

La Depresión

Ps. Boris Araos San Martín

Introducción

La depresión implica mucho sufrimiento para, literalmente, decenas de millones de personas en el mundo. Las investigaciones muestran que al menos una de cada cuatro personas sufrirá algún episodio depresivo mayor en algún momento de su vida. Pero sólo un 25 % de esas personas o menos recibirá algún tipo de tratamiento.

Por otra parte, la prevalencia real de la depresión es muy difícil de conocer. Muchos casos de depresión están enmascarados y no son diagnosticados como tal, permaneciendo ocultos detrás de múltiples quejas somáticas, dolor crónico, alcoholismo, dependencia de drogas, trastornos conductuales, etc.

Etiología de la depresión

Un problema tan multifacético como la depresión habitualmente no tiene un único factor causal subyacente.

Las teorías biologicistas reducen la depresión a bajas en la concentración de neurotransmisores como la norepinefrina y la serotonina o a otros desórdenes físicos. El tratamiento que ellos indican es principalmente farmacológico. Su efectividad en el alivio de síntomas es alta en el corto plazo, y muy baja en el largo, con muchas recaídas, cuando no se agrega una psicoterapia para tratar los factores psicológicos implicados en la depresión. Hasta hoy, por ejemplo, no existe una píldora para mejorar la autoestima, factor psicológico que está involucrado en muchas depresiones.

El modelo psicodinámico concibe la pérdida como el componente principal de la depresión. Freud (1918) señaló que algunos individuos pueden hacerse muy dependientes de otros para mantener un sentido de autoestima. Cuando un individuo pierde a la persona de quien depende, por muerte, abandono o rechazo, surge la rabia que no puede ser expresada directamente, entonces la rabia se dirige hacia adentro, convirtiéndose en culpa y en baja autoestima, que son características de la persona deprimida. La terapia dinámica busca resolver los problemas de dependencia y transferencia mediante el insight, el descubrimiento y expresión de la rabia reprimida y otros sentimientos dolorosos.

Las teorías conductuales destacan en la depresión la pérdida de reforzadores, con dificultad para generar nuevas fuentes de relaciones gratificantes, por déficit en las habilidades sociales (Lewinshon, 1985). La terapia se diseña para que la persona deprimida acceda a nuevos reforzadores.

Las teorías cognitivas, desarrolladas primariamente por Beck (1979), conciben la depresión como producto del pensamiento distorsionado. Según este modelo, que ha demostrado ser enormemente efectivo como tratamiento, las emociones son consecuencias de los pensamientos y si uno se deprime es porque está pensando en forma negativa y no realista. Beck ha encontrado que las personas que se deprimen tienen una visión

marcadamente negativa de sí mismos (baja autoestima), del futuro (desesperanza) y de sus experiencias.

Seligman (1983) destaca la sensación de desamparo como causa de la depresión. La persona se enfrenta a situaciones y eventos negativos que los percibe como no controlables, que no los puede manejar, se siente indefenso, desamparado, se vuelve pasivo y se deprime.

La **terapia cognitiva** busca el cambio de las pautas de pensamientos negativos e inadecuados, que generan emociones depresivas, por otros pensamientos más adaptativos y realistas. Cuando cambia la forma negativa de pensar, cambia en forma significativa el ánimo y la persona supera la depresión.

La Terapia de Esquemas: destaca el rol de las experiencias tempranas, en la infancia, de pérdidas reales, falta de atención o de afecto, que se reactualizarían posteriormente en la adolescencia o vida adulta, ante un evento desencadenante. Además se habrían desarrollado mecanismos de defensa contra la experiencia de pérdida excluyendo de la consciencia la expresión de ira ante la persona que le generó pérdida o falta de afecto, y evitando el apego a otros para no reactivar la pérdida. La persona experimenta a nivel emocional la pérdida o el rechazo, excluyendo la ira, y a nivel consciente se lo explica por una atribución interna negativa de sí mismo, desarrollando una depresión.

Las dimensiones múltiples de la depresión

La depresión tiene múltiples componentes a nivel somático, cognitivo, afectivo, conductual y relacional. De ahí la necesidad de una evaluación completa, pues para una mejoría verdadera y duradera, es necesario tratar las múltiples pautas depresivas.

