

# HIPNOLÓGICA

Revista de Hipnosis Clínica y Experimental

ANO 0 - NÚMERO 2 - DICIEMBRE 2009

PROTODLOS DE TRATAMIENTO  
ENTREVISTA: MARTIN-LOECHES

LA HIPNOSIS DE  
DISMORFOFOBIA

UNA APROXIMACIÓN HIPNOCOGNITIVA

SANTIAGO RAMÓN Y CAJAL

FIBROMIALGIA

APLICACIÓN CLÍNICA DE LA  
PROCESO CREATIVO DE CUATRO ESTADIOS

PSICOLOGÍA POSITIVA

[www.hipnologica.com](http://www.hipnologica.com)

# Hipnológica

Revista de Hipnosis Clínica y Experimental  
Año 0 - Número 2 - Diciembre 2009

## DIRECTOR

Isidro Pérez Hidalgo

## SUBDIRECTORES

Ian Brownlee

Jorge Cuadros Fernández

Chema Nieto Castañón

## COORDINADORA DE RELACIONES INSTITUCIONALES

Nadia Peláez Rodelgo

## COORDINADORA DE COMUNICACIÓN

Matilde Santos Leal

## COORDINADORA FORO HIPNOSIS CLÍNICA

Magali Vargas Crisóstomo

## GRUPO HIPNOLÓGICA

Ana Ariza Guerrero

Manuel Bosque Guerrero

José Cano Devesa

Carlos Conde Arranz

Estevo Creus Andrade

M<sup>a</sup> Teresa García Catrofes

Marisa Ladiñán

Joan Manuel López Capdevilla

Fernando Martínez Pintor

Marisa Molinero Moreno

Manuel Picado Méndez

Carmen Puerta Lanzón

Fco Javier Rodríguez del Valle

Jesús Romeo Arguedas

Nora Aida Tur

## COLABORADORES

Alvaro Calle Gliugeri

Amador Cernuda Lago

Jose Luis Cidón Madrigal

M<sup>a</sup> José Domínguez Díaz

Gonzalo Hervás Torres

Fernando Huerta Moreno

Manuel Iglesias Sánchez-Noguerol

Angeles Macua

Servando Marron Moya

Carlos Ramos Gascón

Lucía Tomás Aragonés

## CONTENIDOS

<b>Editorial</b>	3
<b>Cuestiones Generales</b>	
Fassman, ¿científico o farsante?	4
La Hipnosis a través de grandes figuras de la historia: Santiago Ramón y Cajal	6
Depresión, una enfermedad emergente	8
<b>Psicológica</b>	
Aplicación Clínica de la Psicología Positiva	9
<b>Neurociencias</b>	
Y el miedo se olvida	13
<b>Entrevistas</b>	
Entrevista a Martín-Loeches	15
<b>Hipnonauta</b>	17
<b>Reseñas</b>	18
<b>Opinión</b>	
La Construcción Social de la Enfermedad Mental	20
<b>Sugestión</b>	
Sugestionabilidad y Susceptibilidad Hipnótica	22
Sugestiones Negativas	24
<b>Aplicaciones</b>	
Tratamiento Hipnocognitivo del Trastorno Dismórfico Corporal	28
Protocolo para el tratamiento de Fibromialgia (Proceso Creativo)	32
<b>Investigación</b>	
Tratamiento de Fibromialgia mediante Hipnosis	35

**Diseño y Portada:** sinarte09  
**Mantenimiento Web:** antoniodl.com

## Editorial

Es para nosotros una satisfacción saludar a nuestros lectores, poco a poco cada vez más numerosos, y agradecerles la buena acogida que ha tenido nuestro primer número y también el foro conectado a *Hipnológica*.

Como era nuestra intención, hemos conseguido llegar a profesionales y público en general. Aunque sabemos que es difícil mantener el equilibrio entre los intereses de los que pueden ser ya expertos en la materia y los que se asoman por primera vez a estos temas, mantendremos esta línea para poder llegar a todos y compartir nuestro entusiasmo acerca de la Hipnosis y temas adyacentes.

Nos congratula especialmente la recepción positiva que nos han comunicado desde diferentes países latinoamericanos. Un saludo desde España para todos ellos.

En este número dos encontrarán artículos, reseñas y vídeos que esperamos sigan suscitando su interés.

Nuestro objetivo sigue siendo hacer una revista electrónica en torno al tema de la hipnosis y la conciencia en general, estando abiertos a campos diversos, pero con un denominador común. Precisamente en este número estrenamos un apartado de entrevistas en video y he tenido el placer de

conversar con el Dr. Álvaro Calle sobre ese tema entre los temas que es la conciencia; también hemos recibido colaboraciones interesantes de otros nombres que apoyan nuestro proyecto.

Nuestros colaboradores más habituales han trabajado en secciones que podemos empezar a considerar fijas, incluyendo noticias, investigaciones y temas de interés general que conciernen a la psicología, la medicina, la biología e incluso la física.

De cualquier modo, les recomendamos que acudan de cuando en cuando también al número uno de nuestra revista, ya que la mayoría de sus artículos son de interés permanente.

Una vez más, les manifestamos nuestro deseo de contar con sus sugerencias y servirles de ayuda en cualquier consulta que puedan formularnos.

Dadas las fechas en las que nos encontramos (Diciembre 2009), permítannos que todo el equipo de *Hipnológica* sume sus fuerzas para desearles lo mejor para el nuevo año.

**Isidro Pérez Hidalgo**  
**Director de *Hipnológica***





## Fassman, ¿farsante o científico?

Jorge Cuadros



“Fassman” fue el nombre artístico con el que se conoció a José Mir Rocafort, uno de los hipnotizadores de espectáculo más conocidos en España e Hispanoamérica en el siglo XX.

A José Mir Rocafort se le puede analizar desde tres puntos de vista, en función de las tres actividades que desempeñó durante su vida: ilusionista, parapsicólogo e hipnotizador. Estas actividades las desarrolló tanto en el espectáculo, como en la docencia y la psicoterapia.



La clave de Fassman, el ilusionista, como la de todos los artistas, era la capacidad de entretener.

“Entretener”, no desde el punto de vista de “pasar el rato”, sino desde la capacidad de estimular la mente y la plasticidad neuronal de quien disfruta del arte y que hace que su

cerebro cambie, para hacerse mejor. Difícilmente se puede discutir que Fassman haya conseguido estimular así a sus espectadores. Muchos de sus “trucos”, de hecho, se siguen utilizando en la actualidad. Sin embargo, Fassman, tal vez demasiado famoso ya, fue acusado de farsante por algunos colegas de profesión, aunque resulte poco menos que absurdo acusar a un ilusionista por realizar “ilusiones”, y con una maestría impecable, además. Es como decir del payaso que su nariz realmente no es roja.

Abordar a Fassman, el parapsicólogo, puede generar mayor discusión. ¿Era Fassman un telepata? ¿O un farsante? ¿Existen o no la telepatía y los poderes parapsicológicos de la mente humana? La parapsicología estudia ciertos fenómenos “inexplicados”, o cuya explicación científica se basa

en coincidencias poco probables. Fassman decía que el fenómeno telepático aparecía espontáneamente y que no lo podía reproducir a voluntad. Es posible argumentar que las dificultades para *repetir* y *replicar* el fenómeno telepático justifican que no se hallen pruebas de su realidad, con el rigor que exige la observación científica; aunque bastaría un experimento controlado para que el fenómeno que “no existe” se convirtiera en un hecho comprobado. Para la ciencia, a falta de tal prueba, la telepatía simplemente no existe. En cualquier caso, si atendemos a las palabras de María Mir, hija de José Mir y autora de su biografía (1), Fassman “creía” realmente tener más desarrolladas esas capacidades de la mente humana, con lo que tampoco debería ser considerado un farsante en este aspecto.

Respecto de Fassman, el hipnotizador, hay que llamar la atención sobre el desconocimiento que existía entonces, y que existe aún en la actualidad, sobre el fenómeno de la hipnosis. Esto ocurre tanto en la sociedad en general como entre los profesionales de la salud, médicos y psicólogos, que son quienes deberían aprovechar esta potente herramienta en beneficio de sus pacientes. Sólo desde el desconocimiento se puede dudar que Fassman hipnotizara de verdad. Siendo un fenómeno real y cotidiano, Fassman llevó al máximo sus conocimientos sobre la hipnosis, no sólo para “entretener”, que, como ya dijimos, tiene una importancia tremenda (“*numinosa*”) tanto para los sujetos hipnotizados como para el público espectador, sino que aprovechó las posibilidades terapéuticas de la hipnosis para el tratamiento y la curación de sus pacientes, en su etapa de psicoterapeuta. Hay que llamar la atención sobre un punto concreto. Es bastante común, cuando se habla de hipnosis, que se afirme que la voluntad del hipnotizador domina la voluntad del hipnotizado. Nada más lejos de la verdad. Aunque esta afirmación también aparece en la biografía de Fassman, en otros pasajes se corrige el error. En la hipnosis, el sujeto, voluntariamente, decide dar permiso al hipnotizador o hipnoterapeuta para que acceda a su mente subconsciente. Sin embargo, es el paciente el que tiene el control sobre el fenómeno, y puede decidir salir del trance en el momento que lo desee. Esto puede sorprender, dado lo espectacular de algunos trances, pero el hecho es que no se puede hipnotizar a alguien que se niegue a colaborar; ni se puede, una vez hipnotizado, conseguir que un sujeto actúe en contra de su voluntad. El hipnotizador experto es capaz de detectar, entre el público, a aquellos sujetos que estarían dispuestos a colaborar y que, además, posean una hipnotizabilidad elevada.

La hipnotizabilidad es una característica de la persona, y hay evidencias científicas que apuntan a un componente genético, aunque el entrenamiento puede mejorar la habilidad para entrar en trance.

A principios de los años 60', Fassman obtuvo el título de Psicólogo en una universidad de Miami, y, abandonando el espectáculo, dedicó los últimos 30 años de su vida a la docencia y a la atención de pacientes. Durante este periodo, dictó numerosos cursos en España y en

Hispanoamérica. Es llamativo que en países como Colombia y Venezuela sus cursos tuvieran una asistencia multitudinaria, mientras que en Catalunya decidiera dar clases a grupos pequeños, para evitar llamar la atención de sus detractores.

Entonces, ¿qué podemos decir de los aspectos científicos del trabajo de Fassman? Él no hizo alarde de ciencia, a parte de los reclamos publicitarios que tanto molestaron a sus contemporáneos, pero ¿qué es la ciencia? El niño Pep de Mariot, el nombre con el que se conocía a Fassman desde su infancia en el pueblo de Sort, con 10 años, leyó, observó, aprendió a hipnotizar a sus paisanos, y demostró empíricamente que la hipnosis funcionaba. Ya adulto, al igual que Dave Elman en Estados Unidos, utilizó sus conocimientos para instruir a médicos, psicólogos y a todo el que lo demandara. Al menos esos médicos y psicólogos aplicarían los conocimientos científicos de Fassman, con objetivos terapéuticos.

Son varias las claves que muestran la ciencia que hay detrás del trabajo de Fassman. Por ejemplo, en relación con la telepatía o la posibilidad de “leer” el pensamiento de otro, investigaciones científicas realizadas en la década de los 90’ demostraron la existencia de un sistema neuronal denominado “neuronas espejo”. Cuando una persona realiza una actividad y otra persona la observa, en el observador se activan circuitos neuronales similares a los de la persona observada, aunque el observador no esté realizando la actividad. Esto podría no ser sorprendente; sin embargo, sí lo es que este sistema de neuronas espejo del observador se activen antes de que el sujeto observado empiece a realizar la actividad. ¡El cerebro del observador anticipa la acción del sujeto observado! ¿Un fundamento para la telepatía?

Por otro lado, Fassman desarrolló argumentos que, en la actualidad, son básicos para la neurociencia moderna. Aún hoy, los profesionales de la salud continúan arrastrando el lastre del dilema cartesiano; el médico se ocupa de tratar el cuerpo del paciente, mientras que el psicólogo se ocupa de tratar su mente. En cambio, Fassman partía en sus terapias de que el ser humano está constituido por cuerpo y mente, unidos en un todo indivisible. Ese tratamiento integral permitía la manifestación del poder de la mente sobre el cuerpo.

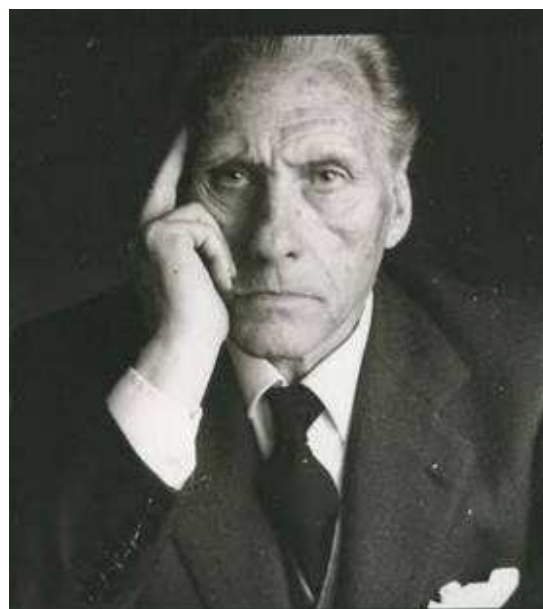
Al igual que en la hipnosis Ericksoniana, Fassman consideraba que la terapia empezaba desde el mismo instante en que el paciente se sentaba frente a él, y pretendía enseñar a sus alumnos a utilizar todos los recursos de la mente para llevar las riendas de su propia vida.

Entre algunas de sus intervenciones “sorprendentes” está la desaparición de verrugas mediante hipnosis. Sorprendente para quien desconozca los trabajos

publicados sobre el tema en revistas científicas de reconocido prestigio (2).

También hay que llamar la atención sobre la capacidad de autohipnosis de Fassman, manifestada en el estado de trance real, aparte de la teatralidad, en el que entraba mientras estaba trabajando en sus espectáculos. Capítulo aparte merecería su utilización del juego de cartas para promover su propio proceso creativo para la resolución de problemas; este proceso creativo es también la base de técnicas modernas de hipnoterapia.

Y, finalmente, la reducción mediante la autohipnosis de la tensión (estrés), “mala, destructiva, cuando escapa al control de la consciencia”, para alcanzar el fin último, conseguir una vida satisfactoria. Fassman utilizó sus cursos y recursos para promover que sus alumnos aprendieran a ser mejores personas. Sin duda, debe haberlo conseguido.



Fassman

José Mir Rocafort, Fassman, no pretendió ni necesitó demostrar nada. Es el tiempo el que ha demostrado que no se equivocaba.

### Referencias

1. María Mir (2009) *Fassman, la biografía. El poder de la voluntad*. Sort, TRIAGO Ediciones.
2. Chema Nieto (2009) Estudio de caso único; Hipnosis en el tratamiento de verrugas digitales. *Hipnológica*. 1:29-32

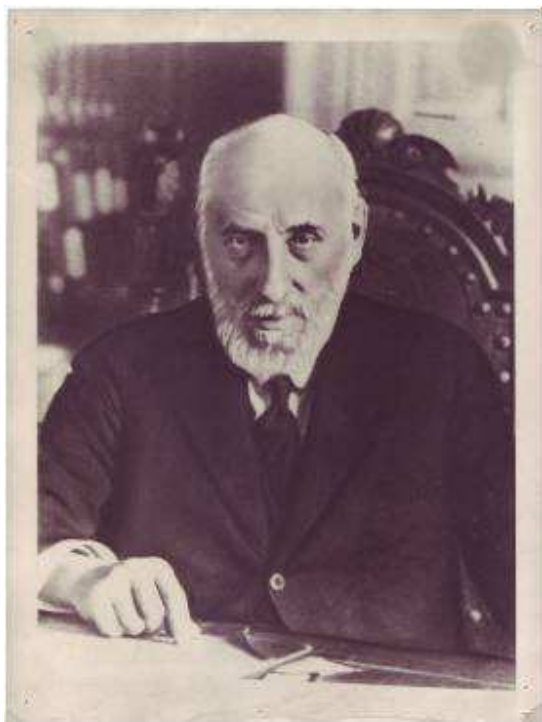
**Jorge Cuadros**  
Doctor en Ciencias Biológicas

## La Hipnosis a través de Grandes Figuras de la Historia: Santiago Ramón y Cajal

Chema Nieto

El insigne Santiago Ramón y Cajal, catedrático de anatomía en distintas universidades españolas (Valencia 1883, Barcelona 1887, Madrid 1892), desarrolló una de las investigaciones histológicas más sugerentes del siglo XIX, que le llevaron, en 1888, a demostrar la individualidad de la célula nerviosa, descubrimiento que le valió gran reconocimiento internacional y, en 1906, el premio Nobel de Medicina.

La enorme curiosidad de Ramón y Cajal motivó que tratase siempre de relacionar sus hallazgos anatómicos con la fisiología cerebral, buscando explicaciones al pensamiento y comportamiento humanos. En el prólogo de un libro de Maestre (Maestre, 1905) escribe: “La fisiología cerebral del entendimiento y la voluntad continúa siendo el enigma de los enigmas; (...) lo más íntimo y trascendental de la vida psicológica, permanece en la sombra.”



Santiago Ramón y Cajal

D. Santiago estudió, entre otros, el ensueño (Ramón y Cajal, 1908) y desestimó, tras investigarlos, diversos fenómenos parapsicológicos, en boga en su época. De hecho, en 1883 fundó un Comité de Investigaciones Psicológicas, con sede en su propia casa, donde tuvo oportunidad de desestimar las supuestas habilidades de médiums y espiritistas, a quienes tachó de embaucadores.

La hipnosis también fue investigada por el ojo crítico de D. Santiago. En aquel tiempo (1883) se hizo famosa la confrontación entre la escuela de Nancy, con Charcot, y la de la Salpêtrière, con Bernheim y Liébault como sus máximos exponentes. Charcot definía la hipnosis como una forma de “neurosis inducida”, equiparándola a los fenómenos histéricos, tan comunes en la época. Por el contrario, Bernheim y Liébault consideraban la hipnosis y las respuestas a las sugerencias desde un punto de vista médico, como una oportunidad clínica con valor terapéutico.

D. Santiago, más próximo al punto de vista terapéutico de Bernheim y Liébault, nunca logró inhibirse de la visión patológica de Charcot, y así afirmaba que el estudio de la hipnosis le produjo también desilusión y una “decepción dolorosa, al considerar que el tan decantado cerebro humano, la obra maestra de la creación, adolece del enorme defecto de la sugestionabilidad; defecto en cuya virtud, hasta la más excelsa inteligencia puede, en ocasiones, convertirse por ministerio de hábiles sugestionadores, conscientes o inconscientes (oradores, políticos, guerreros, apóstoles, etc.), en humilde y pasivo instrumento de delirios, ambiciones o codicias” (Ramón y Cajal, 1923).

