

Hipnoterapia y terapia breve centrada en soluciones aplicada a síntomas por abuso sexual infantil: Un estudio de caso

Teresa Sánchez y Arnoldo Téllez

Universidad Autónoma de Nuevo León, México

Resumen: En el estudio de caso que se presenta se aplicaron estrategias de hipnosis clínica en un contexto de intervención de terapia breve centrada en soluciones a un paciente de 40 años, víctima de abuso sexual infantil. El paciente presentaba cambios en su estado de ánimo, depresión, ansiedad, apatía, dependencia emocional con su madre, alteraciones en las relaciones con su padre e indefinición en su orientación sexual. Se utilizaron técnicas hipnoterapéuticas para solucionar conflictos, disminuir la ansiedad y la depresión, aumentar la autoestima y el optimismo. Los resultados mostraron una drástica reducción de los niveles de depresión, ansiedad y estrés, así como un incremento en la autoestima y el optimismo. Estos cambios se mantuvieron a los seis meses de seguimiento. Se recomienda el uso de la hipnoterapia dentro del marco de enfoque en soluciones en pacientes con secuelas emocionales por abuso sexual infantil.

Palabras clave: Hipnoterapia; terapia breve; abuso sexual.

The combined use of hypnotherapy and Solution-Focused Brief Therapy in child sexual abuse symptoms: A case study

Abstract: This case study describes the use of clinical hypnosis in a context of solution-focused brief therapy in the treatment of a 40-year-old patient, survivor of childhood sexual abuse. Patient presented mood changes, depression, anxiety, apathy, emotional dependence on his mother, altered relationship with his father, and uncertainty about sexual orientation. Hypnotherapeutic techniques were used to solve conflicts, to decrease anxiety and depression, and to increase self-esteem and optimism. The results showed a dramatic decrease in the levels of depression, anxiety and stress, as well as increased self-esteem and optimism. These changes were maintained at six months follow-up. The use of hypnotherapy in the context of focus on solutions in patients with emotional sequelae of child sexual abuse is recommended.

Keywords: Hypnotherapy; brief therapy; sexual abuse.

Introducción

El maltrato infantil ha sido definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2014) como el abuso y la desatención a los menores de 18 años, e incluye todas las formas de agresión física o psicológica, abuso sexual, negligencia y explotación comercial o de otro tipo que causen o puedan causar un daño a la salud, desarro-

llo y dignidad del niño o poner en peligro su supervivencia. La OMS también señala que aproximadamente un 20% de las mujeres y un 5 a 10% de los hombres manifiestan haber sufrido abusos sexuales en la infancia.

Todas las formas de maltrato, experiencias de abuso y abandono que sufren los niños y adolescentes, incluyendo maltrato físico, familiar, sexual, emocional, así como el incesto, abusos en la escuela, la intimidación, la negligencia y la exposición a la violencia doméstica, dañan los procesos psicosociales responsables del desarrollo de un autoconcepto positivo (D'Andrea, Ford, Stolbach, Spinazzola y Van Der Kolk, 2012). Y esto es así porque todas las experiencias del entorno social, tanto exitosas como fracasadas, determinan el concepto que el

Recibido: 19 enero 2015; aceptado: 27 mayo 2015

Correspondencia: Teresa Sánchez, Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Nuevo León, Av. Gonzalitos y Dr. Canseco Col. Mitras Centro 66460, Monterrey, Nuevo León, México. Correo-e: teresa.sanchezja@uanl.edu.mx

niño tiene de sí mismo (Turner, Finkelhor y Ormrod, 2010). Los niños abusados sexualmente pueden desarrollar conductas sexuales inapropiadas tales como evitación, inhibición y dificultades de identidad sexual, o por el contrario, hipersexualidad (Echeburúa y Guerricaechevarría, 2011; Sarasua, Zubizarreta, Corral y Echeburúa, 2013).

Además de los problemas en el área de la sexualidad, existe una relación entre la experiencia de abuso sexual y el desarrollo de diversos problemas psicológicos, principalmente depresión, trastornos por estrés postraumático y conducta suicida (Pereda, 2012; Pérez-Fuentes, Olfsón, Villegas, Morcillo, Wang y Blanco 2013). La depresión, es uno de los trastornos mentales que más se han incrementado en los últimos años en todo el mundo, con una prevalencia promedio de 9% (Kessler y Bromet 2013). En México ocupa el primer lugar de discapacidad para las mujeres y el noveno para los hombres (Berenzon, Lara, Robles, y Medina-Mora, 2013).

Los objetivos de intervención que se pueden incluir en la terapia de personas con depresión son la desesperanza y la impotencia, las distorsiones cognitivas, las atribuciones erróneas, la falta de habilidades sociales, y los patrones de pensamiento que puedan exacerbar la depresión. El uso de la hipnosis puede beneficiar a las personas con depresión a mejorar su autoeficacia, fomentar la auto-regulación emocional, ayudarles a identificar y desarrollar recursos subutilizados, y abandonar el sentimiento de victimización (Yapko, 2003, 2010). Se ha observado que ante circunstancias desafiantes de la vida, las personas que enfrentan situaciones muy difíciles y tienen baja autoestima, utilizan menos recursos de afrontamiento y por lo tanto son más propensas a la depresión. La autoestima hace referencia a la evaluación subjetiva que el individuo hace acerca de su valor como persona (Orth, Robins y Meier, 2009; Orth y Robins, 2013).

La hipnosis es una herramienta terapéutica que se ha usado para tratar dificultades emocionales y psicósomáticas diversas (p.ej., Mendoza y Capafons, 2009). La hipnosis se define como “Un estado de conciencia que implica la atención focalizada y conciencia periférica reducida, caracterizado por una mayor capacidad de respuesta a la sugestión”, y a la hipnoterapia como “El uso de la hipnosis en el tratamiento de un trastorno o preocupación médica o psicológica” (Elkins, Barabasz, Council y Spiegel, 2015).