Síntomas depresivos a nivel somático

Dificultad para conciliar el sueño (insomnio) o exceso de sueño

Aumento o pérdida de apetito

Fatiga y falta de energía

Dolor físico con etiología orgánica desconocida

Síntomas depresivos a nivel cognitivo

Expectativas negativas, desesperanza

Evaluación negativa de sí mismo (baja autoestima)

Indecisión

Confusión

Rumiación cognitiva

Disminución de la concentración y la memoria

Ideación suicida

Síntomas depresivos a nivel afectivo

Tristeza

Sentimientos de inutilidad, soledad, culpa inapropiada

Irritabilidad aumentada, agitación, inquietud

Falta de placer en actividades que normalmente son gratificantes, incluyendo la actividad sexual

Síntomas depresivos a nivel conductual

Habla llorosa

Impulsividad

Conductas perfeccionistas

Conductas autodestructivas

Abuso de alcohol o drogas

Aumento consumo tabaco

Síntomas depresivos a nivel relacional

Aislamiento social

Marcada dependencia de otros

Estilo relacional de "víctima"

Excesivamente responsable de otros

Pautas de autosacrificio

Hipercrítico de otros

Es posible que los niños deprimidos no tengan los síntomas clásicos de la depresión en los adultos. Se deben vigilar especialmente los cambios en el rendimiento escolar, el sueño, la irritabilidad y el comportamiento. Si los padres observan estos cambios en su hijo, vale la pena consultarlo con el psicólogo.

Efectividad de la terapia psicológica e hipnosis versus los medicamentos antidepressivos

Existen mitos respecto al tratamiento de la depresión. Un mito es creer que la terapia psicológica es útil para las depresiones leves y moderadas, pero que para las depresiones severas o más graves, la terapia psicológica es poco efectiva y la terapia farmacológica con antidepressivos sería superior. Las investigaciones niegan lo anterior. Nada menos que los estudios realizados por el **Nacional Institute of Mental Health (NIMH) Treatment of depresión Collaborative Research Program** (Elkim, Parloff, Hadley y Audry, 1985) muestran que la terapia psicológica, Cognitiva o Interpersonal, es al menos igual de efectiva que la medicación antidepressiva para el tratamiento de la depresión severa o mayor, sin los inconvenientes de los efectos secundarios de los fármacos (NIMH (Shea et al, 1992).

Además de la Terapia de Esquemas, la terapia Cognitiva y la Psicoterapia Interpersonal, también han mostrado utilidad para el tratamiento de la depresión mayor y depresión moderada o leve la **Terapia de Conducta**, ya sea la **Terapia de Autocontrol** (Rehm, 1987), el **Curso para el afrontamiento de la depresión** (Lewinsohn et al., 1978), el **Entrenamiento en Habilidades Sociales** (Versen et al., 1984), el **Programa de Actividades Agradables** (Lewinsohn y Gotlib, 1995), la **Terapia de Solución de Problemas** (Nezu, 1987) y la **Terapia Conductual de Pareja** (Beach y OLeary, 1992), según sea el caso.

La terapia a elegir dependerá de la naturaleza de la depresión en cada paciente en particular, de sus características de personalidad y de sus preferencias. Si la depresión tiene una naturaleza más intracognitiva, de errores y distorsiones del pensamiento, la hipnosis con terapia Cognitiva y de Esquemas es más aconsejable. Si la depresión tiene como causa principal un conflicto de pareja, la Terapia Conductual de Pareja es la más indicada. Si la depresión tiene una naturaleza más interpersonal, la indicada es la Psicoterapia Interpersonal.

En consecuencia, el tratamiento de elección para la depresión, tanto para las más graves como para más moderadas, es la terapia psicológica, ya sea la Terapia de Esquemas con hipnosis, la Psicoterapia Interpersonal, la Terapia Cognitiva o la Terapia de Conducta, según sea el caso. Dado que estos tratamientos tienen al menos igual efectividad que los medicamentos antidepressivos, son preferibles, ya que no tienen los inconvenientes de los psicofármacos. Los fármacos, como tratamiento combinado, son recomendables para pacientes internos, depresión bipolar y si el paciente lo prefiere.

