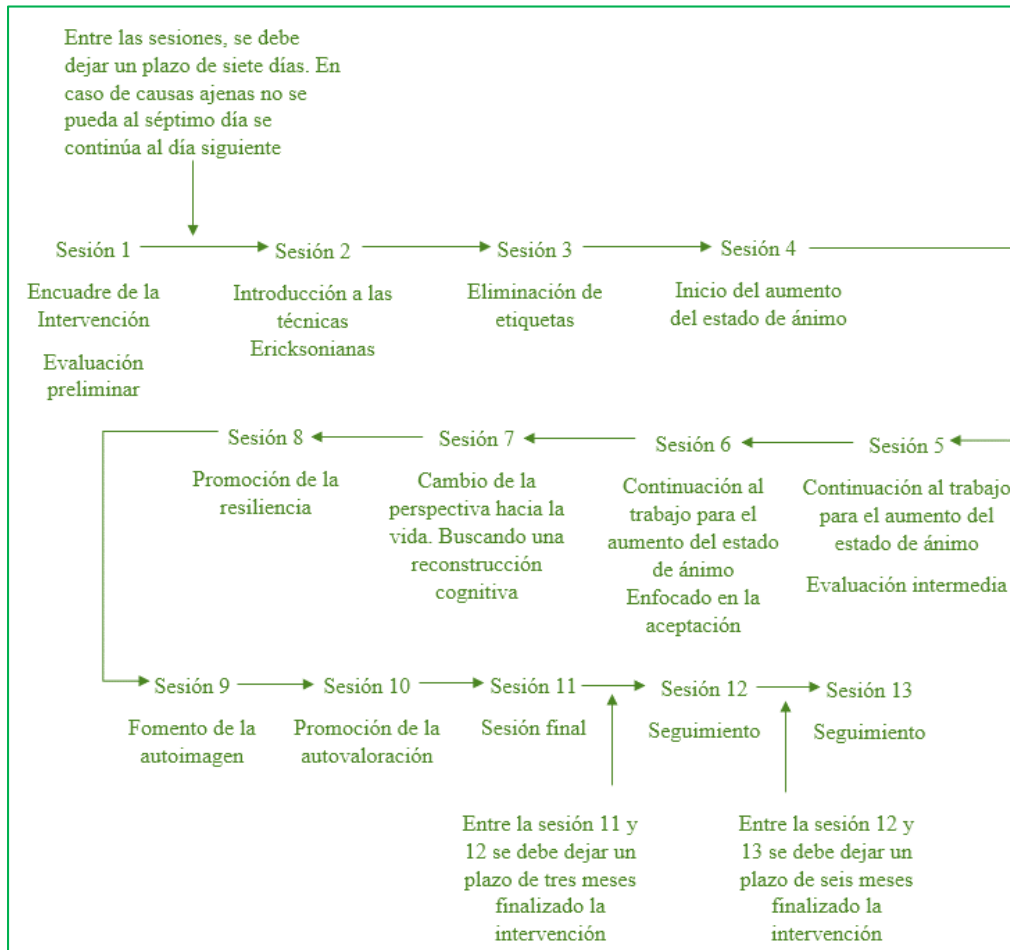


Figura 13. Esquema de trabajo de la intervención. Elaboración propia.

Sintomatología depresiva

Según la OMS (2020) la depresión es un trastorno mental que está acompañado siempre, de la tristeza, de ella se deriva algún desinterés por los gustos y lo que pueda provocar placer, las personas con este trastorno llegan a sentir culpa y normalmente una baja autoestima.

Los síntomas de la depresión que se describen en el DSM V por la APA (2014, p. 185) y los que se tomaran en cuenta para este estudio de caso son:

- Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas.
- Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la

mayor parte del día, casi todos los días.

-Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).

-Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días.

- Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.

La sintomatología depresiva se medirá con dos instrumentos. El primero será con la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS), estandarizada en México para la población oncológica por Villegas (2004), y con el Inventario de Depresión de Beck, estandarizado en México para la población adulta por Villegas, Méndez, Rodríguez, Loperena y Varela (1998, como se citó en, Galindo, et al, 2015). Además de la aplicación de un ítem del Modelo de Interconsulta en cada sesión. Esto a través de una escala del 0 al 10 en donde se ubicará en que número está su estado de ánimo.

Diseño

Esta investigación se llevará a cabo bajo un diseño experimental de caso único, que Kazdin (2001, como se citó en, Roussos, 2007) la explica de acuerdo a tres puntos:

1) control de la intervención (condiciones de línea de base, manipulación de variables independientes a través del retiro y presencia de la intervención), 2) evaluación del rendimiento a lo largo del tiempo y en las distintas condiciones y 3) búsqueda de configuraciones intra caso con el fin de obtener predicciones acerca del comportamiento (p. 263).

El tipo de diseño único será de tipo de estudio de caso. En donde se realizará una evaluación preliminar para conocer la sintomatología antes de la intervención. Luego se aplicará la intervención y se realizará una evaluación al final.

A – B – A

Selección de participantes

La participante a considerar será seleccionada a través del programa de Psicooncología de la Facultad de Ciencias Humanas de la Universidad Autónoma de Baja California. El programa de psicooncología se encarga de promover la concientización del cáncer en mujeres durante todo el año, en específico en el mes de octubre, junto con la atención a personas que sufren de cáncer de mama, bajo la vigilancia de los maestros responsables. Se llevan a cabo actividades informativas respecto a esta enfermedad; desde un lazo humano hasta un coloquio. Se tomó en cuenta este programa, ya que está dentro de la facultad y es el único que promueve y trabaja con la población oncológica. Los criterios de inclusión para la aceptación de la participante serán que: estuviera dentro del programa de psicooncología, que el diagnóstico de cáncer de mama sea reciente (un año a la fecha), esté llevando algún otro tratamiento médico (quimioterapia, radioterapia o inmunoterapia), haya presentado y/o este presentando síntomas de depresión desde hace 4 meses al inicio de la intervención o muestre un grado de depresión de leve a grave. Estos, se deberán de haberse diagnosticado con anterioridad por el médico oncólogo y/o los encargados del programa de psicooncología. Que sea de nacionalidad mexicana, que este en pleno uso de sus facultades mentales, que su salud no impida que asista a las sesiones (ya sea en su casa o un espacio específico), que sea independiente o si está siendo acompañada únicamente por cuestiones de transporte o acompañamiento emocional, y que haya aceptado voluntariamente a participar en esta intervención.

Instrumentos

La Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS) es un instrumento auto aplicable, que cuenta con 14 reactivos, divididos en dos sub-escalas con siete reactivos cada una. Una de ansiedad y otra de depresión (en donde solo se utilizará la subescala de depresión). La elección de respuesta son de tipo Likert, que son del cero a tres; siendo el puntaje mínimo de cero y máximo de 21 en cada subescala correspondiente. Se pide que se tome en cuenta la situación personal de como se ha sentido en la última semana, incluyendo el día de aplicación (Noguera, Pérez, Barrientos, Robles y Sierra, 2013). En una revisión de 747 estudios acerca de la validez de esta escala, en diferentes enfermedades degenerativas, encontrando una alfa de Cronbach para la subescala de ansiedad entre 0.63 a 0.93 y para la de depresión 0.67 a 0.90; la sensibilidad y especificidad que mostró la escala para ambas variables fue de 0.80. Concluyendo que la escala HADS es una prueba válida y confiable para la población hospitalaria en México (Bjelland, et al., 2002, como se citó en, Galindo, et al., 2015).

El Inventario de Depresión de Beck (BDI, por sus siglas en inglés) es un instrumento auto aplicable que mide la magnitud de la sintomatología depresiva a través de 21 ítems dividido en dos subescalas divididas en 12 para el área cognitiva-afectiva siete para la somático-motivacional. Cada pregunta cuenta con cuatro opciones de respuesta, ordenadas de menor a mayor respecto a la severidad del síntoma. Se toman en cuenta los últimos 15 días y el día de aplicación. La puntuación mínima que se puede obtener es cero y la máxima es de 63, en todo el instrumento (Estrada, Delgado, Landero y González, 2015). Se registró que esta escala en la población mexicana un alfa de Cronbach= .87, demostrando ser confiable (Galindo, et al, 2015).

El Modelo de Interconsulta (MIC) es un registro evaluativo que realizan los oncólogos, para poder cuantificar los estados de ánimo y el nivel de ansiedad que la persona ha estado

sufriendo en los últimos días aplicado el registro. Además de cuantificar, también delimita si es necesaria una interconsulta con un especialista (psicooncólogo o psicoterapeuta), a causa de un alto nivel de ansiedad o depresión (Sanz, y Modolell, 2004). De este solamente se utilizará el ítem para medir el estado de ánimo durante la última semana.

Procedimiento

Para implementar la propuesta de intervención se iniciaría con el contacto del programa de Psicooncología de la Facultad de Ciencias Humanas de la Universidad Autónoma Baja California, en donde se planteará la propuesta de intervención para la realización de esta tesis. Una vez que se acepte la propuesta, se pasara a la canalización de la persona con cáncer de mama que se encuentra en los registros del programa como una persona atendida. Se le facilitaran los criterios de inclusión a la encargada del programa para delimitar a la seleccionada. Una vez que se finalice la elección, se comunicará con ella a través del programa junto con el autor de la tesis a la persona con cáncer, para hacerle notificar que estará participando en una investigación para conocer si las técnicas Ericksonianas funcionan para la reducción de sintomatología depresiva. Si esta participante acepta, se iniciaría la intervención con base al manual; en caso de que se niegue, se regresaría a buscar a alguien que este dentro del programa y cumpla con los criterios de inclusión que se proporcionaron. Cuando la participante haya llenado el consentimiento, se le explicara la manera en cómo se llevará la intervención, comentándole de la existencia del manual en donde se detallará que abarcaran las sesiones, y el objetivo de la intervención. Así mismo, se le explicara que la información obtenida será de carácter confidencial y una vez que se obtenga lo que se necesite, los resultados serán eliminados. No se utilizará el nombre real de la persona. La intervención abarcará desde la aplicación de los instrumentos para conocer el grado de los síntomas depresivos, la introducción al tipo de

intervención que se trabajará, técnicas para la regulación de las emociones, técnicas para el aumento del estado de ánimo, junto con otras técnicas para aumentar tanto la autoestima, resiliencia, autovaloración, aceptación de la enfermedad, y técnicas con sugerencias a futuro para mejorar los pensamientos y sentimientos que se tiene del futuro (estas variables no se medirán pero son parte del trabajo con la sintomatología depresiva). Finalizando con la evaluación final de los instrumentos. Pasando tres meses después de la sesión final se realizará una sesión de seguimiento, junto con otro pasando seis meses después de la última sesión para un segundo seguimiento.

Análisis

Se llevará a cabo un análisis visual, a través de la comparación de las puntuaciones de los resultados obtenidos, de los instrumentos de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión, y El Inventario de Depresión de Beck, en tres momentos diferentes (antes, durante y después de la intervención). Además de que se llevará a cabo un registro al inicio de las sesiones a través del ítem que mide el estado de ánimo durante la última semana del Modelo de Interconsulta (MIC) y así conocer si existen cambios en el estado de ánimo de la persona durante todas las semanas que dure la intervención.

Consideraciones éticas

Las medidas éticas de esta investigación estarán basadas de acuerdo a los artículos postulados por la Sociedad Mexicana de Psicología (2009) descritos en el Código Ético del Psicólogo. A continuación, se presentarán los artículos indispensables para una buena práctica profesional. El artículo 16 decreta que cualquier investigación que se realice, deberá de hacerse bajo acciones que puedan ser comprobadas científicamente, teniendo la mayor actualización de estas técnicas a utilizar. El artículo 29 hace referencia a que al psicólogo que lleve a la práctica cualquier tipo de

intervención terapéutica, deberá de tener bases y conocimiento de la eficacia y efectividad de esta misma terapia a utilizar.

El artículo 30 hace mención que el psicólogo que proceda a una intervención terapéutica de cualquier tipo, deberá de contar con la formación pertinente para aplicar las técnicas y/o éste bajo una supervisión de alguien más.

Actualmente tengo finalizado el programa de psicoterapia Ericksoniana (que se imparte como un pos grado) impartido por el Centro Ericksoniano de México (CEM). Dicho programa tiene una duración de dos años. La intervención sería supervisada por los directivos correspondientes de la sede del CEM de Baja California.

Dentro del artículo 36 se comenta que aquellas intervenciones terapéuticas, el psicólogo deberá de proteger a la persona atendida, tanto física, emocional y personalmente. Evitando realizar acciones que lleguen a atentar en contra de la persona, que puedan afectar alguno de los puntos antes mencionados. En esta intervención se realizará siempre antes de iniciar una técnica, la petición a la persona si desea que se realice, y se le comentará que, si en algún momento de la técnica se siente incómoda, podrá pedir que paremos sin cuestionamiento alguno. Si durante la intervención, la persona se siente agredida, molesta, o disgustada, ya sea física, emocionalmente, podrá abandonar la intervención sin ningún cuestionamiento, o si desea abandonarla sin tener un motivo claro, también podrá hacerlo.

En el siguiente capítulo se abordará la propuesta de intervención que se planea realizar en esta tesis, en donde se comentará el objetivo de la intervención, la fundamentación teórica de las técnicas utilizadas, una descripción de las actividades que se realizarán en cada sesión, junto con

sus objetivos específicos. Además de especificar la aplicación de los instrumentos en las sesiones requeridas.

Limitaciones para el desarrollo del estudio

Debido a la situación actual de salud originado por el SARS-CoV-2 que ha estado presente desde finales del año 2019, y para cuidar la vida de la persona a la que se atendería, la del aplicador y demás personas implicadas en el proceso para realizar esta intervención, se tuvo que posponer.

Por el momento la intervención solamente es una propuesta, pero a la espera de que la convivencia social se reanude de manera segura sin estar expuestos a contagiarnos, para así poder aplicar esta intervención.

Capítulo 5

Propuesta de Intervención

La propuesta de intervención para esta tesis es la aplicación del manual de intervención con técnicas Ericksonianas para la atención de mujeres con cáncer de mama con sintomatología depresiva (anexo 6). Dentro de este manual se describe paso a paso como se llevará a cabo la intervención para el apoyo a mujeres que padezcan sintomatología depresiva a causa del cáncer de mama.

La intervención tiene varios objetivos. El primero es introducir a la persona en lo que es el trabajo con las técnicas Ericksonianas, darle a conocer que son, como se trabaja con base a estas técnicas, que recursos se utilizan para el mejoramiento. Teniendo en claro de manera general como se utilizan estas técnicas, se procede a empezar a trabajar con la reducción de la sintomatología depresiva, siendo este el objetivo principal de la intervención. Este objetivo se logra a través de la búsqueda del aumento del estado de ánimo, junto con el desarrollo de otros factores para aumentar este mismo, tales como la resiliencia, autoestima, aceptación, y autovaloración.

Estas técnicas se basan en la utilización de la conversación hipnótica. Erickson integró esto, dando una reformulación a lo que se le conocía como hipnosis. Short (2018) explica que esta conversación, tiene como objetivo, a través del uso de paradojas, metáforas, cuentos y el uso de la sugestión, un cambio en el comportamiento; y también adentrar a la persona en un estado, menos racional y que lo inconsciente se vuelva consciente a un nivel simbólico. Transformando la problemática de la persona en una representación simbólica a través de un cuento, un relato o

una metáfora. En donde se cuenta la solución y, a través de la introspección de esta conversación hipnótica, se buscará que la persona genere el cambio en sí misma.

En la sesión uno, se tiene como objetivo, brindar el encuadre de la intervención, así mismo, realizar la evaluación preliminar del grado de la sintomatología depresiva, aplicando la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión, el Inventario de Depresión de Beck, y un ítem del Modelo de Interconsulta para medir el estado de ánimo durante la semana pasada. En la sesión dos, el objetivo es introducir a la persona en los fundamentos básicos de la terapia con técnicas Ericksonianas. Desde los principios en los que se basa esta terapia, técnicas fundamentales que se pueden replicar para cada sesión, además de la aplicación del ítem para conocer el estado de ánimo durante la semana pasada, para recabar mayor información visual del avance que se va logrando sesión tras sesión. La sesión tres tiene el objetivo de disminuir las etiquetas que se le ponen a una persona cuando se está enferma, además de la aplicación del ítem para conocer el estado de ánimo durante la semana pasada.

El objetivo general de estas tres primeras sesiones es dar a conocer el funcionamiento de las técnicas Ericksonianas. Con ejercicios sencillos y fáciles de replicar hace que las técnicas que se implementarán en las sesiones consecuentes se realicen con una mayor simplicidad. Queda aclarar que nadie replicará las técnicas de un solo modo, cada quien las interpretará a su necesidad.

En la sesión cuatro se iniciará el trabajo para aumentar el estado de ánimo. Se llevará a cabo una técnica de conversación hipnótica que busca adentrar a la persona en un estado de atención plena y prepararla para la técnica para el trabajo con el aumento del estado de ánimo, además de la aplicación del ítem para conocer el estado de ánimo durante la semana pasada. En la sesión cinco se aplicarán nuevamente los instrumentos: Escala Hospitalar de Ansiedad y

Depresión y el Inventario de Depresión de Beck, junto con el ítem para medir el estado de ánimo durante la semana pasada, para ir obteniendo información cuantitativa para su comparación visual. Además, se continuará la realización de técnicas para aumentar el estado de ánimo. En la sesión seis se buscará una aceptación de la etapa en la que está viviendo en su vida por el cáncer y la aplicación del ítem para conocer el estado de ánimo durante la semana pasada. En comparación de las sesiones anteriores ahora se buscará aumentar otros factores para la reducción de la sintomatología depresiva.

La sesión siete busca lograr en la persona una diferente perspectiva que tiene de la vida, a causa de la sintomatología depresiva, a través de técnicas y metáforas, iniciando con la aplicación del ítem para conocer el estado de ánimo durante la semana pasada. La sesión ocho busca fomentar la resiliencia en la persona, a través de técnicas para su comprensión y un ejercicio en donde se utilizará un espejo y la aplicación del ítem para conocer el estado de ánimo durante la semana pasada. En la sesión nueve el objetivo es mejorar la autoimagen que tiene la persona o aumentarla, esto a través de la realización de un collage y técnicas para aumentar la autoimagen, además de la aplicación del ítem para conocer el estado de ánimo durante la semana pasada. La sesión diez tiene el objetivo de comprender que todas las personas tienen un significado y valor, a través de técnicas y una historia actuada, además de la aplicación del ítem para conocer el estado de ánimo durante la semana pasada.

En la sesión once se implementará nuevamente los instrumentos: Escala Hospitalar de Ansiedad y Depresión, Inventario de Depresión de Beck y el ítem para conocer el estado de ánimo durante la semana pasada, para que sea la última de la intervención. Además, se aplicará una técnica con orientación a futuro, buscando que todo lo aprendido se mantenga.

Pasadas tres meses de la última sesión se llevará a cabo una sesión de seguimiento para aplicar nuevamente los instrumentos: Escala Hospitalar de Ansiedad y Depresión, Inventario de Depresión de Beck y el ítem para conocer el estado de ánimo durante la semana pasada, y así conocer si hubo un cambio en los resultados tiempo después de la intervención. Pasados seis meses de la última sesión se llevará a cabo la segunda sesión de seguimiento para aplicar nuevamente los instrumentos: Escala Hospitalar de Ansiedad y Depresión, Inventario de Depresión de Beck y el ítem para conocer el estado de ánimo durante la semana pasada, y así conocer si hubo un cambio en los resultados tiempo después de la intervención.

Una vez que la contingencia originada por el SARS-CoV-2 se regule y las actividades en donde las personas puedan convivir sin tener riesgo alguno de contagiarse, se empezará con el proceso de la aplicación de la intervención, para así poder aplicarla, evaluarla y presentar resultados de esta intervención.

Referencias

- Acosta, E., López, C., Martínez, M., y Zapata, R. (2017). Funcionalidad familiar y estrategias de afrontamiento en pacientes con cáncer de mama. *Horizonte sanitario*, 16(2), 139-148.
doi: [10.19136/hs.v16i2.1629](https://doi.org/10.19136/hs.v16i2.1629)
- Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia. (2014). *Depresión. Información para pacientes, familiares y allegados*. Recuperado de <http://feafesgalicia.org/img/documentacion/guias/La-depresion-Informacion-para-pacientes-y-allegados.pdf>
- Agudelo, A., Ante, C., y Torres, Y. (2017). Factores personales y sociales asociados al trastorno de depresión mayor, Medellín (Colombia), 2012. *Revista CES Psicología*, 10(1), 21-34.
doi: [10.21615/cesp.10.1.2](https://doi.org/10.21615/cesp.10.1.2)
- Alladín, A., y Amundson, J. (2016). Cognitive Hypnotherapy as a Transdiagnostic Protocol for Emotional Disorders. *The International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 64(2), 147–166. doi: [10.1080/00207144.2016.1131585](https://doi.org/10.1080/00207144.2016.1131585)
- American Cancer Society. (2019). *Mastectomía*. Recuperado de <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-seno/tratamiento/cirugia-del-cancer-de-seno/mastectomia.html>
- American Cancer Society. (2019). *Quimioterapia para el cáncer de seno*. Recuperado de <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-seno/tratamiento/quimioterapia-para-el-cancer-de-seno.html>
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (5ta. Ed.)*. Editorial Médica Panamericana: México.