Durante el estado hipnótico, se utiliza el grado incrementado de sugestionabilidad para reforzar las creencias del paciente acerca de su capacidad para lograr resultados específicos, mejorando la autoeficacia y la autoestima (Téllez, 2007). Lo anterior puede lograrse mediante

metáforas, sugerencias para el fortalecimiento del ego y procedimientos de reafirmar al paciente sus potenciales internos (Stafrace, 2004; Torem, 1990). Existe una gran variedad de técnicas hipnóticas útiles en la reestructuración de esquemas cognitivos negativos. Por ejemplo, Alladin (2010) sugiere tres estrategias generales: regresiones a eventos recientes, regresiones al trauma original y modificación de “archivos inconscientes”.

Los principios teóricos de la Terapia Breve Centrada en Soluciones (TBCS), desarrollada por Steve De Shazer e Insoo Kim Berg, se basaron en el trabajo terapéutico de Milton H. Erickson, quien sugería una aproximación orientada a futuro y solución, considerando a la persona como un agente activo, con recursos y potencial necesario para la solución de sus problemas (Beyebach, 1999; Cade y O’Hanlon, 1995; O’Hanlon, 1989; Téllez, 2007).

Tomando como base los beneficios antes mencionados del uso de la hipnoterapia, y considerando que la terapia breve centrada en soluciones ofrece un marco favorable para realizar dichas intervenciones, se decidió utilizar la combinación de ambos enfoques en un paciente con depresión y ansiedad como secuela de un abuso sexual durante la infancia, debido a las siguientes razones:

- 1) Se basan en principios muy similares
- 2) Su uso es complementario ya que mientras la Hipnosis Clínica Ericksoniana (HCE) accede a, y utiliza, los recursos inconscientes (memoria implícita), la terapia breve orientada a la solución trabaja esencialmente a nivel consciente (memoria explícita episódica), ofreciendo de esta forma una aproximación más completa.

Método

Paciente

Hombre de 40 años de edad, a quien llamaremos con el nombre ficticio de “Pedro”, que presenta síntomas relacionados con ansiedad, depresión, apatía laboral y dificultades en sus relaciones familiares, sociales y sexuales. El paciente tiene una historia de desintegración familiar desde los 10 años de edad. Sus padres están divorciados, y presenta conflictos en la relación con su padre. Refiere que la comunicación que tenía con él era ocasional y de mala calidad. Presenta un apego importante hacia su madre, con quien vivía en el momento de iniciar la intervención. Pedro fue víctima de abuso sexual a la edad de 5 años, refiriendo que el abuso fue perpetrado por un vecino de 18 años. El abuso se repitió en varias ocasiones, sin especificar el número. El pa-

ciente nunca denunció el hecho, por lo que en el transcurso de los años desarrolló un sentimiento de culpa por lo sucedido, y a partir de ese evento se convirtió en un niño aislado y con pocas amistades. Durante su infancia tuvo algunos juegos sexuales con niños de su mismo sexo, y después de eso no ha tenido ningún tipo de relación sexual, por lo que tiene dudas sobre sus preferencias sexuales. En los últimos meses ha presentado un estado de ánimo depresivo, apatía en el ámbito laboral y social. Recibió terapia psicológica por depresión, en dos ocasiones, pero las abandonó antes de concluir el tratamiento. Tenía un empleo como agente de ventas de una compañía telefónica, si bien este empleo no le satisfacía completamente.

Evaluación

Se aplicaron escalas con adecuadas propiedades psicométricas al inicio del tratamiento, en la última sesión y en un seguimiento a seis meses.

Para valorar la ansiedad y la depresión se utilizó la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS por sus siglas en inglés) desarrollada por Zigmond y Snaith en 1983. Se utilizó la versión española de Tejero, Guimerá, Farré y Peri (1986), que posee una fiabilidad satisfactoria ($\alpha = .80$).

Para evaluar el estrés se utilizó la Escala de Estrés Percibido (PSS) de Cohen, Kamarck, y Mermelstein (1983) en la versión de González y Landero (2007) quienes realizaron una adaptación de PSS a la cultura mexicana, obteniendo un $\alpha = .83$.

La Escala LOT-R (Revised Life Orientation Test) de Scheier, Carver y Bridges (1994), fue utilizada para evaluar el optimismo. Se aplicó la versión en español de Otero, Luengo, Romero, Gómez y Castro (1988), que cuenta con una fiabilidad satisfactoria ($\alpha = .79$).

Además se aplicó la Escala de Autoestima de Rosenberg (1989) que evalúa el nivel de satisfacción con uno mismo. Se usó la traducción validada al español de Martín-Albo, Núñez, Navarro, y Grijalvo (2007). La consistencia interna de esta versión es satisfactoria ($\alpha = .84$) (Martín-Albo et al., 2007; Vázquez, Jiménez y Vázquez, 2004).

También se utilizó la escala de avance utilizada en terapia breve. Se trata de una evaluación subjetiva que realiza el paciente sobre su estado desde que inició la terapia hasta que se le dio el alta. La valoración se realiza mediante esta pregunta: "En una escala de 1 a 10, donde 1 sería el momento en que los problemas que te han traído aquí han estado peor y 10 sería el momento en el que están del todo solucionados, ¿en qué punto de la escala dirías que estás ahora?" (De Shazer, 1995; Beyebach, 1999).

Procedimiento

Las sesiones se realizaron con una frecuencia semanal y una duración de 1 hora. Se realizaron trece sesiones en total, siendo la primera de entrevista diagnóstica. Posteriormente se realizaron diez sesiones de intervención y dos de seguimiento, una después de un mes de finalizado el tratamiento y otra a los seis meses. A continuación se describe la agenda de las sesiones.

Sesión 1. Se siguió el esquema de primera entrevista en Terapia Breve siguiendo el modelo de Beyebach (2006): explicación de la dinámica del tratamiento, datos de vida social, laboral, relaciones familiares, y motivo de consulta. Se propuso el uso de sesiones de hipnoterapia y se explicaron los beneficios que se han observado con problemas similares. Se realizó el análisis breve de los estados depresivos así como de los intentos de solución que hubiera llevado a cabo hasta el momento.