Tratamiento de la depresión con Hipnosis, Terapia de Esquemas y Terapia cognitiva

La hipnosis no sólo aumenta la efectividad de la terapia de Esquemas y la terapia psicológica conductual, como lo avalan investigaciones bien controladas (Kirsch et al., 1995) sino es una herramienta muy útil para el tratamiento de la depresión en general (Brown, 1998; Ericsson, 1980; Gibson, 1991; Kroger, 1963; Wolberg, 1982; Yapko, 1990). Existen errores importantes al respecto, como pensar que los pacientes deprimidos no son hipnotizables o que la hipnosis les haría mal. Pero expertos en el tema, señalan las grandes ventajas de aplicar hipnosis en la depresión, incluso en la depresión mayor o más grave, entre ellos destacan Edelstein (1981), Erickson (1980), Heller (1987), Hodge (1990), Havens y Walters (1989), Meares (1960) y Yapko (1992).

Objetivos de tratamiento y estrategias de tratamiento

1. Construcción de expectativas. 2. Alivio de síntomas. 3. Identificar y modificar los pensamientos automáticos, distorsiones cognitivas y supuestos. 4. Identificar y modificar las trampas vitales: baja autoestima, baja asertividad, carencias emocionales, abandono, exclusión social. 5. Tratar otros factores que gatillan la depresión

Objetivo 1 Construcción de expectativas positivas

- Evaluar qué significa para el sujeto lo ocurrido en el evento desencadenante, si lo considera insoportable/catastrófico (“no soporto esto”, “es terrible”), si daña su autoestima (“sin su amor yo carezco de valor”, “fue mi culpa”)
- Evaluar sus expectativas, actitudes pesimistas/derrotistas e indefensión (“no mejoraré”, “no puedo hacer nada”)
- Construir expectativas positivas y locus de control interno
- Hipnosis para construir expectativa positiva
- Hipnosis progresión en el tiempo

Objetivo 2 Alivio de síntomas

Inactividad

- Evaluar nivel de actividad y de gratificaciones del sujeto, ya que la disminución de actividades reforzantes es central en el mantenimiento de la depresión
- Programación gradual de actividades (con grado agrado y dominio)
- Aumento de actividades de dominio-placer
- Modificación distorsiones cognitivas subyacentes a la pasividad
- Hipnosis ensayo mental
- Ejercicios físicos

Tristeza y llanto

- Prescripción paradójica: limitar la expresión de disforia a intervalos programados
- Autoinstrucciones de afrontamiento
- Evaluar sentimientos subyacentes, la presencia de asuntos no resueltos, sentimientos no expresados por la interrupción de la relación. Elaboración catártica mediante hipnosis elaboración del duelo
- Regresión

Ira

- Entrenamiento en relajación
- Hipnosis de entrenamiento en asertividad para expresar la ira de manera focalizada y asertiva
- Reestructuración cognitiva: identificar los pensamientos automáticos y las distorsiones cognitivas a la base: perfeccionismo, deberías, poca tolerancia a los errores, personalización, magnificación. Búsqueda de alternativas cognitivas
- Hipnosis de Ensayo mental con reestructuración cognitiva
- Inoculación al stress, con uso combinado de autoinstrucciones de autocontrol, relajación y uso de alternativas
- Desarrollo de la tolerancia
- Meditación mindfulness en la compasión
- PNL para considerar el punto de vista del otro (se representa la escena y el paciente adopta el papel del ofensor)
- Regresión

Culpa, vergüenza

- Reestructuración cognitiva: Reatribución (búsqueda de factores ajenos al paciente)
- Examinar criterios para la culpa
- Regresión

Insomnio

- Relajación
- Entrenamiento autógeno + Becker
- Meditación Anapana Sati
- DS + di

- Parada del pensamiento y distracción mental
- Control de estímulos y hábitos de sueño: horario regular, dieta liviana antes de dormir, evitar estimulantes y ejercicios físicos 2 horas antes, ambiente silencioso y destinado a dormir

Soledad, aislamiento

- Evaluar conflictos de pareja o familiar y su relación con la depresión. Si hay un nivel de ira elevado, debe ser el foco inicial de trabajo con la pareja o la familia.
- Buscar apoyo familiar, pareja, amistades
- Desarrollo de habilidades sociales: arreglo personal, inicio y desarrollo de conversaciones.
- Regresión

Objetivo 3 **Identificar y modificar con hipnosis, terapia cognitiva y mindfulness los pensamientos automáticos, distorsiones cognitivas y supuestos personales.**

La tríada cognitiva en la depresión

Consiste en tres patrones cognitivos importantes que inducen al paciente a considerarse a sí mismo, a sus experiencias y su futuro en una forma negativa. Esta tríada constituye el punto nodal de la depresión, de ella van a derivar todos los demás síntomas.