- American Society of Clinical Oncology. (2018). *De qué manera el cáncer afecta la vida familiar*. Recuperado de <https://www.cancer.net/es/asimilaci%C3%B3n-con-c%C3%A1ncer/c%C3%B3mo-hablar-con-los-familiares/de-qu%C3%A9-manera-el-c%C3%A1ncer-afecta-la-vida-familiar>
- Andersen, S., et al. (2013). Effect of mindfulness-based stress reduction on sleep quality: results of a randomized trial among Danish breast cancer patients. *Acta Oncológica*, 52, 336-344. doi: [10.3109/0284186X.2012.745948](https://doi.org/10.3109/0284186X.2012.745948)
- Asociación Española Contra el Cáncer. (2019). Cáncer de mama. *Pronóstico del cáncer de mama: mortalidad y esperanza de vida*. Recuperado de <https://www.aecc.es/es/todo-sobre-cancer/tipos-cancer/cancer-mama/mas-informacion/evolucion-cancer-mama>
- Becerra, A., Reynoso, L., y Lugo, I. (2020). Terapia de activación conductual breve para la depresión en mujeres con cáncer de mama: casos clínicos. *Psicooncología*, 17(2), 387-400. Recuperado de <https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/71363/4564456554460>
- Bellver, A., Peris, C., y Santaballa, A. (2019). Effectiveness of therapy group in women with localized breast cancer. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 19(2), 107-114. doi: [10.1016/j.ijchp.2019.02.001](https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2019.02.001)
- Berrosipi, S., Herencia, M., Soto, A. (2017). Prevalencia y factores asociados a la sintomatología depresiva en mujeres con cáncer de mama en un hospital público de Lima, Perú. *Acta Médica Peruana*, 34(2), 95-100. Recuperado de <http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v34n2/a04v34n2.pdf>

- Bhowmik, et al. (2012). Depression – Symptoms, Causes, Medications and Therapies. *The pharma journal*, 1(3), 41-55. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/284651508_Depression-symptoms_causes_medications_and_therapies
- Bonilla, J., Rodríguez, R., Trujillo, P., González, A., y González, A. (2016). Desempeño cognitivo en pacientes con cáncer de mama tratadas con quimioterapia. *Gaceta Mexicana de Oncología*, 15(4), 199-206. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1665920116300505>
- Bosch, M. y Meyer, A. (2019). Environmental exposures and depression: biological mechanism and epidemiological evidence. *Annual Review of Public Health*, 49, 239-259. Recuperado de <https://www.annualreviews.org/doi/pdf/10.1146/annurev-publhealth-040218-044106>
- Botto, A., Acuña, J., y Jiménez, J. (2014). La depresión como un diagnóstico complejo. Implicancias para el desarrollo de recomendaciones clínicas. *Revista Médica Chilena*, 142, 1297-1305. Recuperado de <https://www.who.int/topics/depression/es/>
- Cabrera, Y., López, E., López, E., y Arredondo, B. (2017). La psicología y la oncología: en una unidad imprescindible. *Revista Finlay*, 7(2), 115-127. Recuperado de <http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/522/1570>
- Cabrera, Y., López, E., Ramos, Y., González, M., Valladares, A., y López, L. (2013). La hipnosis: una técnica al servicio de la psicología. *Medisur*, 11(5), 534-541. Recuperado de <http://scielo.sld.cu/pdf/ms/v11n5/ms08511.pdf>
- Cajaraville, G., Carreras, M., Massó, J., y Tamés, M. (2002). Oncología. En Gamundi, C. (Coord.), *Farmacia Hospitalaria Tomo II* (pp. 1173-1226). Madrid, España: Sociedad

- Española de Farmacia Hospitalaria. Recuperado de <https://www.sefh.es/bibliotecavirtual/fhtomo2/CAP14.pdf?ts=20200623000039>
- Campagne, D. (2012). Causas orgánicas y comórbidas de la depresión: el primer paso. *Semergen*, 38(5), 301-311. doi: [0.1016/j.semerg.2011.12.010](https://doi.org/10.1016/j.semerg.2011.12.010)
- Canales, A., Lanfranco, R., Vargas, E., e Ibáñez, A. (2012). Neurobiología de la hipnosis y su contribución a la comprensión de la cognición y la conciencia. *Anales de psicología*, 28(3), 1003-1010. doi: [10.6018/analesps.28.3.124931](https://doi.org/10.6018/analesps.28.3.124931)
- Castañeda, E., y Krikorian, A. (2018). Aplicaciones actuales de la hipnosis clínica en Latinoamérica: una revisión sistemática de la literatura. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 36(2), 269-283. Recuperado de <https://revistas.urosario.edu.co/index.php/apl/article/view/5488>
- Clínica Barcelona. (2018). *Causas del trastorno depresivo*. Recuperado de <https://www.clinicbarcelona.org/asistencia/enfermedades/trastorno-depresivo/causas-y-factores-de-riesgo>
- Coryell, W. (2018). *Trastornos depresivos*. Recuperado de <https://www.msmanuals.com/es-mx/professional/trastornos-psiqui%C3%A1tricos/trastornos-del-estado-de-%C3%A1nimo/trastornos-depresivos#>
- Correa, M. (2017). Impacto psicológico frente al diagnóstico de cáncer de mama. Primeras reacciones emocionales. *Index de Enfermería*, 26(4), 299-302. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962017000300015

- Cramer, et ál. (2015). Hypnosis in breast cancer care: a systematic review of randomized controlled trials. *Integrative Cancer Therapies*, 14(1), 5-15. Recuperado de <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1534735414550035>
- Cruzblanca, H., Lupercio, P., Collas, J., y Castro, E. (2016). Neurobiología de la depresión mayor y de su tratamiento farmacológico. *Salud Mental*, 39(1), 47-58. doi: [10.17711/SM.0185-3325.2015.067](https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2015.067)
- Díaz, C., Neciosup, E., y Soto, V. (2016). Carga de enfermedad de los cánceres prioritarios en la red. *Revista Venezolana de Oncología*, 28(4), 204-215. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/3756/375646887002.pdf>
- Díaz, R. et al. (2019). Cáncer y depresión: una revisión. *Psicología y Salud*, 29(1), 115-124. Recuperado de <http://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/2573>
- Eizaga, R., y García, M. (2015). *Escalas de valoración del dolor*. ResearchGate. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/321462394_Escalas_de_Valoracion_de_Dolor
- Espino, A., y García, M. (2018). Cáncer de mama y su relación con el manejo de las emociones y el estrés. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 26(2), 145-155. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2018/eim1821.pdf>
- Estrada, B., Delgado, C., Landero, R., y González, M. (2015). Propiedades psicométricas del modelo bifactorial del BDI-II (versión española) en muestras mexicanas de población general y estudiantes universitarios. *Universitas Psychologica*, 14(1), 45-26. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/647/64739086026.pdf>

- Fernández, A. (26 de junio de 2019). De cada 100 mexicanos, 15 padecen depresión. *Boletín UNAM-DGCS-455*. Recuperado de https://www.dgcs.unam.mx/boletin/bdboletin/2019_455.html
- Flack, A. (2011). The effects of Ericksonian hypnosis on activation states in a professional footballer. *European journal of clinical hypnosis*, 11(1), 10-19. Recuperado de <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=73828729&lang=es&site=ehost-live>
- Fontán, M. (2010). *Hipnosis y analgesia hipnótica: una mirada diferente del dolor* (Tesis de licenciatura). Universidad del Aconcagua, Mendoza, Argentina. Recuperado de http://bibliotecadigital.uda.edu.ar/objetos_digitales/25/tesis-963-hipnosis.pdf
- Galindo, O., et al. (2015). Propiedades psicométricas de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS) en una población de pacientes oncológicos mexicanos. *Salud Mental*, 38(4), 253-258. doi: [10.17711/SM.0185-3325.2015.035](https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2015.035)
- García, D. (2017). *Depresión en el siglo XX: concepción y tratamientos* (Tesis de licenciatura, Universidad del Rosario). Recuperado de <https://repository.urosario.edu.co/handle/10336/18022>
- García, J. (2016). En el camino de la psicología aplicada (primera parte): Mesmerismo y fisiognomía. *Arandu-UTIC Revista científica internacional de la Universidad Tecnológica Intercontinental*, 3(1), 36-84. Recuperado de http://www.utic.edu.py/revista.ojs/revistas/3/Articulo_02.pdf

García, R. (2012). Bases neurobiológicas de la conciencia: aspectos neuroanatómicos, cognitivos y evolutivos. *Revista Chilena de Neuropsicología*, 7(1), 12-15. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/1793/179323099003.pdf>

Garza, J., y Juárez, P. (2014). *El Cáncer* (1ª ed.). Recuperado de http://eprints.uanl.mx/3465/1/El_Cancer.pdf

Global Cancer Observatory. (2018). *Cancer Fact Sheets, Breast*. Recuperado de <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/cancers/20-Breast-fact-sheet.pdf>

González, H. (2018). Sobre la validez y eficacia de la hipnosis clínica. Valoración crítica del documento observatorio OMC contra las pseudociencias, pseudo-terapias, intrusismo y sectas sanitarias en relación con la hipnoterapia. *Clínica y salud*, 29(1), 45-47.

Recuperado de

https://www.researchgate.net/publication/323441214_Sobre_la_Validez_y_Eficacia_de_la_Hipnosis_Clinica_Valoracion_Critica_del_Documento_Observatorio_OMC_contra_las_Pseudociencias_Pseudoterapias_Intrusismo_y_Sectas_Sanitarias_en_relacion_con_la_Hipnoter

González, J. y Monterrey, A. (2009). Psicobiología de la . En Belloch, A., Sandín, B., y Ramos, F. (Ed.). *Manual de Psicopatología. Volumen II*. (p. 219-314). Madrid, España: McGraw-Hill.

Graña, A. (2015). Breve evolución histórica del cáncer. *Carcinos*, 5(1), 26-31. Recuperado de http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/carcinos/v5n1_2015/pdf/a06v05n1.pdf

Gutiérrez, F. (2014). La hipnosis de enfoque indirecto como terapia de atención primaria y su influencia en el trastorno de insomnio psicofisiológico en pacientes de 15 a 25 años

- atendidos en área de consulta externa del hospital IESS Ambato, durante el período julio-octubre 2012 (Tesis de licenciatura). Universidad Técnica de Ambato, Ambato, Ecuador. Recuperado de <https://docplayer.es/32761617-Universidad-tecnica-de-ambato-facultad-de-ciencias-de-la-salud-carrera-de-psicologia-clinica.html>
- Hernández, A., Delgado, J., Fernández, M., y Carranque, G. (2017). Eficacia de la hipnosis en psicología del deporte. Importancia de la comunicación y estudio de casos. *Cuadernos de psicología del deporte*, 17(3), 73-94. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/cpd/v17n3/art07.pdf>
- Hervás, G. (2011). Psicopatología de la regulación emocional: el papel de los déficit emocionales en los trastornos clínicos. *Behavioral Psychology*, 19(2), 347-372. Recuperado de https://extension.uned.es/archivos_publicos/webex_actividades/5413/psicopatologiadelaregulacionemocionalpapeldelosdeficitemocionales.pdf
- Holdevici, I., y Craciun, B. (2012). The use of Ericksonian hypnosis in somatic disorders. *Procedia - Social and Behavioral sciences*, 33, 75-79. doi: <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2012.01.086>
- Hoyos, E., Lemos, M., y Torres, Y. (2012). Factores de riesgo y de protección de la depresión en los adolescentes de la Ciudad de Medellín. *International Journal of Psychological Research*, 5(1), 109-121. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/2990/299023539013.pdf>
- Instituto Nacional del Cáncer. (2015). *¿Qué es el cáncer?* Recuperado de <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/naturaleza/que-es>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2016). *Día mundial de la lucha contra el cáncer de mama*. Recuperado de

<https://www.inegi.org.mx/app/saladeprensa/noticia.html?id=2958>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2017). *Salud Mental*. Recuperado de

https://www.inegi.org.mx/temas/salud/default.html#Informacion_general

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2019). *Características de las defunciones registradas en México durante 2018*. Recuperado de

<https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2019/EstSociodemo/DefuncionesRegistradas2019.pdf>

Instituto Nacional de la Salud Mental. (2015). *Las enfermedades crónicas y la salud mental: Cómo reconocer y tratar la depresión*. Recuperado de

<https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/las-enfermedades-cronicas-y-la-salud-mental-como-reconocer-y-tratar-la-depresion/index.shtml>

Iseron, K. (2014). A hypnotic suggestion: review of hypnosis for clinical emergency care. *The journal of emergency medicine*, 46(4), 588-596. doi:

doi.org/10.1016/j.jemermed.2013.09.024

Jaime, L. (2015). El efecto de la hipnoterapia sobre la calidad de sueño en mujeres con cáncer de mama (Tesis de maestría). Universidad Autónoma de Nuevo León, Nuevo León, México.

Recuperado de <http://eprints.uanl.mx/9660/1/1080215022.pdf>

Jaime, L., Téllez, A., Juárez, D., García, C., y García, E. (2015). El efecto de la hipnoterapia en la calidad de sueño de mujeres con cáncer de mama. *Psicooncología*, 12(1), 39-49.

Recuperado de <http://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/48902-83902-3-PB.pdf>

Landry, M., Lifshitz, M., y Raz, A. (2017). Brain correlates of hypnosis: A systematic review and meta-analytic exploration. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 81, 75-98. doi: <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2017.02.020>

Lerma, B., Larios, F., Daneri, A., Lerma, C., y Robles, R. (2018). Factores asociados con síntomas de depresión y ansiedad en pacientes mexicanas con cáncer de mama. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*, 8(1), 16-23. Recuperado de https://www.researchgate.net/profile/Claudia_Lerma/publication/328890669_DepresionCAMA_LermaA2018/links/5be9e681a6fdcc3a8dd1bf90/DepresionCAMA-LermaA2018.pdf

Llanes, Y. (2015). Hipnosis Clínica. Algunos aspectos teórico-prácticos y potencialidades. *Revista Cubana de Alternativas en Psicología*, 3(8), 16-26. Recuperado de <https://www.acupsi.org/numero/18/vol-3-nm-8-2015.html>

Lush, P., Caspar, E., Cleeremans, A., Haggard, P., Gama, P., y Dienes, Z. (2017). The power of suggestion: Posthypnotically induced changes in the temporal binding of intentional action outcomes. *Psychological Science*, 28(5), 661-669. doi: <https://doi.org/10.1177/0956797616687015>

Mami, S., Tahmasebian, H., y Mehdi, M. (2018). The effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) on reducing the severity of perceived pain in women with breast cancer. *Journal of Clinical Research in Paramedical Sciences*, 8(1), 1-5. Doi: [10.5812/jcrps.85003](https://doi.org/10.5812/jcrps.85003)

- Manthiramoorthiya, S. (2012). Efficacy of cognitive-behavior therapy (CBT) on depressed spouses of cancer patients in an adjuvant care setting. *Journal of Pharmacy and Biological Sciences*, 2(2), 26-31. Recuperado de <http://www.iosrjournals.org/iosr-jpbs/papers/vol2-issue2/F0222631.pdf?id=4645>
- Martínez, O., Camarero, O., López, I., y Moré, Y. (2014). Autoestima y estilos de afrontamiento en mujeres con cáncer de mama. *Revista de ciencias médicas la Habana*, 20(3), 390-400. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/revciemedhab/cmh-2014/cmh143j.pdf>
- Martínez, A., Lozano, A., Rodríguez, A., Galindo, O., y Alvarado, S. (2014). Impacto psicológico del cáncer de mama y la mastectomía. *Gaceta Mexicana de Oncología*, 13(1), 53-58. Recuperado de <https://www.elsevier.es/es-revista-gaceta-mexicana-oncologia-305-articulo-impacto-psicologico-del-cancer-mama-X1665920114278797>
- Márquez, A., y Bernal, R. (1997). *Psicología de la publicidad*. México: Universidad de Nuevo León.
- Matthews, H., Grunfeld, E., y Turner, A. (2016). The efficacy of interventions to improve psychosocial outcomes following surgical treatment for breast cancer: a systematic review and meta-analysis. *Psycho-Oncology*, 26, 593-607. doi: [10.1002/pon.4199](https://doi.org/10.1002/pon.4199)
- Mayo Clinic. (2019). *Cáncer*. Recuperado de <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/cancer/symptoms-causes/syc-20370588>
- Mayo Clinic. (2018). *Depresión (trastorno depresivo mayor)*. Recuperado de <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/depression/symptoms-causes/syc-20356007>

- Mayo Clinic. (2018). *Radioterapia para el cáncer de mama*. Recuperado de <https://www.mayoclinic.org/es-es/tests-procedures/radiation-therapy-for-breast-cancer/about/pac-20384940>
- Meza, M. (2007). Guía clínica de intervención psicológica de la mujer con cáncer de mama y ginecológico. *Perinatología y Reproducción Humana*, 21(2), 72-80. Recuperado de <http://www.inper.mx/descargas/pdf/Guiaclinicadeintervencionpsicologicadelamujerconcanцерdemamayginecologico.pdf>
- Mitjans, M., y Arias, B. (2012). La genética de la depresión: ¿qué información aportan las nuevas aproximaciones metodológicas? *Actas Españolas de Psiquiatría*, 40(2), 70-83. Recuperado de <https://www.actaspsiquiatria.es/repositorio/14/76/ESP/14-76-ESP-70-83-680417.pdf>
- Molina, C. (2018). La sugestionabilidad hipnótica en actores jóvenes (Tesis de licenciatura). Universidad Pontificia Comillas, Madrid, España. Recuperado de <https://repositorio.comillas.edu/jspui/bitstream/11531/32342/1/TFM000978.pdf>
- Molina, J., Mendoza, M., Capafons, A., y Llanes, Y. (2016). Hipnosis clínica: evaluación de su eficacia y calidad de investigación en psicología. *Revista del hospital psiquiátrico de la Habana*, 13(2). Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/revhospsihab/hph-2016/hph162i.pdf>
- Montiel, V., Álvarez, O., Guerra, V., Herrera, L., y Fernández, E. (2016). Síntomas depresivos en mujeres con cáncer de mama en intervalo libre de enfermedad. *Medisan*, 20(2), 184-191. Recuperado de <http://scielo.sld.cu/pdf/san/v20n2/san07202.pdf>

- Morales, C. (2017). La depresión: un reto para toda la sociedad del que debemos hablar. *Revista Cubana de Salud Pública*, 43(2), 136-138. Recuperado de <https://www.scielosp.org/pdf/rcsp/2017.v43n2/136-138/es>
- Morales, C., Bernal, G., y Amaral, M. (2017). Impacto y viabilidad de una intervención con activación conductual mediante actividad física para sobrevivientes de cáncer de mama. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 28(1), 116-132. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/2332/233255999008.pdf>
- Moreno, S., Lara, F., y Alvarado, S. (2014). Impacto psicológico en la pareja de la paciente con cáncer de mama. *Gaceta Mexicana de Oncología*, 13(1), 47-52. Recuperado de <https://www.elsevier.es/es-revista-gaceta-mexicana-oncologia-305-articulo-impacto-psicologico-pareja-paciente-con-X1665920114278789>
- Noguera, M., Pérez, B., Barrientos, V., Robles, R., y Sierra J. (2013). Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS): validación en pacientes mexicanos con infección por VIH. *Psicología Iberoamericana*, 21(2), 29-37. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/1339/133930525004.pdf>
- Notimex. (19 de octubre de 2017). Cáncer de mama, primera causa de muerte entre mexicanas. *Excélsior*. Recuperado de <https://www.excelsior.com.mx/nacional/2017/10/19/1195650>
- Organización Mundial de la Salud. (2020). *Cáncer. Tratamiento del cáncer*. Recuperado de <https://www.who.int/cancer/treatment/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2020). *Depresión*. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>

- Organización Mundial de la Salud. (2020). *Temas de salud. Cáncer*. Recuperado de <https://www.who.int/topics/cancer/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2020). *Temas de salud. Depresión*. Recuperado de <https://www.who.int/topics/depression/es/>
- Organización Panamericana de la Salud. (s/f.). *Cáncer de mama*. Recuperado de https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=5041:2011-breast-cancer&Itemid=3639&lang=es
- Ornelas, R., Tufiño, M., y Sánchez, J. (2011). Ansiedad y depresión en mujeres con cáncer de mama en radioterapia: Prevalencia y factores asociados. *Acta de investigación psicológica*, 1(3), 401-414. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-48322011000300003
- Parra, G., et al. (2018). Estructura de personalidad en pacientes con depresión: adaptación de un instrumento y resultados preliminares. *Psykhé*, 27(2), 1-20. doi: [10.7764/psykhe.27.2.1133](https://doi.org/10.7764/psykhe.27.2.1133)
- Parris, B. (2016). The prefrontal cortex and suggestion: Hypnosis vs. Placebo effects. *Frontiers in psychology*, 7(415). doi: doi.org/10.3389/fpsyg.2016.00415
- Paz, Y., Ortiz, E., y Velázquez, M. (2016). La sugestión en la comunicación profesor/estudiante dentro del proceso enseñanza/aprendizaje universitario. *Boletín Redipe*, 5(7), 147-159. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6064422>
- Peñafiel, O. (2015). Hipnosis aplicada al dolor crónico en la migraña. *Ajayu*, 13(2), 235-260. Recuperado de <http://www.scielo.org.bo/pdf/rap/v13n2/v13n2a06.pdf>

- Pérez, E., Cervantes, V., Hijuelos, N., Pineda, J., y Salgado, H. (2017). Prevalencia, causas y tratamiento de la depresión mayor. *Revista Biomédica*, 28, 89-115. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/revbio/bio-2017/bio172c.pdf>
- Pilevarzadeh, M., et ál. (2019). Global prevalence of depression among breast cancer patients: a systematic review and a meta-analysis. *Breast Cancer Research and Treatments*, 176, 519-533. doi: [10.1007/s10549-019-05271-3](https://doi.org/10.1007/s10549-019-05271-3)
- Pousa, V., et al. (2015). Depresión y cáncer: una revisión orientada a la práctica clínica. *Revista Colombiana de Cancerología*, 19(3), 166-172. Recuperado de <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-colombiana-cancerologia-361-articulo-depresion-cancer-una-revision-orientada-S0123901515000438>
- Quezada, J. (2011). Hipnoterapia Ericksoniana. *Temática psicológica*, 7(1), 33-39. Recuperado de http://www.unife.edu.pe/publicaciones/revistas/revista_tematica_psicologia_2011/quezada_zevallos.pdf
- Quintero, M., y Finck, C. (2018). Intervenciones psicológicas eficaces en pacientes con cáncer de mama en Latinoamérica y España: una revisión sistemática. *Psicooncología*, 15(1), 49-64. doi: [10.5209/PSIC.59174](https://doi.org/10.5209/PSIC.59174)
- Richard, A., Harbeck, N., Wuerstlein, R., y Wilhelm, F. (2018). Recover your smile: Effects of a beauty care intervention on depressive symptoms, quality of life, and self-esteem in patients with early breast cancer. *Psycho-Oncology*, 28, 401-407. doi: doi.org/10.1002/pon.4957

Rioja Salud. (2015). *La depresión*. Recuperado de

<https://www.riojasalud.es/ciudadanos/catalogo-multimedia/salud-mental-y-bienestar-emocional/la-depresion>

Risoto de Mesa, L. (2012). Una aproximación al estudio de lo imaginario en la ilustración: el caso de Franz Antón Mesmer (1734-1815). *Claridades. Revista de filosofía*, 4, 74-83.

Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6297605>

Restrepo, M., et al. (2017). Trastorno depresivo mayor: una mirada genética. *Diversitas: Perspectivas Psicológicas*, 13(2), 279-294. Recuperado de

<http://www.scielo.org.co/pdf/dpp/v13n2/1794-9998-dpp-13-02-00279.pdf>

Robertson, D. (2013). *The practice of cognitive-behavioral hypnotherapy: a manual for evidence-based clinical hypnosis*. London: Karnac.

Robles, R., Morales, M., Jiménez, L., y Morales, J. (2009). Depresión y ansiedad en mujeres con cáncer de mama: el papel de la afectividad y el soporte social. *Psicooncología*, 6(1), 191-

201. Recuperado de

<https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC0909120191A>

Robles, T. (2014). *Cuaderno de trabajo: Introducción a la psicoterapia Ericksoniana*. Ciudad de México, México: Alom editores.

Robles, T. (s/f). *Cuaderno de trabajo: Trabajo con depresión*. Ciudad de México, México: Alom editores.

Robles, T. (2014) *Cuaderno de trabajo: Uso eficiente del lenguaje*. Ciudad de México, México: Alom editores.

- Rocamora, P. (2011). Freud y la Hipnosis. *Hipnológica*, 4, 4-14. Recuperado de <https://www.hipnologica.org/wp-content/uploads/2019/11/Hipnologica-4.pdf>
- Rodríguez, E., y Font, A. (2013). Eficacia de la terapia de grupo en cáncer de mama: evolución de las emociones desadaptativas. *Psicooncología*, 10(2-3), 275-287. doi: [10.5209/rev_PSIC.2013.v10.n2-3.43449](https://doi.org/10.5209/rev_PSIC.2013.v10.n2-3.43449)
- Rodríguez, P. (2011). Hipnosis: Fundamentos fisiológicos e investigativos (Tesis de doctorado). Universidad de Ciencias Médicas, Granma, Cuba. Recuperado de http://tesis.sld.cu/FileStorage/000184-6BA2-Rodriguez_Sanchez.pdf
- Roussos, A. (2007). El diseño de caso único en investigación en psicología clínica. Un vínculo entre la investigación y la práctica clínica. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 16(3), 261-270. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/2819/281921790006.pdf>
- Ruiz, A. (2015). Adaptación de la Terapia Ericksoniana en casos de depresión (Tesis de maestría). Universidad de Guayaquil, Guayaquil, Ecuador. Recuperado de <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/13184>
- Ruiz, P. (2015). Estudio sobre la calidad de vida en mujeres supervivientes al cáncer de mama (Tesis de doctorado). Recuperado de <https://tesisenred.net/bitstream/handle/10803/301274/TPRC.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Sáenz, I., y Gabini, S. (2016). *Escritos psi*. Recuperado de <https://www.uai.edu.ar/media/109477/saenz-gabini-escritos-psi.pdf>

- Sánchez, M., Figueroa, C., Cacho, B., y Robles, R. (2016). Relación entre síntomas autonómicos con niveles de ansiedad y depresión en mujeres con cáncer de mama. *En claves del pensamiento*, 10(19), 145-162. Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/enclav/v10n19/1870-879X-enclav-10-19-00145.pdf>
- Santana, J., Bernal, G., Rodríguez, L., Gómez, K., y Morales, J. (2012). Asuntos conceptuales, metodológicos y éticos de la hipnosis como terapia psicológica adjunta al tratamiento del cáncer de mama. *Salud y Sociedad*, 3(2), 212-236. doi: [10.22199/S07187475.2012.0002.00007](https://doi.org/10.22199/S07187475.2012.0002.00007)
- Santini, A. (2016). *Historia del cáncer de mama, de Egipto al siglo XXI*. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/312166595_HISTORIA_DEL_CANCER_DE_MAMA_desde_Egipto_al_siglo_XXI
- Sanz, J., y Modolell, E. (2004). Oncología y psicología: un modelo de interacción. *Psicooncología*, 1(1), 3-12. Recuperado de <https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC0404110003A/16302>
- Semmens, R., Dienes, Z., y Duka, T. (2013). Alcohol increases hypnotic susceptibility. *Consciousness and cognition*, 22(3), 1082-1091. doi: <https://doi.org/10.1016/j.concog.2013.07.001>
- Sistema Estatal de Indicadores. (2020). *Tasa de mortalidad de cáncer de mama en población de derechohabiencia*. Recuperado de <http://indicadores.bajacalifornia.gob.mx/consultaciudadana/ver-indicador.jsp?clave=ES-ISSSTECALI-05>

- Sharma, V., Pandya, P., Kumar, R., y Gupta, G. (2017). Evolution on hypnotherapy in pain management of cancer patients: a clinical trial from India. *Indian Journal of Pain*, 31(2), 100-106. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/319535737_Evaluation_of_Hypnotherapy_in_Pain_Management_of_Cancer_Patients_A_Clinical_Trial_from_India
- Short, D. (2018). Conversational hypnosis: conceptual and technical differences relative to traditional hypnosis. *The American journal of clinical hypnosis*, 61(2), 125-139. doi: [10.1080/00029157.2018.1441802](https://doi.org/10.1080/00029157.2018.1441802)
- Sociedad Española de Oncología Médica. (2020). *Hormonoterapia o tratamiento hormonal*. Recuperado de <https://seom.org/163-informacion-al-publico-guia-de-tratamientos/hormonoterapia>
- Téllez, A., Juárez, D., Jaime, L., Medina, C., y Sánchez, T. (2017). The effect of hypnotherapy on the quality of life in women with breast cancer. *Psychology in Russia: State of the Art*, 10(2), 228-240. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/318489200_The_effect_of_hypnotherapy_on_the_quality_of_life_in_women_with_breast_cancer
- Téllez, A., Juárez, D., Jaime, L., Sánchez, T., y Medina, C. (2017). Breast cancer and adverse childhood experience: a single case study using hypnosis. *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 42, 19-27. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/325206054_Breast_cancer_and_adverse_childhood_experiences_a_single_case_using_hypnosis

- Téllez, A., Sánchez, T., y Juárez, D. (2016). Breast Biopsy: the effects of hypnosis and music. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 64(4), 456-469.
Recuperado de <https://nvvh.com/wp-content/uploads/2015/04/Breast-biopsy.pdf>
- Tregnago, D., Carbognin, L., Trestini, I., Avancini, A., Sartori, G., Fiorio, E., Parolin, V., Lanza, M., Rimondini, M., Piccolo, L., Bria, E., Milella, M., y Pilotto, S. (2019). Impact of cognitive-behavioral-therapy (CBT) on levels of anxiety, depression and distress in cancer patients (pts). *Annals of Oncology*, 30(5), 668. doi: [10.1093/annonc/mdz262.003](https://doi.org/10.1093/annonc/mdz262.003)
- Tsaras, K., Papathanasiou, I., Mitsi, D., Veneti, A., Kelesi, M., Zyga, S., y Fradelos, E. (2018). Assessment of depression and anxiety in breast cancer patients: prevalence and associated factors. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 19(6), 1661-1669. doi: [10.22034/APJCP.2018.19.6.1661](https://doi.org/10.22034/APJCP.2018.19.6.1661)
- Vázquez, C., Hervás, G., Hernangómez, L., y Romero N. (2010). Modelos cognitivos de la depresión: una síntesis y nueva propuesta basada en 30 años de investigación. *Psicología Conductual*, 18(1), 139-165. Recuperado de [https://www.researchgate.net/publication/235412346](https://www.researchgate.net/publication/235412346_Modelos_cognitivos_de_la_depresion) [Modelos cognitivos de la depresion](https://www.researchgate.net/publication/235412346_Modelos_cognitivos_de_la_depresion) [on Una revision tras 30 anos de investigacion](https://www.researchgate.net/publication/235412346_Modelos_cognitivos_de_la_depresion)
- Villar, R. (2016). Hipnosis: Trayectorias Académicas (Tesis de licenciatura). Universidad de la República, Montevideo, Uruguay. Recuperado de <https://sifp.psico.edu.uy/sites/default/files/Trabajos%20finales/%20Archivos/tfgcardovillar1.pdf>
- Wittmann, V. (2019). *The healing effect of psychosocial interventions in breast cancer—from surgical fear to enhanced long-term quality of life* (Tesis de doctorado). University of

Szeged, Szeged, Hungría. Recuperado de http://doktori.bibl.u-szeged.hu/10146/1/PhD%20t%C3%A9zis_v%C3%A9gleges_Wittmann.pdf

Anexos

Anexo 1

Consentimiento informado

ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

Acuerdo de protección de datos personales e información que celebran por una parte **(NOMBRE DEL TERAPEUTA)**, mexicana, mayor de edad, y por la otra _____, de nacionalidad mexicana, mayor de edad.