Una de las claves para hacer una psicoterapia breve y exitosa es partir de un buen contrato de trabajo, los objetivos relevantes, concretos, alcanzables y resolubles, ya que sin un acuerdo sobre lo que se quiere conseguir, la terapia puede ser ineficaz y prolongada. (Beyebach, 1999; Rodríguez Morejón y Beyebach, 1994; Beyebach, 2006).

Los objetivos terapéuticos del paciente fueron: 1) Solución de las secuelas psicológicas por el abuso sexual. 2) Resolver el conflicto en la relación con su padre. 3) Definir su orientación sexual.

En la primera sesión el paciente se evalúa con 7,5 en la escala de avance.

Sesión 2. Todas las sesiones terapéuticas comenzaron investigando los cambios positivos percibidos por el paciente desde la sesión anterior. Según De Shazer (1995), cualquier cambio puede iniciar un efecto de irradiación hacia un futuro más satisfactorio. En esta sesión, el paciente reportó que durante la semana anterior, se observó con más energía, con pensamientos positivos para emprender nuevos proyectos. Posteriormente, se trabajó con la técnica de silla vacía hipnótica, que es una modificación de la silla vacía surgida de la Gestalt, en la que el terapeuta dirige las verbalizaciones de una emoción del paciente, a una persona imaginada en la silla (Conoley, Conoley, McConnell y Kimzey, 1983). Esta modificación consiste en que el paciente entre en trance hipnótico observando fijamente una silla colocada frente a él. Una vez que el paciente entra en trance, se le guía para que imagine a una persona y se inicia un diálogo entre el paciente y la persona imaginaria. En este caso, el paciente se visualizó a sí mismo en una edad más joven, opti-

mista, jovial, progresista, y le manifestaba que sentía que ese Pedro progresista lo había abandonado y le había dejado a un Pedro inseguro, sin ambiciones, le pedía que regresara y que lo ayudara a conseguir sus metas, a ser emprendedor, a sentirse seguro. En una segunda parte de la técnica, visualizó a su padre y se trabajó en reestructurar la relación entre ambos y el autoconcepto del paciente, que estaba influido por las opiniones negativas que su padre le había manifestado durante la infancia. El paciente expresó los sentimientos de minusvalía y descalificación que su padre generaba al decirle repetidamente que no podía hacer las cosas bien, que no tenía capacidades, que era un inútil. En esta sesión Pedro informó que la comunicación con su padre era poco frecuente.

También durante la sesión se realizó una inducción por levitación de manos sugiriéndole que cada vez que la mano se elevara, su autoestima también se elevaría. Al final de la terapia se aplicó una escala subjetiva de relación, en la que reportó estar en un 8. En esta sesión, se aplicaron las escalas psicosociales descritas en el apartado de método.

Sesiones 3, 4, 5 y 6. En estas sesiones, se utilizaron técnicas hipnoterapéuticas dirigidas al fortalecimiento de la autoestima.

En la tercera sesión se le aplicó “la Metáfora del Árbol Prominente” de Alcid Pelletier (citado por Hammond, 1990). Este tipo de metáfora es útil en pacientes que han pasado por situaciones difíciles en la vida, y consiste en una analogía entre el paciente que vive circunstancias difíciles y un árbol que crece de una semilla, que aprende a enfrentarse a las inclemencias del tiempo, que crece rodeado de obstáculos y desarrolla una corteza dura por fuera para proteger todo lo que tiene dentro, lo que le permite al paciente fortalecer su autoestima y su concepto de autovalía.

En la sesión cuatro, se trabajó con una técnica hipnótica denominada “set de aprendizaje temprano” en la cual se narra en forma detallada la evolución ontogenética, desde que se está en el vientre de la madre y ella prevé todo lo que necesitamos. Posteriormente, se abordan el parto, las fases del desarrollo infantil, el aprendizaje que realizamos en el hogar y en la escuela, hasta que salimos de nuestra casa en la edad adulta y formamos nuestra propia familia. Esto es una forma de reestructuración para que el paciente interiorizara la evolución de la estructura familiar, desde las etapas de relación de dependencia con la madre, cuando era niño, hasta la independencia en la edad adulta (Minuchin y Fishman, 2004). En esta misma sesión se aplicó una técnica para el fortalecimiento del ego (Torem, 1990, citado en Hammond,

1990) en la cual se alienta al paciente a tener confianza de visualizarse a sí mismo en el futuro logrando sus metas, así como disminuyendo o eliminando la percepción de experiencias y sugerencias negativas del pasado.

En la quinta sesión se aplicó la técnica hipnoterapéutica “Alfombra Mágica”, en la cual el paciente en estado de trance hipnótico visualiza una alfombra mágica, que puede volar. La alfombra lo lleva a dar un paseo y desde arriba se ve él mismo cuando era pequeño. Se le pide al paciente que fortalezca la autoestima de ese niño diciéndole lo importante que es, que lo quiere, que vale mucho, que lo haga sentir protegido y amado. Esta técnica está diseñada para trabajar con un estado de ego o niño interior, herido emocionalmente, y formado a partir de experiencias dolorosas tales como el abuso sexual, la violencia física y emocional o situaciones de abandono (Bradshaw, 1993).

En la sexta sesión se utilizó la técnica hipnoterapéutica de regresión en edad para el fortalecimiento de la autoestima de Helen Watkins (citada en Hammond, 1990) donde el paciente hace un viaje imaginario en un tren desde el presente hasta el momento de su nacimiento pasando por varias etapas de su vida. Durante el viaje de regreso el terapeuta va diciendo al paciente una serie de elogios hacia su persona, que sirven para empoderarlo y que pueda ver los acontecimientos pasados desde otra perspectiva, es decir, hacer una reestructuración.

En el transcurso de estas sesiones el paciente reportó una mejoría en su estado de ánimo, expresó que sentía deseos de retomar objetivos que había dejado sin concluir. También comentó que las personas de su entorno, como su madre y sus compañeros de trabajo, se habían dado cuenta de los cambios positivos que estaba presentando ya que había estado más comunicativo y con una actitud más positiva.