1. **Visión negativa de sí mismo:** La persona deprimida siente que carece de cualidades y atributos necesarios para estar bien. Atribuye las pérdidas a sus deficiencias. Se critica duramente por sus debilidades o errores, se culpabiliza por ellos, llegando a la conclusión que es poco valioso como ser humano.

2. **Visión negativa de sus experiencias:** La persona deprimida ve sus experiencias presentes de forma negativa. Siente las demandas del ambiente como abrumadoras o que presentan obstáculos insuperables.

3. **Visión negativa del futuro:** la persona deprimida ve el futuro en forma negativa, anticipa que sus dificultades presentes y su sufrimiento continuará indefinidamente. Espera del futuro fracasos, soledad, frustraciones. Puede llegar a ver el futuro sin salida, sin esperanza.

Distorsiones cognitivas en la depresión

- Inferencia arbitraria: saca conclusiones sin una evidencia suficiente que la apoye o la evidencia es contraria a esa conclusión (“mis amigos me van a rechazar”)
- Abstracción selectiva: se centra en un aspecto de la situación (el negativo) e ignora otros (los positivos)
- Sobregeneralización: saca conclusiones generales y las aplica a hechos diferentes o no relacionados (“no hago nada bien” “todo está mal”)
- Maximización y minimización: le da mucha importancia a los errores y deficiencias y considera muy poco los aciertos, les baja el perfil

- Personalización: las cosas negativas las refiere a su persona sin que exista evidencia para ello
- Pensamiento polar: clasifica la experiencia en términos extremos y opuestos, sin considerar categorías intermedias (“soy un inútil”, “nadie me quiere”)
- Magnificación: percepción de los problemas como abrumadores e insuperables
- Negativismo: ver el vaso medio vacío. Tarea: fijarse en aspectos positivos

Supuestos personales en la depresión

- Para ser feliz, debo tener éxito en todo lo que me proponga
- Para ser feliz, debo obtener la aceptación y aprobación de todo el mundo en todas las ocasiones
- Si cometo un error, significa que soy un inepto
- No puedo vivir sin ti
- Si alguien se muestra en desacuerdo conmigo significa que no le gusto
- Mi valor personal depende de lo otros piensen de mi

Objetivo 4 Tratar las trampas vitales, originadas en la infancia y que causan depresión

- La baja autoestima
- La baja asertividad
- Carencias emocionales en la infancia
- Miedo al abandono
- Exclusión social

Objetivo 5 Tratar otros factores que gatillan la depresión

El duelo: Por pérdida de una relación muy significativa. Objetivos: valorar la pérdida en forma realista, lograr la emancipación emocional con la persona que ya no está y sustituir la pérdida por nuevos intereses y por otras relaciones.

- Para lograr lo anterior se brinda apoyo y comprensión para facilitar la expresión de sentimientos experimentados en el momento en que se produjo la pérdida
- Se facilita que la persona hable acerca de las circunstancias que condujeron a la pérdida y los acontecimientos relacionados con ella
- Se alienta para que hable de la persona perdida y su historia relacional con ella, con todos sus altibajos.
- Se exploran posibles sentimientos contraproducentes e inadecuados de rabia, culpa, anhelo o tristeza inhibida
- Se hace hipnosis de despedida

Los conflictos interpersonales: Se producen cuando las personas esperan cosas diferentes de la relación interpersonal.

Esta área se puede abordar con la técnica de resolución de problemas interpersonales e hipnosis de entrenamiento en asertividad.

Los problemas de adaptación en los cambios vitales: ocurre cuando la persona tiene

muchas dificultades para afrontar los cambios de rol biográficos (por ejemplo, al dejar el colegio, al terminar la universidad y entrar al mundo del trabajo, al casarse, al tener hijos, o al jubilar) y se producen alteraciones emocionales y trastornos depresivos. Se trabaja en la aceptación del nuevo rol, con sus ventajas y desventajas, y en el desarrollo de habilidades que requieren el nuevo rol.