Efectivamente, su descubrimiento de la efectividad de las sugerencias hipnóticas le llevó a considerar las implicaciones personales y sociales de la sugestionabilidad. Aunque hoy sabemos que el trance hipnótico no implica, en modo alguno, la supresión de la voluntad del sujeto hipnotizado, D. Santiago consideró que los fenómenos de sugestión y sonambulismo artificial, podían suponer una “abolición total del libre albedrío, es decir, de la facultad crítica y de la selección consciente de las reacciones motrices” (Ramón y Cajal, 1923), un punto de vista que aún hoy pervive en el imaginario colectivo.

A pesar de esta visión crítica de los fenómenos de sugestionabilidad, D. Santiago se reveló como un gran hipnotizador, y tuvo oportunidad de utilizar la hipnosis, especialmente en sujetos sanos. En sus propias palabras, el estudio de la hipnosis le produjo “estupor, al reconocer la realidad de fenómenos de automatismo cerebral, estimados hasta entonces como farsas y trampantojos de magnetizadores de circo” (Ramón y Cajal, 1923). Se tiene constancia de un título, que Ramón y Cajal no llegó a publicar, y cuyo manuscrito se perdió durante la guerra civil: “La omnipotencia de la sugestión: Hipnotismo, Espiritismo y Metempsicosis”. Desgraciadamente no podemos cotejar sus conclusiones en el campo de la hipnosis. No obstante, se conserva un interesantísimo artículo en el que D. Santiago describe la

eficacia del tratamiento hipnótico en la prevención del dolor del parto (Ramón y Cajal, 1889).

Parece que D. Santiago probó la eficacia de la hipnosis con su mujer, madre por entonces de cinco hijos y embarazada del sexto. Como describe en el citado estudio, su mujer, que se había mostrado como un excelente sujeto hipnótico, había sufrido hasta entonces partos penosamente largos y dolorosos. Aunque la efectividad de la hipnosis como analgésico había sido descrita con anterioridad, el estudio de Ramón y Cajal es el primero que describe su posible utilidad en los dolores del parto.

Preocupado por el sufrimiento de su mujer, decide probar con la hipnosis, induciendo un trance diez días antes del parto. Además de sugerir que el parto será breve, D. Santiago incluye sugerencias analgésicas: “tendrá conciencia de los dolores más enérgicos que producen la dilatación de la matriz y la expulsión del feto; pero su levedad será tal, que no podrá diferenciarlos de los más ligeros, llamados moscas o preparantes”. Prudentemente, Ramón y Cajal evita sugerir una analgesia total, y específica a qué dolores va dirigida la analgesia. Esto, que pudiera parecer exagerado, es resultado de una fantástica intuición clínica. Actualmente se considera que la especificidad de la analgesia durante la hipnosis puede ser tal, que sugerencias por ejemplo para los dolores menstruales se demostrarán ineficaces cuando el dolor sea producido en realidad por una apendicitis (Zeig, 1980).

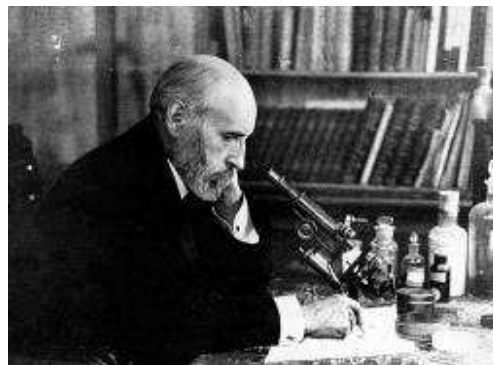
D. Santiago, siempre prudente, señala en su artículo la brevedad con la que ocurre el parto, aunque se limita a constatarlo y no lo relaciona con la hipnosis, a pesar de haber realizado sugerencias en ese sentido. Sí relaciona, no obstante, la reducción significativa del dolor con el tratamiento realizado. En 2006, con casi 120 años de retraso con respecto a Ramón y Cajal, una amplia y rigurosa revisión de estudios clínicos realizada por un grupo de la Cochrane, concluye que, efectivamente, la hipnosis parece demostrarse como una herramienta útil a la hora de reducir el dolor en el parto (Smith et al., 2006). Esta revisión también encuentra evidencias de que la hipnosis puede aumentar la incidencia de nacimientos vaginales y puede también reducir el uso de oxitócicos (esto es, que los partos con hipnosis resultan más sencillos, rápidos y seguros, algo que el artículo de Ramón y Cajal ya barruntaba como posibilidad).

Aunque las referencias que se conservan son escasas, las investigaciones germinales de Ramón y Cajal en el campo de la hipnosis suponen una muestra más de su increíble anticipación, genialidad, amplitud de miras, enorme curiosidad y gran intuición clínica.

#### Chema Nieto

Médico especialista en MFyC  
Psicólogo Clínico

Médico adjunto Servicio Urgencias HOA, Asturias



#### Referencias

- López Muñoz, F., Rubio, G., Molina J. D. y cols (2007) Cajal y la psiquiatría biológica: actividades profesionales y trabajos científicos de Cajal en el campo de la psiquiatría. *Archivos de Psiquiatría* 70(2): 83-114
- Maestre, Tomás (1905) *Introducción al estudio de la Psicología Positiva*. Impr. Bailly-Baillere. Prólogo.
- Pérez y Pérez, Dionisio (1991) D. Santiago Ramón y Cajal y las Neurociencias. *Psicothema* Vol. 3(2): 469-93 <http://www.psicothema.com/pdf/2035.pdf>
- Ramón y Cajal Junquera, M. A. (2002) Santiago Ramón y Cajal y la hipnosis como anestesia. *Rev. Esp. Patol.* Vol. 35(4): 413-4  
<http://www.patologia.es/volumen35/vol35-num4/pdf%20patologia%2035-4/35-4-07.pdf>
- Ramón y Cajal, S (1889) Dolores del parto considerablemente atenuados por la sugestión hipnótica. *Gaceta Médica Catalana* Vol 12: 484-6  
<http://www.ucm.es/BUCM/med/doc12538.pdf>
- Ramón y Cajal, S (1891) *Las sensaciones de las Hormigas*. Madrid: RSEHN
- Ramón y Cajal, S (1908) Las teorías sobre el ensueño. *Revista de Medicina y Cirugía de la Facultad de Madrid*. Abril, nº 14-15: 87-98  
<http://www.ucm.es/BUCM/med/doc12659.pdf>
- Ramón y Cajal, S (1923) *Recuerdos de mi vida. Historia de mi labor científica*. Madrid, Juan Pueyo Impr.
- Smith CA, Collins CT, Cyna AM, Crowther CA. (2006). Tratamientos complementarios y alternativos para el manejo del dolor durante el trabajo de parto (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).  
<http://www.update-software.com/BCP/BCPGetDocument.asp?SessionID=%20289206&DocumentID=CD003521>
- Solís Santos, C (2006) Santiago Ramón y Cajal, Recuerdos de mi vida (Crítica), “La vida es ante todo lucha”. *Revista de Libros*. Spt. 117  
<http://www.revistas culturales.com/articulos/imprimir/96/revista-de-libros/602/-la-vida-es-ante-todo-lucha.html>
- Zeig, Jeffrey K. (1980) *Un seminario didáctico con M. H. Erickson*. Amorrortu editores, ed. Castellano 1998: 87-88



## Depresión, una enfermedad emergente

Marisa Molinero

*Por fin he ido al psiquiatra, me ha llevado la familia.*

*Me han medicado y me han referido a un psicólogo para hacer terapia.*

*Todo empezó sintiéndome enferma. He estado en urgencias varias veces y me han dicho que debo consultar a un psiquiatra, porque no había ningún indicio de que fuera una enfermedad física.*

*Pienso, tengo una enfermedad mental; todos dirán que estoy loca.*

*No duermo, no me concentro y mis pensamientos son negativos, no sirvo para nada, todo me cuesta un gran esfuerzo y los demás se dan cuenta, me juzgan.*

*No voy a poder disimular entre mis compañeros de trabajo y entre la gente que me conoce.*

*Mi familia y mis amigos próximos quieren animarme, pero no puedo, no pueden.*

*Cuando me dijeron, “tiene depresión” se me abrió un abismo, es una enfermedad mental.*

*Me siento en un túnel oscuro que no sé donde terminará.*

*Lo poco que ya digo, no expresa lo que sufro, nadie puede entender lo que siento.*



Cuando te encuentras ante un caso de depresión pueden surgir éstos y otros aspectos. Es común la sensación de incapacidad de superar la enfermedad, la baja autoestima, los pensamientos oscuros y el profundo sufrimiento. Los psicólogos trabajamos con terapias distintas, una de ellas es la cognitiva conductual, que es un procedimiento para identificar y modificar procesos cognitivos con el objeto de modificar sus repercusiones sobre la conducta y sobre las emociones; sobre los pensamientos irracionales, para cambiarlos por pensamientos más reales y lógicos. Pero no llegamos al inconsciente.

Cuando combinamos esta terapia con hipnosis, la instauración de pensamientos positivos se desarrolla de un modo más rápido y nos permite vencer obstáculos conscientes y reprimidos para llegar al origen del problema, se encuentre donde se encuentre, de modo que podamos ver la evolución de la persona y encontrar qué es lo que ha producido la quiebra emocional.

De algún modo la depresión puede ser un sistema de alerta de que algo no va bien en nuestro interior, o en el modo que interpretamos nuestro contexto. La regresión en hipnosis, por ejemplo, puede proporcionar información sobre las emociones que se han producido a lo largo de la vida, y permitimos restaurar las partes dañadas.

Hay un elemento importante, el social. Una enfermedad física va a ser comprendida mejor que una enfermedad mental, con lo cual el paciente tiende a ocultar esta última. Aunque la información es abierta, subsiste cierto temor a la opinión social, en el medio laboral e incluso en el ámbito privado. Ser diagnosticado como enfermo mental produce pánico, por el sufrimiento que conlleva y por el miedo al “estoy loco” o al “pensarán que estoy loco”.

La sociedad, de un modo real, debe tomar conciencia de que una enfermedad, sea la que sea, no es motivo de exclusión, sino algo que es necesario entender. Porque el ser humano es vulnerable a este tipo de experiencias dolorosas.

Hay, no obstante, motivos suficientes para ser optimistas. La depresión es una enfermedad que podemos tratar y, aunque insidiosa y de meses de duración, se resuelve, pudiendo llevar después una vida totalmente normal.

**Marisa Molinero**

Psicólogo, Universidad Complutense de Madrid  
Práctica privada entre 1985-1994 y 2000-2008



# Aplicación clínica de la psicología positiva

## El papel de las emociones positivas en el afrontamiento de la adversidad

Gonzalo Hervás Torres

### El origen de la Psicología Positiva

Cuando Martin Seligman fue nombrado presidente de la Asociación Americana de Psicología en el año 1998 y propuso dar un giro en la investigación psicológica hacia los aspectos más saludables del ser humano, no habría podido imaginar que sólo diez años más tarde su propuesta se iba a convertir en un movimiento de gran éxito generalizado por todo el mundo de la Psicología e incluso de otras disciplinas colindantes.



Martin Seligman

El rápido crecimiento se debe, sin duda, a la gran necesidad que existía tanto dentro del área de la Psicología, para disponer de conocimientos afinados sobre estos temas, como también a las circunstancias históricas y sociológicas, que demandaban un análisis más riguroso sobre el bienestar y su promoción y aplicación en diferentes campos.

En efecto, aunque ya a mediados del siglo pasado la Organización Mundial de la Salud definía la salud como "un estado completo de bienestar físico, psíquico y social y no la mera ausencia de enfermedad o minusvalía" (WHO, 1948), lo cierto es que la aplicación real de esa ambiciosa definición no ha sido, ni mucho menos, como habría sido deseable. Y en parte ha sido así porque esta declaración de intenciones no ha ido acompañada de un programa intenso de estudio de la salud completa, de esa salud en positivo que va más allá de la ausencia de enfermedad. Desde hace tiempo se sabe que las emociones negativas son relativamente independientes de las positivas, y lo que hace que unas se reduzcan no necesariamente hace que aumenten las otras; el mismo efecto se da cuando

hablamos de la enfermedad y la salud (Keyes y Waterman, 2003).

Dentro del campo de la psicología, hasta hace muy poco, la situación ha sido similar. La mayor prioridad ha sido casi siempre la comprensión y el remedio –o al menos la reducción– del malestar producido por diversos problemas individuales y sociales: trastornos psicológicos, enfermedades físicas agudas o crónicas, violencia escolar, prejuicios, racismo, etc. En realidad, ésta era la tarea más urgente, y las demandas sociales eran muy altas para afrontar dichos problemas. Por tanto, hasta cierto punto, el intenso desarrollo en esta dirección es totalmente lógico y adecuado. Pero la falta de un mínimo equilibrio en la investigación y formación psicológica acerca del otro polo, del polo de la personalidad sana y de los procesos salutógenos (Antonovsky, 1987), ha desnivelado peligrosamente la balanza. Y lo ha hecho, hasta el punto de que la incapacidad de ciertos psicólogos para ver aspectos positivos más allá de lo disfuncional o patológico, en muchos casos hacía pensar que el que debería haber sido tratado de pesimismo crónico era el psicólogo más que el paciente (Hervás, 2009).

Una de las áreas básicas de la psicología positiva es el estudio de las emociones positivas, sus precursores y consecuencias, su funcionamiento específico y su relación con otras áreas psicológicas. Este área ha estado muy desatendida en el pasado. Mientras que emociones como el miedo o la ira, se han estudiado durante décadas, apenas tenemos información sobre el funcionamiento de emociones positivas como el agradecimiento o el amor.

Es importante destacar que las emociones positivas son etiquetadas como positivas porque generan una sensación placentera -frente a las negativas que generan malestar-, pero no porque sean necesariamente positivas desde un punto de vista adaptativo. Las emociones negativas son tremendamente útiles para la supervivencia y para prevenir otras muchas dinámicas negativas al margen del peligro vital directo, como el rechazo interpersonal, el aislamiento o la pasividad. En este sentido, son también positivas, adaptativas y necesarias. Pero estos elementos adaptativos de las emociones negativas son conocidos desde mucho tiempo atrás, y han sido explorados extensivamente. Al contrario, las emociones positivas han sido investigadas de forma muy parcial durante el siglo pasado, y afortunadamente, esa tendencia ha cambiado de forma muy marcada en esta última década, en parte

gracias al movimiento de la Psicología Positiva. De hecho, como ahora veremos, el consenso indica que, en este momento –no siempre ha sido así–, las emociones positivas presentan una gran cantidad de efectos positivos en diversas áreas del funcionamiento psicológico.

### ¿Es realmente positivo tener emociones positivas?

La respuesta dada a esta pregunta hace algunas décadas ha variado considerablemente cuando se compara con la respuesta que se da en la actualidad. Los datos que se observaron en un primer momento no fueron muy alentadores. Algunas investigaciones mostraron originalmente que las personas con un estado de ánimo positivo procesaban de forma menos detallada la información debido a que la amplia red de asociaciones que se activaba distraía a las personas de un procesamiento más cuidadoso. Por otro lado, la sensación de seguridad que transmite el estado de ánimo positivo se pensó que podía afectar negativamente a los sujetos sesgando la probabilidad de ocurrencia de sucesos negativos, y como consecuencia, provocando un desentendimiento de ciertas conductas de precaución. Con respecto a la consecución de metas, se observó que los estados de ánimo positivos podían producir sesgos en cuanto a la estimación de avance real de dichas metas.

En resumen, se llegó a la conclusión de que el estado de ánimo positivo nos podía convertir en pensadores vagos, y además, podía comprometer seriamente nuestros procesos de auto-regulación.

Curiosamente, investigaciones posteriores han refutado, o por lo menos relativizado la mayoría de las afirmaciones anteriores. Con respecto al pensamiento superficial, se ha comprobado que ese efecto negativo sólo aparecía cuando los investigadores proponían tareas irrelevantes. De hecho, ahora se ha observado que en tareas relevantes para el sujeto, un estado de ánimo positivo posibilita un procesamiento más sistemático, una mayor integración de la información procesada, y una mayor apertura a información que contradice a la hipótesis inicial (Isen, 1993; Aspinwall, 1998). En otra línea de investigación se ha visto que un estado de ánimo positivo puede aumentar el interés por conocer las propias limitaciones o que facilita el descubrimiento de elementos de utilidad ante momentos de pérdida (Aspinwall, 1998). De la misma forma se han visto efectos beneficiosos sobre los procesos creativos, la resolución de problemas o la toma de decisiones (Isen, 1993). En este sentido, parece que el estado de ánimo positivo activa asociaciones inusuales a nivel cognitivo y aumenta la flexibilidad a la hora de categorizar los estímulos, siendo esto lo que en última instancia facilita las decisiones creativas y la toma de decisiones.

### Emociones positivas y bienestar

Aunque no hay apenas modelos que den cuenta del papel que pueden jugar las emociones positivas en el funcionamiento psicológico de las personas, uno especialmente, la teoría de ampliar-y-construir (Fredrickson, 2001), es quizá la que más se ha centrado en la función benéfica de este tipo de emociones en la salud y el bienestar.



Barbara Fredrickson

Su teoría surge como una respuesta a la visión tradicional de que las emociones están ligadas a patrones específicos de acción. Así por ejemplo, el miedo está vinculado a la urgencia de escapar, la ira con la tendencia a atacar, etc. Estos patrones se han conservado, como es evidente,

por su determinante valor supervivencial. Sin embargo, las emociones positivas no muestran esos patrones tan definidos, de hecho los patrones que se detallan en la literatura sobre emociones son bastante inespecíficos: el gozo ha sido vinculado con la activación sin propósito, el interés con el atender, y la satisfacción con la inactividad. ¿Cuál será entonces su valor supervivencial?

Fredrickson (2001) apuesta por una visión nueva, y casi opuesta a la tradicional, de estas emociones, afirmando que las emociones positivas comparten la capacidad de ampliar los repertorios de pensamiento-acción de las personas, facilitando el desarrollo de recursos personales de todo tipo, desde físicos e intelectuales, hasta sociales y psicológicos. Desde el punto de vista de la evolución, la pregunta sería: ¿Cuándo y cómo las personas deberían construir los recursos para la supervivencia? Y la respuesta es, que los momentos de seguridad y saciación son los momentos más adecuados para construir nuevos recursos explorando, jugando, ampliando, experimentando e integrando (Fredrickson, 2000).