DECLARACIONES

- I. Declara **(NOMBRE DEL TERAPEUTA)** ser un ciudadano de Mexicali, Baja California, con la formación pertinente para la aplicación de técnicas Ericksonianas
- II. Que es de su interés realizar a _____ una intervención con base al Manual de intervención con técnicas Ericksonianas para la atención de mujeres con cáncer de mama con sintomatología depresiva.
- III. Manifiesta _____ que concede que se le practique la intervención con base al manual descrito en la declaración II.

CLÁUSULAS

PRIMERA. _____ otorga su consentimiento para que se le practique la intervención con base al manual referido en la declaración II, para los fines antes precisados.

SEGUNDA. **(NOMBRE DEL TERAPEUTA)** es la responsable del uso y protección de los datos personales de _____, así como de la información confidencial que se derive, y se compromete de manera expresa, a no difundir, transmitir, revelar a terceras personas dichos datos, ni a utilizarlos en interés propio o de sus familiares o amigos.

Se entenderá por datos personales los siguientes: nombre, domicilio, teléfono, mismos datos correspondientes a personas reales a quienes se haga referencia.

TERCERA. En caso de citar en el contenido de los productos de la actividad que nos ocupa, información proporcionada por _____, los datos personales serán sustituidos por equivalentes ficticios.

LAS PARTES MANIFIESTAN: QUE COMPRENDEN EL ALCANCE LEGAL DE LO ESTABLECIDO Y QUE POR ELLO SE OBLIGAN EN LA MANERA Y TÉRMINOS EN QUE AQUÍ CONSTAN Y QUE QUISIERON HACERLO. EN VISTA DE LO ANTERIOR, FIRMAN DE CONFORMIDAD EN MEXICALI, BAJA CALIFORNIA, **(FECHA)**.

(NOMBRE Y FIRMA DEL TERAPEUTA) **(NOMBRE Y FIRMA DEL ATENDIDO)**

Anexo 2
Ficha de registro

Nombre: _____	Edad: _____
Fecha y lugar de nacimiento: _____	
Ocupación: _____	Estado civil: _____
Teléfono de contacto: _____ Teléfono de emergencia: _____	
Diagnóstico proporcionado por médico oncólogo: _____	
Tratamientos médicos y/o psicológicos que ha llevado: _____	

Nombre y firma del psicólogo: _____	Fecha: _____

Anexo 3
Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión

ESCALA HOSPITALARIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN

El siguiente cuestionario ha sido confeccionado para ayudar a saber cómo se siente usted afectiva y emocionalmente. No es preciso que preste atención a los números que aparecen a la izquierda.
Lea cada pregunta y marque la que usted considere que coincide con su propio estado emocional en la última semana.
No es necesario que piense mucho tiempo cada respuesta; en este cuestionario las respuestas espontáneas tienen más valor que las que se piensan mucho.

A.1. Me siento tenso/a o nervioso/a:

3) Casi todo el día 2) Gran parte del día 1) De vez en cuando 0) Nunca

D.1. Sigo disfrutando de las cosas como siempre:

0) Ciertamente igual que antes 1) No tanto como antes 2) Solamente un poco 3) Ya no disfruto con nada

A.2. Siento una especie de temor como si algo malo fuera a suceder:

3) Sí, y muy intenso 2) Sí, pero no muy intenso 1) Sí, pero no me preocupa 0) No siento nada de eso

D.2. Soy capaz de reírme y ver el lado gracioso de las cosas:

0) Igual que siempre 1) Actualmente algo menos 2) Actualmente mucho menos 3) Actualmente en absoluto

A.3. Tengo la cabeza llena de preocupaciones:

3) Casi todo el día 2) Gran parte del día 1) De vez en cuando 0) Nunca

D.3. Me siento alegre:

0) Nunca 1) Muy pocas veces 2) En algunas ocasiones 3) Gran parte del día

A.4. Soy capaz de permanecer sentado/a, tranquilo/a y relajado/a:

0) Siempre 1) A menudo 2) A veces 3) Nunca

D.4. Me siento lento/a y torpe:

3) Gran parte del día 2) A menudo 1) A veces 0) Nunca

A.5. Experimento una desagradable sensación de "nervios y hormigueos" en el estómago:

0) Nunca 1) Sólo en algunas ocasiones 2) A menudo 3) Muy a menudo

D.5. He perdido el interés por mi aspecto personal:

3) Completamente 2) No me cuido como debería hacerlo
1) Es posible que no me cuido como debiera 0) Me cuido como siempre lo he hecho

A.6. Me siento inquieto/a como si no pudiera parar de moverme:

3) Realmente mucho 2) Bastante 1) No mucho 0) En absoluto

D.6. Espero las cosas con ilusión:

0) Como siempre 1) Algo menos que antes 2) Mucho menos que antes 3) En absoluto

A.7. Experimento de repente sensaciones de gran angustia o temor:

3) Muy a menudo 2) Con cierta frecuencia 1) Raramente 0) Nunca

D.7. Soy capaz de disfrutar con un buen libro o con un buen programa de radio o televisión:

0) A menudo 1) Algunas veces 2) Pocas veces 3) Casi nunca

Puntuación HAD-A: 1) < 7 2) 8-10 3) > 11 **Puntuación HAD-D:** 1) < 7 2) 8-10 3) > 11

Anexo 4
Inventario de Depresión de Beck

Nombre: _____ Fecha: _____

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor sus sentimientos durante la ULTIMA SEMANA, INCLUIDO EL DIA DE HOY. Rodee con un círculo el número que está a la izquierda de la afirmación que haya elegido. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márquela también. Asegúrese de haber leído todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de hacer la elección.

1. 0 No me siento triste.
1 Me siento triste.
2 Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.
3 Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.
2. 0 No me siento especialmente desanimado de cara al futuro.
1 Me siento desanimado de cara al futuro.
2 Siento que no hay nada por qué luchar.
3 El futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.
3. 0 No me siento como un fracasado.
1 He fracasado más que la mayoría de las personas.
2 Cuando miro hacia atrás, lo único que veo es un fracaso tras otro.
3 Soy un fracaso total como persona.
4. 0 Las cosas me satisfacen tanto como antes.
1 No disfruto de las cosas tanto como antes.
2 Ya no tengo ninguna satisfacción de las cosas.
3 Estoy insatisfecho o aburrido con respecto a todo.

5. 0 No me siento especialmente culpable.
1 Me siento culpable en bastantes ocasiones.
2 Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.
3 Me siento culpable constantemente.
6. 0 No creo que esté siendo castigado.
1 Siento que quizá esté siendo castigado.
2 Espero ser castigado.
3 Siento que estoy siendo castigado.
7. 0 No estoy descontento de mí mismo.
1 Estoy descontento de mí mismo.
2 Estoy a disgusto conmigo mismo.
3 Me detesto.
8. 0 No me considero peor que cualquier otro.
1 Me autocrítico por mi debilidad o por mis errores.
2 Continuamente me culpo por mis faltas.
3 Me culpo por todo lo malo que sucede.
9. 0 No tengo ningún pensamiento de suicidio.
1 A veces pienso en suicidarme, pero no lo haré.
2 Desearía poner fin a mi vida.
3 Me suicidaría si tuviese oportunidad.
10. 0 No lloro más de lo normal.
1 Ahora lloro más que antes.
2 Llora continuamente.
3 No puedo dejar de llorar, aunque me lo proponga.
11. 0 No estoy especialmente irritado.
1 Me molesto o irrito más fácilmente que antes.
2 Me siento irritado continuamente.
3 Ahora no me irritan en absoluto cosas que antes me molestaban.

12. 0 No he perdido el interés por los demás.
1 Estoy menos interesado en los demás que antes.
2 He perdido gran parte del interés por los demás.
3 He perdido todo interés por los demás.
13. 0 Tomo mis propias decisiones.
1 Evito tomar decisiones más que antes.
2 Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
3 Me es imposible tomar decisiones.
14. 0 No creo tener peor aspecto que antes.
1 No estoy preocupado porque aparezco envejecido y poco atractivo.
2 Noto cambios constantes en mi aspecto físico que me hacen parecer poco atractivo.
3 Creo que tengo un aspecto horrible.
15. 0 Trabajo igual que antes.
1 Me cuesta más esfuerzo de lo habitual comenzar a hacer algo.
2 Tengo que obligarme a mí mismo para hacer algo.
3 Soy incapaz de llevar a cabo alguna tarea.
16. 0 Duermo tan bien como siempre
1 No duermo tan bien como antes.
2 Me despierto 1 -2 horas antes de lo habitual y me cuesta volverme a dormir.
3 Me despierto varias horas antes de lo habitual y ya no puedo volverme a dormir.
17. 0 No me siento más cansado de lo normal.
1 Me canso más que antes.
2 Me canso en cuanto hago cualquier cosa.
3 Estoy demasiado cansado para hacer nada.

18. 0 Mi apetito no ha disminuido.
1 No tengo tan buen apetito como antes.
2 Ahora tengo mucho menos apetito.
3 He perdido completamente el apetito.
19. 0 No he perdido peso últimamente (si está tratando de perder peso, esta pregunta queda invalidada).
1 He perdido más de 2 kg.
2 He perdido más de 4 kg.
3 He perdido más de 7 kg. Sí No
(En caso afirmativo invalidar la respuesta)
20. 0 No estoy preocupado por mi salud.
1 Me preocupan los problemas físicos como dolores, el malestar de estómago o los catarros.
2 Me preocupan las enfermedades y me resulta difícil pensar en otras cosas.
3 Estoy tan preocupado por las enfermedades que no soy capaz de pensar en otras cosas.
21. 0 No he observado ningún cambio en mi interés por el sexo.
1 La relación sexual me atrae menos que antes.
2 Estoy mucho menos interesado por el sexo que antes.
3 He perdido totalmente el interés sexual.

Se califica solamente sumando las respuestas. El punto de corte para clasificar los puntajes es el siguiente:

- 0 a 12: persona sin depresión clínica
- 13 a 20: síntomas depresivos leves
- 21 a 30: depresión moderada
- 31 o más: depresión severa

Anexo 5
Modelo de Interconsulta
Memorial Sloan Kettering Cancer Center (s/f., adaptación propia).

Modelo de Interconsulta

Fecha: _____

Nombre: _____ **Sexo:** _____ **Edad:** _____

¿Cuál ha sido su estado de ánimo durante la semana pasada?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Estado de ánimo muy bajo

Estado de ánimo muy alto

Anexo 6

Versión preliminar del Manual de intervención con técnicas Ericksonianas para la atención de persona con cáncer de mama con sintomatología depresiva.

Manual de intervención con técnicas Ericksonianas para la atención de mujeres con cáncer de mama con sintomatología depresiva.

José Daniel Guerrero Silva

Mexicali, B. C., 2020.

Índice

Índice.....	2
Índice de tablas.....	3
Índice de figuras.....	4
Introducción.....	5
Fundamentación teórica.....	12
Apartado I: Requisitos para la intervención.....	17
Apartado II: Descripción de la intervención	22
Sesión uno.....	23
Sesión dos.....	28
Sesión tres.....	36
Sesión cuatro.....	41
Sesión cinco.....	46
Sesión seis.....	50
Sesión siete.....	55
Sesión ocho.....	60
Sesión nueve.....	65
Sesión diez.....	70
Sesión once.....	75
Sesión doce.....	80
Sesión trece.....	83
Referencias.....	85
Anexos.....	88

Índice de tablas

<i>Tabla 1.</i> Principales síntomas somáticos de la depresión.....	6
<i>Tabla 2.</i> Sesiograma.....	10
<i>Tabla 3.</i> Descripción general del sesiograma.....	22
<i>Tabla 4.</i> Descripción sesión 1.....	23
<i>Tabla 5.</i> Encuadre.....	24
<i>Tabla 6.</i> Descripción sesión 2.....	28
<i>Tabla 7.</i> Explicación de la respiración.....	29
<i>Tabla 8.</i> Explicación de la imaginación.....	30
<i>Tabla 9.</i> Explicación del Conocimiento Inconsciente.....	30
<i>Tabla 10.</i> Descripción sesión 3.....	36
<i>Tabla 11.</i> Descripción sesión 4.....	41
<i>Tabla 12.</i> Descripción sesión 5.....	46
<i>Tabla 13.</i> Descripción sesión 6.....	50
<i>Tabla 14.</i> Descripción sesión 7.....	55
<i>Tabla 15.</i> Descripción sesión 8.....	60
<i>Tabla 16.</i> Descripción sesión 9.....	65
<i>Tabla 17.</i> Descripción sesión 10.....	70

<i>Tabla 18.</i> Descripción sesión 11.....	75
<i>Tabla 19.</i> Descripción sesión 12.....	80
<i>Tabla 20.</i> Descripción sesión 13.....	83

Índice de figuras

<i>Figura 1.</i> Esquema de trabajo para la intervención con técnicas Ericksonianas	
<i>Figura 2.</i> Cuento del perro negro.....	42
<i>Figura 3.</i> Una persona tirando una bolsa de plástico.....	48
<i>Figura 4.</i> Dos árboles de lado a lado.....	52
<i>Figura 5.</i> Espejo.....	93
<i>Figura 6.</i> Medida de espejo.....	93
<i>Figura 7.</i> Caja para el espejo.....	93
<i>Figura 8.</i> Medida caja.....	94
<i>Figura 9.</i> Medida caja dos.....	94
<i>Figura 10.</i> Caja con espejo.....	94

INTRODUCCIÓN

Este manual tiene como objetivo desarrollar una intervención replicable dirigida a mujeres que padecen de cáncer de mama. Se puede abordar este manual a una mujer con cáncer de mama, desde el diagnóstico, durante el tratamiento médico y en remisión; que se encuentren en otro tratamiento médico o intervención terapéutica. Además, requiere que presenten sintomatología depresiva, que, de acuerdo al Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, por la Asociación Americana de Psiquiatría (APA, 2014) son:

- Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas.
- Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días.
- Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).
- Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días.
- Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo (p. 185).

Artiles y López (2009) comentaron que existen algunos síntomas somáticos que se deberían de considerar también al momento de realizar un diagnóstico de un trastorno de la depresión. Como se muestra en la tabla 1.

Tabla 1. *Principales síntomas somáticos de la depresión*

Anorexia o hiperfagia
Pérdida de peso
Insomnio o hipersomnio
Molestias o trastornos digestivos, estreñimiento o diarrea
Dolores (cefalea, osteo-musculares, precordial, etc.)
Astenia, cansancio, debilidad, fatiga
Disfunción sexual

Artiles y López (2009).

Estos deben de haberse presentado durante las últimas dos semanas, haya sido después del diagnóstico, de la intervención médica o después de una mastectomía. Si los síntomas muestran un nivel grave de acuerdo al DSM V o se presente con un diagnóstico de distimia y/o que la vida de esta persona corra peligro, debido a que ya ha tenido intentos de suicidio, se recomienda llevar otro tipo de intervención.

Este manual ofrece una descripción detallada de cada una de las sesiones que se van a realizar, seguimientos que se deben de llevar a sesiones anteriores, y materiales a usar.

Únicamente quienes tengan la capacitación adecuada (maestría o diplomado, con más de 320 horas de trabajo) en hipnosis Ericksoniana podrán replicar el contenido de este manual.

Esta intervención está organizada para ser realizada en 12 sesiones de 45 minutos a 1 hora cada sesión, dando un total aproximado de 12 horas de trabajo en un periodo de 3 meses (una sesión por semana).

El orden que conllevan las sesiones en la intervención fue descrito de esa manera para que en las primeras dos sesiones se diera a conocer a la persona la forma en cómo se trabajan las técnicas Ericksonianas y pudiera realizar las técnicas necesarias para las demás sesiones de

forma adecuada; junto con todo lo necesario para que sepa el objetivo de la intervención.

Continuando con el orden, en la siguiente sesión, se trabaja con las etiquetas. Desde la hipnosis Ericksoniana la enfermedad de la depresión es considerada una etiqueta, que para muchas personas puede llegar a ser muy doloroso, el que las clasifiquen con eso. Si bien, es una enfermedad catalogada, con años de estudio y evidencia, lo que se hace no es eliminar todo lo que existe de la depresión, sino más bien se busca mencionar en lo más mínimo la palabra enfermedad, o cualquier etiqueta que pudiese afectarle a la persona en relación a la depresión. Más adelante se explica esto. Teniendo estas tres sesiones listas, se inicia con el trabajo para reducir la sintomatología depresiva. Por lo mencionado anteriormente es la razón por la cual hasta la cuarta sesión se inicia con el objetivo principal de la intervención.

En la sesión uno, se tiene como objetivo, brindar el encuadre de la intervención, así mismo, realizar la evaluación preliminar de la sintomatología depresiva. En la sesión dos, el objetivo es introducir a la persona en los fundamentos básicos de la terapia con técnicas Ericksonianas, comenzando con los principios en los que se basa esta terapia, y aplicando las técnicas fundamentales que se pueden replicar para cada sesión. En la sesión tres, el objetivo está enfocado en disminuir las etiquetas que se le ponen a una persona cuando se está enferma.

El objetivo general de estas tres primeras sesiones es dar a conocer el funcionamiento de las técnicas Ericksonianas. Con ejercicios sencillos y fáciles de replicar hace que las técnicas que se implementarán en las sesiones consecuentes se realicen con una mayor simplicidad.

La sesión cuatro tiene el objetivo de iniciar con el trabajo para reducir sintomatología depresiva en la persona. Esto a través del aumento del estado de ánimo, mediante el uso de técnicas enfocadas en eso. En la sesión cinco se continúa con el trabajo de la sesión anterior.

Además de que se implementará la evaluación intermedia de la intervención. En la sesión seis se continúa con el trabajo de la sesión anterior, con un enfoque diferente. Se buscará el inicio de la aceptación de la etapa en la que está viviendo en su vida por el cáncer y que a través de las demás sesiones seguirá aumentando. En la sesión siete se tiene como objetivo cambiar la perspectiva que se tiene a la vida, debido a la enfermedad, en donde se busca una reconstrucción cognitiva, a través de metáforas y técnicas enfocadas en eso.

La sesión ocho busca fomentar la resiliencia en la persona, a través de técnicas para su comprensión y una metáfora actuada. La sesión nueve tiene el objetivo de fomentar la autoimagen en la persona, que a causa del cáncer pudo haberse disminuido, afectando así su estado de ánimo. En la sesión diez el objetivo es fomentar la autovaloración, comprender que todas las personas tienen un significado y valor, a través de una historia actuada. En la sesión once se implementará nuevamente la evaluación de la sintomatología, junto con la aplicación de una técnica con orientación a futuro, buscando que todo lo aprendido se mantenga. En caso de que exista una recaída se puede volver a poner en contacto la persona con el terapeuta para seguir trabajando con estas técnicas.

Pasadas tres semanas de la última sesión se llevará a cabo una sesión de seguimiento para una evaluación y conocer si hubo un cambio en los resultados después de la intervención.

En la figura 1 se muestra el esquema de trabajo para llevar a cabo esta intervención.

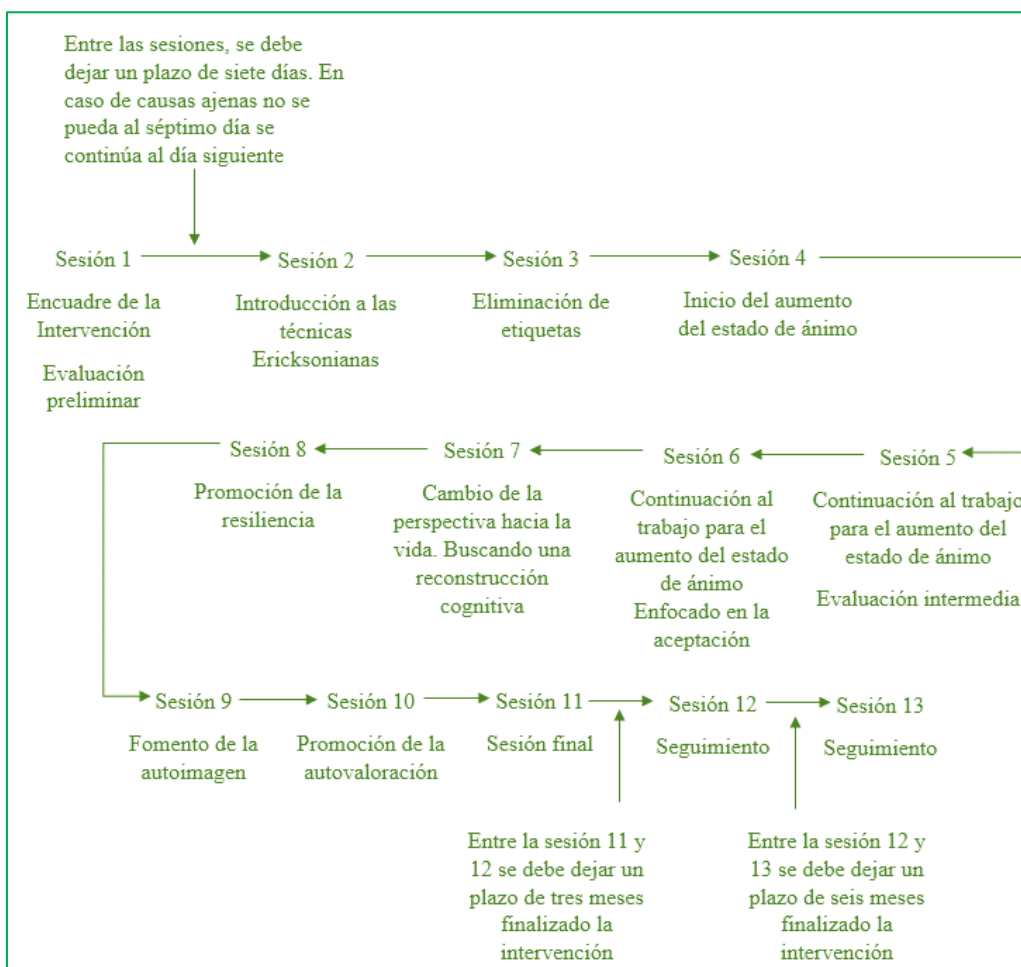


Figura 1. Esquema de trabajo para la intervención con técnicas Ericksonianas. Elaboración propia.