Sesiones 7, 8 y 9. Estas sesiones estuvieron dirigidas a la expresión de emociones contenidas. Se utilizó nuevamente la técnica de silla vacía hipnótica, en la séptima sesión. Pedro trabajó el abuso sexual infantil, visualizó a su agresor en la silla, y le expresó el daño que había causado en su vida. Después se visualizó a sí mismo como un niño de 6 años y trató de expresar a su agresor el coraje que tenía guardado, pero no pudo hablar, solo le arrojó algunos objetos (proporcionados por el terapeuta) y le gritó “¡vete, vete de aquí!”. Posteriormente durante el trance, visualizó a su madre, a quien contó su experiencia traumática, y le dijo que nunca se lo había comentado, porque pensaba que él era el culpable de lo que había ocurrido. Cuando salió del trance el paciente declaró: “tuve una sensación muy extraña, sentía que algo me apretaba la boca y no me dejaba hablar, quería

decirle muchas cosas más a mi agresor, pero sentía como si estuviera amordazado y no podía hablar”. Dijo sentirse desahogado, protegido y sin culpa.

Para finalizar la sesión se utilizó la técnica hipnoterapéutica “Imaginación Religiosa de Sanación Universal para el Dolor y el Fortalecimiento del Ego” (Wright, 1987), diseñada para promover el amor, el perdón y el fortalecimiento espiritual.

En la octava sesión se realizó la técnica de “Abreacción Silenciosa”, desarrollada por Helen Watkins (citada en Hammond, 1990), que consiste en que el paciente en estado de trance imagina que viaja por un camino donde hay una roca que no lo deja avanzar, esa roca representaba los obstáculos, autolimitaciones y emociones negativas que podrían impedir conseguir sus metas. Se le pidió que imaginara que destrozaba la roca con un mazo o cualquier otra herramienta que quisiera utilizar, y que en cada golpe iba a poder visualizar rostros, personas, situaciones o cosas que le habían impedido conseguir sus metas. Una vez que el paciente destruyó la roca, se incorporó una estrategia terapéutica sugerida por Krakauer (2009), que ha resultado ser efectiva en el tratamiento de supervivientes de abuso sexual, pidiéndole que visualizara una cascada con agua limpia, pura y cristalina, que limpia por dentro y por fuera, y que se bañara en ella. Después el paciente continuó avanzando por el camino y se le pidió que eligiera una de sus cualidades para que lo acompañara en el resto del camino: eligió la “perseverancia”. En la parte final de la técnica, se le sugirió que su mente inconsciente tendría un regalo para él. El objetivo de esta técnica es que el paciente libere miedos, rencores y otras emociones negativas en forma silenciosa, además de re-asociar recursos positivos, lo que facilita elaborar más fácilmente proyectos de futuro y el logro de metas. El paciente informó que esta sesión le sirvió para darse cuenta de las mejoras que había tenido con la terapia. Se sentía muy tranquilo y declaró sentirse muy cerca de conseguir sus metas terapéuticas, planteadas al inicio de la terapia.

En la novena sesión, se trabajó con una técnica de externalización de miedos “ELR” (escribir, leer y romper), que consiste en identificar miedos que el paciente tuviera hasta ese momento y después escribirlos en una hoja de papel. Una vez escritos el paciente los leyó en voz alta, hizo una reflexión acerca de la función que había tenido cada uno de ellos en su vida y pudo darse cuenta de que los miedos le habían impedido lograr algunos de sus objetivos. Posteriormente se despidió de los miedos, rompió la hoja y tiró los trozos de papel a una papelerera. En la segunda parte de la técnica escribió pensamientos positivos acerca de sí mismo y los objetivos que quería conseguir a corto y largo plazo. Poste-

riormente se realizó una técnica de hipnosis activa, donde se le pidió que realizara movimientos de brazos como si levantara unas mancuernas con sus manos, como si estuviera haciendo ejercicio, y al mismo tiempo se le pidió que fijara su vista en un punto de la pared y que imaginara que iba avanzando hacia las metas que había escrito en la segunda parte del ejercicio. Se le pidió que repitiera en ejercicio en su casa. El paciente reportó 8,9 en la escala de avance terapéutico.

Sesiones 10 y 11. Un familiar de Pedro le sugirió aceptar a una amiga a través de una red social (Facebook), que vive en Estados Unidos. Viajó a México para conocer a Pedro, y él refirió sentirse entusiasmado por dicho encuentro y pudo disfrutar de la compañía de esta nueva amiga sin sentir ansiedad.

Estas sesiones estuvieron enfocadas a trabajar el aspecto sexual, ya que el tercer objetivo terapéutico era definir su orientación sexual. Se utilizó la metáfora hipnótica denominada “La Cena” en la que se hace una analogía del disfrutar de los alimentos nuevos, probar sabores diferentes, comer despacio, sentir las sensaciones en la boca y labios, con la finalidad de motivarlo a que descubriera nuevas sensaciones en el aspecto sexual. También se utilizó una técnica para fomentar sueños eróticos. Los sueños hipnóticos son utilizados para involucrar al paciente en un proceso creativo, alimentar deseos y realizar una búsqueda inconsciente para resolver sus problemas (Hammond, 1990; Al Rubaie, 2004).

Cambiar deliberadamente la atención del paciente es una forma de desarrollar amnesia de la hipnosis (Téllez, 2007). El terapeuta puede pedir que responda a algo no relacionado con el tema de la técnica utilizada en la sesión de hipnosis (Yapko, 2003). Es por esa razón que justo al salir del trance se evitó hablar de la experiencia que el paciente había tenido en relación a la técnica aplicada, utilizando una pregunta como recurso de distracción inmediata.

Sesión 12: seguimiento a un mes.

En esta sesión se trabajó con una técnica de progresión en edad; este tipo de técnica permite guiar al paciente bajo un estado de trance, hacia un futuro diferente, que le permite verse y sentirse manejando situaciones de una nueva forma, y le ayuda a descubrir y alcanzar metas (Hammond, 1990; Yapko, 2003).