Sin duda, el ampliar los repertorios de pensamiento y conducta es un factor importante para una buena adaptación, sin embargo ésta no es la única aportación de las emociones positivas. Según Fredrickson (2001), las emociones positivas tienen la capacidad de contrarrestar el efecto de emociones negativas persistentes. Por ejemplo, se ha encontrado que, tras una inducción de una emoción negativa, la activación cardiovascular recupera sus niveles normales antes en los grupos expuestos a vídeos asociados a emociones positivas.

Algo que a menudo es obviado, es que ante los acontecimientos negativos las emociones positivas (como el agradecimiento, la unión, la serenidad, la fortaleza, etc.) pueden también tener un efecto beneficioso. Se ha comprobado que las personas resistentes experimentan más emociones positivas ante situaciones de estrés crónico que las no resistentes. Para crear emociones positivas estas personas a menudo utilizan una estrategia clásica de regulación emocional, la reevaluación positiva del acontecimiento (Folkman & Moskowitz, 2000). Fredrickson (2001) plantea que esto puede dar lugar a una espiral positiva de afrontamiento del acontecimiento, ya que las emociones positivas flexibilizan el juicio y la resolución de problemas (Aspinwall, 1998), facilitando nuevas reevaluaciones positivas y mayor sensación de autoeficacia, que a su vez generan nuevas emociones positivas, y así sucesivamente.

Aunque en un principio pueda parecer redundante, vamos a analizar también la función y los efectos que los estados de ánimo positivos tienen en el funcionamiento psicológico ya que, como a continuación se mostrará, su ámbito de influencia es totalmente distinto al de las emociones negativas.

Aunque hay evidencia que apunta a que los efectos del estado de ánimo positivo influyen en numerosas áreas de funcionamiento psicológico, e incluso físico, nos centraremos en dos áreas: el procesamiento de la información y los procesos de autorregulación.

En el primer caso, la investigación clásica sobre la influencia de los estados de ánimo positivos sobre el procesamiento de información se ha basado fundamentalmente en la teoría de redes de memoria (Bower, 1981). En numerosos estudios se ha comprobado un efecto de congruencia entre el estado de ánimo y la memoria, y de éste y otros efectos sobre numerosos procesos cognitivos como los juicios, la toma de decisiones, la percepción y el juicio social (Erber & Erber, 1994; Aspinwall, 1998). Aunque en estos momentos es algo parcialmente discutido, la gran mayoría de las explicaciones teóricas de estos fenómenos están basadas en la organización de los conocimientos y afectos en redes asociativas almacenados en la memoria. De esta manera, el estado de ánimo positivo actuaría como una pista que facilitaría la codificación o la recuperación de material de la misma valencia (Bower, 1981). Como es obvio, en el proceso de afrontamiento de un acontecimiento negativo o una etapa vital de alto estrés, codificar experiencias ambiguas de forma positiva o recordar situaciones positivas del pasado puede ser de enorme utilidad para mantener el optimismo, la sensación de control y la persistencia en la solución de problemas.

Otra perspectiva complementaria que explica el efecto de las emociones positivas ha sido denominada el “modelo del afecto como información” (Clore,

Schwarz & Conway, 1994). Desde este modelo, se considera que el afecto tiene, entre otras, la función de informar al organismo si un objeto o situación es amenazante o si, por el contrario, es deseable. Esta teoría predice que las personas, cuando están en un estado de ánimo positivo, van a juzgar las situaciones y a otras personas de una forma más positiva. Y este efecto, similar al que veíamos en el párrafo anterior, puede favorecer un afrontamiento más decidido y seguro de situaciones negativas y, probablemente, al mejorar la percepción de las personas involucradas, un mejor funcionamiento interpersonal en un contexto de estrés y tensión interpersonal.

En tercer lugar, una teoría clásica que aparece como asociada a la teoría de control de metas de Carver y Scheier (1999), propone que el afecto positivo proporciona información sobre el avance en el proceso de consecución de metas. En este caso, el afecto positivo favorece la impresión subjetiva de que el progreso, en relación a las metas activas en ese momento, es satisfactorio, o incluso, que se están superando las previsiones de progreso.

El modelo de la contingencia hedónica, por su parte, propone que las personas, cuando experimentan estados de ánimo positivos, son más sensibles al efecto emocional que tendrán sus acciones, y como consecuencia, evitan en la medida de lo posible procesar contenidos negativos y por tanto, involucrarse en situaciones negativas. Aunque esta tendencia desarrollada en exceso puede generar una tendencia a la evitación, no es así en la mayoría de los casos. Cuando el afecto positivo está presente de una forma adaptativa, y este efecto de sensibilidad a lo positivo se mantiene en unos niveles óptimos, se puede permitir una mejor gestión de las situaciones negativas, ahorrando energía, aplazando retos asociados a mayor carga de estrés, y evitando así saturar el sistema de emocionalidad negativa.

Posteriormente, se ha propuesto una revisión teórica que ha dado lugar a la hipótesis de la contingencia hedónica moderada, la cual postula que sólo se evitará procesar información negativa para mantener el estado de ánimo positivo, en el caso de que el hecho de no procesarla no comprometa el bienestar a largo plazo de la persona. Los primeros estudios planteaban tareas sin apenas consecuencias negativas a largo plazo, de ahí el resultado aparente de desentendimiento general con respecto a la información negativa.

Por otra parte, varios modelos han intentado dar cuenta de por qué las personas con estados de ánimo positivos son más capaces de atender a sus posibles limitaciones, o a consecuencias negativas de sus conductas. El denominado “modelo del estado de ánimo como recurso”, afirma que atender a estas informaciones generaría un coste a la persona; un estado de ánimo positivo transmite al organismo que tiene energía para afrontar retos (Thayer, 1996), y por tanto, acepta en mayor grado atender a dichas informaciones negativas,

siempre y cuando sean importantes para el sujeto y su bienestar futuro, como ya veíamos en el párrafo anterior.

Por último, se ha observado que cuando las personas tienen un excedente de bienestar y/o autoestima, lo que se ha denominado excedente hedónico (Aspinwall, 1998), pueden apostar más por metas relacionadas con la auto-evaluación o el crecimiento personal, mientras que sucede lo contrario si lo que se percibe son déficits en lugar de excedentes. Activar metas de crecimiento personal en contextos de adversidad puede tener una enorme importancia para dotar de sentido a dichas experiencias e incluso para activar procesos de crecimiento ante la adversidad (Vázquez, Castilla y Hervás, 2008).

A modo de recopilación, se podría resaltar la importancia de las emociones positivas en los procesos de regulación y afrontamiento ya que, como acabamos de ver, las ventajas de experimentar emociones positivas, incluso dentro de situaciones de estrés y/o adversidad, son variadas y están bien documentadas.



## Referencias

- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health*. San Francisco: Jossey Bass.
- Aspinwall, L. G. (1998). Rethinking the role of positive affect in self-regulation. *Motivation and Emotion*, 22, 1-32.
- Bower, G. H. (1981). Mood and Memory. *American Psychologist*, 36, 129-148.
- Carver, C. S., & Scheier, M. F. (1999). Stress, coping, and self-regulatory processes. In Pervin, L. A. & John, O. P. (Eds.) *Handbook of Personality: Theory and Research*. Second Edition. New York, NY: The Guilford Press.
- Clore, G. L., Schwarz, N., & Conway, M. (1994). Affective causes and consequences of social information processing. In R.S. Wyer & T. Srull (Eds.) *The handbook of social cognition*, 2nd Ed. (pp. 323-417). Mahwah, N.J.: Lawrence Erlbaum Associates.
- Erber, R. & Erber, M. W. (1994). Beyond mood and social judgment: mood incongruent recall and mood regulation. *European Journal of Social Psychology*, 24, 79-88.

- Folkman, S. & Moskowitz, J. T. (2000). Positive affect and the other side of coping. *American Psychologist*, 55, 647- 654.
- Fredrickson, B. L. (2000). Cultivating positive emotions to optimise health and well-being. *Prevention & Treatment*, 3.
- Fredrickson, B. L. (2001). The role of positive emotions in positive psychology. The broaden-and-build theory of positive emotions. *American Psychologist*, 56, 218-226.
- Hervás, G. (2009). El bienestar de las personas. En C. Vázquez y G. Hervás (Eds.), *La ciencia del bienestar. Fundamentos de una psicología positiva*. Madrid: Ed. Alianza.
- Isen (1993). Positive affect and decision making. In M. Lewis & J. M. Haviland (eds.), *Handbook of emotions* (pp. 261-278). New York: Guilford Press.
- Keyes, C. L. M., y Waterman, M. B. (2003). Dimensions of well-being and mental health in adulthood. In M. Bornstein, L. Davidson, C. L. M. Keyes, and K. Moore (Eds.), *Well-Being: Positive Development Throughout the Life Course*, pp. 477-497. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Thayer, R. E. (1996). *The origin of everyday moods*. New York: Oxford University Press.
- Vázquez, C., Castilla, C. y Hervás, G. (2008). Reacciones frente al trauma: vulnerabilidad, resistencia y crecimiento. En E. Fernández-Abascal (Ed.), *Las emociones positivas* (pp. 375-392). Madrid: Pirámide.
- World Health Organization (1948). Preamble to the Constitution of the World Health Organization. En *Official records of the World Health Organization*, nº 2, p. 100. Ginebra: World Health Organization.

## Gonzalo Hervás Torres

Doctor en psicología y profesor de la Universidad Complutense de Madrid.  
Compagina la práctica clínica con la investigación y la docencia.  
Ha pertenecido al movimiento de la psicología positiva casi desde el comienzo, (ver [www.psicologiapositiva.org](http://www.psicologiapositiva.org)) trabajando con **Martin Seligman** -fundador de dicho movimiento- en el Positive Psychology Center de la Universidad de Pennsylvania.  
Ha impartido conferencias sobre psicología del bienestar y sus bases científicas en lugares de casi toda España.  
Sus trabajos de investigación sobre el bienestar han sido premiados en el congreso anual de Psicología Positiva de 2007, en Washington.  
Coautor, junto con el profesor **Carmelo Vázquez**, del libro "*La ciencia del bienestar: Fundamentos para una psicología positiva*" y "*Psicología Positiva Aplicada*".

Contacto: ghervas [arroba] psi.ucm.es



## Y el miedo se olvida

Jorge Cuadros y Chema Nieto

La memoria y el olvido son temas que llevan siglos fascinando al mundo entero. En los últimos cien años se han realizado descubrimientos radicales que, no obstante, aún resultan limitados; apenas tenemos unas pocas piezas de un puzzle de grandes dimensiones. Con algunas de estas piezas, sin embargo, podemos realizar deducciones sorprendentes.

Se sabe, por ejemplo, que para poder fijar en la memoria cualquier evento, es necesaria la síntesis proteica. Si se inhibe ésta, se evita que el recuerdo potencial se *consolide*, resultando imposible recordarlo más tarde. La *consolidación* es pues un proceso necesario para que un recuerdo se fije en la memoria a largo plazo.

No se comprende muy bien de qué manera la síntesis proteica facilita el almacenamiento de un recuerdo en la memoria, pero sí se sabe que resulta necesaria para fijarlo, para *consolidarlo*. Ver, oír, sentir; todo lo que ocurre a lo largo del día implica, a nivel neuronal, la producción de nuevas proteínas que, de alguna forma, permiten recordar posteriormente todos esos eventos.

Se ha descubierto recientemente que, cuando se rememora un evento, se produce una *nueva consolidación* de dicho recuerdo. No se trata de la generación de un nuevo recuerdo, sino de una reestructuración o reconstrucción del recuerdo previo, para la que, de nuevo, es necesaria la síntesis proteica. Esto es sumamente interesante; cuando se rememora algo, dicho recuerdo se reconstruye al recordarlo, se actualiza. Es posible que, al rememorar, se relacione el recuerdo con la base de conocimiento actual del sujeto. En cualquier caso, esta *re-consolidación* de la memoria implica que, cuando se recuerda algo, *no se recuerda el evento original, sino solamente la última actualización*.

Nader y cols. demostraron que la inhibición de la síntesis proteica durante la rememoración producía, en ratas, el olvido del recuerdo original (en este caso, las ratas olvidaban el miedo aprendido previamente). El proceso de *re-consolidación* de la memoria parece convertir el recuerdo en lábil, permitiendo que se pueda modificar o incluso eliminar, mediante la inhibición de la síntesis proteica.

Este descubrimiento germinal motivó múltiples investigaciones sobre el proceso de re-consolidación de la memoria. Finalmente, en mayo de 2009, en otro estudio fascinante, Monfils y cols. describen un procedimiento capaz de provocar el mismo efecto, sin fármacos; consiguieron provocar, en ratas, el olvido de una conducta de miedo con un diseño puramente conductual. El procedimiento que describen es simple, aunque peculiar.

Habitualmente, primero se aplica a las ratas un procedimiento de aprendizaje clásico, que relaciona un estímulo neutro (un sonido o una luz) con un estímulo aversivo (una corriente eléctrica). De esta forma, las ratas

aprenden que, después del sonido o la luz, viene una descarga eléctrica, mostrando finalmente conductas evasivas relacionadas con el *miedo* en cuanto perciben el sonido o la luz.

Para conseguir que una rata *desaprenda* este miedo, se lleva a cabo un procedimiento de *extinción*, que consiste en repetir varias veces el sonido o la luz, sin descarga posterior. Lo que ocurre en este caso es que la rata aprende que, ahora, el sonido o la luz no van seguidos de descarga, es decir, se produce un *nuevo recuerdo*, que se superpone al anterior.

El proceso de extinción no consigue *borrar* el recuerdo previo, antes bien, produce, como se ha dicho, un recuerdo nuevo. Esto significa que la extinción no garantiza que la rata no vuelva a asustarse al escuchar el sonido o ver la luz, ya que el recuerdo original relacionado con el miedo pervive aún en la memoria. Monfils y cols. demostraron, sin embargo, que era posible *borrar* el recuerdo original.

Para conseguirlo, hicieron algo tan aparentemente simple como evocar en las ratas una respuesta de temor, minutos antes de una sesión clásica de extinción; una sola vez, antes de la sesión de extinción, las ratas fueron expuestas al estímulo neutro más el posterior estímulo aversivo. Con ello, se estimuló en las ratas un proceso de *re-consolidación* de la memoria, al activar el recuerdo que deseaban modificar, en este caso el miedo.

El recuerdo de los episodios que hicieron que la rata aprendiese a *temer* al estímulo neutro, se volvió así lábil, y la sesión de extinción posterior logró modificar el recuerdo original, borrándolo o sustituyéndolo. En cualquier caso, este procedimiento sí garantiza el olvido, y las ratas no vuelven a asustarse al presentarles los sonidos o las luces (al contrario de lo que ocurre al aplicar únicamente la extinción, sin el recuerdo aversivo previo).

En diciembre de 2009 se publica un estudio que describe resultados similares, esta vez en humanos. Schiller y cols. condicionaron una respuesta de temor en voluntarios sanos y, posteriormente, los sometieron a una sesión de extinción clásica. Veinticuatro horas después de esta sesión se evaluó la recuperación espontánea de temor. Previsiblemente, y a pesar de la sesión de extinción, los sujetos continuaron asustándose cuando les presentaron el estímulo condicionado que habían aprendido a temer. Un año después del experimento, los voluntarios seguían mostrando respuestas de temor espontáneas al estímulo.

Un grupo de estos voluntarios mostró, sin embargo, un comportamiento diferente; no se asustaban, ni 24 horas después, ni un año después del experimento original. A este grupo se le había repetido el procedimiento aversivo justo diez minutos antes de la sesión de extinción, una sola vez.

El proceso de *re-consolidación* de la memoria parece tener un *periodo ventana*, un tiempo determinado fuera del cual el recuerdo no puede ser afectado. Cuando el recuerdo de la respuesta de temor se producía seis horas antes de la sesión de extinción, la respuesta de temor permanecía intacta. Sin embargo, cuando los sujetos evocaban la respuesta de temor diez minutos antes de la sesión de extinción, dicho recuerdo se tornaba lábil, maleable, y la posterior sesión de extinción conseguía efectivamente extinguirlo.

Schiller y cols. fueron capaces de demostrar también la especificidad de la eliminación del recuerdo. Al condicionar dos estímulos simultáneamente, el miedo sólo fue eliminado en el caso del estímulo evocado diez minutos antes del programa de extinción, recuperándose el miedo en cambio con el otro estímulo, presentado fuera de la ventana de re-consolidación.

Estos resultados sugieren que la re-consolidación de la memoria en humanos es un proceso que podría permitir modificar un recuerdo, en direcciones terapéuticas. Rossi señala que esta propuesta es la base de diversos abordajes psicoterapéuticos y concluye, refiriéndose al trabajo de Nader y cols.;

“Sin embargo, la mayoría de los paradigmas de la psicoterapia de los últimos siglos, desde la hipnosis y el psicoanálisis clásico hasta las terapias cognitivas y conductuales, implican una combinación de los mismos dos pasos del proceso que es la esencia del diseño de la investigación de Nader y colaboradores. La dinámica central de las psicoterapias clásicas y modernas envuelve típicamente (1) una reactivación de recuerdos traumáticos antiguos, lo que (2) inmediatamente es seguido por alguna forma de intervención terapéutica diseñada para curar la vieja herida de una manera u otra. Muchos rituales curativos tradicionales, espirituales y chamanísticos, donde esta dinámica de dos pasos ha sido evidente desde hace mucho, implica (1) una fase inicial de excitación emocional elevada (...), lo que es seguido por (2) un ritual de relajación que es experimentado como curación dentro del sistema cultural de creencias del paciente. Este proceso de dos pasos de excitación y relajación (...) es la base psicobiológica del proceso creativo de 4 estadios (...).

En el habla común de los psicoterapeutas de hoy, se dice que “cada acceso es un reencuadre”. Esto es, cada recuperación de un recuerdo, automáticamente lo reencuadra o modifica de alguna manera. Esta investigación [Nader y cols.] provee una fuerte validación experimental de esta experiencia psicoterapéutica a nivel molecular de la expresión génica y la síntesis proteica” (pp. 125-127).

Derbyshire y colaboradores, en un artículo reseñado en este mismo número de *Hipnológica*, demuestran que la percepción del dolor “real”, producida por un estímulo nociceptivo, es distinta de la percepción de un dolor imaginado, pero equivalente a la percepción de dolor “irreal”, inducida mediante hipnosis.

Precisamente, una de las potencialidades terapéuticas del trance hipnótico, radica en esta capacidad de generar percepciones equivalentes a las percepciones “reales”. Así, la revivificación de un suceso traumático durante el trance, podría permitir la actualización y reconstrucción de dicho recuerdo, e incluso la eliminación (olvido) del componente emocional y de las respuestas automáticas asociadas al mismo.