En la tabla 2 se muestra el sesiograma de la intervención.

Tabla 2. *Sesiograma*

No.	Objetivo	Técnica
1	Dar el encuadre de la intervención	-Evaluación preliminar
2	Introducir a la persona en las técnicas Ericksonianas	-Ejercicios base (“Barda”, “Heridas”, “Emociones Indigestas”)
3	Trabajar con las etiquetas	-Ejercicio de conversación hipnótica -Técnica para quitar etiquetas
4	Iniciar el trabajo con la sintomatología depresiva Para el aumento del estado de ánimo	-Ejercicio de conversación hipnótica -Técnica para el aumento del estado de ánimo
5	Aumentar el estado de ánimo	-Evaluación intermedia -Técnica para el aumento del estado de ánimo
6	Aumentar el estado de ánimo Enfocado en la aceptación	-Técnica y ejercicio con metáfora para el aumento del estado de ánimo
7	Cambiar la perspectiva de la vida, reconstrucción cognitiva	-Técnica de redirección -Ejercicio de metáfora
8	Fomentar la resiliencia en la persona	-Técnica para fomentar la resiliencia -Metáfora actuada

9	Mejorar la autoimagen	-Técnica para el aumento de la autoimagen
10	Comprender el valor que cada persona tiene a pesar de las crisis que se pueden padecer	-Metáfora actuada -Técnica de valoración personal
11	Implementar la última evaluación	-Evaluación final -Técnica de orientación a futuro
12	Tener un seguimiento de los niveles de sintomatología depresiva	- Evaluación de seguimiento
13	Tener un seguimiento de los niveles de sintomatología depresiva	-Evaluación de seguimiento

Elaboración propia.

En el siguiente apartado se abordará la fundamentación teórica, que sustenta a las técnicas que se estarán utilizando en esta intervención.

Fundamentación teórica

Antes de iniciar con los ejercicios es importante que, a la persona, se le clarifique, que si es la hipnosis y que no lo es. Junto con las explicaciones de los siguientes conceptos, detenidamente y despejar cualquier duda que se llegue a tener. Ya que son importantes para un buen desarrollo de las técnicas.

Uno de los puntos importantes de esta intervención es que quede claro el significado de la hipnosis; y de acuerdo a la Asociación Americana de Psicología (APA, 2014) es: “un estado de conciencia que implica la atención focalizada y conciencia periférica reducida, caracterizado por una mayor capacidad de respuesta a la sugestión” (como se citó en, Castañeda & Krikorian, 2018, p. 272).

En otras palabras, es un estado amplificado de conciencia. Esto abarca como se explicó antes, una mayor atención a lo que se recibe de manera visual y auditiva (imágenes o palabras que el terapeuta le proporciona a la consultante). La manera de que una persona entre en este estado es gracias a la conversación hipnótica (CH) que Erickson integró e hizo que la manera de aplicar hipnosis fuera reformulada. Short (2018) explica que esta conversación, tiene como objetivo, a través del uso de paradojas, metáforas, cuentos y el uso de la sugestión, un cambio en el comportamiento; y también adentrar a la persona en un estado, menos racional, para que cuando se esté en este estado, la persona pueda utilizar mejor su imaginación, y así lo inconsciente se vuelva consciente a un nivel simbólico. Se busca que la problemática de la persona se transforme una representación simbólica a través de un cuento, un relato o una metáfora. En donde se cuenta la solución y, a través de la introspección de esta conversación hipnótica, se buscará que la persona genere el cambio en sí misma.

Se menciona a Erickson, y este personaje se le considera como al padre de la hipnosis moderna. Siendo llamada Hipnosis Ericksoniana, las técnicas que se utilizarán en esta intervención.

Las técnicas que se utilizan en la hipnosis Ericksoniana, en el tratamiento de la depresión, buscan eliminar principalmente, aquella etiqueta que es la enfermedad, que genera ciertos limitantes o pensamientos aversivos en la persona. Por ejemplo, si una persona sufre de depresión y todos los que conoce, constantemente le dicen “depresiva”, “no eres divertida, siempre estás deprimida”, o “nunca quieres hacer nada por tu depresión”; y más comentarios semejantes, la persona se va aplicando esa denominación. Algo que hace la hipnosis Ericksoniana es no encasillar a las personas en una cosa o concepto.

También con estas técnicas se busca trabajar con el antónimo de la situación. Por ejemplo, en vez de hablar acerca de disminuir o reducir una problemática (en este caso reducir la depresión) se habla de aumentar, crecer, generar el contrario a esta problemática (aumentar el estado de ánimo, mejorar los pensamientos). Por eso en la intervención nunca se le dirá a la persona, que se va a buscar reducir la sintomatología depresiva, sino que se le comentará que se busca aumentar su estado de ánimo, que, si bien es lo mismo, pero transformado para que las palabras utilizadas sean positivas. La comunicación es muy importante para estas técnicas.

El uso de las sugerencias es otro punto importante que se debe de tener en cuenta para la realización de estas técnicas. Halligan y Oakley (2014, como se citó en Parris, 2016) definen la sugestión como todo aquel pensamiento o principio que se le quiera comunicar a otra persona y ya que se reciba y acepte, se puede generar algún cambio pronunciado en las emociones, la manera en cómo se piensa y como se perciben las situaciones e inclusive el mismo

comportamiento. Con esto, se busca que, al comentar una sugestión a la persona, trabaje de manera indirecta, puesto que se da con simbolismos. Así mismo al realizar una sugestión posthipnótica, tenga un efecto, de manera a futuro, después de haber terminado el trabajo en la sesión.

No se puede asegurar de primera instancia si la sugestión posthipnótica que se da al terminó de una técnica o al finalizar la sesión, siga trabajando con la persona durante todos los días que pasan hasta la siguiente sesión. Hasta ese día podemos afirmar o negar si las sugestiones posthipnóticas están dando un resultado. Pues se puede notar un cambio al escuchar a la persona como le fue en la semana, si notó un cambio. Este tipo de sugestiones se dan para que la persona se vaya con una última herramienta y el cambio siga el trabajo de manera indirecta sin estar en sesión. Generando en ellos la idea de que con todo lo aprendido en la sesión, se podrá ir transformando a pesar de que este en casa.

La aplicación de la hipnosis Ericksoniana (conversación hipnótica, sugestiones e inclusive las técnicas que se aplican) podría llegar a variar dependiendo de la persona, debido a que nadie comprende o ha pasado por exactamente la misma situación, a pesar de ser la misma enfermedad. Es recomendable adaptarse ligeramente a las necesidades de la persona en cuestión a modificar los tiempos que requiera la sesión, o el tener que dejarla hablar un poco más. Hacer un cambio en las técnicas (sin antes tenerlas dominadas) pudiera llegar a cambiar el sentido de este mismo y no cumplir con su objetivo.

Con la aplicación de las técnicas Ericksonianas el cambio que se busca a favor de las consecuencias que viven las personas con cáncer de mama es fomentar en la persona la fortaleza, conocimiento y autoestima, para poder, sobrellevar todas aquellas problemáticas, que se generan

a nivel social. Cuando se llega el diagnóstico de cáncer de mama, las personas empiezan a negar los hechos, evocando inseguridad, enojo, pavor y desesperanza en ellas. Tanto el diagnóstico como los tratamientos causan miedo en las personas, cambiando por completo la perspectiva que se tiene de la vida misma, buscando maneras para afrontar los nuevos retos. Después de una mastectomía; la imagen de su cuerpo deteriorada o incompleta, causan una pérdida en el placer sexual, no aceptan el apoyo de la pareja, llegándose a sentir menos como mujeres ante quienes si están “completas” (Martínez, Camarero, López, y Móre, 2014).

Téllez, Sánchez y Juárez (2016) realizaron un estudio para conocer el impacto de sesiones pregrabadas de hipnosis con música de fondo en mujeres con cáncer de mama para reducir depresión antes de una biopsia de seno y después de, comparándola con un grupo control. Se usó la Escala Visual Análoga de un solo ítem, para conocer el nivel de depresión. La evidencia que se obtuvo de la intervención fue que después del tratamiento el grupo de hipnosis y música mostró una reducción significativa respecto al estrés, depresión y ansiedad, además de un aumento en su optimismo, comparándolo con el grupo control.

En un estudio de caso realizado en México a una mujer con cáncer de mama, que sufrió abuso emocional y físico, se vio afectada, ante los procedimientos de la mastectomía, mostrándose con miedo, y recurrentemente se sentía depresiva. La intervención de hipnosis se realizó durante un año en diferentes periodos. Fueron primero 12 sesiones (tres a la semana) por un mes, luego una sesión cada 15 días por seis meses, y el último fue una sesión cada mes por seis meses. Se basó en el uso de técnicas de relajación con sugestión para el mejoramiento del sistema inmune. La escala HADS fue aplicada en cada periodo y una después de un año de

seguimiento. La reducción de la sintomatología depresiva fue total desde el primer periodo (Téllez, Juárez, Jaime, Sánchez, y Medina, 2017).

Cabe aclarar, que esto no solo se logra con estas técnicas, sino que, con el trabajo constante de estas mismas y fomentando nuevos pensamientos de la vida, se podrá lograr.

Apartado I: Requisitos de la intervención

El requisito principal para llevar a cabo la intervención con base a este manual o cualquier otro manual o la implementación de las técnicas Ericksonianas, es necesario tener la formación pertinente a base de hipnosis Ericksoniana o psicoterapia Ericksoniana. Es necesario haberlo cursado en instituciones competentes, bajo la supervisión de personal capacitado para su enseñanza. Esto ya sea de manera de entrenamiento, diplomado o maestría. Debidamente completando en su totalidad poco más de 300 horas de trabajo.

Para dar inicio con las técnicas es necesario tomar en cuenta varios puntos. Se recomienda haber leído con anterioridad las técnicas. Esto para que usted tenga el conocimiento general de como está redactada. Estas, se pueden leer al pie de la letra en un inicio, en cuanto comprenda el objetivo y estructura de la técnica, podrá dejar de leerlos y así replicarlos sin la necesidad del manual. Teniendo así la técnica al alcance, pues se busca que se realicen de manera natural sin la ayuda del libro.

Ahora, para dar inicio con lo necesario para la aplicación de las sesiones, se deben de considerar unos puntos para que se implemente de la mejor manera, tanto para el terapeuta y la persona.

Lo primero que se debe de considerar, es el lugar. El espacio en donde se implementarán las sesiones debe de ser un área en donde no existan distractores que puedan llegar a afectar la atención de la persona y se rompa la secuencia de las técnicas. También, debe de contar con buena iluminación y ventilación. Los ruidos son inevitables, pero se recomienda que el lugar sea con paredes gruesas, para que el ruido de fuera no interrumpa, además de que no haya música durante la sesión y los aparatos electrónicos estén apagados o en modo silencio.

Dentro del lugar debe de haber sillas, sillones, o diván, en donde se pueda sentar la persona a consultar, siendo este cómodo hasta cierto grado para que no caiga dormida. La decoración del lugar, también es importante, se recomienda que haya plantas, cuadros o las paredes sean de una pintura agradable (azul cielo, beige, cartón, o crema), esto para que, al momento de entrar, se sienta cómoda con lo que la rodea, en cambio si no hay absolutamente nada y solo es un cuarto con paredes lisas, se puede llegar a sentir un poco incómoda.

Otro punto que se debe de considerar en el espacio es el aroma de este mismo. Debe de tener un olor a limpio, sin llegar a que sea un olor tan fuerte y penetrante que moleste a la persona. Se pueden utilizar inciensos o velas para preparar el lugar antes de la sesión y una vez que sea la hora, el espacio tenga la esencia de ese olor, pero ya disipado y así no esté tan intenso.

Otro factor a considerar son los materiales que se utilizarán durante la intervención. Primero son los instrumentos. Estos deben de estar de una manera presentable, sin arrugas, manchas, rotas o quemadas; deben de tener una buena calidad de impresión, para que sea legible lo que está escrito (si puede ser a color mejor). Lápices del número dos, para el llenado de las respuestas de los instrumentos. Una tabla o mesa plegable pequeña que esta lisa o si cuenta con un escritorio liso. Hojas blancas para tomar nota de puntos clave que se comenten en sesiones para retomar después en la sesión o en otras. El manual se puede llevar a la sesión, debido a que algunas técnicas son extensas o los cuentos largos y se deben de leer tal como está. Cuando se tenga práctica con estos, se puede dejar de usar.

Los materiales específicos que necesitara para ciertas sesiones se desglosan en la descripción de estas mismas, por lo tanto, se recomienda leer el manual antes de aplicarlo. Los

instrumentos específicos que se utilizarán para medir la sintomatología depresiva son los siguientes.

La Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS). En México esta escala fue validada para la población oncológica por Villegas (2004, como se citó en, Galindo, et al., 2015). Esta escala es una de las más adecuadas para conocer la sintomatología ansiosa y depresiva: “al arrojar rangos de sensibilidad de entre .74 y .84, especificidad de .78 a .80, una alta consistencia interna (alfas entre .83 y .85), alta confiabilidad test retest ($r=.75$) y una adecuada validez convergente ($p<.05$)” (p. 254).

El Inventario de Depresión de Beck, estandarizado por Villegas, Méndez, Rodríguez, Loperena y Varela (1998), busca medir es la existencia de la sintomatología depresiva y su intensidad. Se registró que esta escala en la población mexicana un alfa de Cronbach= .87, demostrando ser confiable. Consta de 21 ítems, con tres opciones de respuesta que van del 0 al 3. La clasificación de resultados es del 0 a 12 puntos, se considera que no presenta depresión; de 13 a 20, muestra algunos síntomas; de 21 a 30, ya presenta cierta depresión; de 31 o más, ya es considerada una depresión severa (cómo se citó en Galindo, et al, 2015).

Además de que se aplicará un ítem del Modelo de Interconsulta en cada sesión para conocer con mayor profundidad el estado de ánimo de la persona.

El Modelo de Interconsulta (MIC) es un registro evaluativo que realizan los oncólogos, para poder cuantificar los estados de ánimo y el nivel de ansiedad que la persona ha estado sufriendo en los últimos días aplicado el registro. Además de cuantificar, también delimita si es necesaria una interconsulta con un especialista (psicooncólogo o psicoterapeuta), a causa de un

alto nivel de ansiedad o depresión (Sanz, y Modolell, 2004). Para esta propuesta de intervención únicamente se abordará el registro del estado de ánimo.

Además de un cuestionario para conocer la experiencia que tuvo la persona con la intervención. Cuenta con siete preguntas, dos de ellas tienen de respuesta una escala del 0 al 10 y el resto son abiertas. Se busca que con este cuestionario la persona nos explique cómo fue la intervención desde su punto de vista, que le fue más útil, que no tanto, si cree que le funcionara en el futuro, si es que le gustó o no esta intervención y, si la recomendaría (Anexo 4).

La presentación del terapeuta se debe de tomar en cuenta. Se recomienda que al momento de presentarse se tome a consideración: el tono de voz, que sea moderado, y ligeramente pausado, que al hablar su comunicación no verbal indique que se está dirigiendo hacia ella (de frente). Esto mismo último es igual que la vista, se debe de ver de frente a la persona, sin voltear tanto hacia otros lados, mostrando desinterés. La vestimenta, debe de ser casual, sin llegar a ser tan formal o tan desaliñado. Se debe de presentar con la ropa limpia y aseado. La manera en que se va a recibir cada sesión a la persona debe de ser de una manera cálida y amigable, manteniendo la línea ética.

Otra característica que se debe de tener en cuenta con respecto a la presentación del terapeuta, son las características de personalidad que deberá de demostrar ante las sesiones. Es importante demostrar una seguridad y confianza ante lo que se le diga a la persona, ser certeros con lo que se le dirá. Es necesario que no busquemos indagar más de lo necesario, evitemos hacer preguntas innecesarias o forzar que la persona nos cuente algo que claramente no desea expresarlo. La ventaja que tienen estas técnicas es que se pueden utilizar teniendo poca

información. La línea que existe entre el terapeuta y la persona que se atiende, puede llegarse a romper, por lo tanto, hay que ser empáticos, pero sin involucrarnos de más.

Tomando en cuenta todas estas consideraciones prácticas la aplicación de la intervención se podrá realizar cómodamente para la persona, logrando así un buen *rapport*, apertura al habla, y disposición de trabajo.

En el siguiente apartado se abordará como tal la intervención, en donde se describirán las sesiones paso a paso.

Apartado II: Descripción de la intervención

A continuación, se detallará sesión por sesión el procedimiento de cómo se deberá de llevar a cabo esta intervención, para el manejo de la sintomatología depresiva en mujeres con cáncer de mama.

En la tabla 3, se describe de manera general y resumida el sesiograma.

Tabla 3. *Descripción general del sesiograma*

No.	Descripción de la sesión
1	Encuadre de la intervención
2	Introducción a las técnicas Ericksonianas
3	Eliminación de etiquetas
4	Inicio del trabajo para el aumento del estado de ánimo
5	Continuación al trabajo para el aumento del estado de ánimo
6	Continuación a la sesión anterior. Enfocado en la aceptación
7	Cambio de la perspectiva hacia la vida. Buscando una reconstrucción cognitiva
8	Promoción de la resiliencia
9	Fomentación de la autoimagen
10	Promoción de la autovaloración
11	Sesión final
12	Seguimiento
13	Seguimiento

Elaboración propia.

Sesión 1

Encuadre de la intervención

Tabla 4. Descripción sesión 1

Objetivo	Materiales
-Dar el encuadre de la intervención. Abarcando, el modelo que se utilizara, cómo son las técnicas.	-Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión.
-Obtener un testimonio. Para así conocer el contexto que ha vivido, además de generar una historia clínica.	-Inventario de Depresión. -Ítem para medir el estado de ánimo
-Realizar la evaluación preliminar.	-Hojas blancas, lápices y una tabla o escritorio/mesa lisa.

Elaboración propia.

Paso uno: Bienvenida

Antes de recibir a la persona, con anterioridad se habrá ya contactado con ella, para haber realizado una cita a la hora y fecha que sea conveniente para ambos. Se le recibirá en un lugar adecuado, con aliño y aseo (véase capítulo II). Se tomarán las medidas de cortesía, saludando de acuerdo a la hora que se vieron y se le pedirá que entre al lugar en donde se atenderá.

Una vez establecidos ambos en el espacio determinado para la sesión, se iniciará el *rapport*, con unas preguntas generales: “¿Qué tal el camino? ¿Cómo ha estado estos últimos días?” Preguntas para iniciar la conversación. Una vez terminada la ronda de preguntas de *rapport* se le pedirá a la persona atendida que nos platique un poco de lo que ha sido el proceso de cáncer de mama que

ha tenido. Se le pueden hacer las siguientes preguntas para iniciar o mantener la conversación y generar un testimonio: “¿Cómo ha sido su proceso de cáncer de mama? ¿Hace cuánto que padece? ¿Está llevando un tratamiento médico? ¿Ha tomado terapia psicológica durante el proceso del cáncer de mama con anterioridad?” La creación de un testimonio es para que se entienda un poco el contexto de la persona por el que ha atravesado y tener una visión aún más clara.

En caso de que el relato de la persona se extienda un poco más de lo esperado o notamos que ya va un poco más de la mitad de la sesión, será necesario pedirle que en la siguiente sesión nos siga contando, para así continuar con lo programado. Es de vital importancia que no se le interrumpa de manera abrupta o grosera.

Finalizado el testimonio se agradecerá por haber contado su historia y se continuará con el encuadre de la intervención.

Tabla 5. *Encuadre*

Objetivo general	Plan de intervención
Brindar una atención coadyuvante al tratamiento médico del cáncer de mama o la atención post tratamiento, para reducir la sintomatología depresiva que puede generarse a causa de la enfermedad crónica presentada, mediante técnicas para aumentar el estado de ánimo, mejorar la	La intervención está planeada para realizarse en 12 sesiones. La primera sesión es la introductoria, las 10 siguientes de intervención y la última de seguimiento. Todo esto en un plazo aproximado de tres meses. Las 12 sesiones serán cada

resiliencia y perspectiva de la vida.

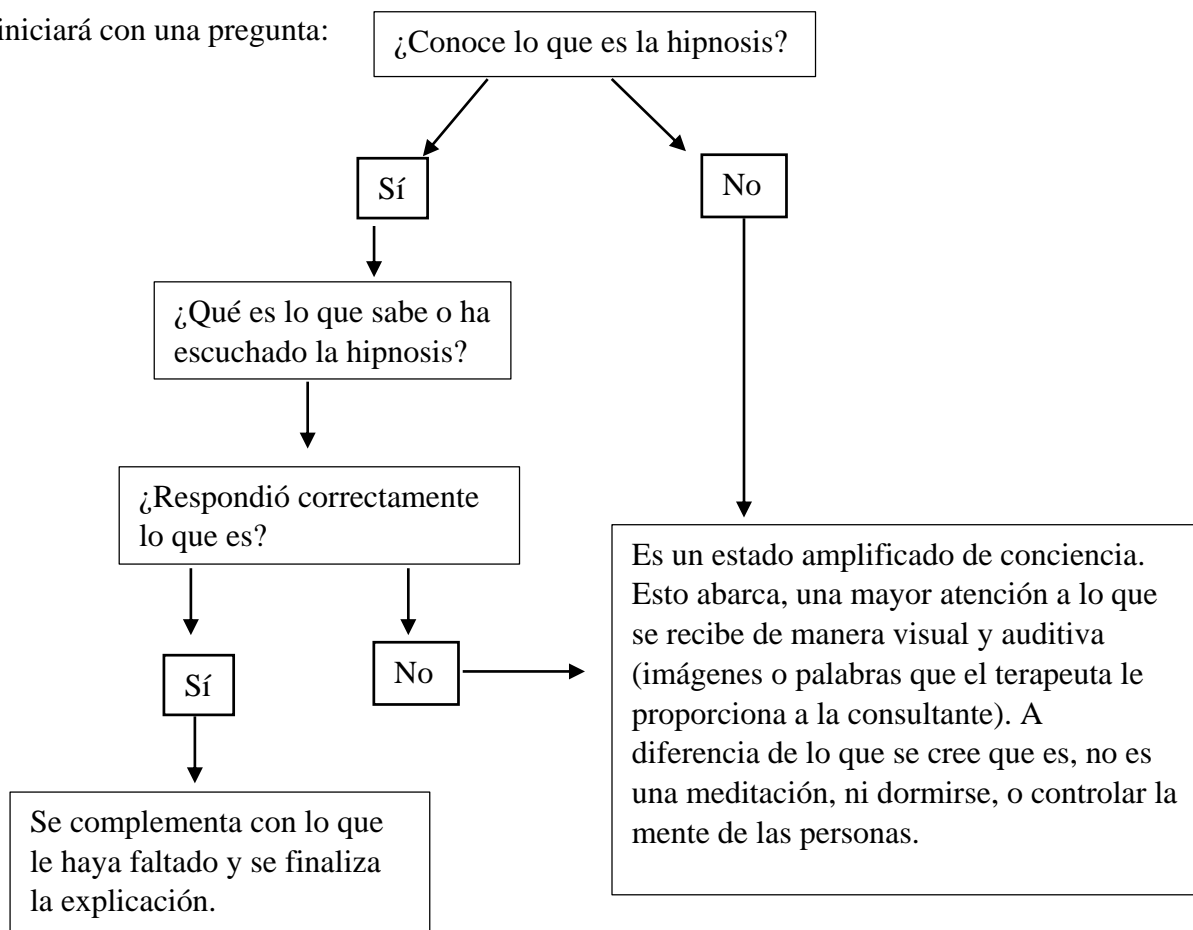
siete días, con duración de 40 minutos a una hora. En caso de que la persona no pueda asistir a la sesión, se agendará para un día después, en caso de que exista una complicación médica, se pausará la intervención y se reanudará ya que se mejore.

Elaboración propia.

El encuadre se le leerá a la persona, tal cual viene aquí, lo puede memorizar o es recomendable tener el manual cerca. Comprendido el encuadre se pasará a la explicación del modelo terapéutico con el que se estará trabajando.

Paso dos: Explicación del modelo terapéutico y su manera de trabajar

Se iniciará con una pregunta:



Una vez que se explique que es la hipnosis, se podrá continuar a describir cómo se trabajara la hipnosis Ericksoniana dentro de la intervención.

Se le comentará:

“La manera en la que se llevará a cabo la intervención será con base a la hipnosis que creó Erickson. En donde principalmente se utilizan lo que son cuentos, metáforas, relatos o cualquier evento de la vida. A esto se le conoce como Conversación Hipnótica. Esto tiene como objetivo el que yo te cuente algo y tú me escuches. Eso se le podría considerar como el paso uno, después con lo que te conté, vamos a hacer una técnica, llamándolo el paso dos. En este paso lo que hacemos es que trabajamos con aquella situación que tenemos que transformar, para así poder mejorar. Una de las ventajas y/o beneficios es que nunca tendrás que contarme algo que no quieras contarme, es por eso que sirve el paso uno, en donde tu me cuentas algo, yo te cuento algo y trabajamos con ambos relatos. Además de que mediante que tu no me cuentes algo que no quieras, estoy tratando de que no lo recuerdes y así no tener que revivir un episodio incomodo o inclusive doloroso”.