Los déficit en habilidades sociales: Se propone como objetivos reducir el aislamiento social, mejorar las relaciones actuales y promover nuevas relaciones sociales satisfactorias. Se trabaja con hipnosis y terapia de esquemas en el desarrollo de la asertividad y habilidades sociales.

Caso clínico

Paciente de 38 años, casada, 3 hijos. Presenta un Trastorno depresivo, que cumple con los criterios del DSM IV para Depresión Mayor, de dos años de evolución, tratada con medicamentos antidepressivos y ansiolíticos, sin una mejoría satisfactoria.

A nivel cognitivo, su depresión se manifiesta como disminución de la concentración y la memoria, pensamientos negativos sobre el futuro y sobre sí misma. A **nivel afectivo**, siente tristeza, soledad, desamparo, inseguridad, miedo e irritabilidad. A **nivel somático** presenta baja energía vital, cansancio, disminución del apetito, disminución de la libido, insomnio. A **nivel conductual** los síntomas son tendencia al aislamiento, llanto frecuente y aumento del consumo de tabaco.

La paciente es una persona insegura, con baja autoestima social y baja asertividad. Le cuesta defender sus derechos y expresar sus sentimientos, necesidades y opiniones. Siente culpa si dice No. Las críticas le afectan mucho y no se defiende, aunque sean injustas. Tiene mucha dificultad para expresar desacuerdo y le cuesta mucho pedir favores.

Como evento vital relevante, falleció su madre hace dos años. Era su apoyo emocional más importante. Siente culpa y una sensación de vacío insuperable hasta el momento. Su marido es empresario, de jornadas laborales muy largas, de 10 a 12 horas diarias, habitualmente llega cansado a la casa, come, quiere ver TV un rato sin que lo molesten y se duerme. Sus hijos, los tres adolescentes, están concentrados en las obligaciones escolares y en los amigos. Ella se siente sola. Casi no tiene vida social.

Dada las características, el tratamiento elegido fue la Terapia de esquemas con hipnosis, ya que la paciente presenta dos áreas en la depresión que dicho tratamiento psicológico aborda en forma estructurada por fases y objetivos: el duelo y los déficit en las habilidades sociales.

Para el **duelo**, se trabajó en lo valorar la pérdida en forma realista, lograr la emancipación emocional con la persona que ya no está y sustituir la pérdida por nuevos intereses y por otras relaciones.

- La paciente expresó los sentimientos experimentados en el momento en que se produjo la pérdida

- Ella pudo hablar acerca de las circunstancias que condujeron a la pérdida
- Sintió alivio cuando habló de la historia relacional con su madre, con todos sus altibajos.
- Se trabajó en el alivio de sentimientos de culpa y vacío.

Se hizo **hipnosis de regresión**, así la paciente logró despedirse de su madre y decirle todo lo que necesitaba comunicarle y que había quedado pendiente. También se perdonó a sí misma de su aparente falta de cariño. Después de la hipnosis, señala que sintió un notable alivio de la sensación de culpa y de vacío interior.

Para su **déficit en habilidades sociales**, se trabajó en reducir su aislamiento social, mejorar sus relaciones actuales y promover nuevas relaciones sociales satisfactorias.

Mediante **hipnosis de regresión**, la paciente analizó sus relaciones más importantes en el pasado y cómo existen problemas que se repiten y actitudes contraproducentes que ella necesitaba cambiar.

Mediante **Entrenamiento en asertividad**, la paciente aprendió a comunicar mejor sus sentimientos, opiniones y necesidades y a defender sus derechos en forma no agresiva.

Se hizo **hipnosis de reforzamiento de límites**, tal como la propone M. Yapko (1992), con especial énfasis en los límites que la separan de los demás, para que no le afectaran excesivamente las críticas, con buen resultado.

Se entrenó a la paciente en una meditación mindfulness para que tome los pensamientos negativos como pensamientos y no como reflejos de la realidad.

El tratamiento duró 20 sesiones. A los ocho meses del alta, la paciente seguía bien, sin recaídas.

Para solicitar hora de consulta: Teléfono 26105605 (Santiago, Chile)

Bibliografía

- Beach, S.R. y O Leary, K.D. (1992). Treating depression in the context of marital discord: outcome and predictors of response for marital therapy vs. cognitive therapy. *Behavior Therapy*, 23: 507 - 528
- Beck, A.T., Rush, J., Shaw, B. y Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York. Guilford Press.
- Beck, A.T. (1991). Cognitive therapy. A 30- year retrospective. *American Psychologist*, 46, 4: 368-375.
- Bowers K.S. (1976). *Hipnosis for seriously curious*. New York: W.W. Norton and Co.