Serán necesarios más estudios que puedan corroborar o no estas afirmaciones y generalizar el experimento de Schiller y cols. a las condiciones más complejas de la práctica clínica. No obstante, tanto los resultados de los estudios mencionados como la propia experiencia clínica, sugieren que la reestructuración de los recuerdos en el contexto del trance debería poder demostrarse, finalmente, como un hecho real.

Como ya dijimos, apenas hemos podido desvelar unas pocas piezas del puzzle que suponen la memoria y el olvido. Sin embargo, el universo de posibilidades terapéuticas que se vislumbra viene a apoyar, en gran medida, el trabajo de numerosos investigadores que se atrevieron, en diferentes momentos de la historia de la ciencia, a desafiar lo establecido.

## Referencias

- Cuadros, J. (2009) Reseñas: ¿Te duele, o lo estás imaginando? *Hipnológica 2, 27*
- Derbyshire, S.W.G.; Whalley, M.G.; Stenger, V.A. & Oakley, D.A. (2004). Cerebral activation during hypnotically induced and imagined pain. *Neuroimage 23*: 392-401.
- Monfils, M.-H.; Cowansage, K.K.; Klann, E. & LeDoux, J.E. (2009). Extinction-reconsolidation boundaries: key to persistent attenuation of fear memories. *Science 324*: 951-955.
- Nader, K.; Schafe, G.E. & LeDoux, J.E. (2000). Fear memories require protein synthesis in the amygdala for reconsolidation after retrieval. *Nature 406*: 722-726.
- Rossi, E.L. (2002). *The psychobiology of gene expression: Neuroscience and neurogenesis in hypnosis and the healing arts*. New York. W.W. Norton & Company Inc.
- Schiller, D.; Monfils, M.-H.; Raio, C.M.; Johnson, D.C.; LeDoux, J.E. & Phelps, E.A. (2009). Preventing the return of fear in humans using reconsolidation update mechanisms. *Nature* doi:10.1038/nature08637

**Jorge Cuadros**  
Doctor en Ciencias Biológicas

**Chema Nieto**  
Médico, Psicólogo

## Hipnosis, Religión, Arte y Cerebro Entrevista a Martín-Loeches

Jorge Cuadros y Magali Vargas

**Manuel Martín-Loeches** es Profesor de Psicobiología de la Universidad Complutense de Madrid, y Director de la Sección de Neurociencia Cognitiva del Centro Mixto UCM-ISCIII de Evolución y Comportamiento Humanos; autor de “La mente del ‘Homo sapiens’. El cerebro y la evolución humana”

**Jorge Cuadros** es Doctor en Biología y **Magali Vargas** es Licenciada en Educación Infantil

**Jorge & Magali (Hipnológica):** Antes que nada, el agradecimiento nuestro y del Grupo Hipnológica por haber aceptado concedernos esta entrevista, Profesor Martín-Loeches

**Martín-Loeches:** Encantado de que me hagáis esta entrevista; el agradecido soy yo.



Martín-Loeches

**H:** Si, como consecuencia de las características del cerebro humano moderno, surge el arte, ¿qué opina acerca de la propuesta de que, a su vez, el arte y la belleza promueven la plasticidad neuronal, en la construcción diaria de un cerebro mejor?

**M-L:** Curiosa e interesante propuesta, y hasta podríamos decir que la plasticidad neuronal que el arte y la belleza promueven es aquella más relacionada con lo sublime, con lo abstracto, con lo más humano. En realidad, la plasticidad neuronal es algo que ocurre a muchos niveles,

no sólo por el arte o la belleza. La experiencia cotidiana, las actividades que realizamos cada día, modifican nuestro cerebro en mayor o menor grado en función de la profundidad con la que las cosas nos emocionan, nos impresionan. Qué duda cabe que la belleza y el arte nos conmueven, nos emocionan, de ahí que su contribución a cambios sutiles en el cerebro sea probablemente mayor. Además, el arte se puede entender como la puesta en marcha del objetivo más supremo de nuestro cerebro: la búsqueda de conceptos, de abstracciones, de esencias. Pero las abstracciones e ideas que nuestro cerebro encuentra a través del arte son a veces tan irreales, tan imposibles en el mundo real, que no es para nada atípico encontrar que muchos artistas sufren al no ser capaces de plasmar en un medio físico (sea un cuadro, un poema, o una partitura) lo que su cerebro ha producido. Una vez más lo que más mueve el arte son nuestras emociones, y las emociones son el motor de todo.

**H:** En relación con esto, el síndrome de Stendhal, por ejemplo, está constituido por un cúmulo de fenómenos hipnóticos provocados por un “exceso” de belleza, en lo que correspondería a un “estado de conciencia diferente”; estrictamente, un trance hipnótico ¿esto debería tener un correlato en la actividad de nuestra corteza cerebral y en la neurogénesis?

**M-L:** Seguro que sí. Yo lo relacionaría además con lo sublime, una de las características de ciertas obras de arte que han preocupado a los filósofos del arte desde al menos el tiempo de los griegos. El arte es capaz de provocar estados alterados de conciencia, y entre ellos un estado hipnótico caracterizado por una desbordante focalización hacia ciertos aspectos, las más de las veces inefables, de la obra de arte. Es la atención por la atención, sin necesidad de lenguaje, el pensamiento en su estado puro. Es un fenómeno que muchas religiones han explotado desde la más remota antigüedad.

**H:** Estos denominados “estados alterados de conciencia”, que se pueden conseguir mediante sustancias alucinógenas, ¿también se pueden alcanzar, entonces, de manera natural, mediante la inducción de un trance hipnótico, e inclusive de forma espontánea?

**M-L:** Los estados alterados de conciencia se pueden conseguir de muchísimas maneras, y la historia de la humanidad está llena de ejemplos de cómo el ser

humano ha sabido encontrar esos caminos que están a la base de numerosas experiencias religiosas y, por ende, de la religión misma. Ya hemos hablado del arte como forma de llegar a esos estados. Y no se nos escapa que el arte y la religión están tremendamente unidos, aunque por supuesto no son lo mismo. Incluso en aquellas religiones donde la representación figurativa está prohibida, como el islamismo, el arte aparece en formas geométricas cuya contemplación puede llevar estados alterados de conciencia, como los mandalas de las religiones hinduistas. La música, especialmente la repetitiva, es otra forma muy extendida de inducción al trance en muchas religiones. Y los olores. Un ejemplo muy cercano y cotidiano a nuestra civilización occidental podría ser una iglesia, llena de arte y simbología, tanto en las pinturas de sus paredes como en su estructura constructiva, donde la luz que entra es modificada mediante vidrieras, donde resuenan cánticos y música de órgano, y donde el olor a incienso es fuerte y envolvente. Si no fuera porque, en nuestra sociedad actual, muchos de los que asisten a un escenario como éste se autocontrolan de alguna manera por el “qué dirán” las otras personas que acuden al acto litúrgico, el número de trances y estados alterados de conciencia que se pueden conseguir, sería muy alto.

Otra forma muy extendida de alterar la conciencia es a través del dolor. Algunos santos anacoretas de la época visigoda, aquí en España, llegaron a vestir pieles de oveja con el pelaje hacia el interior, incluso durante épocas de gran calor, con el fin de hacer sufrir al cuerpo. Con el sufrimiento se liberan muchas endorfinas, sustancias que el cerebro produce y de las que son agonistas precisamente las sustancias alucinógenas. El trance hipnótico ya de por sí es un estado alterado de conciencia, y la consecución espontánea de estados alterados de conciencia es fácil cuando se tiene práctica.

**H:** Comenta en su libro que la “sugestionabilidad” es variable entre las personas, y que esta variabilidad podría tener un origen genético. Además del VMAT2, se han descrito, por ejemplo, polimorfismos de la COMT que correlacionan con una alta hipnotizabilidad. ¿Qué opina acerca de que, como se ha sugerido, las personas altamente hipnotizables, con una predisposición genética específica, podrían también ser altamente eficientes favoreciendo la activación de procesos auto-curativos, un ejemplo de los cuales sería el “efecto placebo”?

**M-L:** El efecto placebo es una de esas cosas curiosas que, a lo que parece, sólo posee nuestra especie. Efectivamente, tener efecto placebo es muy adaptativo y ventajoso. Su origen parece estar en la credibilidad que tenemos hacia lo que nos dicen los demás, especialmente hacia autoridades y personas en quien tenemos gran confianza. Esa credibilidad, que no es otra cosa que sugestionabilidad y, por ende, hipnotizabilidad, es efectivamente variable, aunque presente en mayor o menor grado en todos los seres humanos. Puede llegar a

ser tan eficaz o más que un analgésico producido por nuestra más reciente y flamante industria farmacéutica. Muchas de nuestras dolencias no son tratadas de manera etiológica, es decir, abordando la causa, sino que simplemente se nos suministran analgésicos para no sentir dolor mientras nuestro cuerpo lucha contra la enfermedad, como forma de salir del paso y poder llevar una vida normal y seguir con nuestras actividades. Esto mismo, como mínimo, es lo que consigue el efecto placebo, de ahí que tuviera ventajas indudables desde el punto de vista evolutivo.

**H:** Y, esta capacidad auto-curativa, por lo demás natural, aunque variable entre las personas, ¿podría haber servido en los inicios del pensamiento religioso para reforzar la creencia en “lo milagroso”?

**M-L:** Bueno, eso es lo que dicen y yo estoy de acuerdo. El efecto placebo está muy ligado (aunque no necesariamente siempre) a la creencia en una autoridad. La relación entre autoritarismo, creencia, sugestionabilidad, religión, y efectos de la mente sobre el cuerpo (como el efecto placebo) no parece accidental. Es muy probable que en diversas ocasiones las curaciones (o paliaciones del dolor, en cualquier caso) producidas por el efecto placebo hayan servido de “evidencia” de la eficacia de determinadas ideas o personas con autoridad religiosa. Y como nuestro cerebro, hecho para razonar sólo muy pocas veces de manera lógica, suele mirar más hacia una evidencia que confirme su creencia frente a mil evidencias que la contradigan, el resultado es fácil de predecir.

**H:** Entonces, independientemente de la existencia o no de Dios, la religión, como el arte, ¿sería el resultado de un cerebro humano, con una gran memoria operativa, capaz de imaginar, capaz de creer en creencias?

**M-L:** Sin ninguna duda. El arte, la religión y, según algunos (como Richard Dawkins), el mismísimo Dios, son meros productos de nuestro peculiar cerebro. Nuestra gran memoria operativa, es decir, nuestra capacidad para manejar más información mentalmente, puede marcar una diferencia, especialmente a la hora de ser creativos y de buscar causas y consecuencias que no se ven a simple vista. Pero donde mejores frutos ha dado siempre, y sigue dando, es en la tecnología, la ciencia o el arte. No estoy muy convencido de que la memoria operativa al servicio de la religión haya dado frutos loables, al menos no todos. Más bien ha servido para dar respaldo a ideas muchas veces disparatadas desde el punto de vista de la razón e incluso del corazón (si se me permite la expresión figurativa), explotando otra facultad de nuestro cerebro que es la de creer en creencias, algo que es independiente de la memoria operativa. Son muchas las peculiaridades de nuestro cerebro.





## Hipnonauta (II)

Joan Manel López Capdevila

El hipnonauta escribe melancolía, un recuerdo del futuro, bolas de luz, pájaros del alma que recorren las autopistas de las nubes, enjambres de emociones, collares de miradas y una procesión de largos etcéteras sin respuesta y en escarcha en los crepúsculos de Saturno.

En el sopor de una tarde de verano, bajo la luz descansada de la sombra de los pinos y el rumor adormecedor de un mar salpicado de brillos que cubre maternal y cuidadosamente, con su manto de brisa, la inquietud feroz de la respiración, mi última necesidad de olvido; subo, a través de los puentes de Orfeo, a una lanzadera de la imaginación. Así cruzo, con movimiento seguro y exacto, la materia de las superficies y lo dado, me adentro, suavemente, en lo profundo del mundo sináptico de mi pensamiento. Siento que voy dejando atrás, sin huida ni herida, llenándome de sonrisas, cada esquina, los laberintos, los desiertos, los abismos, las cosechas yermas, las edificaciones en niebla, las ruinas de dolor y miedo, las casas vacías, cualquier desahucio del desencuentro en la que la incomprensión aboca al absurdo o los nudos de confusión son fusilados por vacíos. Puedo ver, relajado, en un núcleo de alas y oxígeno, el rumbo que adquiere la nave nodriza de mi mente, convirtiéndose en el lugar infinito, la fusión iridiscente de todas las perspectivas, dulcemente arbolando lo hallado y por llegar, sus contrarios y dialécticas. Así avanzo completando los círculos, aunando el sinfín de metáforas y dimensiones, acunado sobre elementos geométricos sin aristas e imposibles, entre olas cuánticas de cuanto ha sido, es y podrá ser, en una música de colores y transparencias que es armonía y ternura, poesía matemática de los cielos. Puedo comprender, en todo tiempo y espacio, que es un viaje hacia el origen, en el inicio de mi ser enraizándose con el universo. En las Montañas de la Luna del río de la Consciencia emanan las fuentes de la fuerza que convierte la voluntad en destino. Es así que, en otro sueño dentro del sueño, soy el héroe de una antigua leyenda grabada con fuego, electricidad y sangre por los telémacos de la esencia y consigo salvar cada instante, cada anhelo, el amor vencido, la alegría iluminada para empezar de nuevo... suavemente, dulcemente, lentamente, armoniosamente... los trazos, las huellas de esa canción... 5, 4, 3, 2, 1...

El hipnonauta despierta en la realidad de las esferas, en el instante previo a los reflejos y los múltiples, hace mil años que está aquí, no espera si no que encuentra en lo profundo del aire, en el calor que mece y extiende el pulso de sus venas, en los manantiales de la vida. Todo está iluminado, es y no es.

**Joan Manel López Capdevila**

Psicólogo Clínico y Forense  
Jefe de Programas Específicos y Atención Especializada  
Coordinador de la Comunidad de Prácticas y Gestión del Conocimiento de los Psicólogos del Departament de Justicia de la Generalitat de Catalunya  
Psicoterapeuta



## Reseñas

Jorge Cuadros

### Hipnosis en Reproducción Asistida

Levitas E et al. (2006)

Impact of hypnosis during embryo transfer on the outcome of in vitro fertilization-embryo transfer: a case-control study

### ¿Qué nos hace humanos? Descubriendo algunos secretos del cerebro

Martín-Loeches, M. (2008)

*La mente del 'Homo sapiens'. El cerebro y la evolución humana*

### ¿Te duele, o lo estás imaginando?

Derbyshire SWG et al. (2004)

Cerebral activation during hypnotically induced and imagined pain

### Más evidencias sobre el “estado hipnótico”

McGeown WJ et al. (2009)

Hypnotic induction decreases anterior default mode activity



### Hipnosis en Reproducción Asistida

Dentro de las múltiples aplicaciones de la hipnosis terapéutica, no debería sorprender su utilización en un campo de la medicina caracterizado por la generación de un estrés intenso en las mujeres que lo requieren, como es el de las técnicas de reproducción asistida.

Levitas y colaboradores publicaron en 2006 en la revista *Fertility and Sterility*, una de las más importantes en el campo de la reproducción asistida, un artículo en el que demostraron el aumento estadísticamente significativo de las tasas de embarazo y de implantación embrionaria en las pacientes a las que se realizaba la transferencia embrionaria en estado de trance hipnótico.

Se sugiere que la reducción del estrés, promovida por la hipnosis, y su posible efecto sobre la regulación del sistema inmunológico, así como sobre las contracciones uterinas, podría favorecer la interacción del embrión con el endometrio y, de esta manera, aumentar las probabilidades de implantación embrionaria.

Levitas E et al. (2006) Impact of hypnosis during embryo transfer on the outcome of in vitro fertilization-embryo transfer: a case-control study. *Fertility and Sterility* 85: 1404-1408.

### ¿Qué nos hace humanos? Descubriendo algunos secretos del cerebro

Manuel Martín-Loeches, profesor de Psicobiología de la Universidad Complutense de Madrid y Director de la Sección de Neurociencia Cognitiva del Centro Mixto UCM-ISCIH de Evolución y Comportamiento Humanos, publicó en 2008 "La mente del *Homo sapiens*", un libro revelador donde se presentan algunas de las claves del funcionamiento del cerebro humano y de qué lo hace diferente del de otras especies, incluidas las del género *Homo*. Con un lenguaje claro y didáctico, accesible no sólo al profesional de la salud, sino también al público en general, el profesor Martín-Loeches explica cómo el lenguaje, el arte, la religión y la ciencia son productos de un cerebro que evolucionó a lo largo de cientos de miles de años. La memoria operativa, el funcionamiento de los genes, el tamaño de la corteza cerebral, suman fuerzas para dar como resultado un cerebro humano capaz de realizar cosas únicas en la historia de la evolución.

Martín-Loeches, M. (2008) *La mente del 'Homo sapiens'. El cerebro y la evolución humana*. Madrid. Santillana Ediciones Generales S.L.

### ¿Te duele, o lo estás imaginando?

En un artículo publicado en 2004, Stuart Derbyshire y colaboradores mostraron por primera vez, mediante resonancia magnética funcional, evidencias directas de la activación de regiones específicas de la corteza cerebral en la generación de una sensación de dolor, en ausencia de un estímulo que lo provoque. Tras la inducción de un trance hipnótico, la sugestión de que el sujeto está siendo sometido a un estímulo doloroso activa zonas de la corteza cerebral similares a las que se activan cuando un estímulo doloroso se presenta realmente; entre otras, la corteza cingulada anterior. En cambio, cuando se le pide al sujeto que “imagine” que está siendo sometido al estímulo doloroso, la activación de la corteza cerebral es mínima. La similitud entre las áreas de la corteza cerebral activadas mediante el dolor físicamente inducido y el dolor hipnóticamente inducido, que no se observa en el dolor imaginado, sugiere la posibilidad de que mecanismos similares de procesamiento del dolor en ausencia de un estímulo podrían estar implicados en la generación de algunas enfermedades caracterizadas por la presencia de dolor crónico.

Derbyshire SWG et al. (2004) Cerebral activation during hypnotically induced and imagined pain. *Neuroimage* 23: 392-401.