Una vez comprendido como se trabaja, se pasará al siguiente paso que es la evaluación preliminar, para medir la sintomatología depresiva al inicio de la intervención.

Paso tres: Evaluación preliminar

Una vez tenido ambos pasos finalizados, se le comentará que se aplicaran unos instrumentos para conocer los síntomas depresivos que ha estado presentando.

Se le comenta:

“A continuación, realizaremos unas evaluaciones, te leeré las instrucciones. ¿Entendiste?” (**nota:** en caso de que diga que no, se volverán a leer, hasta que queden claro).

Se le entregará primero la evaluación de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión, ya sea en una tabla o si se tiene cerca una mesa o escritorio lisa, la puede contestar ahí. Finalizado esta escala, se continua con el Inventario de Depresión, se entrega de la misma manera que la anterior. Terminado este, se le comentará que se le aplicará un ítem para conocer su estado de ánimo durante la semana pasada, a través de una escala del 0 al 10, en donde 0 es un estado de ánimo muy bajo y 10 un estado de ánimo muy alto.

Una vez teniendo ambos instrumentos contestados y el ítem llenado, se pasará al cierre de la sesión.

Paso cuatro: Cierre de la sesión

Habiendo completado todo lo anterior, solo resta, despedir a la persona y agendar la sesión número dos. Se le agradecerá, el tiempo y se deberán de poner de acuerdo con base a los tiempos de la persona el horario y el terapeuta (en caso de que la siguiente semana, de esta sesión haya una cita médica o algo más, sino puede seguir a la misma hora y día) establecer la sesión siguiente.

Sesión 2

Introducción a las técnicas Ericksonianas

Tabla 6. *Descripción sesión 2*

Objetivo	Materiales
-Introducir a la persona en los fundamentos básicos de la terapia con técnicas Ericksonianas	-Ítem para medir el estado de ánimo -Hojas blancas, lápices y una tabla o escritorio/mesa lisa.

Elaboración propia.

Paso uno: Bienvenida

Al inicio de la sesión, ubicados en tiempo y espacio dentro del área en donde se trabajó la sesión pasada (o uno similar con las mismas indicaciones), y finalizadas las cordialidades. Se le preguntará a la persona: “¿Cómo se sintió estos días? ¿Qué es lo que espera de esta nueva sesión?” En el caso de que surja en la sesión un tema ajeno a los que están establecidos en los objetivos a trabajar en sesión, se le permitirá que lo diga. Se buscará que lo relatado se oriente al tema que se trabajará en la sesión programada. Si no se logra, se puede trabajar al final de la sesión, para no romper la continuidad del manual. Con la respuesta de esta última se dará inicio a la explicación de lo que se hará en la sesión:

“El día de hoy realizaremos varias técnicas para que vayas familiarizándote con la manera en la que estaremos trabajando durante las sesiones restantes, además de que haremos el llenado de

una pequeña escala antes de iniciar con las técnicas. Estas te la estaré haciendo durante todas las sesiones al iniciar. Así poder llevar un reporte de progreso sesión con sesión de cómo te vas sintiendo”. Explicado esto se le aplicará el ítem para conocer su estado de ánimo durante la semana pasada.

Paso dos: Explicación de las técnicas

Se iniciará la explicación de los elementos con los que se implementan las técnicas:

“Para que las técnicas que estaremos utilizando en estas sesiones tengan el mejor funcionamiento, y puedan aplicarse adecuadamente, se deben de considerar tres elementos básicos. Estos son la respiración, la imaginación y el conocimiento inconsciente”. En las tablas 7, 8 y 9, se explican estos elementos. Al inicio se leerá tal cual, después podría hacerle modificaciones sin perder el objetivo.

Tabla 7. Explicación de la respiración

La respiración será el principal elemento que será utilizado, la que nos ayudará en todo momento. Esto es porque de manera inconsciente, a cada segundo, cada vez que inhalas aire y lo exhalas, ya estás haciendo un cambio, un cambio que lo haces sin darte cuenta durante todo el día. Un cambio que es uno de los mejores que podemos hacer, ya que gracias a un cambio podemos seguir viviendo. Este cambio, aunque sea tan pequeño y casi imperceptible tiene un efecto en nosotros. Ese cambio que ya te has de haber dado cuenta cual es, que respiramos oxígeno y exhalamos dióxido de carbono. Además de que la respiración es un cambio en nosotros, también es por así llamarlo, un sistema digestivo de emociones. Esto se ejemplifica de la siguiente manera. Así como existe un sistema digestivo para la comida, para que aproveche los nutrientes de la comida que ingerimos y deshacer lo que no necesitamos, pues nuestra respiración tiene la misma función, pero con nuestras emociones.

Elaboración propia.

Tabla 8. *Explicación de la imaginación*

La imaginación es otro de los elementos que se utilizan en este tipo de técnicas. El motivo es que a veces, lo que imaginamos puede llegar a sentirse y verse tan real como la realidad en sí misma. Gracias a que esto es posible podemos utilizar la imaginación para crear, cambiar, y rehacer situaciones que, si bien no se pueden cambiar, pero sí, ofrecer un final más acorde o decir y hacer lo que se hubiese deseado. Además de esto, con la imaginación se crean simbolismos para el apoyo continuo de la terapia. También, una buena imaginación sirve para que la conversación hipnótica sea más fluida y tenga mejor receptividad. Te pondré un ejemplo: a veces cuando hablamos de comida, de nuestra comida favorita en específico, y yo sin saber cuál es, puedo decir que con el simple hecho de mencionar la palabra comida, ya nuestra mente pensó en algo en específico. Y con eso, podemos ver los colores de la comida, inclusive podemos hasta oler recién hecha la comida, distinguir los sabores y sazones, observar el humo que emana si es comida caliente, hasta poder saborear la comida y recordar a que sabe en nuestra boca. Naturalmente, vamos a salivar.

Elaboración propia

Tabla 9. *Explicación del Conocimiento Inconsciente*

Decía Erickson que en la mente inconsciente están todas las habilidades necesarias para poder solucionar las situaciones que en nuestra vida puedan llegar a afectarnos. Por lo tanto, nosotros tenemos sabiduría, experiencias y aptitudes, que no las usamos por completo, debido que no damos por hecho que las tenemos. Todas estas cualidades, vienen gracias a que nuestras generaciones pasadas, nos los han ido heredando a través del tiempo. Cuando nosotros plantamos una semilla, lo único que hacemos es ponerla sobre tierra, le ponemos abono, y la regamos un poco. Después de que hacemos eso, lo que resta es seguirle poniendo agua, y dependiendo del tipo de fruto que sea se le pondrá más o menos, o se deberá de cambiar de lugar la maceta. Esperando así, que el fruto de esa semilla crezca. Nosotros al momento de que sembramos la semilla, no nos quedamos ahí a un lado pidiéndole que crezca, o moviendo la maceta de un lado al otro. Esto, es porque la semilla tiene toda la información necesaria para que pueda crecer, con

Continuación de la tabla 9. *Explicación del Conocimiento Inconsciente*

base a sus necesidades sin que otras estén ahí diciéndole, como crecer, cuando crecer y como crecer. Esta semilla tiene la información del universo dentro de ella.

Elaboración propia.

Una vez terminado de explicar los tres elementos, se le preguntará a la persona, si le quedaron claro los conceptos. En caso de que no, será necesario regresar y volver a explicar el elemento que no quedó claro y dar un ejemplo de la utilización de este. Los ejemplos que se pueden utilizar es de la respiración un breve ejercicio de respiración con los ojos cerrados, sugestionando como con cada respiración ya está haciendo un cambio. La imaginación, se puede relatar una anécdota de un lugar, de una comida, y demostraciones como nuestro cerebro empieza a imaginar y sentir ese lugar o saborear. Si el conocimiento inconsciente es lo que no se entendió se deberá de replicar el ejemplo dado, con mayor detenimiento, explicando que todos nosotros como la semilla, tenemos toda la información del universo dentro.

Cuando se tengan comprendidos los elementos se le preguntará: “¿Cómo te llegas a imaginar a este conocimiento inconsciente? Algunas personas lo miran como el sol, otros como el viento, algunos con un aroma, otros con su representación del dios de su religión”

Esto, para empezar a trabajar con un símbolo que a la persona la asocie como una herramienta, o un apoyo para mejorar (**NOTA: ES NECESARIO ANOTAR EL SÍMBOLO QUE DA**). Con esta información se pasa al siguiente paso que es la aplicación de las técnicas.

Paso tres: Conversación hipnótica

Se le comentará a la persona:

“A continuación, realizaremos unas breves técnicas. Primero te empezaré a contar unas cosas, para que vayas comprendiendo un poco de lo que estoy hablando, y luego te pediré que cierres los ojos, para hacer la técnica correspondiente ¿está claro? Daremos inicio”.

Se da inicio con la conversación hipnótica antes de las técnicas:

“Del primero que estaremos hablando se llama Barda y te cuento. Uno de los órganos más grande que tenemos, es la piel. Esta sirve como una barda protectora entre lo que está dentro de nosotros y lo que no. Por ejemplo: si nos manchamos de tierra o del polvo que hay en el aire, los poros de la piel, son tan inteligentes que se cierran para protegernos de eso [**nota:** aquí tú mostraras con tu mano, un círculo cerrándose. Esto es para que la imaginación pueda fluir aún más]. Sin embargo, si le ponemos crema o agua, estos poros se abren y dejan que entren los nutrientes para avivar más la piel [**nota:** aquí se mostrará cómo con ese mismo círculo que cerraste anteriormente, se abre. Esto igual para que la imaginación este trabajando]”.

“De lo siguiente que te quiero hablar es, de las heridas. No cabe duda que la piel es muy inteligente, pero a su vez, suele ser un tanto delicada y a veces es necesario dejarla reposar por un tiempo. Esto lo logramos evitando hacer actividades físicas que lastimen nuestras manos. Si llegamos a cortarnos en la piel, lo que normalmente hacemos o deberíamos hacer es, esperar a que se cure, dejando tranquila a la piel y que siga su proceso natural. Lo que no se debería de hacer, es seguirla tocando o continuar con actividades que impidan que se cierre. Es importante que se cicatrice para que se pueda sanar en su totalidad”.

“Por último, las emociones. Y así como nos cortamos físicamente, lo hacemos de manera emocional. Estas son un poco más difíciles de que cicatricen y más cuando no sabemos con exactitud qué es lo que nos lastima. A veces creemos que lo que nos hace bien, en realidad es lo que no nos deja reposar nuestras emociones y que se curen por completo. Lo importante saber aquí es que, así como las cortadas en la piel logran cicatrizarse por completo, las cortadas internas, también logran cicatrizarse”.

Se da fin a la conversación hipnótica. El objetivo de lo anterior es preparar a la persona, para entrar en el estado amplificado de conciencia. Lo que seguiría a continuación sería la aplicación de las técnicas. Una vez terminada la conversación hipnótica, se le pueden hacer las siguientes preguntas: “¿Te quedo claro? ¿Algo de lo que te comento te checa?” (solo se busca que responda un sí o un no, no se busca profundizar. En caso de que lo haga, se detiene de manera cordial, para continuar).

Paso cuatro: Aplicación de la técnica

Nombre de la técnica: Barda, Heridas y Emociones Indigestas (Robles, 2014, adaptación propia).

En las primeras sesiones no se trabajará con la reducción de la sintomatología depresiva, o con aumentar otros factores para eliminar estos síntomas. El objetivo de esta sesión y la siguiente, tienen como objetivo de adentrar a la persona en las técnicas Ericksonianas.

Después de haber escuchado la respuesta de las preguntas finales del paso anterior, se le comenta a la persona la técnica:

“Ahora, te invito a que cierres tus ojos, debido que la mejor manera para hacer estas técnicas es a través de tener los ojos cerrados”.

En caso de que la persona no quiera cerrarlos, se le respetará la decisión y se le pedirá que mire un punto fijo y nosotros lo que haremos será ver a otro punto fijo diferente al de ella, sin voltear nuestro cuerpo por completo o la cabeza quede volteada a un lado. Si decide cerrarlos haremos lo mismo, ver un punto fijo, relatando la técnica (o estarla leyendo). Y una vez que haya cerrado los ojos y puesto su vista en un punto fijo se inicia:

“Ahí donde estés cómoda, toma una respiración diferente y siente como el aire que entra por tu nariz puede, que sea un poco más frío...² y el que exhalas, un poco más tibio... siente como el aire infla tu pecho y te llena... fijate como tu piel es una barda que tu cuerpo tiene, ahora imagina una barda para ti, puede ser de cualquier material que te imagines... una vez que lo tengas, ahora imagina el tamaño de esta, del tamaño que te sea más cómoda esta barda, una vez que tengas esto, puedes ponerle una puerta o una ventana o lo que tú quieras, no sé... ahora ya que tu barda es cómoda para ti, imagina que por esa puerta, o ventana, vas sacando con cada respiración todo aquello que no te pertenece, todo lo que no es tu, y lo que sí es tuyo lo que si te hace ser tú, déjalo ahí... y automáticamente con cada respiración vas dejando que cada parte llegue a cicatrizar, ahí, dentro de tu barda... poco a poco, momento a momento vas dejando que tu respiración lo haga... y así aquellas emociones que se pudiesen llegar a sentir que les hace falta que se cicatricen, con cada respiración... van cicatrizando, a su ritmo y a su tiempo... y que así seguirán cicatrizando durante el resto del día, mañana y dentro de un mes. Quédate con las sensaciones agradables, y cuando estés lista, toma una respiración diferente y a tu ritmo y tiempo, abre los ojos”.

² Los tres puntos significan una pausa más extendida a lo que es la coma o el punto. Son alrededor de 5 a 7 segundos.

Terminada de realizar la técnica se le deberá de preguntar lo siguiente: “¿Todo bien?” Esto para cerciorarnos que la persona se sintió bien o no se quedó con una molestia al finalizar el ejercicio. Continuando, se le preguntará: “¿Quieres comentar algo lo que sentiste o pensaste durante la técnica? En caso de que diga que no, se le comentara: estas técnicas que trabajamos ahorita seguirán funcionando dentro de ti, a un nivel indirecto, para que durante estos días que no nos veamos el cambio siga”. Sin embargo, si dice que si, se profundizara y se le dará la palabra para que hable de lo que sintió, sin que nosotros juzguemos, critiquemos, o neguemos lo que haya sentido o visto. Si el relato de la experiencia que sintió está tardando un poco más de lo esperado, se pausara para cerrar la sesión. No se busca profundizar tanto, pues es la retroalimentación de la técnica en lo que ella sintió o vio. En caso de que al momento de contar su experiencia comience a llorar, se le permitirá llorar, sin nosotros ir a abrazarla, o darle palabras de consuelo en primera instancia. Se le dejara que exteriorice lo que necesite, después de un breve momento, se le puede dar un pañuelo o papel y si quiere continuar relatando se le deja si no, se continua. Terminado el relato de su experiencia, se le comentara lo mismo que se mencionó anteriormente.

Paso seis: Cierre de la sesión

Habiendo completado todo lo anterior, solo resta, despedir a la persona y agendar la tercera sesión. Se le agradecerá, el tiempo y se deberán de poner de acuerdo con base a los tiempos de la persona el horario y el terapeuta (en caso de que la siguiente semana, de esta sesión haya una cita médica o algo más, sino puede seguir a la misma hora y día) establecer la sesión siguiente.

Sesión 3

Eliminación de etiquetas

Tabla 10. *Descripción sesión 3*

Objetivo	Materiales
-Eliminar etiquetas relacionadas que pueden ser implementadas a personas con depresión o en este caso cáncer de mama	-Ítem para medir el estado de ánimo -Hojas blancas, lápices y una tabla o escritorio/mesa lisa.

Elaboración propia.

Paso uno: Bienvenida

Al inicio de la sesión, ubicados en tiempo y espacio dentro del área en donde se trabajó la sesión pasada (o uno similar con las mismas indicaciones), y después de saludarse (buenos días o tardes), se le preguntará a la persona: “¿Cómo se sintió estos días? ¿Qué es lo que espera de esta nueva sesión?” En el caso de que surja en la sesión un tema ajeno a los que están establecidos en los objetivos a trabajar en sesión, se le permitirá que lo diga. Se buscará que lo relatado se oriente al tema que se trabajará en la sesión programada. Si no se logra, se puede trabajar al final de la sesión, para no romper la continuidad del manual. Con la respuesta de esta última se dará inicio a la explicación de lo que se hará en la sesión:

“El día de hoy trabajaremos con aquellas perspectivas con la que suelen ver a personas con una enfermedad. Tratando de transformar, aquellos señalamientos que nos inculcaron o no nos hace sentirnos a gusto. Antes de iniciar con esto, empezaremos con la escala de la sesión pasada”.

Explicado esto segundo, se le aplicará el ítem para conocer su estado de ánimo durante la semana pasada.

Finalizado de contestar el ítem, se continuará con el objetivo de la sesión. Para esto se pueden realizar estas preguntas para conocer si ha sufrido por la manera en cómo las personas la han visto o piensan de ella o la han etiquetado a causa del cáncer: “¿Has tenido alguna etiqueta que te han puesto desde que padeciste de cáncer? ¿Has llegado a sentir como las personas te encasillan en algo en donde tú no te has sentido cómoda?”

En caso de que la persona nunca haya sentido que ha sido etiquetada, se le preguntará si ella se ha considerado a si misma con una etiqueta y se trabajara con la que ella se ha creado.

Con la respuesta de estas preguntas, se continuará con la conversación hipnótica.

Paso dos: Conversación hipnótica

Se inicia la conversación hipnótica empezando con la consigna de:

“Fíjate que, una vez fui a un hospital, para hacer un trabajo y una persona que me atendió hizo un comentario dirigido a las personas que estaban internadas como “enfermos”, lo que yo contesté, pero siguen siendo personas, no le veo caso el tener que ponerle esas etiquetas, entiendo que para cuestiones administrativas se les tiene que designar una, pero no es mi estilo. Desde pequeños nos inculcan que tenemos que ser el deber ser, como la mejor mujer o el mejor hombre, de acuerdo a los estereotipos que nos inculca la sociedad y a veces esta misma sociedad nos pone etiquetas o nos miran con una perspectiva que no nos queda o nos hacen sentir incomodos. Pero, así como es fácil quitarle la etiqueta a una camisa nueva que compramos,

también así de fácil que es quitarnos esa camisa cuando la estrenamos, puede ser así de fácil quitarnos esas etiquetas y perspectivas que nos imponen.

Terminado el relato, se le preguntará a la persona: “¿Te checa?” Se espera que se responda un sí o un no. Ninguna de las dos respuestas es correcta o incorrecta. Tampoco se busca profundizar, pues ya se le había preguntado si se sentía con una etiqueta.

Paso tres: Aplicación de la técnica

Nombre de la técnica: Descubriendo mis disfraces y aprendiendo quién soy yo (Robles, 2014, adaptación propia).

En esta técnica tampoco se busca la reducción de sintomatología depresiva, sin embargo, se busca fomentar en la persona eliminar las etiquetas que se pueden generar las demás personas en ella misma a causa de los estigmas que provoca el cáncer. Siendo un posible iniciador de la sintomatología depresiva el que las personas etiqueten a alguien, aun sin conocer el contexto que vive. Tras haber comenzado el trabajo para eliminar las etiquetas, se puede dar inicio después al trabajo con la reducción de la sintomatología depresiva.

Finalizada la conversación hipnótica se continúa con la técnica:

“Ahora, te invito a que cierres tus ojos, debido que la mejor manera para hacer estas técnicas es a través de tener los ojos cerrados”.

En caso de que la persona no quiera cerrarlos, se le respetará la decisión y se le pedirá que mire un punto fijo y nosotros lo que haremos será ver a otro punto fijo diferente al de ella, sin voltear nuestro cuerpo por completo o la cabeza quede volteada a un lado. Si decide cerrarlos haremos lo

mismo, ver un punto fijo, relatando la técnica (o estarla leyendo). Y una vez que haya cerrado los ojos o puesto su vista en un punto fijo se inicia:

“Tomando una respiración diferente... a tu ritmo y a tu tiempo, cierra los ojos... y, quédate ahí, sintiendo tu cuerpo... como tu ropa roza tu piel, como tu cuerpo está tocando el material... siente esa sensación... y fíjate como con cada respiración todas aquellas etiquetas que en algún momento de tu infancia o de tu vida actual te pusieron y te hicieron sentir que estabas arraigada a esa etiqueta... respirando... fíjate como se va desprendiendo poco a poco... cada persona tiene una esencia y esa es única, y no se define con una etiqueta... como con cada respiración, el aire que entra a ti... se van cortando, despegando, arrancando, como sea más cómodo para ti... tomando una respiración diferente... fíjate como aquellas etiquetas incómodas o que no nos quedan las vamos despegando o los guardas para que sean útiles en otro momento, como te sea más cómodo, no lo sé... tomando una respiración diferente y quedándote con las sensaciones agradables, toma otra respiración diferente y abre los ojos”.

Terminado de realizar la técnica se le deberá de preguntar lo siguiente: “¿Todo bien?” Esto para cerciorarnos que la persona se sintió bien o no se quedó con una molestia al finalizar el ejercicio. Continuando, se le preguntará: “¿Quieres comentar algo lo que sentiste o pensaste durante la técnica? En caso de que diga que sí se deja espacio para que relate su experiencia, sin juzgar, criticar o negar lo que haya experimentado. Si el relato de la experiencia que sintió está tardando un poco más de lo esperado, se pausara para cerrar la sesión. No se busca profundizar tanto, pues es la retroalimentación de la técnica en lo que ella sintió o vio. En caso de que al momento de contar su experiencia comience a llorar, se le permitirá llorar, sin nosotros ir a abrazarla, o darle palabras de consuelo en primera instancia. Se le dejara que exteriorice lo que necesite, después

de un breve momento, se le puede dar un pañuelo o papel y si quiere continuar relatando se le deja si no, se continua. En caso de que diga que no, se le comentara: estas técnicas que trabajamos ahorita seguirán funcionando dentro de ti, a un nivel indirecto, para que durante estos días que no nos veamos el cambio siga”. Y se pasa al siguiente paso.

Paso cuatro: Cierre de la sesión

Habiendo completado todo lo anterior, solo resta, despedir a la persona y agendar la cuarta sesión. Se le agradecerá, el tiempo y se deberán de poner de acuerdo con base a los tiempos de la persona el horario y el terapeuta (en caso de que la siguiente semana, de esta sesión haya una cita médica o algo más, sino puede seguir a la misma hora y día) establecer la sesión siguiente.

Sesión 4

Inicio del trabajo para el aumento del estado de ánimo

Tabla 11. *Descripción sesión 4*

Objetivo	Materiales
-Iniciar con el trabajo para la reducción de la sintomatología depresiva, a través del aumento del estado de ánimo.	-Ítem para medir el estado de ánimo -Hojas blancas, lápices y una tabla o escritorio/mesa lisa. -Hoja con el nombre del símbolo que le dio a su Conocimiento Inconsciente (revisar segunda sesión).

Elaboración propia.

Paso uno: Bienvenida

Al inicio de la sesión, ubicados en tiempo y espacio dentro del área en donde se trabajó la sesión pasada (o uno similar con las mismas indicaciones), y finalizadas las cordialidades. Se le preguntará a la persona: “¿Cómo se sintió estos días? ¿Qué es lo que espera de esta nueva sesión?” En el caso de que surja en la sesión un tema ajeno a los que están establecidos en los objetivos a trabajar en sesión, se le permitirá que lo diga. Se buscará que lo relatado se oriente al tema que se trabajará en la sesión programada. Si no se logra, se puede trabajar al final de la sesión, para no romper la continuidad del manual. Con la respuesta de esta última se dará inicio a la explicación de lo que se hará en la sesión:

“El día de hoy empezaremos a trabajar con su estado de ánimo (**nota:** no se le mencionara que se trabajara con la depresión o sintomatología depresiva, debido que al igual que lo anterior, la depresión es considerada una etiqueta, y para no continuar con esta idea en la persona, se le dirá esto en cambio), a través de un cuento y una técnica para aumentarlo. Antes de iniciar con esto, empezaremos con la escala de la sesión pasada”. Explicado esto segundo, se le aplicara el ítem para conocer su estado de ánimo durante la semana pasada.

Paso dos: Conversación Hipnótica

A continuación, se le comentará a la persona:

“Ahora, te contare un cuento, escúchalo con atención”.

Se da inicio (se recomienda leerlo, pues es algo extenso). Ver anexo 1 para cuento completo.



Figura 2. Cuento del perro negro (Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud, s/f).

Finalizado el cuento se le preguntará a la persona: “¿Te checa?” Se espera a que conteste con un sí o un no. Ninguna de las respuestas es correcta o incorrecta. Se continúa con la aplicación de la técnica.