- Capafons A. (1998). Autohipnosis rápida: un método de sugestión para el autocontrol. *Psicothema*, 10, 571-581
- Edelstein, M. (1981) *Trauma, trance and transformation*. New York: Brunner/Mazel
- Elkin, I., Parloff, M.B., Hadley, S.W. y Autry, J.H. (1985). NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program: background and research plan. *Archives of General Psychiatry*, 42: 305 - 316
- Erickson M. (1980). *Hypnotic Investigation of Psychodynamic Processes. The collected Papers of Milton H. Erickson on Hypnosis. Vol III*. Ed Ernest L. Rossi
- Erickson, M. (1980) In E. Rossi, ed., *The collected papers of Milton H. Erickson on hypnosis, Vol III: Hypnotic alteration of sensory perceptual, and psychophysiological processes*. New York: Irvington
- Gibson, H.B. y Heap, M. (1991). *Hypnosis in therapy*. London: LEA
- Havens, R. y Walters, C. (1989) *Hypnotherapy scripts: A neo- Ericksonian approach to persuasive healing*. New York: Brunner/ Mazel
- Hawkins P.J. (1998). *Introducción a la Hipnosis Clínica. Una perspectiva humanista*. Promolibro. Valencia
- Heller, S. (1987) *Monster and magical sticks*. Phoenix, Ariz.: Falcon Press
- Hodge, J. (1990) *Hypnotic suggestion to deter suicide*. In D. Hammond, ed., *Handbook of hypnotic suggestion and metaphors*. New York: Norton
- Joiner, T. y Coyne, J.C., eds., (1999). *Advances in interpersonal approaches. The interactional nature of depression*. Washington, D.C.: APA
- Kirsch I., Montgomery G. y Sapirstein G. (1995). Hypnosis as a adjunct to cognitive behavioral psychotherapy: a meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 214-220
- Kroger W.S. (1963). *Clinical and Experimental Hipnosis*. Philadelphia: J.B. Lippincott. Ed. Glem.
- Lewinsohn, P.M. y Gotlib, I.H. (1995). Behavioral theory and treatment of depression. En E. Beckham y W.R. Leber, eds., *Handbook depression* (pp. 352-375). New York: Guilford Press
- Lewinsohn, P.M., Muñoz, R.F., Youngren, M. A. y Zeiss, A.M., (1978). *Control your depression*. Englewo Cliffs, NJ: Prentice- Hall
- Meares, A. (1960) *A system of medical hypnosis*. New York: Julian Press.
- Nezu, A.M. (1987). A problem-solving formulation of depression: a literature review and proposal of pluralistic model. *Clinical Psychology Review*. 7: 121- 144
- Rehm, L. P., Kaslow, N.J. y Rabin, A. S. (1987). Cognitive and behavioral targets in a self-control therapy for depresión. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55; 1: 60- 67.
- Seligman, M. (1983). Learned helplessness. In E. Levitt, B. Lubin y J. Brooks, eds., *Depression: Concepts, controversies, and some new facts* (2nd. ed.)(pp. 64-72). Hillsdale, NJ: Erlbaum
- Shea, M.T., Elkin, I., Imber, S. D., Sotsky, S.M., Watkins, J.T., Collins, J.F., Pilkonis, P.A., Beckham, E., Glass, D. R., Dolan, R.T. y Parloff, M.B. (1992). Course of depressive symptoms over follow- up. Findings from the National Institute of Mental Health treatment of Depression Collaborative Research Program. *Archives of General Psychiatry*, 49: 782-787.
- Watzlawick P. (1986). *El lenguaje del cambio*. Herder. Barcelona

Wolberg, L.R. (1982). Hypnosis: Is it for you?. New York: Dembner Books
Yapko, M. D. (1990). Transcework. And introduction to the Practice of clinical Hypnosis.
Brunner/Mazel Pub. New York.
Yapko, M.D. (1992). Hypnosis and Treatment of Depression. Strategies for Change.
Brunner/Mazel Pub. New York

Copyright ©2015, por Boris Araos San Martín