### Más evidencias sobre el “estado hipnótico”

El santo grial de la investigación sobre la hipnosis, para una parte de los hipnólogos, es demostrar la existencia de un “estado hipnótico”. Aparte de las evidencias que van surgiendo en relación con los cambios en la expresión génica después de una intervención hipnótica, ha habido otras aproximaciones utilizando la tomografía de emisión de positrones (PET) o la resonancia magnética funcional (fMRI), donde se demostraría la modificación de la actividad cerebral durante el estado hipnótico. Sin embargo, estas evidencias se han cuestionado desde el punto de vista de que no quedaría claro si dichas modificaciones son debidas a la inducción del supuesto estado hipnótico *per se*, o a la tarea encargada en la sugestión hipnótica posterior. En un abordaje elegante utilizando la fMRI, McGeown y colaboradores presentan una evidencia de un cambio en la actividad cerebral fisiológica espontánea, el “modo por defecto”, provocado por una inducción hipnótica, mientras el sujeto está en reposo y antes de administrarle una sugestión hipnótica. La disminución de la actividad cerebral en la corteza prefrontal anterior sólo ocurre en los sujetos altamente sugestionables, comparándolos con los sujetos poco sugestionables, que experimentan otro tipo de cambios relacionados con una reducción del estado de alerta. Y aunque los autores afirman que sus resultados no resuelven la cuestión de la existencia del “estado hipnótico”, las evidencias que presentan apuntan hacia la resolución de ese eterno dilema.

McGeown WJ et al. (2009) Hypnotic induction decreases anterior default mode activity. *Consciousness and cognition* 18: 848-855.

**Jorge Cuadros**

Doctor en Ciencias Biológicas



## **La construcción social de la enfermedad mental**

José Cano

Es importante mantener la concepción de que las enfermedades mentales o psicológicas son una construcción socio-cultural. Ante la persona que presenta dolencias psicológicas y discapacidad para conseguir cambios respecto de tal malestar, podemos ocuparnos en recoger los síntomas que presenta dicha persona y agruparlos para conformar algún síndrome que se adecúe a alguna enfermedad mental (oficialmente establecida como tal); en este caso no estaremos tratando con una persona, sino con una entidad morbosa. Las personas sufren malestar psicológico ante los problemas de la vida; en esas circunstancias no es lo mismo contextualizar su malestar que decirles que padecen una enfermedad. Las palabras cosifican las vivencias y nos condicionan. Las palabras tienden a hacer ontología de la experiencia humana, cuando en realidad dicha experiencia es resultado de un proceso dialéctico entre individuo y su entorno. Las palabras condicionan tanto al profesional de la salud como al paciente.

La enfermedad mental no se descubre, sino que se construye. No es una entidad natural que siempre estuvo ahí y ahora la ciencia descubre (Héctor González Pardo y Marino Pérez Álvarez, "La invención de los trastornos mentales"), no es algo que existe independiente del contexto humano; lo humano es sustancialmente social y cultural. Es una construcción social porque son personas llamadas expertas (profesionales de la salud) las que quedan autorizadas para categorizar y clasificar el comportamiento humano. Y al clasificar se construyen entidades, o sea algo con esencia propia. Eso es lo que suele ocurrir a pesar de que se defiende que el categorizar y el clasificar son actividades pragmáticas requeridas por el quehacer científico. Ahora, la cuestión es saber lo que conduce (criterios, enfoques, paradigmas) a los expertos a etiquetar de enfermedad mental una conducta psicológicamente alterada.

La construcción social de la enfermedad mental se entiende, en primer lugar, a través del estudio de la dicotomía entre visión biológica y visión cultural (Álvarez Munárriz, "Antropología Biocultural") de la conducta humana, y, en segundo lugar, a través del estudio de la evolución que toma la psicología académica, disciplina que produce modelos explicativos del comportamiento humano.

La visión biológica mantiene la creencia en el determinismo biológico del comportamiento humano, aunque acepta que la facultad simbólica es propia del ser humano, dicha facultad queda supeditada al determinismo biológico (Darwinismo Social). Tradicionalmente, la visión biológica es la dominante. El mismo Sigmund Freud confesaba que sus descubrimientos de la psique humana debían completarse con los hallazgos de los correlatos biológicos de dichos elementos psíquicos. Hoy en día,

los medios de divulgación científica anuncian que asistimos a la carrera por alcanzar el conocimiento total del cerebro (discurso que subsume el conocimiento de la psique humano), que es sólo cuestión de tiempo el conseguirlo. Todo apunta a que la supremacía de esta visión viene sostenida por factores ideológicos (actualmente hegemónicos) y de interés económico (la industria farmacéutica). Con la hegemonía de la visión biológica, el modelo médico de la enfermedad mental toma preponderancia, queda justificada la tendencia de los expertos en detectar o descubrir enfermedades de la conducta humana y la consecuencia es la extendida y aceptada medicalización de la vida.

Frente a la visión biológica está la visión culturalista, no como parte explicativa de la ontogénesis del ser humano que complementa su parte biológica, sino como paradigma independiente, que explica la evolución del ser humano sin reduccionismos biológicos (Álvarez Munárriz, "Antropología Biocultural"). Afirmar que la conducta humana es una interacción entre biología, psicología y sociología, parece una proposición lógica, sin embargo, me atrevo a decir que en cierto modo es un sofisma, no porque sea totalmente falsa, sino porque enmascara el determinismo cultural de la conducta humana.

Para los que nos dedicamos a la terapia psicológica, es importante tener en mente que, hoy por hoy, existe una contienda entre paradigmas. Ilustraré lo referido hasta ahora con un ejemplo: en los años 80, el trastorno de ansiedad con ataque de pánico era considerado por los teóricos de la sicopatología como un trastorno endógeno (biológico). El modelo conductista aceptaba dicha concepción y mantenía que su aportación era de apoyo psicológico para paliar los síntomas de este trastorno crónico; el modelo psicoanalítico se empeñaba, sin éxito, en aplicar sus teorías para tratar y explicar la angustia propia de dicho trastorno. Hoy en día, sabemos que la crisis de angustia deriva de eventos ambientales (la mayoría de las veces, contextual-relacional). Ello indica que las teorías imponen sus interpretaciones, y cuando la conducta resulta difícil de explicar, es fácil recurrir al discurso hegemónico (actualmente, el modelo médico).

No se trata de negar los logros de la psiquiatría y de la psicología; la terapia biológica ha logrado el bienestar y la inserción social de muchos enfermos mentales, y los modelos psicológicos, el psicoanálisis (modelos y técnicas derivadas) y el conductismo (cambios evolutivos) han aportado importantes ideas sobre la psique y el comportamiento humano. Tampoco se trata de negar la necesidad de generar teorías; el soporte teórico permite ordenar y dar sentido a los datos, en este caso, dar sentido a los síntomas. Pero una cosa es categorizar y clasificar como actividad metodológica, otra distinta es generar (construir) una categoría que



cosifica, objetiva y estigmatiza una experiencia humana; tal como lo hace el término "enfermedad". Los conocimientos proporcionados por las distintas corrientes (en el ámbito de la salud mental) son descubrimientos de elementos de la psique, descubrimientos de sistemas de comportamiento. Muchos de estos conocimientos son reales en todas las culturas y en todos los tiempos, pero ninguno es determinante; es como decir que los sistemas de comportamiento se superponen (de ahí que una misma conducta, normal o anormal, sea explicada desde distintos enfoques teóricos). El comportamiento humano se debe a causas multifactoriales. Dichos conocimientos son como lentes que nos permiten percibir parte de lo que le puede estar ocurriendo a una persona que sufre alteraciones psicológicas.

En el "DSM-IV" (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales) leemos en su introducción, capítulo "Definición de trastornos mentales", lo siguiente: "(...) En este manual cada trastorno mental es conceptualizado como síndrome o un patrón comportamental o psicológico de significación clínica, que aparece asociado a un malestar (p.ej. dolor), a una discapacidad (p.ej. deterioro en una o más áreas de funcionamiento) o a un riesgo significativamente aumentado. (...) Este síndrome o patrón no debe ser meramente una respuesta culturalmente aceptada a un acontecimiento particular (...) ni los conflictos entre el individuo y la sociedad son trastornos mentales."

En psicopatología no se considera trastorno cuando la alteración de la persona se debe a discordia entre dicha persona y su entorno social o cuando el individuo manifiesta un comportamiento alterado como respuesta culturalmente aceptada; me pregunto quién determina si la respuesta entra dentro de la categoría de culturalmente aceptada. Muchos de los trastornos descritos en el "D.S.M." son respuestas a eventos ambientales y relacionales, por lo tanto se dan en un contexto cultural. Los que trabajamos como psicoterapeutas (sobre todo en el ámbito privado) sabemos que la mayoría de nuestros consultantes o pacientes presentan el malestar derivado de un conflicto cuyos determinantes son socio-culturales (aquí, también se incluye las personas que por sus rasgos de personalidad o por sus traumas del pasado resultan propensas a manifestar trastornos como respuesta a los eventos). De ahí que defienda la visión culturalista del ser humano, porque nuestras respuestas (con síntomas de malestar o no) ante los hechos de la vida dependen del significado que damos a los distintos elementos del entorno, de las creencias o de aquello que damos por sentado y nos imposibilita su cuestionamiento.

El presente artículo es una simple pincelada para reavivar la dicotomía entre visiones del ser humano, por un lado, la visión que busca la esencia del hombre, la que espera descubrir las características inmutables que permitirían su definitivo conocimiento; por otro, la que ve al hombre en su plasticidad, el ser que está constantemente cambiando a través de un proceso dialéctico con su entorno cultural. Todo ello implica la necesidad de estar constantemente revisando y replanteándose conceptos tales como enfermedad, disfunción, trastorno, orientaciones psicoterapéuticas, etc.

No quiero terminar el artículo sin mencionar la hipnosis. En primer lugar por ser un trabajo para la revista "Hipnológica", y en segundo lugar, porque es de justicia que el estudio de la hipnosis aparezca en el presente discurso; a lo largo de su historia, la hipnosis ha contribuido a demostrar que el hombre es un ser biológico moldeado (solo llega a ser hombre debido a ese moldeado) por su entorno cultural, que enferma y cambia (física y psicológicamente) a través de dicho entorno. En el ámbito de la terapia, la hipnosis se ha encontrado envuelta en el conflicto de ser vista como una simple herramienta al servicio de las corrientes más dominantes (en el ámbito de la salud) o ser vista como un medio donde un hombre puede alcanzar un mayor protagonismo en su propio cambio, en su propia curación.

### **José Cano**

Psicólogo – Psicoterapeuta  
Veinte años dedicado a la psicoterapia y  
al campo de la hipnosis  
Provincia de Alicante



José Cano

# Apuntes sobre Susceptibilidad y Sugestionabilidad Hipnótica

Chema Nieto, Joan Manel L. Capdevila, Isidro Pérez Hidalgo

Desde un punto de vista emocional, ambos conceptos, susceptibilidad y sugestionabilidad, tienen que ver con la vulnerabilidad con la que podemos sentir nuestro “yo”; la susceptibilidad puede implicar un daño *posible* contra el que nos defendemos, de forma más o menos activa, mientras que la sugestión implica una seducción, algo que nos atrae, atrapando nuestra atención.

Así, como parte del repertorio de habilidades de acercamiento o huida, sugestionabilidad y susceptibilidad podrían ser dos caras de una misma moneda con la que nos enfrentamos a los retos de nuestra relación con los demás y con el mundo. Desde esta perspectiva ecológica, entendemos ambos conceptos como parte del repertorio (neurofisiológico) que utiliza el ser humano como medio para su adaptación al entorno, hetero y propioceptivo.

“La experiencia no es lo que nos pasa”, decía Aldous Huxley, “la experiencia es lo que hacemos con lo que nos pasa.” Es cierto que toda percepción es una elaboración, una interpretación de ciertos eventos que alcanzan a estimular el sistema sensorial. Nuestro cerebro desarrolla creencias y expectativas con las que moldea y da sentido a la experiencia sensitiva, haciendo de filtro organizador de la experiencia y, al mismo tiempo, tamizando y transformando la realidad externa, “objetiva”. Nuestra experiencia no deja de ser una recreación basada-en-hechos-reales, desarrollada por nuestro cerebro.

Hay quien afirma que la realidad, nuestra experiencia de la realidad, puede ser entendida como un trance. En este trance cotidiano susceptibilidad y sugestionabilidad se aúnan para modificar la experiencia y, con ello, para impresionar y dar forma a ese yo-consciente que sentimos que somos.

En los trances terapéuticos buscamos desarrollar esas mismas transformaciones, en direcciones saludables. Aquí, tal vez desgraciadamente, susceptibilidad y sugestionabilidad cobran sentidos más prosaicos.

La sugestionabilidad, y las escalas al uso, pretenden medir las respuestas de un individuo al trance hipnótico. Así, se consideran altamente sugestionables aquellos individuos que muestran respuestas floridas o estereotipadas a las sugerencias hipnóticas. Si bien se tiende a creer que la respuesta a la terapia hipnótica debe estar condicionada o limitada a la alta sugestionabilidad, estas respuestas expresan únicamente un modo particular de reaccionar a las sugerencias. De hecho, la mayoría de estudios

coinciden en señalar la baja relación que existe entre respuesta terapéutica y sugestionabilidad. Es muy probable que el éxito de la terapia con hipnosis esté relacionado con aspectos motivacionales y relacionales, más incluso que con las creencias o las expectativas del paciente, y por supuesto, más que con los criterios de sugestionabilidad.

Se han desarrollado algunas escalas y métodos con la intención de averiguar el nivel de sugestionabilidad de un individuo, sin necesidad de inducir un trance hipnótico. La susceptibilidad, o las escalas de susceptibilidad hipnótica, hacen referencia a estas medidas o formas de medir la sugestionabilidad de un individuo. Desde un punto de vista académico pues, la susceptibilidad y la sugestionabilidad hipnótica intentan aprehender el mismo fenómeno.

En todo caso, la sugestionabilidad demuestra una variabilidad interindividual en el modo en que se responde a la hipnosis y que, como ya ha sido mencionado en otros artículos (1), se relaciona a su vez con modos diferentes de activación e interacción cortical, a nivel neurofisiológico. Esto es, la sugestionabilidad indica la posible existencia de patrones diferentes de interacción con la “realidad”; de formas posibles y distintas de interpretar y confrontar la “realidad” por parte de distintos individuos.

Por otro lado, la capacidad disociativa, que podría ser una herramienta adaptativa ante situaciones que requieren flexibilidad de la consciencia o un especial nivel de absorción, parece relacionarse con la alta sugestionabilidad, también a nivel neurofisiológico. Aunque no ha sido probado, la sugestionabilidad y la capacidad disociativa podrían formar parte de una tipología. En cualquier caso, tanto una como otra se muestran susceptibles de ser modificadas; hay individuos capaces de aprender a desarrollar una alta sugestionabilidad y capacidad disociativas, mediante el entrenamiento con hipnosis. Es factible imaginar que incluso los rasgos de personalidad, los modos de interpretar la realidad o las interconexiones neuronales que conforman determinado carácter, son susceptibles de ser modificados a través de un entrenamiento adecuado, tanto como a través de determinadas experiencias significativas (en el trance cotidiano del que hablábamos más arriba, estas experiencias significativas serían sugestionaciones en sí mismas, capaces de impresionar y modificar al individuo, aunque en direcciones imprevistas).

Desde un punto de vista estrictamente clínico, al profesional que pretende utilizar la hipnosis, la sugestionabilidad y la susceptibilidad así entendidas podrían resultarle tema baladí, dada su escasa fiabilidad como escalas predictivas del posible éxito terapéutico. No obstante, la sugestionabilidad resulta significativa para el clínico por dos motivos. Por un lado, porque nos recuerda que el modo en que un paciente responde durante el trance a las sugerencias hipnóticas no debe motivar ni un optimismo exagerado, ante manifestaciones floridas, ni una aproximación pesimista, ante la falta de signos o pistas que sugieran que el paciente está respondiendo a las sugerencias. Recordemos que la sugestionabilidad no se relaciona, por lo general, con el posible éxito terapéutico. Sin embargo sí resulta interesante saber cómo responde o cómo va a responder un paciente a las sugerencias, para poder potenciar o inhibir determinadas vías de comunicación y profundización hipnóticas. Por otro lado, la sugestionabilidad, como capacidad de un individuo de ser impresionado y modificado, es un recurso, del propio individuo, que debemos potenciar en el contexto clínico de la terapia con hipnosis, a través de aquellos aspectos motivacionales y relacionales que sí sabemos son importantes en el decurso de la terapia.

#### Referencia

- (1) Chema Nieto (2009), Estudio de caso único; hipnosis en el tratamiento de verrugas digitales. *Hipnológica*, 1, p. 31 (Discusión) [www.hipnologica.com](http://www.hipnologica.com)



#### **Chema Nieto**

Médico especialista en MFyC  
Psicólogo Clínico  
Médico Adjunto Servicio Urgencias HOA  
(Asturias)

#### **Joan Manel López Capdevila**

Psicólogo Clínico y Forense  
Jefe de Programas Específicos y  
Atención Especializada  
Coordinador de la Comunidad de Prácticas y Gestión  
del Conocimiento de los Psicólogos del  
Departament de Justicia de la Generalitat de  
Catalunya  
Psicoterapeuta

#### **Isidro Pérez Hidalgo**

Psicólogo Clínico  
Director CHC PSICÓLOGOS Madrid  
Director del Departamento de Psicopatología  
del Institut de Reumatologia Barcelona

## Sobre las sugerencias negativas

Francisco Javier Rodríguez del Valle

Decía Watzlawick que “es imposible no comunicar”, por lo que, si lo tenemos en cuenta, es también imposible evitar influenciar o ser influenciado, así como es inevitable sugerir o ser sugerido.

La gente es capaz de concentrarse intensamente, de abstraerse, incluso de entrar en un estado de conciencia disociada, de forma espontánea, es decir, sin que tenga lugar ningún ritual formal de inducción hipnótica. Esto no quiere decir que estas experiencias hipnóticas naturales sean las mismas que las que experimentamos en hipnosis en un entorno controlado, como la consulta del profesional, y sin embargo presentan muchas propiedades en común.

Erickson dice que la hipnosis, más que sugestión, es una actitud, y que si la actitud es consciente, el sujeto determina si admite o no ser hipnotizado, si vale o no la pena prestarse a ello; pero cuando el individuo actúa mecánicamente, siguiendo un patrón estereotipado, se halla en un plano inconsciente, o lo que es igual, su actitud tiene un carácter inconsciente.

La hipnosis es un procedimiento que se aprende, no hace falta tener ningún tipo de poder especial para ello. Por ejemplo, el procedimiento de la hipnosis clásica se compone de varios pasos a seguir: preinducción, inducción, profundización, sugerencias y salida. Otra historia totalmente distinta es aprender a realizar y utilizar esta técnica para obtener objetivos terapéuticos.

Curiosamente, uno de los puntos más importantes a la hora de trabajar y ejercer con la hipnosis clínica, supone saber proporcionar sugerencias efectivas para originar cambios beneficiosos en la persona que se somete voluntariamente a tratamientos psicoterapéuticos donde se incluye esta técnica.