Paso tres: Aplicación de la técnica

Nombre de la técnica: Perro negro (elaboración propia).

Esta técnica tiene como objetivo de aumentar el estado de ánimo. Antes de iniciar se le comentara a la persona: “¿Te acuerdas del símbolo que le diste a tu Conocimiento Inconsciente?” En caso de que diga que sí, se le reafirmara de manera correcta, en caso de que diga que no, nosotros lo tendremos apuntado (ver sesión dos, paso tres, último párrafo) y se lo recordaremos.

Damos inicio:

“Ahora, te invito a que cierres tus ojos, debido a que la mejor manera para hacer estas técnicas es a través de tener los ojos cerrados”.

En caso de que la persona no quiera cerrarlos, se le respetará la decisión y se le pedirá que mire un punto fijo y nosotros lo que haremos será ver a otro punto fijo diferente al de ella, sin voltear nuestro cuerpo por completo o la cabeza quede volteada a un lado. Si decide cerrarlos haremos lo mismo, ver un punto fijo, relatando la técnica (o estarla leyendo). Y una vez que haya cerrado los ojos o puesto su vista en un punto fijo se inicia:

“Tomando una respiración diferente, siente como el aire entra por tu nariz y te llena, permítete tomar estos minutos para trabajar contigo... ahora llama a tu Conocimiento Inconsciente y dile a (...) **[nota: aquí se nombrará lo que se representó para la persona]** que venga y trabaje con nosotros... respirando automáticamente... pídele que este trabajo se realice de una manera

cómoda y segura, y lo mejor posible... ahora, date cuenta como con cada respiración, ahí poco a poco, aparece aquel perro negro, obsérvalo, mira su tamaño, que tan brillante u opaco es su pelaje, que tipo de perro es... imagínate como te gustaría entrenarlo... imagina como ahora tú tienes el control del perro... puedes ver cómo le puedes poner una correa, o con un silbato o poner una barda, lo que te sea más cómodo para ti... respirando automáticamente... date cuenta cómo logras enseñarle algún truco para que se vaya a dormir o que se haga más pequeño, también como le puedes enseñar a que guarde silencio... date cuenta como tú eres quien da las ordenes... ese perro negro no es dueño de tu casa... pídele a (...) que le haga un espacio específico a ese perro, fuera de tu casa o dentro, no lo sé... pero que sea un lugar donde él no pueda salir sin que se le permita... o si prefieres pídele que poco a poco lo deje ir libre... respirando... date cuenta cómo se va corriendo, desaparece, o se queda guardado, como tú te lo imagines... ¿ya te diste cuenta?... ahora dale las gracias a (...) y pídele que cuide de aquel perro negro que en algún momento estuvo rondando por tu casa... quédate con las sensaciones agradables... a tu ritmo y a tu tiempo, toma dos respiraciones diferentes y abre los ojos.”

Terminado de realizar la técnica se le deberá de preguntar lo siguiente: “¿Todo bien?” Esto para cerciorarnos que la persona se sintió bien o no se quedó con una molestia al finalizar el ejercicio. Continuando, se le preguntará: “¿Quieres comentar algo de lo que sentiste o pensaste durante la técnica?” En caso de que diga que sí se deja espacio para que relate su experiencia, sin juzgar, criticar o negar lo que haya experimentado. Si el relato de la experiencia que sintió está tardando un poco más de lo esperado, se pausara para cerrar la sesión. No se busca profundizar tanto, pues es la retroalimentación de la técnica en lo que ella sintió o vio. En caso de que al momento de contar su experiencia comience a llorar, se le permitirá llorar, sin nosotros ir a abrazarla, o darle

palabras de consuelo en primera instancia. Se le dejara que exteriorice lo que necesite, después de un breve momento, se le puede dar un pañuelo o papel y si quiere continuar relatando se le deja si no, se continua. En caso de que diga que no, se le comentara: “estas técnicas que trabajamos ahorita seguirán funcionando dentro de ti, a un nivel indirecto, para que durante estos días que no nos veamos el cambio siga”. Se continua al siguiente paso.

Paso cuatro: Cierre de la sesión

Habiendo completado todo lo anterior, solo resta, despedir a la persona y agendar la quinta sesión. Se le agradecerá, el tiempo y se deberán de poner de acuerdo con base a los tiempos de la persona el horario y el terapeuta (en caso de que la siguiente semana, de esta sesión haya una cita médica o algo más, sino puede seguir a la misma hora y día) establecer la sesión siguiente. Antes de irse se le dará a la persona una sugestión posthipnótica: “Antes de irte, fijate como este trabajo seguirá transformando todo lo que tenga que transformar, reducir lo que se tenga que reducir, y esto seguirá durante todo lo que resta del día, los demás días, cada minuto.”

Sesión 5

Continuación al trabajo para aumentar el estado de ánimo & Evaluación intermedia

Tabla 12. Descripción sesión 5

Objetivo	Materiales
-Continuar con el trabajo de la sesión anterior, buscando reducir la sintomatología depresiva, a través del aumento del estado de ánimo.	-Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión. -Inventario de Depresión.
-Realizar la evaluación intermedia.	-Ítem para medir el estado de ánimo. -Hojas blancas, lápices y una tabla o escritorio/mesa lisa.

Elaboración propia.

Paso uno: Bienvenida

Al inicio de la sesión, ubicados en tiempo y espacio dentro del área en donde se trabajó la sesión pasada (o uno similar con las mismas indicaciones), y después de saludarse (buenos días o tardes), se le preguntará a la persona: “¿Cómo se sintió estos días? ¿Qué es lo que espera de esta nueva sesión?” En el caso de que surja en la sesión un tema ajeno a los que están establecidos en los objetivos a trabajar en sesión, se le permitirá que lo diga. Se buscará que lo relatado se oriente al tema que se trabajará en la sesión programada. Si no se logra, se puede trabajar al final de la sesión, para no romper la continuidad del manual. Con la respuesta de esta última se dará inicio a la explicación de lo que se hará en la sesión:

“El día de hoy seguiremos trabajando para aumentar tu estado de ánimo, además de que volveremos a aplicar los mismos instrumentos de la primera sesión, ¿te acuerdas? Daremos inicio con estos”.

Paso dos: Evaluación intermedia

Se preparan los instrumentos previamente traídos a la sesión y se le entrega. Si no recuerda cómo eran o que era exactamente lo que tenía que hacer, se le leerán las instrucciones antes de que se le entreguen y se le preguntará: “¿Entendiste?”

Se le entregara primero la evaluación de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión, ya sea en una tabla o si se tiene cerca una mesa o escritorio lisa, la puede contestar ahí. Finalizado esta escala, se continua con el Inventario de Depresión de Beck, se entrega de la misma manera que la anterior. Después se le aplicara el ítem para conocer el estado de ánimo durante la semana pasada. Terminado de contestar los tres instrumentos se le dirá a la persona que las respuestas dadas no son correctas o incorrectas, se busca para ver el avance del estado de ánimo. Esto en caso de que pregunte para que son nuevamente los instrumentos.

Paso tres: Aplicación de la técnica

Nombre de la técnica: Sacando la basura (Ana Luco, s/f., modificado por Téllez, Orozco y Virot, 2020). Adaptación propia.

Damos inicio:

“Ahora, te invito a que cierres tus ojos, debido que la mejor manera para hacer estas técnicas es a través de tener los ojos cerrados”.

En caso de que la persona no quiera cerrarlos, se le respetará la decisión y se le pedirá que mire un punto fijo y nosotros lo que haremos será ver a otro punto fijo diferente al de ella, sin voltear nuestro cuerpo por completo o la cabeza quede volteada a un lado. Si decide cerrarlos haremos lo mismo, ver un punto fijo, relatando la técnica (o estarla leyendo). Y una vez que haya cerrado los ojos o puesto su vista en un punto fijo se inicia.



Figura 3. Una persona tirando una bolsa de plástico (Canva, 2020).

Se recomienda leer la técnica tal cual está escrito (ver anexo 2).

Terminado de realizar la técnica se le deberá de preguntar lo siguiente: “¿Todo bien?” Esto para cerciorarnos que la persona se sintió bien o no se quedó con una molestia al finalizar el ejercicio. Continuando, se le preguntará: “¿Quieres comentar algo lo que sentiste o pensaste durante la técnica?” En caso de que diga que sí se deja espacio para que relate su experiencia, sin juzgar, criticar o negar lo que haya experimentado. Si el relato de la experiencia que sintió está tardando un poco más de lo esperado, se pausara para cerrar la sesión. No se busca profundizar tanto, pues es la retroalimentación de la técnica en lo que ella sintió o vio. En caso de que al momento de contar su experiencia comience a llorar, se le permitirá llorar, sin nosotros ir a abrazarla, o darle

palabras de consuelo en primera instancia. Se le dejara que exteriorice lo que necesite, después de un breve momento, se le puede dar un pañuelo o papel y si quiere continuar relatando se le deja si no, se continua. En caso de que diga que no, se le comentara: “estas técnicas que trabajamos ahorita seguirán funcionando dentro de ti, a un nivel indirecto, para que durante estos días que no nos veamos el cambio siga”. Se continúa al siguiente paso.

Paso cuatro: Sugestión posthipnótica

Como esta sesión está focalizada en el aumento del estado del ánimo, es necesario tener en cuenta y remarcar que el trabajo realizado el día de hoy seguirá actuando de manera automática en la persona, sin que ella realice algo. Siendo esto una sugestión posthipnótica:

“Lo bueno de estas técnicas es que inclusive estando cada quien, en su casa, a la hora que sea, el día que sea, el ejercicio que realizamos el día de hoy seguirá trabajando, momento a momento, todo lo que tengas que ir vaciando, se ira vaciando, para que tu casa quede completamente limpia, continuando para que sea así cada vez que lo necesites, sin que te des cuenta”.

Terminado esto se pasa al cierre.

Paso cinco: Cierre de la sesión

Completado todo lo anterior, solo resta, despedir a la persona y agendar la sexta sesión. Se le agradecerá, el tiempo y se deberán de poner de acuerdo con base a los tiempos de la persona el horario y el terapeuta (en caso de que la siguiente semana, de esta sesión haya una cita médica o algo más, sino puede seguir a la misma hora y día) establecer la sesión siguiente.

Sesión 6

Continuación al trabajo para el aumento del estado de ánimo

Enfocado en la aceptación

Tabla 13. *Descripción sesión 6*

Objetivo	Materiales
-Continuar con el trabajo para la reducción de la sintomatología depresiva, a través del aumento del estado de ánimo. Enfocado en el aumento en la aceptación de la etapa que está viviendo.	-Ítem para medir el estado de ánimo. -Hojas blancas, lápices y una tabla o escritorio/mesa lisa.

Elaboración propia.

Paso uno: Bienvenida

Al inicio de la sesión, ubicados en tiempo y espacio dentro del área en donde se trabajó la sesión pasada (o uno similar con las mismas indicaciones), después de saludarse (buenos días o tardes), se le preguntará a la persona: “¿Cómo se sintió estos días? ¿Qué es lo que espera de esta nueva sesión?” En el caso de que surja en la sesión un tema ajeno a los que están establecidos en los objetivos a trabajar en sesión, se le permitirá que lo diga. Se buscará que lo relatado se oriente al tema que se trabajará en la sesión programada. Si no se logra, se puede trabajar al final de la sesión, para no romper la continuidad del manual. Con la respuesta de esta última se dará inicio a la explicación de lo que se hará en la sesión:

“Hoy también seguiremos trabajando para aumentar tu estado de ánimo, esto a través de la aceptación de diferentes sucesos de la vida. Antes de iniciar con esto, haremos la escala de la

sesión pasada”. Explicado esto segundo, se le aplicara el ítem para conocer su estado de ánimo durante la semana pasada.

Antes de iniciar, se le preguntará a la persona: “¿Cómo ha sido vivir esta etapa de tu vida?” Se tratará de no profundizar tanto, pues ya deberíamos de tener en cuenta su contexto con la historia clínica que se aplicó al inicio, pero aquí se hablaría específicamente de la etapa actual que está viviendo con el cáncer. Si la persona no quiere comentar algo, o se siente incomoda, con su relato, se detiene inmediatamente, y se inicia con el siguiente paso. Sin embargo, si desea contar su experiencia se buscará que solo se hable de la situación actual en la que vive, sin indagar tanto en todo el proceso que ha tenido que pasar, para así no interrumpir la continuidad.

Paso dos: Conversación hipnótica

Con la respuesta de la etapa de la vida que vive la persona se pasara a contar la metáfora:

“Fíjate, que el hablar de etapas, me recuerda a las estaciones del año...”

“Había una vez un hombre con cuatro hijos, los mando a una tarea, buscar un árbol, el cual se encontraba lejos, a una gran distancia”.

“El primer hijo se fue en invierno, el segundo se fue en primavera, el tercero en verano y el cuarto se fue en otoño. Cuando regresaron los mando llamar y les preguntó que habían observado. El Primer hijo comentó que el árbol era horrible, doblado y torcido. El segundo hijo comentó que el árbol estaba cubierto de un hermoso follaje y flores. El tercer hijo estuvo en total desacuerdo. Él comentó que el árbol estaba lleno de brotes florales que desprendían un aroma dulce, fresco y hermoso; el árbol era la cosa más hermosa que jamás había visto. El cuarto hijo se encontraba en total desacuerdo con los anteriores. Comentó que el árbol estaba cargado de frutos,

tan lleno de vida y esplendor... Entonces el hombre explicó a los cuatro que todos tenían razón porque cada uno había observado solamente una temporada en la vida de aquel árbol. El árbol siempre estuvo quieto, al momento de que pasaran las estaciones, una después de otra, y mientras el tiempo cambia, el árbol acepta todos los cambios”.



Figura 4. Dos árboles de lado a lado (Canva, 2020).

Paso tres: Aplicación de la técnica

Nombre de la técnica: El árbol (elaboración propia)

Damos inicio:

“Ahora, te invito a que cierres tus ojos, debido que la mejor manera para hacer estas técnicas es a través de tener los ojos cerrados”.

En caso de que la persona no quiera cerrarlos, se le respetará la decisión y se le pedirá que mire un punto fijo y nosotros lo que haremos será ver a otro punto fijo diferente al de ella, sin voltear nuestro cuerpo por completo o la cabeza quede volteada a un lado. Si decide cerrarlos haremos lo

mismo, ver un punto fijo, relatando la técnica (o estarla leyendo). Y una vez que haya cerrado los ojos o puesto su vista en un punto fijo se inicia:

“Y así como solo tú sabes, una muy buena aprendiz en estas técnicas... solo, así como tú sabes y te sientas cómoda... te invito a que tomes una respiración diferente y te pongas en contacto contigo misma... respirando... automáticamente... te vas dando cuenta, como el cambio ya se está haciendo... agradécete por permitirte sanar e ir cuidando de ti, como solo tú lo sabes... y, así como tú, el árbol esta firme, observando y sintiendo como la noche sigue al día, como el día sigue a la noche. El radiante y luminoso sol es seguido por la fría noche llena de estrellas que iluminan el cielo, hasta que un nuevo día vuelva a amanecer. Pero tú, como el árbol, sigues ahí... estable... respirando, te vas dando cuenta como la corteza del árbol es resistente a los cambios y sus raíces tan profundas que es casi imposible que se caiga... percibes el cambio en cada momento, y sientes la quietud que transmite el árbol a través de todos los cambios... y así como el mismo árbol aceptaba los cambios, con cada respiración poco a poco a tu ritmo y a tu tiempo date cuenta como esos cambios se vuelven más tranquilos... más pasivos, armoniosos, o como tú los quieras que sean... respirando, quédate con las sensaciones agradables y cuando estés lista toma una respiración diferente y abre los ojos”.

Terminado de realizar la técnica se le deberá de preguntar lo siguiente: “¿Todo bien?” Esto para cerciorarnos que la persona se sintió bien o no se quedó con una molestia al finalizar el ejercicio. Continuando, se le preguntará: “¿Quieres comentar algo lo que sentiste o pensaste durante la técnica?” En caso de que diga que sí se deja espacio para que relate su experiencia, sin juzgar, criticar o negar lo que haya experimentado. Si el relato de la experiencia que sintió está tardando un poco más de lo esperado, se pausara para cerrar la sesión. No se busca profundizar tanto, pues

es la retroalimentación de la técnica en lo que ella sintió o vio. En caso de que al momento de contar su experiencia comience a llorar, se le permitirá llorar, sin nosotros ir a abrazarla, o darle palabras de consuelo en primera instancia. Se le dejara que exteriorice lo que necesite, después de un breve momento, se le puede dar un pañuelo o papel y si quiere continuar relatando se le deja si no, se continua. En caso de que diga que no, se le comentara: “estas técnicas que trabajamos ahorita seguirán funcionando dentro de ti, a un nivel indirecto, para que durante estos días que no nos veamos el cambio siga”. Se continúa al siguiente paso.

Paso cuatro: Cierre de la sesión

Habiendo completado todo lo anterior, solo resta, despedir a la persona y agendar la séptima sesión. Se le agradecerá, el tiempo y se deberán de poner de acuerdo con base a los tiempos de la persona el horario y el terapeuta (en caso de que la siguiente semana, de esta sesión haya una cita médica o algo más, sino puede seguir a la misma hora y día) establecer la sesión siguiente.

Antes de irse se le dará a la persona una sugestión posthipnótica: “Antes de irte, fíjate como este trabajo seguirá transformando todo lo que tenga que transformar, reducir lo que se tenga que reducir, y esto seguirá durante todo lo que resta del día, los demás días, cada minuto”.

Sesión 7

Trabajo con el cambio de la perspectiva hacia la vida

Buscando una reconstrucción cognitiva

Tabla 14. Descripción sesión 7

Objetivo	Materiales
-Generar un cambio de la perspectiva que se tiene hacia la vida, debido al cáncer de mama y la sintomatología depresiva.	-Ítem para medir el estado de ánimo -Hojas blancas, lápices y una tabla o escritorio/mesa lisa.

Elaboración propia.

Paso uno: Bienvenida

Al inicio de la sesión, ubicados en tiempo y espacio dentro del área en donde se trabajó la sesión pasada (o uno similar con las mismas indicaciones), y después de saludarse (buenos días o tardes), se le preguntará a la persona: “¿Cómo se sintió estos días? ¿Qué es lo que espera de esta nueva sesión?” Con la respuesta de esta última se dará inicio a la explicación de lo que se hará en la sesión:

“El día de hoy realizaremos unos ejercicios para poder transformar todo aquello que a veces nos hace detenernos y no nos deja ver más allá de lo que está al alcance de nuestras capacidades. Antes de continuar con esto, daremos inicio a la escala de la sesión pasada para conocer tu estado de ánimo”. Mencionado esto, se le aplicara el ítem para conocer su estado de ánimo durante la semana pasada. Después, se le pueden realizar estas preguntas a la persona para profundizar:

“¿Has sentido a veces algo parecido? ¿Cómo te gustaría verte en dos años?” Se espera a que responda, después de esto se continua con el siguiente paso.

Paso dos: Conversación hipnótica

Se da inicio después de las respuestas:

“Fíjate que, hablando de esto, me recordó que, en la antigüedad, en diferentes culturas y diversas leyendas y mitos, y que, a pesar del pasar de los años, sigue generando una gran admiración, existe una criatura que ha sobrevivido desde que el mundo fue creado. Esta criatura es el ave fénix, única en su especie. Una de las más sorprendentes criaturas que se dice que han llegado a existir en la tierra. Esta ave asombrosa, de rojo plumaje, con un pico color oro, grueso para pelear y unos ojos hermosos, lo que la hace única y especial, es que, al momento de llegar a un tiempo específico, en donde ya logró conseguir lo que necesitaba de ese periodo, tanto experiencias, como habilidades, o pensamientos, decide ir a su nido, hace un montículo y se prende en fuego él mismo, sin dolor y sin sufrir, se vuelve ceniza. Pero no todo queda ahí... el fénix, siendo el único de su especie y que ha vivido durante miles de años aprendió a volver a nacer. Así de todas esas cenizas, se juntan y de ahí, sale un fénix más pequeño... renaciendo, protegidamente y saludablemente el ave... para aprender y ganar aún más experiencias y mejores habilidades que necesita en este nuevo periodo de su vida”.

Paso tres: Aplicación de la técnica

Nombre de la técnica: Un nuevo inicio (elaboración propia)

Damos inicio:

“Ahora, te invito a que cierres tus ojos, debido que la mejor manera para hacer estas técnicas es a través de tener los ojos cerrados”.

En caso de que la persona no quiera cerrarlos, se le respetará la decisión y se le pedirá que mire un punto fijo y nosotros lo que haremos será ver a otro punto fijo diferente al de ella, sin voltear nuestro cuerpo por completo o la cabeza quede volteada a un lado. Si decide cerrarlos haremos lo mismo, ver un punto fijo, relatando la técnica. Una vez que haya cerrado los ojos o puesto su vista en un punto fijo se inicia:

“Ahí donde estas, deja que tu cuerpo se relaje, deja que tus brazos se dejen de sostener por tus hombros para que descansen un momento el día de hoy... deja que tus piernas sientan la suavidad de la silla (cama o sillón) y descansen de todo lo que han caminado desde que aprendiste a hacerlo... permítete descansar y relajar tu cuerpo un momento... deja que tu cabeza sienta el peso de tu cabello sobre tu cuello y hombros o espalda... respirando... te vas dando cuenta de cuan en paz puedes llegar a estar con el simple hecho de tener los ojos cerrados y respirando. Date las gracias por estar aquí contigo misma (o)... y observar todo lo que has aprendido hasta ahorita te ha servido para continuar durante un largo camino... y fíjate como con cada respiración... te imaginas a ti misma (o) saliendo de esas cenizas, de aquellas experiencias viejas, que vivimos, pero no nos marcaron... aquellas cenizas que nos ayudaron a revivir y encontrar un camino nuevo para aprender cosas nuevas y disfrutar la vida desde una perspectiva nueva”.

“Date cuenta como con cada respiración, vas renaciendo para obtener mejores y mayores habilidades y experiencias para el manejo de las situaciones que se te podrán llegar a presentar en tu día a día... fíjate como obtendrás nuevas herramientas con cada respiración desde el día de

hoy para avanzar aún más en tu vida y así como el fénix, poder renacer las veces que sean necesarias para iniciar una etapa nueva en donde te permitas aprender cosas nuevas y olvidar las viejas... y así como estas... quedándote con las sensaciones agradables, respirando... a tu ritmo y a tu tiempo... toma una o dos respiraciones diferentes y poco a poco abre tus ojos”.

Terminado de realizar la técnica se le deberá de preguntar lo siguiente: “¿Todo bien?” Esto para cerciorarnos que la persona se sintió bien o no se quedó con una molestia al finalizar el ejercicio. Continuando, se le preguntará: “¿Quieres comentar algo lo que sentiste o pensaste durante la técnica?” En caso de que diga que sí se deja espacio para que relate su experiencia, sin juzgar, criticar o negar lo que haya experimentado. Si el relato de la experiencia que sintió está tardando un poco más de lo esperado, se pausara para cerrar la sesión. No se busca profundizar tanto, pues es la retroalimentación de la técnica en lo que ella sintió o vio. En caso de que al momento de contar su experiencia comience a llorar, se le permitirá llorar, sin nosotros ir a abrazarla, o darle palabras de consuelo en primera instancia. Se le dejara que exteriorice lo que necesite, después de un breve momento, se le puede dar un pañuelo o papel y si quiere continuar relatando se le deja si no, se continua. En caso de que diga que no, se le comentara: “estas técnicas que trabajamos ahorita seguirán funcionando dentro de ti, a un nivel indirecto, para que durante estos días que no nos veamos el cambio siga”. Se continúa con el siguiente paso.

Paso cuatro: Cierre de la sesión

Habiendo completado todo lo anterior, solo resta, despedir a la persona y agendar la octava sesión. Se le agradecerá, el tiempo y se deberán de poner de acuerdo con base a los tiempos de la persona el horario y el terapeuta (en caso de que la siguiente semana, de esta sesión haya una cita médica o algo más, sino puede seguir a la misma hora y día) establecer la sesión siguiente. Antes

de irse se le dará a la persona una sugestión posthipnótica: “Antes de irte, fíjate como este trabajo seguirá transformando todo lo que tenga que transformar, rediseñar lo que tenga que rediseñar y esto seguirá durante todo lo que resta del día, los demás días, cada minuto”.

Sesión 8

Promoción de la resiliencia

Tabla 15. Descripción sesión 8

Objetivo	Materiales
-Promocionar la resiliencia o un aumento de esta	-Ítem para medir el estado de ánimo -Hojas blancas, lápices y una tabla o escritorio/mesa lisa. -Caja con espejo (ver anexo 3)

Elaboración propia.