En estado de trance hipnótico se le pidió a Pedro que se imaginara una pantalla de televisión frente a él, que se visualizara a sí mismo dentro de esa pantalla, y que fuera cambiando de canal hasta llegar a uno que correspondiera a una edad futura. Por ejemplo, si el paciente tenía 40 años, se le pidió que pusiera la pantalla en el canal 45

y se viera a sí mismo como si ya hubiera alcanzado sus objetivos. Durante esta técnica se intercaló la metáfora “El águila y la gallina. Una metáfora de la condición humana” (Boff, 1998), con una adaptación del segundo autor. La metáfora trata de un huevo de águila que se cae de su nido, rodando va a dar a una granja donde una gallina lo adopta. Cuando nacen los pollitos nace también ese aguilucho que se cree un pollo grande y torpe. Un día un halcón le dice “tú no eres un pollo, eres una hermosa águila” lo lleva a lo alto de la montaña y lo lanza al vacío. Es entonces cuando, para salvarse de morir, extiende las alas y descubre que es una hermosa águila. Al final de la sesión, Pedro informó un 9,5 en la escala de avance. Se dio de alta al paciente con una cita de seguimiento en seis meses.

Sesión 13: seguimiento a seis meses.

Se realizó una sesión después de seis meses de haber terminado el tratamiento, como seguimiento a la terapia realizada. La sesión se realizó por medio de videoconferencia. Pedro reportó sentirse muy tranquilo. Había hecho grandes cambios en su vida: después de renunciar a su trabajo, decidió vivir en el estado de Texas, Estados Unidos, donde trabaja en una compañía de venta de libros por internet. Refirió que, en ocasiones, evoca 'segmentos de metáforas que se utilizaron en la terapia, lo que le produce mucha paz. Continúa con la relación sentimental que inició casi al final de la terapia, seis meses atrás y ha ampliado su círculo de amistades. Se le enviaron las escalas de medición vía correo electrónico, para realizar el seguimiento. En esta videoconferencia Pedro expresó lo siguiente: “Me siento muy diferente, hice un cierre y dije: voy a ser yo. Tomé la decisión de cambiarme de residencia, trabajo y familia, fue como tirarme de un “bonggie”¹. Estoy disfrutando lo que estoy haciendo, todos los días me levanto con mucho ánimo para ir a trabajar, no importa que haga frío. Diariamente paso por un camino y recuerdo un ejercicio que hice en terapia, en el que tenía que quitar obstáculos para avanzar (abreacción silenciosa), pero aquí veo un camino amplio y despejado y me siento muy tranquilo, estoy fortaleciendo mi proyecto económico, pero también mi proyecto personal de tener una pareja, me siento en un 9,5 en la realización de mis metas”.

Análisis estadísticos

Además de los puntajes obtenidos en las escalas, se utilizó el método ERES (Empirical Rule of Effect Size) para calcular el tamaño del efecto (Sloan y Dueck 2004). El

¹ Deporte extremo que consiste en saltar desde gran altura con los tobillos atados a una cuerda elástica.

tamaño del efecto (ES) es un método que define cambios significativos clínicamente, Cohen (1988) sugiere puntos de corte de .2, .5 y .8 para categorizar tamaño del efecto pequeño, mediano y grande respectivamente. Un efecto mediano, es decir de 0,5 es aceptado por algunos investigadores de la salud como clínicamente significativo.

El método ERES, es una modificación del ES, y proponemos que se puede utilizar como fórmula para medir el significado clínico cuando $N=1$. Después de transformar el rango del instrumento a una escala de 0 a 100, la estimación inicial de la desviación estándar es de 16.7 (100/6). El método ERES combina esta estimación de la desviación estándar con los puntos de corte de Cohen, lo que da como resultado el 3% (0.2×16.7), 8% (0.5×16.7) y 13% (0.8×16.7) para un rango de tamaño del efecto pequeño, mediano y grande respectivamente (Sloan y Dueck, 2004). El método ERES se utilizó especialmente con las escalas para las que no hay puntajes de corte clínicos y, por tanto, permite obtener un indicador sobre el impacto clínico del tratamiento.

Resultados

Como se puede observar en la Tabla 1, todas las escalas reflejan una mejoría clínicamente significativa, muy por encima del 0.5 que es el criterio que establece Cohen.

Como se puede ver en la Figura 1, el paciente presentó una notable mejoría, reduciendo los puntajes de depresión y ansiedad (escala HADS). La depresión, que inicialmente estaba en un puntaje de 17 bajó a 0 al terminar el tratamiento y se mantuvo en esa puntuación a los seis meses de seguimiento. Por su parte el puntaje para la ansiedad disminuyó de 16 a 2 al finalizar la terapia y a 1 en el seguimiento a 6 meses. El HADS total, que se utiliza como medida de distrés general (Singer et al., 2009), se redujo de 33 a 2 y en el seguimiento bajó a 1. Hay que tener en cuenta que los puntajes obtenidos en HADS al

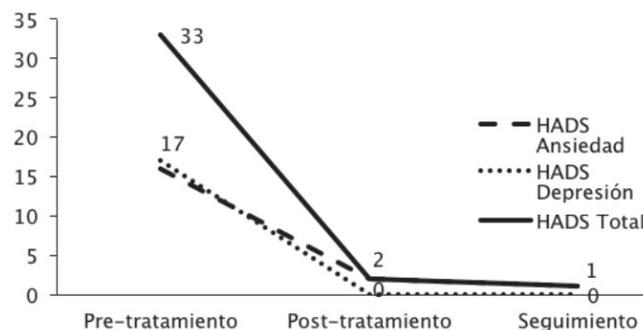


Figura 1. Puntuaciones en la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS) en el pre-tratamiento, post-tratamiento y seguimiento a seis meses.

Tabla 1. Puntuaciones obtenidas en las tres fases del tratamiento y tasas de cambio entre el pre-tratamiento y el seguimiento

Variable	Pre-tratamiento	Post-tratamiento	Seguimiento 6 meses	Cambio Pre-tratamiento/ seguimiento	DT
HADS-Ansiedad	16	2	1	71%	4.2
HADS-Depresión	17	0	0	80%	4.7
HADS-Total	33	2	1	74%	4.4
PSS-Estrés percibido	45	18	11	61%	3.6
LOT-R-Optimismo disposicional	13	26	25	30%	1.8
Autoestima (Rosenberg)	21	39	40	63%	3.7

Nota. HADS: Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria; PSS: Escala de Estrés Percibido; LOT-R: Revised Life Orientation Test

inicio de la terapia se encuentran por arriba de los puntos de corte clínicos, siguiendo el criterio de Singer et al. (2009) quien señala que el punto de corte para depresión es de 5, para ansiedad 7, y de 13 puntos en el total como medida de distrés general. Después de la intervención terapéutica, los puntajes se sitúan por debajo de los puntos de corte clínico. Es decir con una reducción casi total del distrés general.