Las definiciones de sugestión que aparecen en libros o manuales de hipnosis suelen tener cierta similitud. Por ejemplo, Bernheim y Liébault introdujeron este concepto como “el acto por el cual una idea es introducida en el cerebro y aceptada por el mismo”, pero, en el sentido literal de la palabra, sugestión es el acto de sugerir, y sugerir viene de las palabras latinas *sub gerere*, que significan introducir por debajo; como si dijésemos a hurtadillas o a espaldas de alguien, obrando en él algo sin que caiga en la cuenta de lo que se trata.

Según M. Yapko, la estructura de las sugerencias hipnóticas no es estática, sino dinámica. Pueden clasificarse en distintos grupos que comparten rasgos múltiples y simultáneos. Ni encajan todas en una sola categoría, ni el clínico se ve obligado a moverse en un

determinado grupo a la hora de dar sugerencias a alguien. Esos grupos, según el autor serían:

### Sugerencias directas e indirectas:

Ej de directa “Usted puede hacer X”  
Ej de indirecta “Conocí a alguien que hizo X”

### Sugerencias positivas y negativas:

Ej de positiva “Usted puede hacer X”  
Ej de negativa “Usted no puede hacer X”

### Sugerencias de proceso y contenido:

Ej de proceso “Usted puede tener una determinada experiencia”  
Ej de contenido “Usted puede experimentar esto (una determinada sensación, recuerdo, etc)”

### Sugerencias permisivas y autoritarias:

Ej de permisiva “Puede permitirse usted hacer X”  
Ej de autoritaria “Hará usted X”

### Sugerencias poshipnóticas:

Ej de poshipnótica “Después, cuando se encuentre usted en la situación A, puede hacer X”

Debemos aclarar que toda clasificación es arbitraria y que existen otros autores que clasifican las sugerencias (y las reacciones que provocan) de forma diferente. Por ejemplo, se pueden clasificar como sugerencias Ideomotoras, Sensorio-Fisiológicas y Cognitivo-Perceptivas. Sin embargo, para Yapko, esto último forma parte de lo que serían los Fenómenos Hipnóticos Clásicos.

Teniendo en cuenta que la sugestión es el acto de sugerir una idea, un hecho que trata de un acto común, ordinario, en el que muchas veces quien sugiere no sabe que lo hace y quien es sugerido apenas se da cuenta de que está actuando bajo ese proceso, nos cuestionamos entonces, ¿cómo llega realmente a saber un profesional de la Hipnosis Clínica qué tipo de sugerencias son las indicadas o producen beneficio a un individuo en concreto? Rápidamente se puede llegar a la reflexión de que con una preparación académica adecuada, mucha práctica y quizás con años de experiencia, se puede conseguir este objetivo. Pero, ¿qué ocurre cuando no se sabe dar esas sugerencias o cuando se cree que las que se ofrecen son las indicadas y en la realidad no lo son?



M. Yapko expresa lo siguiente en relación las sugerencias;

*“Muchos clínicos experimentados sostienen que las sugerencias hipnóticas deben formularse en positivo para que las procese la mente inconsciente, que no entiende las negativas. Personalmente, estoy de acuerdo con estas opiniones.*

*[Ahora bien] Las sugerencias negativas emplean una especie de “psicología inversa” cuando se hacen bien. Pueden utilizarse para obtener una respuesta sugiriendo al cliente que no responda de determinada manera. La forma genérica de las sugerencias negativas es: “Usted no puede hacer X”. Diciéndole a alguien lo que no tiene que hacer, se le obliga a procesar e interpretar lo que se le dice y eso da lugar a que afloren diversas asociaciones subjetivas. Las sugerencias negativas pueden ser de gran utilidad si se emplean bien.”*

A continuación apunto varias sugerencias negativas y, según las vaya leyendo, observe su propia reacción, comprobando y poniendo en práctica si lo que opina el Doctor Yapko sobre las sugerencias hipnóticas negativas es cierto:

- No pienses ahora en tu primer amor
- No pienses en una caracola de mar
- No pienses en un incendio
- No escuches los sonidos del entorno

¿Ha hecho caso a lo que se le sugería que no hiciera?  
¿Por qué? ¿Es capaz un paciente de no hacer caso de una sugerencia si no sabe que hay sugerencia negativa?

Después de comprobar las respuestas que estas sugerencias provocan en nosotros, podemos imaginar también las que provocan en otros sujetos. Lógicamente, si no se es consciente de esto, se puede producir el empeoramiento de un síntoma, sin saberlo ni quererlo.

Existen profesionales que defienden que la sugerencia negativa es saludable, porque tiene una estructura lingüística familiar y por lo que, en tal caso, la parte consciente de la persona la entiende, asegurando así que no hay problema para que la interiorice y la ponga en práctica, en su propio beneficio.

No obstante, si durante el desarrollo de la hipnosis la parte que más se manifiesta es la subconsciente (porque la persona ha decidido demostrar esa actitud), apartando así o dejando al margen a la consciente (Hilgard nos señala que existe un “explorador oculto” o conciencia de vigilancia durante el trance), ¿qué sentido tiene entonces la realización de la hipnosis cuando podemos disponer, sin ella, de la conciencia al cien por cien de la persona? Otra alternativa sería, como explica G. Nardone, realizar una hipnoterapia consciente donde tanto las sugerencias verbales como las no verbales llevan al individuo a un estado de trance sin un ritual convencional de Hipnosis.

Pero, centrándonos en el tema que nos ocupa, por ejemplo, si en un estado consciente, se le da a un paciente la siguiente sugerencia negativa, “no hagas eso, quítatelo de la cabeza, olvídatelo”, en estos casos, ¿no es verdad, que antes de quitarse algo de la cabeza, hay que recordarlo? Se deduce, entonces, que el subconsciente responde en positivo a lo negativo.

Recordamos de nuevo a M. Erickson, cuando describe al inconsciente como un enorme ordenador que trabaja, en función de cada sujeto al cual pertenece y sin el consentimiento de éste. Nuestro inconsciente, actúa inteligentemente con vista a un objetivo y organiza nuestro comportamiento sin nuestro consentimiento. Puntualiza diciendo que el aprendizaje inconsciente es un biofeedback, una transferencia de aprendizaje: “el trance presenta un estado activo de aprendizaje, sin la intervención de actos conscientes”.

Es necesario recordar una vez más que las sugerencias negativas pueden no ser efectivas en hipnosis, cuando se emplean ingenuamente, en un sentido coloquial. Aunque este hecho es ampliamente aceptado, no es infrecuente encontrar este tipo de sugerencias, incluso en libros de texto sobre hipnosis.

Por ejemplo, en “Protocolos Clínicos en Hipnosis”, del Dr. Javier Martínez Pedrós y Jorge Juan Roca Hernández (libro avalado por la Escuela Superior de Hipnosis Clínica y recomendado por la Sociedad Internacional de Hipnoterapia Clínica), encontramos considerables manifestaciones textuales de sugerencias negativas.

A modo de ejemplo; “A partir de ahora no tendrás las crisis de ansiedad que te provocas...”, “...y no permitirás que te entre la crisis de ansiedad, (...) y por lo tanto no permitirás que te entre la crisis de ansiedad...”

Y todo ello, aún a pesar de que en el propio libro se recomiendan evitar tanto las negaciones (“*El subconsciente no entiende de negaciones*”) como los razonamientos lógicos (“*El razonamiento lógico sólo funciona en estado de vigilia; en el inconsciente no entra el razonamiento lógico. Entran las emociones y las entiende, pero no entiende el razonamiento lógico*”).

En otro libro, “La Hipnosis y sus aplicaciones terapéuticas”, de Alberto E. Cobián Mena, se filtran las siguientes sugerencias negativas y razonamientos en un guión perioperatorio:

*“El cirujano (...) no te hace daño”, “(...) por lo que gozarás de bienestar permanente”, “Tu cuerpo (...) no ha permitido que haya ninguna complicación, ni lo permitirá...”*

Pero además, tal vez sería también recomendable evitar dar sugerencias que incluyan “nunca” o “jamás”, porque pueden ocasionar una respuesta contradictoria o paradójica en la persona.

Si imaginamos a un paciente que tiene problemas de disfunción eréctil y el clínico insiste en darle sugerencias del tipo “...nunca más perderás la erección...”, ¿no se le está en el fondo recordando su problema? ¿No forzamos así a esta persona a recordar su pérdida de erección?

Observemos nuestras propias respuestas en las siguientes sugerencias:

“... y en tu trabajo, a partir de ahora jamás se te caerán los platos, nunca se te romperán...”

“...quiero que sepas que nunca te quedarás en blanco cuando estés en una conversación importante con los colegas...”

“...es curioso pero nunca se te olvidarán los nombres de la gente que te presentan...”

“...serás muy valiente por lo que nunca más te pondrás nervioso cuando vayas a sacarte sangre...”

¿No se produce un efecto similar que con el empleo de la palabra “no”? El empleo de “nunca” o “jamás” parecen constituir nuevos ejemplos de sugerencias negativas, y producir sus mismos efectos.

En el libro “Protocolos Clínicos en Hipnosis”, en un guión sobre Autocontrol, encontramos también estos ejemplos:

“A partir de ahora... nunca vas a permitir... que ninguna situación... por importante que sea para ti... haga que... pierdas tu seguridad... que te desanime... te derrumbes... desconfíes de ti mismo... sientas mareos...”

Más adelante, otro guión sobre drogadicción, en concreto el de consumo de cocaína, dice sobre el final del script:

“(...) sabes que eso nunca te pasará a ti (...) nunca más tendrás la necesidad de tomar ningún tipo de droga...”

¿Con qué nos quedamos realmente en nuestra mente?  
¿Qué aprendizaje realiza el sujeto en el fondo de todo?  
¿Qué podemos experimentar a la vista de lo expuesto hasta ahora?

Hay expertos que opinan que las sugerencias negativas, si se dicen en un tono neutral, sí tienen ese efecto paradójico, pero cuando se emplean con un tono emocional adecuado, el subconsciente lo interpreta tal como se quiere transmitir. ¿Es posible que esto sea verdad? Como se aludió anteriormente y según los citados profesionales, “el subconsciente entiende las emociones pero no entiende el razonamiento lógico”. La cuestión es, ¿por qué se siguen realizando y publicando scripts donde existen sugerencias con intenciones positivas, pero con enunciados en negativo?

Parece que, lo más razonable y saludable, es transformar los mensajes negativos en positivos. No obstante, hay quien afirma que, en lenguaje cotidiano, la gente no se expresa en la forma de las sugerencias positivas, y que por ello encuentra adecuado utilizar sugerencias negativas en hipnosis.

Veamos, sin embargo, cómo suena ese lenguaje cotidiano y cómo podemos transformar expresiones negativas en sugerencias positivas:

Ej 1:

“Ya no se van a reír más de ti.” (Sugerencia negativa basada en el lenguaje normal)

“Sientes seguridad en ti y eso se nota en tu imagen y tu voz, por lo que la gente que te rodea ahora se acerca a ti, apreciándote y respetándote...” (Sugerencia positiva expresada en un lenguaje no cotidiano, adecuado al contexto hipnótico)

Ej: 2

“Ya no volverás a ponerte nervioso durante la época de exámenes, jamás.”

Se puede sustituir por:

“Experimentarás (una curiosa sensación de) tranquilidad en la época de exámenes”

Es verdad que el lenguaje cambia, que tiene otros matices distintos a las expresiones cotidianas, pero si sabemos que lo que funciona y ayuda es la sugerencia positiva, debemos utilizarla. A menos que tengamos, como dice Yapko, la intención de que el sujeto haga lo contrario, como por ejemplo, cuando un individuo resistente dice al profesional que él nunca se puede relajar. Entonces, para este caso, se podría comenzar la sesión empleando la siguiente sugerencia negativa:

“No se siente en una postura cómoda, si es posible. Prefiero que **no** descubra que puede relajarse, al menos de momento.”

Aquí sí encontramos una sugerencia negativa introducida por el terapeuta de forma intencionada, con la idea de potenciar un efecto paradójico. No obstante, y como ya hemos visto, parece indicado limitar el uso de las sugerencias negativas, evitando utilizar especialmente negaciones coloquiales, y sustituyéndolas por sugerencias positivas.

En cualquier caso, para complicarlo todavía un poco más, parece también necesario tener en cuenta el posible efecto de sugerencias positivas radicales, es decir, expresiones opuestas a “no”, “nunca”, “jamás”:

“A partir de ahora y en adelante **siempre** estarás tranquilo en los exámenes”

Imaginemos la siguiente sugerencia para una persona con problemas de estreñimiento.

“A partir de ahora **siempre** irás bien al váter”

O también la inversión del “no” por el “sí”:

“...y como has estudiado mucho, **sí** te acordarás de todo”

“...por supuesto que te encontrarás **más alegre, seguro que sí...**”

Estos extremos, a pesar de estar expresados en un lenguaje positivo, también conllevan el riesgo de sugerir lo contrario.

Queda claro que la palabra es el elemento clave para realizar la sugerencia hipnótica. Las indicaciones sugestivas, aunque sean precisas, ordenadas y bien definidas y se ofrezcan con distintas modulaciones (monótona, cálida, imperativa, etc.), adecuadas al caso, no garantizan que éstas sean bien interpretadas por el paciente, a pesar de estar orientadas a sus necesidades.

Existen diversas formas de comunicar una idea a alguien, por lo que el clínico debe elegir su formulación y dar la sugerencia hipnótica más útil y que tenga las mayores posibilidades de ser aceptada por el cliente.

En todo caso, nuestra intención con todas estas consideraciones es invitar a la reflexión, estimular la utilización racional de las sugerencias positivas y recordar las necesarias precauciones que debemos tener con las sugerencias negativas, especialmente cuando éstas son incluidas de forma inadvertida en el contexto hipnótico.

## Referencias

- Capafons, Antonio (2001) *Hipnosis*. Edt: Síntesis
- Cobián Mena, Alberto E. (2004) *La Hipnosis y sus aplicaciones terapéuticas*. Edt: morales i torres, p.132
- Martínez Pedrós, Javier y Roca Hernández, Jorge Juan (2007) *Protocolos Clínicos en Hipnosis*. En: [www.hipnosis.in](http://www.hipnosis.in) , pp: 172, 250, 330, 434
- Michael D. Yapko (2008) *Tratado de Hipnosis Clínica*. Edt: Palmyra, pp: 261, 273, 270
- Nardone, G., Loriedo, C., Zeig, J., Watzlawick, P. (2008) *Hipnosis y Terapias Hipnóticas*. Edt: Integral
- Pérez Hidalgo, Isidro. *Manual del curso de Hipnosis Clínica Nivel I*

**Francisco Javier Rodríguez del Valle**

Licenciado en Psicología Clínica



Francisco Javier Rodríguez del Valle

# Tratamiento Hipnocognitivo del Trastorno Dismórfico Corporal

## Protocolo de Intervención

Isidro Pérez Hidalgo

### Resumen

El Trastorno Dismórfico Corporal (TDC) es un problema común dentro de la salud mental. Ha habido diversos estudios que muestran que la terapia cognitivo-conductual (TCC) resulta efectiva.

Dado que hay cierta evidencia empírica de la eficacia de la hipnosis como coadyuvante de la TCC, establecemos la hipótesis de que el TDC es un problema que puede asociarse al concepto de "hipnosis negativa".

Por ello parece plausible añadir un componente hipnótico a una intervención cognitivo-conductual sobre la dismorfofobia.

Hemos desarrollado un protocolo flexible que ha resultado exitoso en una muestra de casos de tamaño reducido. Presentamos un estudio de caso único para ilustrar este punto y sugerimos algunas pautas de tratamiento.

### Abstract

Body Dysmorphic Disorder (BDD) is a common mental health problem. There have been several studies that have found that Cognitive Behavior Therapy (CBT) has proven effective.

As there is some empirical evidence on the efficacy of Hypnosis as an adjunct to CBT, we hypothesize that BDD is a problem that may be linked to the concept of "negative hypnosis".

Therefore it seems plausible to add a hypnotic component to a cognitive behavioral intervention on dysmorphophobia.

We have developed a flexible protocol that has proven successful in a small size sample of cases. A single case study is presented to illustrate this and suggest some guidelines.

### Introducción

Este trastorno, también denominado Dismorfofobia, afecta según algunos estudios a un 5% de los pacientes que requieren de cirugía plástica. Parece ser que el síndrome fue descrito por el psiquiatra italiano Enrico Morselli hace más de un siglo. La noción de esquema corporal ha sido muy importante para la explicación de determinados trastornos, distinguiéndola de la de imagen corporal. Incluso

algunos autores llegan a afirmar que todas las formas de "personalidad neurótica" presentan trastornos de la consciencia y de la identidad corporal (Bernard y Trouvé, 1978).

El estudio de Koran, Abujaoude, Large y Serpe (2008), llevado a cabo con población de Estados Unidos, arroja los datos de una prevalencia del 2,4% con una ligera diferencia entre mujeres y hombres (2,5% en mujeres y 2,2 % en hombres). Se emplearon para este estudio los criterios DSM IV. Una investigación con estudiantes alemanes arroja cifras de un 5% (Bohne y Wilhems, 2002).

Una complicación frecuente es la ideación suicida que en algunos estudios como el de Phillips y Menard (2006) asciende a un 57,8% de la muestra en un periodo de un año. Se registró un porcentaje de intento de suicidio del 2,6% y un 0,3% de suicidio consumado. Un estudio anterior de Perugi y colaboradores (1997), encontraba un porcentaje de 45% de ideación suicida. En cuanto a estudios de comorbilidad, es interesante que un 39% de pacientes anoréxicas presentan un TDC según el estudio de prevalencia de dicho trastorno en la conducta alimentaria de Grant y otros (2002). También se observa una similitud entre el trastorno obsesivo compulsivo y el TDC con una comorbilidad del 15% (Frare y colaboradores, 2004).

El Trastorno Dismórfico Corporal fue considerado como entidad nosológica independiente a partir de 1987, según recoge el DSM III-R. Este trastorno se define a partir de al menos tres características:

Preocupación por algún defecto imaginario de la apariencia física o preocupación excesiva por anomalías físicas de poca importancia aunque sean reales.

La preocupación provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

La preocupación no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental, por ejemplo, insatisfacción con el tamaño y la silueta corporales como se observa en la anorexia nerviosa.

El inicio del problema suele ocurrir al final de la adolescencia y puede ir acompañado de depresión, trastorno obsesivo compulsivo, fobia social, abuso de sustancias y trastornos de personalidad.