Paso uno: Bienvenida

Al inicio de la sesión, ubicados en tiempo y espacio dentro del área en donde se trabajó la sesión pasada (o uno similar con las mismas indicaciones), y después de saludarse (buenos días o tardes), se le preguntará a la persona: “¿Cómo se sintió estos días? ¿Qué es lo que espera de esta nueva sesión?” En el caso de que surja en la sesión un tema ajeno a los que están establecidos en los objetivos a trabajar en sesión, se le permitirá que lo diga. Se buscará que lo relatado se oriente al tema que se trabajará en la sesión programada. Si no se logra, se puede trabajar al final de la sesión, para no romper la continuidad del manual. Con la respuesta de esta última se dará inicio a la explicación de lo que se hará en la sesión:

“El día de hoy trabajaremos con algo llamado resiliencia, ¿la has escuchado antes? (**nota:** en caso de que diga que no, se le dará una breve explicación de lo que es)”. El concepto o idea principal de lo que es la resiliencia se utilizará el siguiente para esta intervención: “capacidad de

salir indemne de una experiencia adversa, aprender de ella y mejorar” (Posek, 2006, como se citó en, Rodríguez, 2016, p. 22). Después de haberle explicado qué es la resiliencia, se le comentará que se empezará con el llenado de la escala de la sesión pasada para realizar el registro de su estado de ánimo. Finalizado eso, se continúa al paso siguiente.

Paso dos: Conversación hipnótica

Se recomienda tener lista la caja (que se comentó al principio) a un lado, o cerca para que al momento de que sea utilizada no se pierda el tiempo yendo por ella. Se inicia:

“Fíjate que durante todos estos días en los que hemos estado platicando, tú me recuerdas a ciertos personajes que durante mi vida me ha tocado estudiar y leer más acerca de su vida. El primero de ellos, es el creador de estas técnicas”.

“Millton Erickson. Su vida también fue dura, más no imposible. Desde pequeño le diagnosticaron poliomielitis, y le dieron aproximadamente dos años de vida. En cuanto supo eso a sus 17 años, se fue en un paseo solo por el río en una balsa, fue hasta varias semanas que regresó. A pesar del dolor que tenía supo que esos dos años se convertirían en más. Pasados esos dos años de vida los doctores no podían creerlo, como su cuerpo era tan resistente que resistió aun más de lo que estaba predicho”.

“Otro personaje que me sorprende mucho es Viktor Frankl, un médico y psicoterapeuta. Este personaje vivió todo el nacimiento del nazismo, el desarrollo y la destrucción, todo esto desde un campo de concentración, donde por meses dejó de comer, intentó suicidarse, pero a pesar de eso, logró superar esa situación, manteniéndose firme a sus creencias, apreciando las pequeñas cosas que se podían hacer dentro de un lugar como ese, tener fe”.

“Otro personaje que ha atravesado mucho y ha resistido como estos dos grandes personajes lo tengo aquí [**nota:** en este momento se sacará la caja, sin entregársela todavía a la persona, se mantendrá a la vista de ella]. Dentro de esta caja esta la imagen de ésta última persona”.

Aquí se le entregará la caja, y se le pedirá que la abra y vea al último personaje. Se le dará la caja un breve instante, solo para que vea su reflejo en el espejo y se dé cuenta de que ella ha sido un personaje como los dos anteriores. Después de haber retirado la caja se le preguntará: “¿Qué te parece este último personaje? ¿Verdad que también ha pasado por mucho, pero que a pesar de eso sigue de pie?” Se esperará que responda, por lo tanto, se dejara unos momentos en silencio, para ver si contesta. Si no lo hace se le preguntará: “¿quieres comentar algo de este personaje?” Como es una pregunta cerrada, sabremos si querrá o no, sino lo desea se pasa al siguiente paso.

Paso tres: Aplicación de la técnica

Nombre de la técnica: Resiliencia (elaboración propia)

Damos inicio:

“Ahora, te invito a que cierres tus ojos, debido a que la mejor manera para hacer estas técnicas es a través de tener los ojos cerrados”.

En caso de que la persona no quiera cerrarlos, se le respetará la decisión y se le pedirá que mire un punto fijo y nosotros lo que haremos será ver a otro punto fijo diferente al de ella, sin voltear nuestro cuerpo por completo o la cabeza quede volteada a un lado. Si decide cerrarlos haremos lo mismo, ver un punto fijo, relatando la técnica. Una vez que haya cerrado los ojos o puesto su vista en un punto fijo se inicia:

“Respirando... date cuenta de cómo con cada respiración tu cuerpo se llena de vida... date cuenta que ese aire que entra en ti es esa fuerza vital que te permite seguir día con día... fijate como has llegado hasta el día de hoy... a pesar de lo que has vivido... respirando... date cuenta de la cantidad de personas que están en todo momento contigo que te apoyan, que no te abandonan y se preocupan por ti... vete dando cuenta como tú también eres alguien que es parte de la historia... alguien resiliente, que lucha y seguirá luchando... te invito que te des las gracias a ti misma, ya que tienes todas las habilidades para llegar hasta donde estas... tu fortaleza... tu amor... tu confianza... y todas las demás que has tenido que hacer para seguir... fijate como el aire que entra a ti, te mantendrá llenando de vida y te mantendrá con esas sensaciones agradables... y a tú ritmo y tiempo, toma una respiración diferente y abre los ojos”.

Terminado de realizar la técnica se le deberá de preguntar lo siguiente: “¿Todo bien?” Esto para cerciorarnos que la persona se sintió bien o no se quedó con una molestia al finalizar el ejercicio. Continuando, se le preguntará: “¿Quieres comentar algo lo que sentiste o pensaste durante la técnica?” En caso de que diga que sí se deja espacio para que relate su experiencia, sin juzgar, criticar o negar lo que haya experimentado. Si el relato de la experiencia que sintió está tardando un poco más de lo esperado, se pausara para cerrar la sesión. No se busca profundizar tanto, pues es la retroalimentación de la técnica en lo que ella sintió o vio. En caso de que al momento de contar su experiencia comience a llorar, se le permitirá llorar, sin nosotros ir a abrazarla, o darle palabras de consuelo en primera instancia. Se le dejara que exteriorice lo que necesite, después de un breve momento, se le puede dar un pañuelo o papel y si quiere continuar relatando se le deja si no, se continua. En caso de que diga que no, se le comentara: “estas técnicas que

trabajamos ahorita seguirán funcionando dentro de ti, a un nivel indirecto, para que durante estos días que no nos veamos el cambio siga”. Se continúa al siguiente paso.

Paso cuatro: Cierre de la sesión

Habiendo completado todo lo anterior, solo resta, despedir a la persona y agendar la novena sesión. Se le agradecerá, el tiempo y se deberán de poner de acuerdo con base a los tiempos de la persona el horario y el terapeuta (en caso de que la siguiente semana, de esta sesión haya una cita médica o algo más, sino puede seguir a la misma hora y día) establecer la sesión siguiente. Antes de irse se le dará a la persona una sugestión posthipnótica: “Antes de irte, fijate como este trabajo seguirá transformando todo lo que tenga que transformar, aumentar lo que tenga que aumentar, y esto seguirá durante todo lo que resta del día, los demás días, cada minuto”.

Al finalizar la sesión se le pedirá a la persona que si es posible traiga consigo la próxima sesión fotos impresas. No hay cantidad máxima de fotos, la única especificación de la foto es que tiene que salir en ella.

Sesión 9

Reconstrucción de la autoimagen

Tabla 16. *Descripción sesión 9*

Objetivo	Materiales
-Reconstruir la autoimagen, o aumentarla.	-Ítem para medir el estado de ánimo -Hojas blancas, lápices y una tabla o escritorio/mesa lisa. -Una cartulina blanca, cinta adhesiva, tijeras y plumones.

Elaboración propia.

Paso uno: Bienvenida

Al inicio de la sesión, ubicados en tiempo y espacio dentro del área en donde se trabajó la sesión pasada (o uno similar con las mismas indicaciones), y después de saludarse (buenos días o tardes), se le preguntará a la persona: “¿Cómo se sintió estos días? ¿Qué es lo que espera de esta nueva sesión?” En el caso de que surja en la sesión un tema ajeno a los que están establecidos en los objetivos a trabajar en sesión, se le permitirá que lo diga. Se buscará que lo relatado se oriente al tema que se trabajará en la sesión programada. Si no se logra, se puede trabajar al final de la sesión, para no romper la continuidad del manual. Con la respuesta de esta última se dará inicio a la explicación de lo que se hará en la sesión:

“El día de hoy trabajaremos para aumentar un poco más tu estado de ánimo. A diferencia de las sesiones pasadas hoy construiremos algo. Igual que las sesiones pasadas, antes de iniciar, comenzaremos con la escala de la sesión pasada”. Se aplica el ítem para medir el estado de ánimo durante la semana pasada y terminado, se continúa al siguiente paso.

Paso dos: Construcción de collage / Conversación hipnótica

Retomando el último paso de la sesión pasada, en donde se le pidió que trajera fotos en donde saliera, se le comentará que saque las fotos y le pediremos que (si es que desea contarlo) algún recuerdo de esa foto. En caso de que no deseé contarlo, continuaremos. Se le dirá:

“Ahora lo que haremos con estas fotos será crear una ventana, una que puedas ver cuando tú quieras y recuerdes aquellos momentos en donde estás mostrando aquella sonrisa, esa actitud tan valiente ante la vida. Y gracias a esta ventana es que podrás tener todo aquello que crees no tener”.

Terminado de explicar el objetivo de haber traído las fotos, se sacarán los materiales requeridos al principio de la sesión para crear este collage. Se le pedirá a la persona que ayude a pegar las fotos en donde deseé y elija las que más le gusten para el collage. Se puede decorar el collage como la persona lo desee, si es que gusta hacerlo.

Una vez terminado este collage se le comentará a la persona:

“Muy bien, ahora que ya está lista tu ventana, podrás guardarlo en donde a ti te parezca más cómodo, o acomodarlo en un lugar que lo puedas ver cada que lo necesites. A través de esta ventana te podrás ver a ti misma, así como tú quieres estar, así como tú lo necesites, cuando quieras”. Se dejará el collage aun lado para continuar con la sesión.

Paso tres: Aplicación de la técnica

Nombre de la técnica: La ventana de la autoimagen (elaboración propia).

Damos inicio:

“Ahora, te invito a que cierres tus ojos, debido que la mejor manera para hacer estas técnicas es a través de tener los ojos cerrados”.

En caso de que la persona no quiera cerrarlos, se le respetará la decisión y se le pedirá que mire un punto fijo y nosotros lo que haremos será ver a otro punto fijo diferente al de ella, sin voltear nuestro cuerpo por completo o la cabeza quede volteada a un lado. Si decide cerrarlos haremos lo mismo, ver un punto fijo, relatando la técnica (o estarla leyendo). Y una vez que haya cerrado los ojos o puesto su vista en un punto fijo se inicia:

“Te invito a que tomes una respiración diferente y te des cuenta de cómo el aire que inhalas puede causar una tranquilidad... con cada respiración te vas dando cuenta de cómo te puedes ir sintiendo más ligera... dejando así descansar tus brazos, piernas, hombros, pies y cabeza... dejando que el aire que respiras trabaje para ti. Trabajando así para que tú con solo el hecho de que respires, se esté generando un cambio dentro de ti, sin que tu hagas algo”.

“Ahora, te invito a que imagines una ventana... y que esa ventana de para cualquier lugar que a ti te parezca cómodo... puede ser un bosque, una playa, un campo verde, no lo sé, pero que sea cómodo para ti... una vez que ya veas ese paisaje a través de esa ventana... toma una respiración diferente, y aprecia el paisaje, observa todo lo que hay ahí, y si te pierdes en el paisaje, toma otra respiración y vuelve a apreciar el paisaje... una vez que ya hayas visto la belleza a través de la ventana... te invito a que en ese lugar, te mires a ti. Obsérvate a ti también... con una sonrisa,

con esa actitud radiante, con tu ropa favorita, con un peinado nuevo o el que siempre te gustó tener... obsérvate a través de esa ventana, tal y como a ti te gustaría estar... respirando, fíjate como a través de esa ventana estas tú, como te gustaría estar... pero también date cuenta de que esa ventana se transforma en un espejo... con cada respiración, te vas dando cuenta de que a quien estabas viendo, era en realidad a ti misma, pues todo aquello que buscaste a través de la ventana, ya lo tenías contigo... vete dando cuenta como con cada respiración vuelves a tener esa sonrisa de antes, esa actitud, esa presencia, esos pensamientos que te hacían sonreír... y quédate observándote un momento... obsérvate como estas... y con cada respiración que tomes, vete quedando con esas sensaciones cómodas y agradables para ti... y, a tu ritmo y a tu tiempo, toma una o dos respiraciones diferentes y poco a poco, ve abriendo los ojos, hasta que por completo puedas verme”.

Terminado de realizar la técnica se le deberá de preguntar lo siguiente: “¿Todo bien?” Esto para cerciorarnos que la persona se sintió bien o no se quedó con una molestia al finalizar la técnica. Continuando, se le preguntará: “¿Quieres comentar algo lo que sentiste o pensaste durante la técnica?” En caso de que diga que sí se deja espacio para que relate su experiencia, sin juzgar, criticar o negar lo que haya experimentado. Si el relato de la experiencia que sintió está tardando un poco más de lo esperado, se pausara para cerrar la sesión. No se busca profundizar tanto, pues es la retroalimentación de la técnica en lo que ella sintió o vio. En caso de que al momento de contar su experiencia comience a llorar, se le permitirá llorar, sin nosotros ir a abrazarla, o darle palabras de consuelo en primera instancia. Se le dejara que exteriorice lo que necesite, después de un breve momento, se le puede dar un pañuelo o papel y si quiere continuar relatando se le deja si no, se continua. En caso de que diga que no, se le comentara: “estas técnicas que

trabajamos ahorita seguirán funcionando dentro de ti, a un nivel indirecto, para que durante estos días que no nos veamos el cambio siga”. Se continúa con el siguiente paso.

Paso cuatro: Cierre de la sesión

Habiendo completado todo lo anterior, solo resta, despedir a la persona y agendar la décima sesión. Se le agradecerá, el tiempo y se deberán de poner de acuerdo con base a los tiempos de la persona el horario y el terapeuta (en caso de que la siguiente semana, de esta sesión haya una cita médica o algo más, sino puede seguir a la misma hora y día) establecer la sesión siguiente. Antes de irse se le dará a la persona una sugestión posthipnótica: “Antes de irte, fijate como este trabajo seguirá transformando todo lo que tenga que transformar, aumentar lo que tenga que aumentar y esto seguirá durante todo lo que resta del día, los demás días, cada minuto”.

Sesión 10

Promoción de la autovaloración

Tabla 17. Descripción sesión 10

Objetivo	Materiales
-Fomentar la autovaloración	-Ítem para medir el estado de ánimo. -Hojas blancas, lápices y una tabla o escritorio/mesa lisa. -Billete de 500 m.n.

Elaboración propia.

Paso uno: Bienvenida

Al inicio de la sesión, ubicados en tiempo y espacio dentro del área en donde se trabajó la sesión pasada (o uno similar con las mismas indicaciones), y después de saludarse (buenos días o tardes), se le preguntará a la persona: “¿Cómo se sintió estos días? ¿Qué es lo que espera de esta nueva sesión?” En el caso de que surja en la sesión un tema ajeno a los que están establecidos en los objetivos a trabajar en sesión, se le permitirá que lo diga. Se buscará que lo relatado se oriente al tema que se trabajará en la sesión programada. Si no se logra, se puede trabajar al final de la sesión, para no romper la continuidad del manual. Con la respuesta de esta última se dará inicio a la explicación de lo que se hará en la sesión:

“El día de hoy trabajaremos con el valor que tienen las cosas, aún después de haber a través de por varios acontecimientos. Antes de iniciar, comenzaremos con la escala de la sesión pasada”.

Se aplica el ítem para medir el estado de ánimo durante la semana pasada y terminado, se continúa al siguiente paso.

Paso dos: Conversación hipnótica

Se recomienda tener listo el billete (el que se comentó en la descripción de la sesión), en el bolsillo, o cerca, para así no perder la secuencia debido a que este lejos o en otra habitación. Se inicia:

“Hace tiempo miré un video, en donde está un señor no más de 50 años y un joven como de 20 años, en donde el señor le da una lección al joven. La lección fue la siguiente [**nota:** aquí se tomará el billete y lo que este subrayado se hará con el billete y lo que no, se le dirá a la persona]: mostrar el billete, “¿Cuánto vale?” [**nota:** aquí se espera que la persona conteste la cantidad del billete] Arrugar el billete, “¿Cuánto vale ahora?” ... Aventarlo al piso y pisarlo, “¿Cuánto vale?” ... Recogerlo y cortarlo con las manos un poco, “¿Cuánto vale?” ...

Se le preguntará a la persona después de esta última respuesta: “¿Te diste cuenta que en ningún momento el billete perdió su valor? Si vamos a la tienda y compro algo, así me lo van a aceptar. Algo así sucede con otras cosas, déjame te cuento”.

Paso tres: Aplicación de la técnica

Nombre de la técnica: El valor interno (elaboración propia)

Damos inicio:

“Ahora, te invito a que cierres tus ojos, debido que la mejor manera para hacer estas técnicas es a través de tener los ojos cerrados”.

En caso de que la persona no quiera cerrarlos, se le respetará la decisión y se le pedirá que mire un punto fijo y nosotros lo que haremos será ver a otro punto fijo diferente al de ella, sin voltear nuestro cuerpo por completo o la cabeza quede volteada a un lado. Si decide cerrarlos haremos lo mismo, ver un punto fijo, relatando la técnica (o estarla leyendo). Y una vez que haya cerrado los ojos o puesto su vista en un punto fijo se inicia:

“Te invito a que tomes una respiración diferente... y así como tú solo sabes, así como ya eres una experta en estas técnicas, date cuenta como la respiración está realizando un cambio desde el momento en que despertaste el día de hoy y seguirá haciéndolo, hasta que despiertes el día de mañana y seguirá trabajando así día con día. Y así, respirando, automáticamente... te invito a que el día de hoy, te agradezcas, te veas a ti misma, a través de ese espejo, que resalta que eres aquella persona tan fuerte que sigue luchando a pesar de cualquier cosa... que si bien, ha tenido apoyo... ese apoyo es indispensable para la mejora, agradéceles a todos también quienes están ahí, aun lado de ti de ese espejo”.

“Date cuenta que con cada respiración, te vas haciendo más grande... respirando... tan grande como a ti te parezca cómodo, que sea una grandeza como el de una estatua, para que así todos te puedan apreciar y valorar. Ahora, imagínate como dentro de ti existe todo aquello que te da ese valor como persona... toda esa esencia que existe dentro de ti, como a pesar de todas aquellas experiencias... hayan sido agradables o poco agradables... tu valor sigue siendo un gran valor... fíjate como tu tamaño sigue siendo el mismo, observa como a pesar de esas experiencias, momentos o pensamientos, tu tamaño es como el de una figura con mucho valor, alguien a quien admirar... pues eso es lo que te han hecho, alguien respetable y admirable... respirando

automáticamente, ya vas viendo el cambio, ya estás viendo como aquel billete se está tornando, limpio, brillante y saludable”.

“Ya te vas dando cuenta de que tú, así como ese billete, así como tú que eres esa estatua, jamás han perdido y jamás perderán su valor, a pesar de que sucedan episodios un poco agradables, pues, a una estatua o a un billete es muy difícil quitarles su valor. Quédate ahí unos cuantos minutos. Imagina, como ahora, estás viendo una escultura tuya desde abajo... mírate que tan alto has llegado, mira que tan valiosa has llegado a ser... quédate con esas sensaciones agradables, obsérvate un poco más, tomate una foto a un lado de tu estatua, para que ese recuerdo quede por la eternidad y nunca olvides cuan grande y valiosa has llegado a ser. Respirando automáticamente, quedándote con todas esas sensaciones agradables... a tu ritmo y a tu tiempo, toma una o dos respiraciones diferentes y poco a poco, ve abriendo los ojos, hasta que por completo puedas verme”.

Terminado de realizar la técnica se le deberá de preguntar lo siguiente: “¿Todo bien?” Esto para cerciorarnos que la persona se sintió bien o no se quedó con una molestia al finalizar el ejercicio. Continuando, se le preguntará: “¿Quieres comentar algo lo que sentiste o pensaste durante la técnica?” En caso de que diga que sí se deja espacio para que relate su experiencia, sin juzgar, criticar o negar lo que haya experimentado. Si el relato de la experiencia que sintió está tardando un poco más de lo esperado, se pausara para cerrar la sesión. No se busca profundizar tanto, pues es la retroalimentación de la técnica en lo que ella sintió o vio. En caso de que al momento de contar su experiencia comience a llorar, se le permitirá llorar, sin nosotros ir a abrazarla, o darle palabras de consuelo en primera instancia. Se le dejara que exteriorice lo que necesite, después de un breve momento, se le puede dar un pañuelo o papel y si quiere continuar relatando se le

deja si no, se continua. En caso de que diga que no, se le comentara: “estas técnicas que trabajamos ahorita seguirán funcionando dentro de ti, a un nivel indirecto, para que durante estos días que no nos veamos el cambio siga”. Se continúa con el siguiente paso.

Paso cuatro: Cierre de la sesión

Habiendo completado todo lo anterior, solo resta, despedir a la persona y agendar la onceava sesión. Se le agradecerá, el tiempo y se deberán de poner de acuerdo con base a los tiempos de la persona el horario y el terapeuta (en caso de que la siguiente semana, de esta sesión haya una cita médica o algo más, sino puede seguir a la misma hora y día) establecer la sesión siguiente. Antes de irse se le dará a la persona una sugestión posthipnótica: “Antes de irte, fijate como este trabajo seguirá transformando todo lo que tenga que transformar, aumentar lo que tenga que aumentar y esto seguirá durante todo lo que resta del día, los demás días, cada minuto”.

Sesión 11

Cierre & Evaluación final

Tabla 18. *Descripción sesión 11*

Objetivo	Materiales
-Dar un cierre a la intervención.	-Escala Hospitalaria de Ansiedad y
-Realizar la evaluación final	Depresión.
	-Inventario de Depresión.
	-Ítem para medir el estado de ánimo.
	-Hojas blancas, lápices y una tabla
	o escritorio/mesa lisa.

Elaboración propia.

Paso uno: Bienvenida

Al inicio de la sesión, ubicados en tiempo y espacio dentro del área en donde se trabajó la sesión pasada (o uno similar con las mismas indicaciones), y después de saludarse (buenos días o tardes), se le preguntará a la persona: “¿Cómo se sintió estos días? ¿Qué es lo que espera de esta última sesión? ¿Qué ha sentido de diferente durante estos días? ¿En que considera que le han funcionado estas técnicas?” Con la respuesta de esta última se dará inicio a la explicación de lo que se hará en la sesión:

“Como hoy es la última sesión, será breve. Iniciaremos con una evaluación, las mismas que hemos estado realizando, ¿te acuerdas? Y finalizaremos con una técnica. ¿Lista?”

Paso dos: Evaluación final

Se preparan los instrumentos previamente traídos a la sesión y se le entrega. Si no recuerda cómo eran o que era exactamente lo que tenía que hacer, se le leerán las instrucciones antes de que se le entreguen y se le preguntará: “¿Entendiste?”

Se le entregara primero la evaluación de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión, ya sea en una tabla o si se tiene cerca una mesa o escritorio lisa, la puede contestar ahí. Finalizado esta escala, se continúa con el Inventario de Depresión, se entrega de la misma manera que la anterior. Después se aplicará el ítem para medir el estado de ánimo durante la semana pasada.

Una vez terminado de responder los tres instrumentos, se le comentará a la persona que con esta información conoceremos un poco más a fondo los resultados del cambio del estado de ánimo, desde el inicio de la intervención hasta este punto.

Paso tres: Aplicación de la técnica

Nombre de la técnica: Orientación a futuro (elaboración propia)

Damos inicio:

“Ahora, te invito a que cierres tus ojos, debido que la mejor manera para hacer estas técnicas es a través de tener los ojos cerrados”.

En caso de que la persona no quiera cerrarlos, se le respetará la decisión y se le pedirá que mire un punto fijo y nosotros lo que haremos será ver a otro punto fijo diferente al de ella, sin voltear

nuestro cuerpo por completo o la cabeza quede volteada a un lado. Si decide cerrarlos haremos lo mismo, ver un punto fijo, relatando la técnica (o estarla leyendo). Y una vez que haya cerrado los ojos o puesto su vista en un punto fijo se inicia:

“Después de haber conseguido todo el conocimiento necesario para que seas una experta en estas técnicas... después de haber llevado todo un proceso... después de haber logrado lo que te propusiste durante estas semanas que trabajamos... toma una respiración diferente y deja que tus ojos se unan y permitas que tu mente se relaje... respirando... automáticamente, te darás cuenta de cómo con cada respiración todo lo que has logrado y aprendido en estas semanas, te acompañara durante el resto de tu vida... date cuenta como tú ya sabes mejorar interiormente, con todas las herramientas y habilidades que aprendiste”.