También se observó una disminución importante en el nivel de estrés percibido, ya que en el pretratamiento el paciente obtuvo un puntaje de 45 de un máximo posible de 54, que se redujo a 18 en el post-tratamiento, y a 11 puntos (de un mínimo posible de cero) en el seguimiento a seis meses. Como no se encontraron puntos de corte clínico para la PSS, se utilizó como referencia la media y la desviación estándar ($M = 2.3$, $DT = 8.13$) para esta escala, reportado por González-Ramírez, Rodríguez-Ayán, y Landero (2013), de acuerdo al grupo de edad del paciente. Considerando lo anterior, el puntaje de estrés bajó de un rango de estrés alto a un rango normal-bajo en el post-tratamiento, y durante el seguimiento los niveles de estrés se redujeron por debajo de los rangos normales de la población de referencia. Por otra parte, de acuerdo al método ERES el paciente tuvo una reducción del estrés del 61%, y con un tamaño del efecto grande (3.6).

La escala de optimismo también refleja cambios importantes ya que el puntaje se vio incrementado de 13 puntos en el pretratamiento hasta 26 en el post-tratamiento (de un máximo de 30) y se mantiene en un nivel muy similar con 25 puntos durante el seguimiento a 6 meses. En esta escala no existe un punto de corte clínico por lo que el análisis de mejoría se realizó utilizando el método ERES, según el cual se observa que el paciente presentó un porcentaje de mejoría del 30%, es decir un efecto grande (1.8). Es importante señalar, que el paciente muestra un puntaje de 12 puntos de diferencia entre el pretratamiento y el seguimiento a seis meses cuan-

do solamente requería de 3 puntos para que su mejoría fuera clínicamente significativa.

Los resultados para la autoestima muestran un comportamiento muy similar al de optimismo, donde también se obtuvo un incremento del puntaje obtenido en el pretratamiento de 21 a 39 puntos en el post-tratamiento y un puntaje de 40 en el seguimiento a 6 meses. En esta escala no existe un punto de corte clínico por lo que también se utilizó el método ERES para establecer el porcentaje de mejoría, que fue del 63% que se corresponde con un tamaño del efecto de 3.7, grande según el criterio de Cohen. En esta escala, el paciente alcanza el máximo puntaje de la prueba en la evaluación de seguimiento a 6 meses, lo que se corresponde con una diferencia de 19 puntos con respecto a la evaluación inicial. Si consideramos que el paciente solamente necesitaba aumentar 2 puntos en la escala, para que su mejoría fuera clínicamente significativa ($DT = 0.50$), concluimos que su mejoría fue nueve veces superior a la esperada.

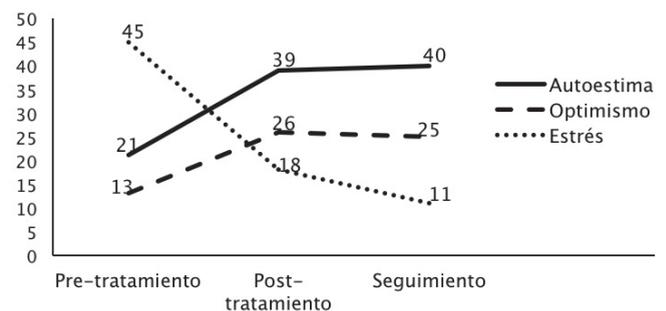


Figura 2. Puntuaciones obtenidas en la escala de estrés percibido (PSS), optimismo (LOT-R) y autoestima de Rosenberg en el pre-tratamiento, post-tratamiento y seguimiento a seis meses.

A nivel cualitativo se obtuvieron resultados positivos después de las 11 sesiones de intervención terapéutica. El paciente se mostró satisfecho con los cambios positivos logrados, pudo trabajar satisfactoriamente el conflicto con su padre, reportó mejoras importantes a nivel la-

boral, social y personal. Uno de los cambios más importantes que el paciente reporta es que al mejorar las relaciones de dependencia con su madre, amplió su red social de amistades y pudo iniciar una relación con una persona del sexo femenino sin sentir estrés o ansiedad, y éste fue el cambio que más valoró de toda la terapia.

Discusión

Las secuelas psicológicas y emocionales no solamente dañan a la víctima, sino también a la sociedad en que se desenvuelve. Se calcula que un 20-30% de las víctimas se convierten en potenciales perpetradores (Pereda, 2010). Por lo tanto es muy importante, además de la prevención primaria, el desarrollo de técnicas psicoterapéuticas efectivas para disminuir o eliminar las consecuencias negativas del abuso sexual infantil. Estudios previos han demostrado la utilidad de combinar la hipnosis con técnicas cognitivo-conductuales (Poon, 2007), con EMDR (Beere, Simon y Welch, 2001; Harford, 2010), y con terapia de estados del ego (Fourie y Guse, 2011; Guse y Fourie, 2013), para lograr resultados alentadores en víctimas femeninas, pero hasta donde sabemos, este es el primer reporte del uso de TBCS y HCE en un paciente masculino con historia de abuso sexual infantil. La combinación de estos dos tipos de terapia resultó muy eficaz para reducir la ansiedad, la depresión y el diestrés, así como para incrementar la autoestima y el optimismo de forma clínicamente significativa.

Lo anterior resulta de suma importancia, ya que los niveles altos de autoestima y optimismo se han considerado amortiguadores del estrés y la ansiedad (Taylor y Stanton, 2007) y se asocian con una buena salud física y emocional (Thoits, 2011), mientras que la ansiedad y la depresión se asocian con una mayor morbilidad psicológica y médica y mayor riesgo de mortalidad (Chapman, Roberts y Duberstein, 2011).