En la clínica observamos que la persona tiene en general poca conciencia de que su problema es psicológico y en no pocos casos acude a tratamiento por la presión de familiares y allegados. Con frecuencia, observamos que evita situaciones importantes para su calidad de vida: entrevistas de trabajo, presentaciones académicas o laborales, citas y reuniones de amigos, etc. En no pocas ocasiones el paciente se siente incomprendido cuando se niega directamente que existan alteraciones físicas que justifiquen su preocupación y sus conductas evitativas.

También es frecuente una conducta muy compulsiva de mirarse a los espejos o emplear recursos, a veces extravagantes, para camuflar los supuestos defectos físicos.

La etiología general del problema es objeto de diferentes puntos de vista y se resalta por los investigadores la necesidad de más estudios sobre este cuadro.

Un estudio reciente sugiere que el Trastorno Dismórfico está relacionado con un procesamiento anormal de los detalles visuales. Se entiende que este fallo no es estructural sino operativo. En este estudio se utilizaron técnicas de resonancia magnética funcional, comparando personas que sufren esta patología con otras que no padecen el TDC (Feusner, 2007).

Desde el punto de vista médico, se han empleado como tratamiento más efectivo los inhibidores de la recaptación de la serotonina (Phillips y Najjar, 2003).

En cuanto a los abordajes psicológicos, la opción considerada más eficaz es la terapia cognitivo-conductual con estrategias diversas: prevención de respuesta, exposición, experimentos de conducta y reestructuración cognitiva. Véase Marks y Isham (1988), Neziroglu y Yaryura-Tobias (1993), Rosen, Reiter y Orosan, (1995).

Fiori y Giannetti (2009) concluyen después de considerar que el trastorno dismórfico corporal es un problema complejo y polimórfico y que la terapia cognitivo-conductual estimula la autoconciencia, reestructura la imagen corporal, promueve la atención a la salud y mejora la capacidad relacional.

Alladin (2008) considera que, aunque no ha sido demostrada la efectividad de las intervenciones basadas en la hipnosis para el tratamiento de la Dismorfofobia, la hipnosis resulta una forma efectiva para el tratamiento de problemas de imagen corporal en relación con trastornos de alimentación, como se expone en el trabajo de Barabasz y Watkins (2005), y que se podrían utilizar estrategias similares para el TDC.

## Reseña de un caso clínico

A lo largo de nuestra práctica clínica hemos encontrado algunos casos de dismorfofobia que cumplieran los criterios de diagnóstico DSM en sus sucesivas revisiones. Como ilustración, pasamos a exponer uno de dichos casos para entender mejor las características del trastorno y sugerir algunas líneas de tratamiento contando con la hipnosis como catalizador.

Luis (nombre ficticio) acude a consulta derivado por un psiquiatra que ha verificado que el tratamiento farmacológico no proporcionaba el beneficio terapéutico esperado.

Luis tiene 28 años en la fecha en que se celebra nuestra primera consulta. Se queja de que su cabeza tiene un tamaño desproporcionado, algo que no se ajusta a la realidad pero que le ha llevado a evitar relaciones sociales, a mantenerse en el paro sin darse opción a buscar trabajo y a una inexistencia de relaciones afectivas y/o sexuales.

En su vida cotidiana, pasa casi todo el tiempo en casa. Vive con sus padres, es hijo único y emplea mucho de su tiempo en el ordenador, comunicándose a veces con otros usuarios de Internet, siempre que no haya intercambio de fotos o videos. A veces sale a hacer "jogging" a horas en las que las calles no están transitadas y cuando la situación le exige comunicarse directamente con las personas, utiliza una gorra o una capucha en un intento de disimular la morfología de su cabeza.

No tiene una explicación sencilla de las causas de su trastorno, aunque dice no estar tan seguro de que su problema sea psicológico, sino físico. A veces, cree que se le está tratando de engañar cuando se le dice que el tamaño y la forma de su cabeza son normales.

### Datos de la exploración psicológica

Junto con un Cuestionario Biográfico, se aplican otros inventarios. Lo más destacable son puntuaciones elevadas en depresión y obsesionabilidad.

También se evalúa la sugestionabilidad mediante pruebas clásicas (sugestiones vigiles) y la escala de Absorción de Tellegen. Las observaciones nos sugieren que Luis podría responder bien a un tratamiento hipnótico.

Se estudian una serie de pensamientos disfuncionales que son típicos en el autodiálogo de las personas que padecen TDC:

*"La gente me mira como a un monstruo".*

*"No espero nada de la vida".*

*"Se rien de mí con frecuencia".*

*"Si estoy solo puedo vivir tranquilo".*

*"Si algún día tengo hijos pueden heredar mi enfermedad, ser deformes".*

*"Puede que haya alguna operación en el futuro que me sirviera de ayuda".*

*"Los demás tienen también defectos, pero son insignificantes al compararlos con los míos".*

En lo referente a conductas de evitación, recogemos los datos necesarios para llevar a cabo un programa de exposición gradual, con una jerarquía que podemos desglosar de forma resumida en los siguientes ítems:

- Asomarme a la terraza de casa y que me pueda ver la gente desde la calle (4 USAS).
- Ir a comprar el pan o el periódico, recorriendo unos 50 metros desde mi portal sin capucha, gorra, gafas de sol, etc. (5 USAS).
- Utilizar el Metro o el autobús sin capucha, etc. (7 USAS).
- Poner su foto en Internet en una red social (7 USAS).
- Quedar con un antiguo conocido, varón (8 USAS).
- Quedar con una antigua conocida (9 USAS).
- Acudir a una reunión social con gente conocida y desconocida (9 USAS).
- Hablar en público (10 USAS).
- Asistir a un curso (10 USAS).
- Incluir un video que le muestre presentándose en una red social de ámbito global (10 USAS).
- Invitar a una chica a salir (10 USAS).

Después de esta fase de evaluación, diseñamos un plan de intervención basado en técnicas cognitivo-conductuales e intervenciones hipnóticas que actúan como catalizadores y auxiliares del núcleo terapéutico principal.

Como señalan Kane y Reinecke (2006), “los hipnoterapeutas han postulado que estas técnicas pueden ser usadas en conjunción con la hipnosis y proporcionan más beneficios a los pacientes que cuando las terapias cognitivo-conductuales se emplean solas.

Los resultados de algunos estudios recientes proporcionan cierto apoyo a esta afirmación”. Entendemos aquí que no consideramos la hipnosis como una forma de psicoterapia sino como un conjunto de técnicas que facilitan el proceso terapéutico. No obstante, existen otras aplicaciones de la hipnosis que se salen de la esfera estricta de la TCC, pero que pueden articularse de un modo que resulta muy productivo desde el punto de vista clínico. (Véase por ejemplo Ginandes, 2002).

#### **Sesiones de tratamiento**

Tras la recogida de datos, procedimos a un Plan de Intervención que en síntesis tuvo las siguientes fases: Sesiones 3 y 4. Destinadas a la obtención de un trance hipnótico con la suficiente estabilidad y profundidad. Valoramos el estado conseguido como trance medio-profundo. Observamos fenómenos hipnóticos espontáneos como Distorsión de Tiempo, Amnesia Posthipnótica Parcial y Anestesia en miembros.

Sesiones 5, 6 y 7. Trabajamos con replanteamiento cognitivo en la forma habitual con esquemas A-B-C y A-B-C-D-E (para una revisión general de estas técnicas, puede consultarse Mc Mullin, 2000).

Sesiones 8 y 9. Grabamos sesiones hipnóticas en CD con sugerencias de fortalecimiento del ego (ego-strengthening) y sugerencias para contrarrestar los pensamientos irracionales registrados previamente, promoviendo un auto-concepto racional y saludable. A partir de ahí, escucha en casa de los dos CDs grabados, con periodicidad diaria. (Para una revisión de las técnicas de ego-strengthening, ver Hammond, 1990).

Sesiones 10, 11 y 12. Dedicadas a exposición gradual a situaciones ansiógenas.

Sesión 13. Le explicamos el concepto de práctica masiva, aplicándolo a las conductas de comprobación en el espejo.

Sesión 14. Grabamos CD con sugerencias de proyección temporal, mejorando las habilidades sociales y la comunicación, para escucha en casa.

Sesión 15. Damos por finalizado el tratamiento observando que se han cumplido las metas terapéuticas que nos habíamos trazado. Se le pide mantenernos informados en el caso de que produjese algún retroceso o dificultad. Se le dan instrucciones para utilizar las herramientas terapéuticas por sí mismo.

Ocho meses después de finalizado el tratamiento, tenemos una comunicación del paciente de que se (¿en la que refiere que?) mantiene una mejoría en general, pero aparece un estado de ánimo deprimido reactivo a una situación de ruptura de pareja (había salido durante tres semanas con una mujer, y ella decide interrumpir la relación). Durante dos sesiones más, tratamos este tema y comprobamos que aunque su autoestima se ha deteriorado como consecuencia de la situación anterior, no se registran signos claros de recuperación de las conductas dismorfofóbicas.

En comunicaciones posteriores no se registra ninguna anomalía digna de mención. El estado depresivo mencionado remitió en un mes y medio.

#### **Conclusiones**

El caso arriba descrito es similar a otros que hemos tenido ocasión de tratar con una metodología parecida. Estamos hablando de alrededor de una docena de casos y sería necesario un estudio a mayor escala y con un enfoque más específico para la investigación. Sin embargo, consideramos que podría ser un punto de partida para trabajos más ambiciosos o que puede dar a los clínicos una orientación general o un marco donde encuadrar sus intervenciones.

El trastorno dismórfico es, por su estructura y su desarrollo, un problema que podría aparecer ligado a ese concepto de “hipnosis negativa” al que se han

referido algunos autores como Araoz (1981). Se trata de una sintomatología claramente ligada a una serie de fenómenos hipnóticos como podrían ser las alucinaciones no psicóticas, la sugestión posthipnótica o la regresión, si examinamos los problemas típicos del trastorno dismórfico bajo la consideración de la idea de “trances negativos” que defienden autores como Wolinsky (1991) o Crabtree (1999). Es relativamente fácil equiparar las cogniciones negativas consideradas irracionales con las sugestion posthipnóticas que adquiriríamos en una serie de experiencias con afectividad negativa intensa y su traslación a imágenes con características patológicas, en éste caso relacionadas con la percepción de nuestra propia imagen corporal.

Existe como hemos visto una base importante para tratar la dismorfobia desde una orientación cognitivo-conductual. Las investigaciones nos muestran que la TCC podría ser el tratamiento de elección. Creemos, no obstante, a partir de nuestra experiencia clínica, que pueden elaborarse protocolos de tratamiento hipnoconductual en la línea que propone Alladin (2008), que pueden demostrar una vez más el efecto catalizador que puede tener la hipnosis cuando se combina con técnicas cognitivo-conductuales.

## Referencias

- Alladin A. (2008) *Cognitive Hypnotherapy: An Integrated Approach to the Treatment of Emotional Disorders*. West Sussex. Wiley & Sons.
- Araoz D. (1981) Negative self-hypnosis. *Journal of Contemporary Psychotherapy*. Volume 12 Number 1. Pag. 45-52.
- Barabasz A. & Watkins J.G. (2005) *Hypnotherapeutic Techniques*. Hove: Brunner-Routledge.
- Bernard P. y Trouvé S. (1978) *Semiología Psiquiátrica*. Barcelona. Toray-Masson. Pag. 163.
- Bohne, A; Wilhems K. (2002) Prevalence of Body Dysmorphic Disorder in a German College Student Sample. *Psychiatry Research*; 109:101-4
- Corove, M.B.& Gleaves, D.H. (2001) Body Dysmorphic Disorder: A review of conceptualizations, assessments, and treatment strategies. *Clinical Psychology Review*, 21: 949-70
- Crabtree A. (1999) *Trance Zero*. New York. St. Martin Press.
- Feusner J. D. (2007) Visual Information Processing of Faces in Body Dysmorphic Disorder. *Arch Gen Psychiatry*, 64(12):1417-1425.
- Fiori P., Giannetti L.M. (2009) Body Dysmorphic Disorder: A Complex and Polymorphic Affection. *Neuropsychiatric Disease Treatment*, 5:477-81.
- Frare F., Perugi G., Ruffolo G., Tono C. (2004) Obsessive-compulsive Disorder and Body Dysmorphic disorder: Aof Clinical Features. *Eur Psychiatry*, 19(5): 292-8
- Ginandes C. (2002). Extended Strategic Therapy for Recalcitrant mind/body Healing: An integrative model. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 45,91-102
- Grant J. E. (2002). Body dysmorphic disorder in patients with anorexia nervosa: Prevalence, clinical features, and delusionality of body image. *International Journal of Eating Disorders*. Vol. 32. Pag.291-300
- Hammond C. Editor (1990). *Handbook of Hypnotic Suggestions and Metaphors*. New York. Norton. 109-153.
- Kane y Reinecke (2006). Cognitive Behavior Therapy and the utility of Hypnosis as an Adjunct to Treatment, en Chapman R. (Editor): *The Clinical Use of Hypnosis in Cognitive Behavior Therapy: A Practitioner's Casebook*. New York. Springer.
- Koran, Abujaoude, Large y Serpe (2008): [CNS Spectr](#). Apr;13(4):316-22
- Marks, I., & Mishan, J. (1988). Dysmorphophobic avoidance with disturbed bodily perception: A pilot study of exposure therapy. *British Journal of Psychiatry*, 152, 674-678.
- Mc Mullin R. (2000) *The New Handbook of Cognitive Therapy Techniques*. New York. Norton.
- Neziroglu, F. A., & Yaryura-Tobias, J. A. (1993). Exposure, response prevention, and cognitive therapy in the treatment of body dysmorphic disorder. *Behavior Therapy*, 24, 431-438.
- Perugi G., Giannotti D., Frare F., di Vaio S., Valeri E. Maggi L., Cassano GB., Akiskal Hs. (1997) Prevalence, Phenomenology and Comorbidity of Body Dysmorphic Disorder (Dysmorphophobia) in a Clinical Population. *Int J Clin Pract* 1: 77-82
- Phillips K. (2009): *Understanding Body Dysmorphic Disorder: An Essential Guide*. Nueva York. Oxford University Press.
- Phillips K. & Menard, W. (2006) Suicidality in Body Dysmorphic disorder : A Prospective Study. *Am J Psychiatry* ; 163 (7): 1280-2
- Phillips K. & Najjar, (2003) An open-label study of citalopram in body dysmorphic disorder. [J Clin Psychiatry](#). Jun; 64 (6):715-20.
- Rosen J., Reiter J, Orosan P. (1995) Cognitive-Behavioral Body Image Therapy for Body Dysmorphic Disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. Vol. 63, No. 2, 263-269
- Wolinsky S. (1991). *Trances People Live*. Connecticut. Bramble Company

**Isidro Pérez Hidalgo**

Psicólogo Clínico

Director CHC PSICÓLOGOS Madrid

Director del Departamento de Psicopatología del Institut de Reumatologia Barcelona

## Protocolo para el tratamiento de la fibromialgia mediante el proceso creativo de 4 estadios

Jorge Cuadros y Magali Vargas

La utilización del Proceso Creativo de 4 Estadios para el tratamiento y la curación total de la fibromialgia (1) está basada en las investigaciones que sugieren que la utilización de este enfoque puede facilitar la plasticidad neuronal, promoviendo la formación de nuevas conexiones neuronales (2). Son varios los artículos científicos que muestran cómo modificaciones de la corteza cerebral pueden alterar la percepción del dolor (3, 4). Proponemos que una modificación de este tipo podría estar en el origen de la fibromialgia. Mediante la aplicación del proceso creativo de 4 estadios con movimientos ideodinámicos de manos, se postula que la utilización de estos movimientos, a través de la representación de las manos en el homúnculo sensorio-motor de la corteza cerebral, podría promover la activación de diversas zonas asociadas del córtex, para la formación de nuevas conexiones sinápticas. Estas nuevas sinapsis podrían reemplazar las hipotéticas conexiones erróneas que habrían provocado la fibromialgia. Esta teoría se basa en los postulados de la Genómica Psicosocial de Ernest Rossi, que plantea cómo la mente-cuerpo, como un todo indivisible, puede modular la fisiología del organismo mediante la modificación de la expresión génica (2, 5).

### Protocolo de Actuación

Este protocolo de tratamiento está establecido para seis sesiones de dos horas de duración, una vez a la semana. Cada sesión se puede dividir en tres partes: una charla inicial, el trabajo hipnoterapéutico propiamente dicho, y la charla final donde se revisa el trabajo realizado. Cada una de estas partes debe durar alrededor de 40 minutos. A pesar de esta división didáctica, hay que llamar la atención sobre que la sesión realmente abarca desde el momento en que la paciente entra en la consulta, hasta que sale de ella. Además, también es importante notar que, al ser un enfoque naturalista, no se suelen seguir las pautas de una hipnosis estándar, es decir, no hay una inducción, profundización y salida del trance formales; así como que la transición entre los estadios del proceso creativo es sutil y sólo evidente para el terapeuta experimentado.

#### Primera Sesión

En la primera sesión, se le pide a la paciente que explique brevemente los malestares que ha sentido durante la semana anterior. El Cuestionario de Impacto de la Fibromialgia (FIQ) lo requiere así y, de esta manera, se evita que la paciente se fije sólo en sus sensaciones en el momento de la sesión. Aunque la paciente no es consciente de ello, el Estadio Uno del proceso creativo ha comenzado ya. Luego se le

pasa el FIQ, para objetivar su estado y poder valorar su evolución posterior. A continuación, se le pasa la Escala de Absorción de Tellegen (TAS), para medir su hipnotizabilidad. Luego, se le interroga acerca de sus conocimientos sobre la hipnosis y se resuelven sus dudas, explicándole brevemente las diferencias en el tipo de enfoque naturalista del proceso creativo de 4 estadios. Continuamos con la sesión con el terapeuta y el paciente sentados cada uno en un sillón cómodo, uno en frente del otro. El terapeuta modela la colocación de las manos con las palmas hacia abajo, unos centímetros por encima de las piernas, para evitar la tendencia de los pacientes a asociar el trabajo hipnoterapéutico con la relajación. Los cambios en las sensaciones y percepciones de la paciente durante el Estadio Uno del proceso creativo (Recogida de Datos) son apoyados con heurísticos de procesamiento implícito (sugestiones) adecuados. De la misma manera, cuando el terapeuta observa el paso al Estadio Dos del proceso creativo (Incubación), lo que coincidiría con la inducción y profundización de un trance hipnótico estándar, el terapeuta debe apoyar el trabajo de la paciente con sugerencias específicas, utilizando pausas largas, pero dándole libertad suficiente a su subconsciente para realizar dicho trabajo. Se utiliza la metáfora de que los circuitos neurales de la paciente son como circuitos eléctricos donde está registrado no sólo cómo se siente la paciente en este momento, sino cómo ha funcionado su cuerpo en cada momento de su vida; y se le pide a la paciente que recupere la funcionalidad de esos circuitos que utilizaba antes de la fibromialgia, cuando se sentía fuerte, sana, optimista, positiva. Luego, se le pide a su mente subconsciente que busque sus propios recursos internos creativos, que luego podrá utilizar para afrontar y resolver su problema, y se le pide a su mente subconsciente que nos indique que ha realizado esta tarea mediante el descenso automático de una de sus manos. El subconsciente escoge libremente cuál de las manos descenderá, lentamente, automáticamente. Es usual que el trabajo durante el Estadio Dos sea intenso y doloroso, muchas veces con lágrimas, que demuestran la efectividad del trabajo. En el mejor de los casos, si ocurre el momento creativo del "Eureka", que marca el paso del Estadio Dos al Estadio Tres del proceso creativo (Iluminación), se observará cómo la paciente se relaja y sonríe, lo cual se apoyará con los heurísticos de procesamiento implícito adecuados. En este momento se le pide a su mente subconsciente que empiece a utilizar los recursos internos creativos que ha encontrado; el subconsciente indicará que ha realizado esta tarea mediante el descenso lento, automático, de su otra mano. Finalmente, luego de orientar a la paciente hacia la realización del Estadio Cuatro del proceso creativo (Verificación), se le pide al



subconsciente de la paciente que “despierte” en cuanto considere que ha completado su trabajo, y se apoya la culminación del Estadio Cuatro mediante una charla en vigilia, durante la cual se revisa el trabajo realizado y los posibles cambios que el subconsciente de la paciente habría sugerido realizar.