“Respirando, toma todas esas experiencias y junto con tu conocimiento inconsciente [**nota:** aquí se mencionará al objeto, o símbolo que representa para ella este concepto, en vez de conocimiento inconsciente. Ver sesión dos, paso tres, último párrafo] imagina que van hacia el futuro... imagínate como te gustaría estar... en donde, con quien, haciendo... todo aquello que te hará estar cómoda, estas imágenes pueden ser de un futuro cercano o lejano, no lo sé... y quédate con esos momentos por un momento, respirando, automáticamente... Fíjate como después de nuestro trabajo, las cosas ya no son como eran un principio, han cambiado en ti y a tu alrededor, date cuenta como esos cambios, aunque sean pequeños o grandes, son cambios que se seguirán transformando, hasta llegar a ser los cambios que tu deseas y te sean lo más cómodos posibles... date cuenta que tú tienes el poder para permitirte, sentir lo que quieras sentir, lo que quieras pensar, sin que en el futuro algo te haga bajar, o si lo haces, saber que tienes lo necesario para volver a subir y renacer aún mejor”.

“Date cuenta como estos trabajos junto con tu conocimiento inconsciente [**nota:** mismo comentario anterior] seguirán haciendo su parte, con cada respiración, con cada sensación de comodidad, con cada victoria. Estando cómoda sintiendo los cambios que ya te has dado cuenta que hay, quédate un momento, agradeciéndote y prometiéndote que seguirás trabajando... y tomando una respiración diferente, quédate con todas las sensaciones agradables y a la espera de más, a tu ritmo y a tu tiempo, toma otra respiración diferente y poco a poco, abre los ojos”.

Terminado de realizar la técnica se le deberá de preguntar lo siguiente: “¿Todo bien?” Esto para cerciorarnos que la persona se sintió bien o no se quedó con una molestia al finalizar el ejercicio. Continuando, se le preguntará: “¿Quieres comentar algo lo que sentiste o pensaste durante la técnica?” En caso de que diga que sí se deja espacio para que relate su experiencia, sin juzgar, criticar o negar lo que haya experimentado. Si el relato de la experiencia que sintió está tardando un poco más de lo esperado, se pausara para cerrar la sesión. No se busca profundizar tanto, pues es la retroalimentación de la técnica en lo que ella sintió o vio. En caso de que al momento de contar su experiencia comience a llorar, se le permitirá llorar, sin nosotros ir a abrazarla, o darle palabras de consuelo en primera instancia. Se le dejara que exteriorice lo que necesite, después de un breve momento, se le puede dar un pañuelo o papel y si quiere continuar relatando se le deja si no, se continua. En caso de que diga que no, se le comentara: “estas técnicas que trabajamos ahorita seguirán funcionando dentro de ti, a un nivel indirecto, para que durante estos días que no nos veamos el cambio siga”. Se continúa al siguiente paso.

Paso cuatro: Cierre de la sesión

Con la todos los pasos anteriores finalizados, solo resta agradecerle a la persona, por el tiempo, el esfuerzo, el compromiso, y todo lo demás para que esta intervención pudiera haber llegado a

su terminación. Se espera que, al finalizar esta sesión, la sintomatología depresiva de la persona haya disminuido, gracias a que se buscó el aumentar su estado de ánimo. Después de agradecerle se le pedirá que conteste unas preguntas de un cuestionario para conocer qué tan agradable le fue la intervención (Anexo 4).

Cabe aclarar que, cada persona es diferente, y probablemente, no a todos les surja el mismo cambio. Siempre hay que poder amalgamar las necesidades de la persona con lo que nosotros tengamos preparado.

Antes de despedir a la persona se le comentara:

“Tal vez hoy fue nuestra última sesión de la intervención, pero, todavía nos veremos una vez más dentro de unas tres semanas, para poder realizar un seguimiento de cómo te sentirás en estos días”.

Se le agradecerá, el tiempo y se deberán de poner de acuerdo con base a los tiempos de la persona y el terapeuta (en un lapso de tres semanas, en el mismo día, pero si cae en una cita médica, se puede programar para el día siguiente) establecer la sesión de seguimiento.

Sesión 12

Evaluación de seguimiento

Tabla 19. Descripción sesión 12

Objetivo	Materiales
-Obtener los resultados de la intervención después de haberla aplicado.	-Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión.
-Realizar la evaluación de seguimiento	-Inventario de Depresión. -Ítem para medir el estado de ánimo. -Hojas blancas, lápices y una tabla o escritorio/mesa lisa

Elaboración propia.

Paso uno: Bienvenida

Al inicio de la sesión, ubicados en tiempo y espacio dentro del área en donde se trabajó la sesión pasada (o uno similar con las mismas indicaciones), y después de saludarse (buenos días o tardes), se le preguntará a la persona: “¿Cómo ha estado estos últimos días? ¿Qué cambios ha visto?” Con las respuestas de estas preguntas, se continua al siguiente paso.

Paso dos: Retroalimentación

En este paso, se le pedirá a la persona, que cuente como fue su experiencia en la intervención, y de qué manera ella siente que le ayudo, a nivel personal, familiar, emocional, o físico. Se le dirá:

“Me gustaría que me contaras tu experiencia respecto a esta intervención. Déjame hacerte unas preguntas para entender mejor tu punto de vista, ¿te parece?”. Ver anexo 5 para la entrevista.

Esta entrevista semiestructurada, busca de manera general conocer la experiencia que tuvo la persona durante toda la intervención, que, si le sirvió, que no, que cambiaría o mejoraría.

Finalizada la entrevista, se pasa a la aplicación de los instrumentos.

Paso tres: Aplicación de los instrumentos

Se preparan los instrumentos previamente traídos a la sesión y se le entrega. Si no recuerda cómo eran o que era exactamente lo que tenía que hacer, se le leerán las instrucciones antes de que se le entreguen y se le preguntará: “¿Entendiste?”

Se le entregara primero la evaluación de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión, ya sea en una tabla o si se tiene cerca una mesa o escritorio lisa, la puede contestar ahí. Finalizado esta escala, se continua con el Inventario de Depresión de Beck, se entrega de la misma manera que la anterior. Después se aplicará el ítem para medir el estado de ánimo durante la semana pasada. Una vez terminado de responder los tres instrumentos, se le comentará que esta será la última vez que se le aplicaran los instrumentos para conocer su estado de ánimo, después de haber terminado la intervención.

Paso cuatro: Cierre de la sesión

Terminado todos los pasos anteriores, solo queda agradecerle, por todo lo que ha aportado a la intervención y felicitarla por haber realizado dicho trabajo, durante este tiempo, sin haber cesado. Se le comentará, que toda la información utilizada, será eliminada completamente, una vez obtenido los resultados de las evaluaciones. Además, en cuanto se tengan las comparaciones del

estado del ánimo en la persona, se las harán llegar. Se despiden, hasta la entrega de resultados (este ya no es un paso del manual, cada quien se pondrá de acuerdo con la persona para la entrega).

Sesión 13

Evaluación de seguimiento

Tabla 20. *Descripción sesión 13*

Objetivo	Materiales
-Obtener los resultados de la intervención después de haberla aplicado.	-Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión.
-Realizar la segunda evaluación de seguimiento	-Inventario de Depresión. -Ítem para medir el estado de ánimo. -Hojas blancas, lápices y una tabla o escritorio/mesa lisa

Elaboración propia.

Paso uno: Bienvenida

Al inicio de la sesión, ubicados en tiempo y espacio dentro del área en donde se trabajó la sesión pasada (o uno similar con las mismas indicaciones), y después de saludarse (buenos días o tardes), se le preguntará a la persona: “¿Cómo ha estado estos últimos días? ¿Qué cambios ha visto?” Con las respuestas de estas preguntas, se continua al siguiente paso.

Paso tres: Aplicación de los instrumentos

Se preparan los instrumentos previamente traídos a la sesión y se le entrega. Si no recuerda cómo eran o que era exactamente lo que tenía que hacer, se le leerán las instrucciones antes de que se le entreguen y se le preguntará: “¿Entendiste?”

Se le entregara primero la evaluación de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión, ya sea en una tabla o si se tiene cerca una mesa o escritorio lisa, la puede contestar ahí. Finalizado esta escala, se continua con el Inventario de Depresión de Beck, se entrega de la misma manera que la anterior. Después se aplicará el ítem para medir el estado de ánimo durante la semana pasada. Una vez terminado de responder los tres instrumentos, se le comentará que esta será la última vez que se le aplicaran los instrumentos para conocer su estado de ánimo, después de haber terminado la intervención.

Paso cuatro: Cierre de la sesión

Terminado todos los pasos anteriores, solo queda agradecerle, por todo lo que ha aportado a la intervención y felicitarla por haber realizado dicho trabajo, durante este tiempo, sin haber cesado. Se le comentará, que toda la información utilizada, será eliminada completamente, una vez obtenido los resultados de las evaluaciones. Además, en cuanto se tengan las comparaciones del estado del ánimo en la persona, se las harán llegar. Se despiden, hasta la entrega de resultados (este ya no es un paso del manual, cada quien se pondrá de acuerdo con la persona para la entrega).

Referencias

- Artiles, R., y López, S. (2009). Síntomas somáticos de la depresión. *Revista Medicina Familia SEMERGEN*, 35(1), 39-42. Recuperado de <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-pdf-X1138359309908974>
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (5ta. Ed.)*. México: Editorial Médica Panamericana.
- Canva. (2020). Dos árboles de lado a lado. Recuperado de <https://www.canva.com/photos/MADGv8Om9VA-two-trees-side-by-side/>
- Canva. (2020). Una persona tirando una bolsa de plástico. Recuperado de <https://www.canva.com/photos/MADzio1TRgU-a-person-throwing-a-plastic-bag/>
- Castañeda, E., y Krikorian, A. (2018). Aplicaciones actuales de la hipnosis clínica en Latinoamérica: una revisión sistemática de la literatura. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 36(2), 269-283. Recuperado de <https://revistas.urosario.edu.co/index.php/apl/article/view/5488>
- Galindo, O., et al. (2015). Propiedades psicométricas de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS) en una población de pacientes oncológicos mexicanos. *Salud Mental*, 38(4), 253-258. doi: [10.17711/SM.0185-3325.2015.035](https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2015.035)
- Instituto Ericksoniano de Madrid. (s/f.). *Biografía de Milton H. Erickson*. Recuperado de <https://institutoericksonmadrid.com/milton-erickson/>

- Martínez, O., Camarero, O., López, I., y Moré, Y. (2014). Autoestima y estilos de afrontamiento en mujeres con cáncer de mama. *Revista de ciencias médicas la Habana*, 20(3), 390-400. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/revciemedhab/cmh-2014/cmh143j.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud, y Organización Mundial de la salud. (s/f). *Yo tenía un perro negro, su nombre era depresión*. Recuperado de https://www.paho.org/col/index.php?option=com_content&view=article&id=2718:yo-tenia-un-perro-negro-su-nombre-era-depresion&Itemid=553
- Parris, B. (2016). The prefrontal cortex and suggestion: Hypnosis vs. Placebo effects. *Frontiers in psychology*, 7(415). doi: doi.org/10.3389/fpsyg.2016.00415
- Robles, T. (2014). *Manual de grupo de crecimiento*. Ciudad de México, México: Alom Editores.
- Robles, T. (s/f). *Trabajo con el Dolor: Cuaderno de trabajo*. Ciudad de México, México: Alom Editores.
- Robles, T. (s/f.). *Trabajo con Depresión: Cuaderno de trabajo*. Ciudad de México, México: Alom Editores.
- Rodríguez, M. (2016). Espiritualidad, resiliencia y crecimiento postraumático. *Revista de Logoterapia y Análisis Existencial*, (19), 21-32. Recuperado de <https://repositorio.comillas.edu/rest/bitstreams/32053/retrieve>
- Rojo, E. (2011). Prevalencia de ansiedad y depresión en los pacientes con amputación de miembros inferiores de menos de un año de evolución. *Fundación de Enfermería de Cantabria*, 1(3). Recuperado de <http://www.enfermeriacantabria.com/enfermeriacantabria/web/articulos/4/25>

Sanz, J., y Modolell, E. (2004). Oncología y psicología: un modelo de interacción.

Psicooncología, 1(1), 3-12. Recuperado de

<https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC0404110003A/16302>

Short, D. (2018). Conversational hypnosis: conceptual and technical differences relative to traditional hypnosis. *The American journal of clinical hypnosis*, 61(2), 125-139. doi:

[10.1080/00029157.2018.1441802](https://doi.org/10.1080/00029157.2018.1441802)

Téllez, A., Juárez, D., Jaime, L., Sánchez, T., y Medina, C. (2017). Breast cancer and adverse childhood experience: a single case study using hypnosis. *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 42, 19-27. Recuperado de

https://www.researchgate.net/publication/325206054_Breast_cancer_and_adverse_childhood_experiences_a_single_case_using_hypnosis

Téllez, A., Orozco, J., y Viro, C. (2020). *Hipnosis clínica y terapia breve en la depresión*.

Monterrey, México: Editorial Universitaria UANL.

Téllez, A., Sánchez, T., y Juárez, D. (2016). Breast Biopsy: the effects of hypnosis and music.

International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 64(4), 456-469.

Recuperado de <https://nvvh.com/wp-content/uploads/2015/04/Breast-biopsy.pdf>

Anexos

Anexo 1

Cuento del perro negro (Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud, s/f).

“Yo tenía un perro negro. Cada vez que el perro negro aparecía, me sentía vacío y la vida parecía detenerse. Sin ninguna razón y en cualquier momento, podía sorprenderme con su visita. Cuando el resto del mundo parecía estar disfrutando de la vida, yo sólo podía verla a través del perro negro. De repente, las actividades que normalmente me provocaba placer ya no me interesaban. Le gustaba arruinarme el apetito. Masticaba mi memoria y mi habilidad para concentrarme. Si quería hacer algo o ir a algún lado con el perro negro, necesitaba una fuerza sobrehumana. Me preocupaba que la gente me juzgara.

Debido a la vergüenza del perro negro, yo estaba constantemente preocupado que me descubrieran. Por lo que invertía gran cantidad de energía en ocultarlo. Mentir para ocultar mis emociones es agotador. El perro negro podía hacerme pensar y decir cosas negativas. Podía transformarme en una persona irritable y hacer difícil para los demás el estar cerca mío. Podía llevarse mi amor y enterrar mi intimidad. Por sobre todas las cosas, él amaba despertarme con pensamientos sumamente repetitivos y negativos. También le gustaba recordarme cuan agotador estaría al día siguiente. Tener un perro negro en tu vida no se trata de sentirte un poco abatido o triste... sino de sentirte totalmente vacío de sentimientos.

A medida que fui creciendo, el perro negro se hizo más grande y comenzó a estar alrededor mío todo el tiempo. Intentaba ahuyentarlo con cualquier cosa que yo pensaba que lo haría irse corriendo. Pero con mucha frecuencia él me caía encima, decaer se hizo más fácil que

levantarme de nuevo. Al final me sentí totalmente aislado de todo y de todos. El perro negro había por fin logrado secuestrar mi vida. Cuando se pierde toda la alegría en la vida uno comienza a preguntarse qué sentido tiene.

Afortunadamente, ese fue el momento en que busque ayuda profesional. Ese fue el primer paso hacia la recuperación y un importante punto de inflexión en mi vida. Aprendía que no importa quien seas, el perro negro afecta a millones y millones de personas; es una cuestión que le puede tocar cualquiera. También aprendí que no existe una bala de plata o una píldora mágica. También aprendí que el ser emocionalmente genuino y auténtico con los que están cerca de ti puede ser un poderoso elemento de cambio. Lo más importante es que aprendí a no tener miedo del perro negro y hasta le enseñé algunos trucos nuevos por mi cuenta.

Lo más importante para recordar es que no importa cuán seria se ponga la situación si tomas los pasos adecuados y hablas con la gente adecuada, los días del perro negro pasarán. No voy a decir que estoy agradecido al perro negro, pero él ha sido un maestro increíble. Me obligó a reconsiderar y simplificar mi vida. Aprendí que más que huir de los problemas es mejor abrazarlos. El perro negro va a ser siempre parte de mi vida, pero ya no volverá a ser la bestia que era. Tenemos un acuerdo. A través del conocimiento, la paciencia, la disciplina y el humor aprendí que se puede curar al peor perro negro.”

Anexo 2

Sacando la basura (Ana Luco, s/f., modificado por Téllez, Orozco y Viro, 2020). Adaptación propia.

Quiero que te pongas cómoda... y te invito a que cierres los ojos... tomando una o dos respiraciones profundas... concéntrate en tu respiración por un momento. Siente cómo el aire entra... y sale de tu cuerpo. Cómo el aire entra fresco... y sale tibio. Cómo el aire entra fresco y oxigena tu mente... y tu cuerpo... con cada respiración... permite que esa relajación se extienda por todo tu cuerpo... y tu mente... relajando los músculos... calmando los nervios... dando paso a esa relajación... dando paso a esa tranquilidad... nada que hacer... nada que pensar por un momento... tan solo permitir que esa relajación... esa tranquilidad... continúe extendiéndose por todo tu cuerpo y tu mente. Y mientras estás ahí sentada, escuchando mi voz... relajándote más y más cada vez... quiero decirte que hoy en el centro de tu ser... una mente que es tranquila y sabia... es la mente que quiere que tú sanes. Te transformes en una persona completa y plena, inteligente y sabia. Esa mente ha estado dentro de ti desde que eras una niña pequeña... te ha ayudado a sobrellevar las cosas difíciles del pasado, que han pasado y que se fueron. Te sigue ayudando ahora y te va a ayudar más en el futuro. Y ahora todos los sonidos del medio ambiente (**nota:** se describirán los sonidos que se perciban) serán como una música de fondo de tu relajación... una música profunda del fondo de tu tranquilidad... permítete que esa tranquilidad continúe extendiéndose por todo tu cuerpo y tu mente. Y te invito a imaginar una casa, una hermosa casa... con un hermoso jardín. Entra a esa casa y cuando ya estés dentro, avísame con una respiración profunda. Observa las puertas, sus habitaciones, la sala, el comedor, el recibidor... es una casa amplia... pero mira, hay una puerta que dice almacén (o bodega). Es ahí donde se han acumulado cosas a través de los años en esta casa... que es tu casa interna. Imagina

cómo vas entrando y cuando ya estés dentro de ese almacén avísame con otra respiración profunda. Y date cuenta como, hay algunas cosas que has guardado recientemente o que ya llevan varios años ahí, no lo sé... date cuenta como esas como recuerdos, pensamientos, complejos, culpas o no sé, provoca un mal olor a esta habitación, y fíjate como ese olor, se propaga por toda la casa y no te deja estar en paz, en esa casa interna tuya. Ten, te daré una bolsa de basura y te invito a que juntos con tu, CI empieces a echar todo lo que no sirve en la bolsa. Adelante. Quiero que llenes esta bolsa de basura de cosas que ya no necesitas tener ahí, todo lo que no sirve... ponlo en esa gran bolsa de basura. Eso es, todo... échalo ahí... muy bien, cuando ya se haya llenado esa bolsa de basura... esa primera bolsa de basura... amarra esa bolsa... ahorita volveremos por más... amarra bien esa bolsa y sácala... sácala a la calle... sácala a la banqueta... y mira, ahí viene un camión de basura... se lleva eso. ¿Ya te disté cuenta del cambio? (**Nota:** aquí se esperará a que la persona responda si ya notó el cambio). Mira, se va allá... lo van a triturar... a destruir, lejos... lejos de aquí. Regresemos dentro. Ahora, observa, como se ve más amplia y aquel olor deja de ser tan fuerte. Yendo otra vez al almacén, porque se habían quedado cosas... ten otra bolsa de basura y echa el resto... todas aquellas cosas que impiden que tú casa huela bien, se vea limpia... aquellas cosas que te impiden realizar actividades que te gustan... aquellas que te impiden disfrutar un poco más los pequeños detalles de la vida...échalo ahí... échalo a la bolsa de basura... cuando estés lista (o)... ahora amarra la bolsa... y sácala a la calle... mira el camión de basura ya está de regreso... te está esperando... está listo para todo lo que quieras sacar que no sirva... observa cómo se lo lleva ese camión de basura... el camión de limpieza interno... de limpieza interna... se lo lleva lejos... lejos de ti... a destruirlo lejos. Mira otra vez esa casa interna tuya y mira qué amplitud... qué aroma tan distinto, más agradable y con mejor ventilación. Entremos una vez más al almacén. Date cuenta cómo está más iluminado y se puede caminar

mejor. Aun así, es necesario limpiar a detalle esta habitación, imagina ahora, que estas barriendo, el piso y saca todo el polvo de las esquinas que es casi invisible y aquí hay otra bolsita... la última bolsita... ahora si, por fin, echa todo... lo último que haya quedado. Y ya que hayas terminado, sácalo... ya sabes que el camión de basura te está esperando... que se lo lleve. ¿Ya te diste cuenta del cambio que has realizado? (**Nota:** aquí se esperará a que la persona responda si ya notó el cambio). Date cuenta como eso se fue de forma definitiva. Observa la casa otra vez más y mira lo hermosa que esta, tan limpia, tan espaciosa, organizada, con un olor agradable, que transmite una paz, una tranquilidad... abre las ventanas para que entre el aire puro. Ahora cierra el almacén y siéntate en el sillón de la sala que más te guste. Toma una respiración diferente y date cuenta de lo diferente que está ahora la casa, sabiendo que todo está donde debe de estar y que no hay cosas que te impidan estar tranquila y en paz. Ahora, donde solo tú sabes, hay en esa casa un cofre, un baúl o una cajita, como tú te lo imagines... y dentro de ahí, están todos aquellos recuerdos positivos y recursos que te han mantenido siendo aquella persona fuerte por tanto tiempo. Date cuenta, como ahora estas en una maravillosa casa limpia...oxigenada, ventilada... protectora... amorosa. Y cuando estés lista (o)... podrás regresar... y traer todo ese maravilloso descubrimiento personal... toma una respiración diferente y a tu ritmo y a tu tiempo, quédate con esos descubrimientos y sensaciones agradables y abre los ojos.

Anexo 3

Instructivo para crear la caja con espejo para la sesión nueve.

Paso uno: Primero se deberá de conseguir un espejo con la medida aproximada de 9 centímetros cuadrados. Si no se consigue puede ser uno circular o parecido al de la imagen, pero debe de ser entre ese tamaño.



Figura 5. Espejo. Elaboración propia.



Figura 6. Medida de espejo. Elaboración propia.

Paso dos: Teniendo el espejo se deberá de conseguir una caja. En este caso fue el de una cartera, pero puede ser una similar.



Figura 7. Caja para el espejo. Elaboración propia.

Si no se consigue una caja como la de la foto, pueden conseguir una con las siguientes medidas aproximadamente para que el espejo pueda caber. Siendo 13 centímetros por 10 centímetros.



Figura 8. Medida caja. Elaboración propia



Figura 9. Medida caja dos. Elaboración propia

La caja se busca que sea de este tamaño para que pueda caber con el espejo. En caso de que se tenga un espejo un poco más grande o pequeño se tendrá que adecuar el tamaño de la caja para que quepa y no haya espacio de más o de menos.

Paso tres: Teniendo los artículos necesarios, se pasa al uso de cinta adhesiva para pegar el espejo en dentro de la caja. En la figura 10 puede observar el producto final. Después de este paso, puede decorar la caja a su gusto. Se puede pintar, forrar o adornar.



Figura 10. Caja con espejo. Elaboración propia

Anexo 4

Cuestionario para la evaluación de la intervención

Cuestionario para la evaluación de la intervención

Nombre: _____ Fecha: _____

1.- En una escala de 0 (siendo la puntuación más baja) a 10 (puntuación más alta), ¿cómo calificaría la intervención?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

2.- Siguiendo la misma escala que la pregunta anterior, del 0 al 10, ¿qué tan útiles fueron las técnicas que se le aplicaron para poder regular su estado de ánimo?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

3.- ¿Qué técnica fue la que le gustó más, si es que hubo una que le agradara más?

4.- ¿En que considera que la intervención le servirá en el futuro?

5.- ¿Hubo alguna técnica durante la intervención que le haya sido de mayor beneficio ante su problemática que otra? En caso de que sea si, ¿cuál fue, la recuerda?

6.- ¿Cree que estas técnicas le ayudaron en algo más, aparte de regular su estado de ánimo? En caso de que sea si, ¿en qué otro aspecto sintió que le sirvieron?

7.- ¿Recomendaría esta intervención a otra mujer que usted conozca que haya atravesado o este atravesando por lo mismo que usted?

Anexo 5

Guía de entrevista (semiestructurada) final de retroalimentación

Entrevista final de retroalimentación

Nombre: _____ Fecha: _____

1.- De manera general, ¿cómo fue tu experiencia en este tipo de intervención con el uso de hipnosis Ericksoniana?

2.- ¿Qué tipos de beneficios te trajo después de haber terminado la intervención?

3.- ¿Qué técnicas sientes que si te funcionaron para mejorar tu estado de ánimo?

4.- ¿Cuáles no?

5.- ¿Qué fue lo que no te gusto de manera general de la intervención? Esto abarca, técnicas, lugar de la sesión, las conversaciones hipnóticas, y metáforas actuadas que se realizaron durante toda la intervención.

6.- De manera general, ¿qué le agregarías, cambiarías o que sugieres para mejorar este proceso terapéutico?