Cabe subrayar que aunque el paciente no tuvo soporte terapéutico durante los 6 meses posteriores al tratamiento, no presentó retrocesos o recaídas durante ese período, lo que se considera una terapia exitosa (De Shazer et al., 1986). Más bien al contrario, el paciente presentó cambios importantes en su vida, tales como definir su orientación sexual, iniciar una relación heterosexual satisfactoria y vivir de forma independiente.

Generalmente, los estudios de caso se han considerado de baja relevancia científica ya que presentan bajos niveles de validez interna y dificultades para el uso de la estadística. Sin embargo, presentan una gran validez externa ya que muestran la eficacia detallada del tratamiento en la práctica clínica cotidiana (Kilbride y Iphofen, 2009). El siguiente paso para demostrar la efectividad de

la combinación de los dos tipos de terapia en hombres sobrevivientes de abuso sexual infantil es la realización de un ensayo clínico aleatorizado para determinar la eficacia clínica con mayor claridad.

En conclusión, el uso combinado HCE y TBCS es altamente recomendable ya que proporciona herramientas para favorecer el cambio rápido, evidente y perdurable. La sesión donde se usó la técnica de abreactión silenciosa, diseñada para pacientes que presentan resentimientos y enojo, fue una de las técnicas que más impacto tuvo en el paciente ya que él reportó que evocaba fragmentos de la misma después de seis meses. La contribución más relevante en este caso es que la intervención puede servir como modelo terapéutico para el tratamiento de los síntomas por abuso sexual infantil, por lo que los autores recomendamos trabajar en el siguiente orden: (1) Fortalecimiento de la autoestima, (2) Expresión de emociones contenidas tales como la ira y el rencor, (3) Técnicas para promover el perdón y sanar heridas emocionales, y (4) Técnicas de progresión en edad para el fortalecimiento del optimismo y el establecimiento de nuevas metas.

Referencias

- Al Rubaie, T. (2004). The use of hypnotic dreaming in psychotherapy. *European Journal of Clinical Hypnosis*, 5(3), 2-8.
- Alladin, A. (2010). Evidence-based hypnotherapy for depression. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 58(2), 165-185. doi: 10.1080/00207140903523194
- Beere, D. B., Simon, M. J., & Welch, K. (2001). Recommendations and illustrations for combining hypnosis and EMDR in the treatment of psychological trauma. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 43(3-4), 217-231.
- Berenzon, S., Lara, M., Robles, R., y Medina-Mora, M. (2013). Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México. *Salud Pública de México*, 55, 74-80.
- Beyebach, M. (1999). Introducción a la terapia breve centrada en las soluciones. En J. Navarro Góngora, A. Fuertes, y T. Ugidos (comps), *Intervención y Prevención en Salud Mental*. Salamanca: Amarú.
- Beyebach, M. (2006). *24 ideas para una psicoterapia breve*. Barcelona: Herder
- Boff, L. (1998). *El águila y la gallina. Una metáfora de la condición humana*. Madrid: Trotta.
- Bradshaw, J. (1993). *Nuestro niño interior*. Emecé Editores.
- Cade, B., y O'Hanlon, W. (1995). *Guía breve de terapia breve*. España: Paidós.
- Chapman, B. P., Roberts, B., & Duberstein, P. (2011). Personality and longevity: knowns, unknowns, and implications for public health and personalized medicine. *Journal of Aging Research*, 2011, 24. doi: 10.4061/2011/759170
- Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24, 385-396.

- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*, Hillsdale, NJ: L. Erlbaum Associates.
- Conoley, C., Conoley, J., McConnell, J. A., & Kimzey, C. (1983). The effect of the ABCs of Rational Emotive Therapy and the empty-chair technique of Gestalt Therapy on anger reduction. *Psychotherapy: Theory, Research y Practice*, 20 (1), 112-117.
- D'Andrea, W., Ford, J., Stolbach, B., Spinazzola, J., & Van der Kolk, B. (2012). Understanding Interpersonal Trauma in Children: Why We Need a Developmentally Appropriate Trauma Diagnosis. *American Journal of Orthopsychiatry*, 82 (2), 187-200. doi: 10.1111/j.1939-0025.2012.01154.x
- De Shazer, S. (1995). *Claves para la solución en terapia breve*. Barcelona: Paidós
- De Shazer, S., Berg, I. K., Lipchik, E., Nunnally, E., Molnar, A., Gingerich, W., & Weiner-Davis, M. (1986). Brief therapy: Focused solution development. *Family process*, 25(2), 207-221.
- Echeburúa, E., y Guerricaechevarría, C. (2011). Tratamiento psicológico de las víctimas de abuso sexual infantil intrafamiliar: Un enfoque integrador. *Psicología Conductual*, 19(2), 469-486.
- Elkins, G. R., Barabasz, A. F., Council, J. R., & Spiegel, D. (2015). Advancing Research and Practice: The Revised APA Division 30 Definition of Hypnosis. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 63(1), 1-9. doi: 10.1080/00029157.2015.1011465
- Fourie, G., & Guse, T. (2011). An integrated hypnotherapeutic model for the treatment of childhood sexual trauma: A case study. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 53(3), 193-205.
- González, M. T., & Landero, R. (2007). Factor structure of the perceived Stress Scale (PPS) in a Sample from Mexico. *The Spanish Journal of Psychology*, 10(1), 201-208.
- Guse, T., & Fourie, G. (2013). Facilitating psychological well-being through hypnotherapeutic interventions. In *Well-being research in South Africa* (pp. 539-555). Springer Netherlands. doi: 10.1007/978-94-007-6368-5_25
- Hammond, D. C. (1990). *Hypnotic Suggestions and Metaphors*. New York: Norton.
- Harford, P. M. (2010). The integrative use of EMDR and clinical hypnosis in the treatment of adults abused as children. *Journal of EMDR Practice and Research*, 4(2), 60-75. doi: 10.1891/1933-3196.4.2.60
- Kessler, R. C., & Bromet, E. J. (2013). The epidemiology of depression across cultures. *Annual Review of Public Health*, 34, 119. doi: 10.1146/annurev-publhealth-031912-114409
- Kilbride, P., & Iphofen, R. (2009). Hypnotherapy Research Design: A Model for Improvement. *European Journal of Clinical Hypnosis*, 9(1), 27-36.
- Krakauer, S. Y. (2009). The Therapeutic Release of Anger: Helen Watkins's Silent Abreaction and Subsequent Elaborations of the Anger Rock. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 57(1), 47-63. DOI: 10.1080/00207140802463633
- Martín-Albo, J., Núñez, J. L., Navarro, J. G., & Grijalvo, F. (2007). The Rosenberg Self-Esteem Scale: Translation and validation in University students. *The Spanish Journal of Psychology*, 10, (2), 458-467.
- Mendoza, M. E., y Capafons, A. (2009). Eficacia de La Hipnosis Clínica: Resumen de su Evidencia Empírica. *Papeles del Psicólogo*, 30 (2), 98-116.
- Minuchin, S., & Fishman, H.C. (2004). *Técnicas de Terapia Familiar*. Buenos Aires: Paidós Terapia Familiar.
- O'Hanlon, W. (1989). *Raíces Profundas. Principios básicos de la terapia y de la Hipnosis de Milton H. Erickson*. Buenos Aires: Ed. Paidós.
- Organización Mundial de la Salud. (2014). <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs150/es/>
- Orth, U., Robins, R. W., & Meier, L. L. (2009). Disentangling the effects of low self-esteem and stressful events on depression: findings from three longitudinal studies. *Journal of personality and social psychology*, 97(2), 307-321. doi.org/10.1037/a0015645
- Orth, U., & Robins, R. W. (2013). Understanding the link between low self-esteem and depression. *Current Directions in Psychological Science*, 22(6), 455-460. doi:10.1177/0963721413492763
- Otero, J.M., Luengo, A., Romero, E. Gómez, J.A. y Castro, C. (1998). *Psicología de personalidad. Manual de prácticas*. Barcelona: Ariel Practicum.
- Pereda, B. (2010). Consecuencias psicológicas a largo plazo del abuso sexual infantil. *Papeles del Psicólogo*, 31(2), 191-201.
- Pérez-Fuentes, G., Olfson, M., Villegas, L., Morcillo, C., Wang, S. y Blanco, C. (2013). Prevalence and correlates of child sexual abuse: a national study. *Comprehensive psychiatry*, 54(1), 16-27. doi: 10.1016/j.comppsy.2012.05.010.
- Poon, M. W. L. (2007). The value of using hypnosis in helping an adult survivor of childhood sexual abuse. *Contemporary Hypnosis*, 24(1), 30-37. doi: 10.1002/ch.324
- Rodríguez Morejón, A., y Beyebach, M. (1994). Terapia sistémica breve. Trabajando con los recursos de las personas. En M. Garrido y J. García (Comps.), *Psicoterapia: modelos contemporáneos y aplicaciones*. Valencia: Promolibro.
- Rosenberg, M. (1989). *Society and the adolescent self-image*. (Rev. Ed.). Middeltown, CT: Wesleyan University Press.
- Sarasua, B., Zubizarreta, I., Corral, P., y Echeburúa, E. (2013). Tratamiento psicológico de mujeres adultas víctimas de abuso sexual en la infancia: resultados a largo plazo. *Anales de Psicología*, 29, 29-37.
- Scheier, M. F., Carver, C. S., & Bridges, M. W. (1994). Distinguishing optimism from neuroticism (and trait anxiety, self-mastery, and self-esteem): a reevaluation of the Life Orientation Test. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67(6), 1063-1078
- Singer, S., Kuhnt, S., Götze, H., Hauss, J., Hinz, A., Liebmann, A., ... & Schwarz, R. (2009). Hospital anxiety and depression scale cutoff scores for cancer patients in acute care. *British journal of cancer*, 100(6), 908-912. doi: 10.1038/sj.bjc.6604952
- Sloan, J. A., & Dueck, A. (2004). Issues for statisticians in conducting analyses and translating results for quality of life end points in clinical trials. *Journal of Biopharmaceutical Statistics*, 14 (1), 73-96. doi: 10.1081/BIP-120028507
- Stafrace, S. P. (2004). Self-esteem, hypnosis, and ego-enhancement. *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 32(1), 1-35.
- Taylor, S. E., & Stanton, A. L. (2007). Coping resources, coping processes, and mental health. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3, 377-401. doi:10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091520
- Tejero, A., Guimerá, E.M., Farré, J.M., y Peri, J. M. (1986). Uso clínico del HAD (Hospital Anxiety and Depression Scale) en población psiquiátrica: un estudio de su sensibilidad, fiabilidad y validez. *Revista Psiquiátrica de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 13, 233-238.

- Téllez, A. (2007). *Hipnosis Clínica: Un punto de vista ericksoniano*. México: Trillas
- Thoits, P. A. (2011). Mechanisms linking social ties and support to physical and mental health. *Journal of Health and Social Behavior, 52*(2), 145-161. doi: 10.1177/0022146510395592
- Torem, M. S. (1990). Ego-Strengthening. En Hammond (Ed.), *Handbook of Hypnotic Suggestions and Metaphors*. New York: Norton (pp. 110-112).
- Turner, H. A., Finkelhor, D., & Ormrod, R. (2010). The effects of adolescent victimization on self-concept and depressive symptoms. *Child Maltreatment, 15*, 76-90. doi: 10.1177/1077559509349444
- Vázquez, A., Jiménez, R., y Vázquez, R. (2004). Escala de autoestima de Rosenberg: Fiabilidad y validez en población clínica española. *Apuntes de Psicología, 22* (2), 247-255.
- Wright, M. E. (1987). *The Clinical Practice of Hypnotherapy*. New York: Guilford.
- Yapko, M. D. (2003). *Trancework: An introduction to the practice of clinical hypnosis*. (3rd ed.). New York: Brunner-Routledge.
- Yapko, M. D. (2010). Hypnosis in the treatment of depression: An overdue approach for encouraging skillful mood management. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 58*(2), 137-146. doi: 10.1080/00207140903523137
- Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 67*, 361-370.