#### **Segunda Sesión**

La siguiente semana, la segunda sesión se realiza de una forma similar a la primera. Se inicia con un repaso de la sesión anterior y se interroga a la paciente acerca de los cambios que podrían haber ocurrido durante la semana (Estadio Uno). El terapeuta intenta observar los ritmos ultradianos de la paciente, para decidir el mejor momento para continuar con la sesión; si observa los signos de que la paciente está entrando en trance (bostezos, parpadeos, movimientos espontáneos), es el momento de continuar con el Estadio Dos. El terapeuta modela la técnica con las palmas hacia arriba, utilizando metáforas sobre una actitud “receptiva”, similar a la utilizada por sacerdotes y chamanes de todas las épocas. En este caso, se le pide a la paciente que recupere un momento de su vida, anterior a la fibromialgia, en el que se sintiera sana, fuerte, optimista y positiva. La mente subconsciente de la paciente debe confirmar que ha encontrado ese momento con el descenso lento, automático, de una de sus manos. En el momento que el terapeuta considera que la paciente ha pasado al Estadio Tres, se pide a su mente subconsciente que empiece a realizar los cambios necesarios para recuperar el funcionamiento de los circuitos neurales que utilizaba entonces, cuando estaba sana, fuerte optimista y positiva, lo que su subconsciente debe confirmar mediante el descenso lento, automático, de su otra mano. Finalmente, ya en el Estadio Cuatro, se le pide a su mente subconsciente que se tome el tiempo necesario para realizar dichos cambios, antes de despertar completamente. La charla final completa el trabajo realizado.

#### **Tercera Sesión**

En la tercera sesión, el terapeuta comienza con la charla preceptiva para valorar la evolución de la paciente. Luego modela la técnica de las palmas enfrentadas, con la intención de favorecer un enfoque de la “oposición de los opuestos”, dando apoyo a los movimientos espontáneos de sus manos, así como a los cambios en las sensaciones, sentimientos o pensamientos que la paciente experimente en este momento. Mientras la paciente está en trance, se le refuerza la idea de que la mente humana tiene la capacidad de modular la fisiología del organismo, para facilitar la curación. Al terminar la sesión, se le pide a su mente subconsciente que, cuando considere que puede continuar con el trabajo, durante las próximas horas, durante los próximos días, inclusive mientras duerme, despertará sintiéndose muy bien, relajada y tranquila. Luego se revisa en la charla final el trabajo realizado y los cambios promovidos por el subconsciente de la paciente.

#### **Cuarta Sesión**

En la cuarta sesión, se utiliza la técnica de movimientos ideodinámicos de dedos, codificando las respuestas de “sí”, “no” y “no puedo contestar ahora”, para comunicarse con el subconsciente de la paciente y confirmar la evolución del tratamiento. Se realiza una progresión hacia el futuro, un año después de haber terminado el tratamiento, momento en el cual la paciente se siente sana, fuerte, optimista y positiva, como antes de la fibromialgia, y se le sugiere a su mente subconsciente que va a continuar utilizando los circuitos neurales de ese cuerpo sano. Después de redirigir a la paciente hacia el presente, se le pide al subconsciente que cuando considere que puede continuar con el trabajo, durante las próximas horas, durante los próximos días, inclusive mientras duerme, en sus sueños, despertará completamente sintiéndose muy bien.

#### **Quinta Sesión**

En la quinta sesión se instruye a la paciente sobre técnicas de autohipnosis, utilizando una técnica de inducción del trance mediante la relajación muscular (los músculos de los pies se relajan; los músculos de las piernas se relajan; los músculos de las caderas, espalda, abdomen, se relajan; los músculos de los hombros, cuello, brazos, antebrazos y manos, se relajan), y, luego de inducido el trance, se le pide a su mente subconsciente que busque en sus recuerdos, sentimientos y pensamientos, los recursos internos creativos necesarios para afrontar y resolver su problema. Finalmente, se le pide a su subconsciente que cuando sepa que puede repetir este ejercicio, siempre que lo desee o lo necesite, podrá despertar sintiéndose muy bien.

#### **Sexta Sesión**

En la sexta sesión, se instruye a la paciente sobre los ritmos ultradianos y su utilización en la práctica diaria, para convertir los síntomas en señales y los problemas en recursos (2). Luego se realiza una práctica del proceso creativo de 4 estadios, reforzando el aprendizaje sobre los ritmos ultradianos, utilizando la misma técnica de relajación de la quinta sesión. Una vez que la paciente ha despertado completamente del trance hipnótico, se le vuelve a pasar el FIQ, y se analiza con ella los cambios objetivos que evidencia el cuestionario. Finalmente, se refuerza a la paciente la importancia de la práctica diaria de la autohipnosis para el mantenimiento de los cambios realizados, y la importancia de seguir las señales del organismo de la necesidad de descanso, para el mantenimiento del bienestar y la salud.

#### **Recomendaciones Finales**

Es recomendable hacer un seguimiento a largo plazo de los pacientes. Recomendamos al menos repetir el FIQ 4 meses después de haber terminado el tratamiento, y, si es posible, volver a hacerlo al año, o a los dos años de finalizado el tratamiento. De esta manera se puede confirmar que los cambios realizados son estables y permanentes.

### Referencias Bibliográficas

1. Cuadros, J., Vargas, M. (2009). A new mind-body approach for a total healing of fibromyalgia: A case report. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 52: 3-12.
2. Rossi, E.L. (2002). *The psychobiology of gene expression: Neuroscience and neurogenesis in hypnosis and the healing arts*. New York, NY: W.W. Norton Professional Books.
3. Flor, H., Elbert, T., Knecht, S., Wienbruch, C., Pantev, C., Birbaumer, N., Larbig, W., Taub, E. (1995). Phantom-limb pain as a perceptual correlate of cortical reorganization following arm amputation. *Nature*, 375: 482-484.
4. Flor, H., Braun, C., Elbert, T. & Birbaumer, N. (1997). Extensive reorganization of primary somatosensory cortex in chronic back pain patients. *Neuroscience Letters*, 224: 5-8.
5. Rossi, E., Iannotti, S., Cozzolino, M., Castiglione, S., Ciatelli, A., Rossi, K. (2008). A pilot study of positive expectations and focused attention via a new protocol for optimizing therapeutic hypnosis and psychotherapy assessed with DNA microarrays: The creative psychosocial genomic healing experience. *Sleep and Hypnosis: An International Journal of Sleep, Dream, and Hypnosis*, 10: 39-44.



**Jorge Cuadros**

Doctor en Ciencias Biológicas

**Magali Vargas**

Licenciada en Educación Infantil

## Tratamiento de Fibromialgia mediante Hipnosis

F. Martínez Pintor, I. Pérez Hidalgo, J. M. Cuatrecasas Ardiz, J. Chamorro Álvarez, N. Martí Gasulla, A. Reig Gourlot

Publicado en *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de enlace*, 79/80, Julio - Agosto – Septiembre 2.006.  
Reproducido con permiso.

### Resumen

El tratamiento hoy en día de los síndromes dolorosos crónicos, como la fibromialgia, sólo con el empleo de medicación resulta, a todas luces, insuficiente, como confirmamos cada día en nuestra práctica asistencial. Conocida la importancia del estrés emocional en el desencadenamiento de muchos de estos síndromes, así como el concepto de plasticidad neuronal, nos propusimos, dentro de un tratamiento más general, que incluye de manera taxativa la colaboración del paciente, iniciar un estudio a través del cual valorásemos la hipnosis como técnica cognitivo conductual en los pacientes afectados de fibromialgia.

Palabras clave: Fibromialgia. Hipnosis. Somatomorfo. Síndrome doloroso Crónico.

### Summary

Nowadays the only use of medication for the treatment of chronic pain syndromes such as fibromyalgia, results obviously insufficient, as we see in our every day practice. Considering the relevance of the emotional stress in the causes of many of these syndromes and also the concept of neuron plasticity, we decided to initiate a study within a more general treatment which included the necessary collaboration of the patient. In this study, it was possible for us to evaluate hypnosis as a behavioral cognitive technique in patients affected by fibromyalgia.

Key words: Fibromyalgia. Hypnosis. Somatomorph. Painful chronic syndrome

### Introducción

La Fibromialgia es una enfermedad reumática caracterizada por un dolor crónico generalizado de características erráticas, de más de tres meses de evolución, que no afecta a ningún dermatoma determinado y en la cual están 18 puntos descritos clásicamente en 1992 por Yunus. Se asocia con otros procesos, como el síndrome de piernas inquietas, trastornos de la esfera afectiva y cognitiva, cefaleas, síndrome de intestino irritable, etc.

En esta enfermedad se presentan fenómenos tanto de hiperpatía (respuesta exagerada a un estímulo doloroso) como alodinia (dolor por estimulación, habitualmente indolora), todo ello dentro de un proceso de hiperalgesia músculo-esquelética generalizada.

Esta hiperalgesia se debe a los procesos de memorización dolorosa, que se producen tanto en el sistema nervioso central y periférico como en el sistema nervioso simpático, gracias a algún enzima regulador de la función de los neurotransmisores.

La Real Academia Española de la lengua define la memoria como una facultad psíquica por medio de la cual se retiene y recuerda el pasado. En esta definición no aparece el componente biológico inherente al proceso de memorización. Desde un punto de vista más neurofisiológico, podríamos considerar a la memoria como una actividad biológica y psíquica que permite retener experiencias anteriormente vividas, ya sean de tipo sensorial, emocional, etc., gracias a un sistema de mapas o redes de neuronas corticales interconectadas, el hipocampo y la amígdala.

Podríamos así definir el dolor como una información sensorial desagradable, asociada a una lesión somática real o potencial. Un dolor nociceptivo que se manifiesta por primera vez, ante cualquier lesión tisular, lo percibe nuestro organismo y lo memoriza de una manera habitual y rutinaria. En determinadas circunstancias y en determinados pacientes esta memorización puede estar alterada, sufriendo un proceso de hipermemorización, con las consiguientes alteraciones posteriores de las que a continuación hablaremos.

Santiago Ramón y Cajal intuyó, a finales del siglo XIX, que la transmisión sináptica podía ser la base del aprendizaje y de la adquisición de la memoria, pero no fue hasta 1966 cuando Terje Lomo describió los procesos LTP en el hipocampo del conejo.

Llamamos LTP, potenciación a largo plazo sináptico, al aumento en la magnitud y la eficacia de las respuestas de las neuronas al haber sido estimuladas por estímulos de moderada-alta intensidad o frecuencia, en presencia o no de lesión tisular. Este proceso, pone en marcha una cascada de acontecimientos capaces de producir cambios estructurales y funcionales tanto a nivel periférico, con presencia de nuevas sinapsis adicionales en el terminal presináptico entre el axón y las dendritas, como a nivel central, con aumento de los receptores NMDA a nivel de la médula.

El resultado de esta plasticidad neuronal es una memorización dolorosa que se manifiesta con una hiperalgesia generalizada y donde los procesos de hiperpatía y alodinia coexisten.

Llama la atención en la Fibromialgia la ausencia de lesión o daño tisular que pueda desencadenar los procesos de hipermemorización. En el dolor neuropático, bien sea radicular por alteración espinal, o en las neuropatías por atrapamiento, por ejemplo, es posible detectar este factor de lesión que pone en marcha los procesos de LTP.

La vida psíquica está dividida en dos planos: el consciente, que representa lo que el sujeto experimenta y conoce, y el inconsciente, que sería lo que ocurre en el interior psíquico del sujeto, sin él darse cuenta de ello, actuando como un apéndice de la conciencia, donde ésta descarga, mediante un mecanismo de autorrepresión, algunos contenidos que le resultan conflictivos.

Una emoción aguda, una creencia sobreestimada, actuando como un “estímulo emocionalmente competente”, como un factor de estrés, puede producir en el campo de la conciencia un dominio autoritario tan enorme, que es capaz de provocar, primero, un oscurecimiento del campo de la conciencia, desapareciendo otras aficiones, actividades, o haciendo que el sujeto organice su vida en base a este hecho o esta emoción, y segundo, el sujeto podría descargar en su inconsciente el estímulo que le generó tal estado de tensión afectiva, interponiendo una válvula, a modo de censura, para no dejar volver a los dominios de la conciencia el material expulsado.

Está unánimemente admitida la presencia de este factor estresante en el desencadenamiento de la Fibromialgia. En el 85-90% de los pacientes que desarrollan una fibromialgia, existe un factor estresante desencadenante de la enfermedad. Este factor estresante produciría cambios en la homeostasis, así como a nivel de los neurotransmisores, facilitando la aparición de los procesos de hipermemorización dolorosa. Que la dimensión emocional puede repercutir a nivel somático produciendo lesiones (úlceras por estrés) o dolores sin lesión aparente, y que sólo son secundarias a reacciones emocionales profundas, está fuera de toda duda.

Las conexiones existentes entre el fascículo espino-talámico con el sistema límbico, así como con el sistema nervioso autónomo, a nivel de la corteza prefrontal ventromediana y la amígdala, justifican tanto los síntomas de la esfera afectiva que aparecen en los cuadros dolorosos, como los síntomas somáticos que se presentan en los trastornos del estado de ánimo, así como la hipertonía simpática, que se asocia a los procesos dolorosos crónicos y a los trastornos de la esfera afectiva, todo ello característico de los síndromes dolorosos crónicos.

En el dolor crónico, la estimulación de las terminaciones nerviosas y la subsiguiente memorización dolorosa, producen en el cerebro la representación del proceso doloroso. Si no existiera un componente afectivo, el paciente percibiría el dolor, como una sensación no placentera, pero sin el componente

emocional. Las conexiones existentes con el sistema límbico desencadenan un perfil de desagrado o de sufrimiento que se asocia inevitablemente al dolor, especialmente cuando es crónico.

La hipnoterapia ya ha sido evaluada por otros autores para el tratamiento de síndromes dolorosos crónicos, en algunas ocasiones dentro de un tratamiento cognitivo conductual más general. Nosotros, siguiendo a J. Moix, hemos pretendido con nuestro programa de tratamiento con hipnosis:

- Reducir el dolor
- Reducir la medicación
- Incrementar la actividad y el ejercicio
- Aumentar la higiene postural
- Reducir la ansiedad y la depresión

Con el fin de que el paciente “desaprenda” los mecanismos que pusieron en marcha los procesos de estimulación nociceptiva y la consiguiente LTP, y en el contexto de un tratamiento psicológico cognitivo-conductual para el dolor, que incluye el acceso al inconsciente para modificar el afrontamiento que de una determinada emoción se ha hecho, hemos iniciado el tratamiento de la fibromialgia con hipnosis en una muestra de 75 pacientes que habían seguido un tratamiento farmacológico durante los últimos 12 meses, y en los cuales, los estudios realizados, no mostraban una evolución favorable del proceso.

### **Material y Métodos**

Hemos seleccionado 75 pacientes diagnosticados de fibromialgia según los criterios de la ACR, que cumplían los siguientes criterios de inclusión:

- Paciente diagnosticado de Fibromialgia, criterios ACR.
- Más de 2 años de evolución.
- En tratamiento farmacológico y/o fisioterapia en los últimos 12 meses, sin mejoría significativa reciente.
- EVA dolor y astenia mayor o igual que 4.
- Trastorno de la esfera afectiva confirmado con Golberg para ansiedad y depresión.
- Edad entre 20 y 60 años.

Criterios de exclusión:

- Síndrome de Over-Use (Laboral).
- Interés en beneficio laboral.
- Paciente en tratamiento psiquiátrico por trastornos psicóticos, bipolar, etc.



## Técnica

Se han realizado 6 sesiones de hipnosis de 45 minutos de duración, con una frecuencia de una sesión semanal o quincenal, en la que se realizaban sugerencias analgésicas, temporales y de disociación, así como anestésicas y de proyección de futuro.

Durante estas sesiones el paciente no debe modificar el tratamiento farmacológico, salvo el uso de analgésicos que se dejó "a demanda".

Estas sesiones van precedidas de una reunión informativa, de una hora de duración, con el reumatólogo que trata a cada paciente, en la cual se introducen los conceptos de Síndrome doloroso crónico como causa de los trastornos afectivos, así como la importancia de los factores estresantes como desencadenantes de la fibromialgia. Se explica el Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ) y la manera en que debe cumplimentarse. Nosotros hemos utilizado el FIQ adaptado según el anexo 1.

Se les entrega una carpeta con diferentes cuestionarios: Escala de acontecimientos estresantes, FIQ, Mitos y concepciones erróneas sobre la hipnosis, aclarando los conceptos erróneos que la población suele tener sobre la hipnosis, y el cuestionario de sugestionabilidad.

En cualquier estudio en el que la hipnosis forme parte del paquete terapéutico, debe considerarse el grado de sugestionabilidad del paciente, entendiendo como sugestión una comunicación que suscita una respuesta automática. En este trabajo hemos utilizado el inventario de experiencias Wickraml (1988) en una versión al castellano traducida y adaptada por uno de los autores (IPH).

En este estudio han sido admitidos todos los pacientes independientemente de su grado de susceptibilidad medido en la escala Wickram.

Al terminar cada sesión de hipnosis se les ha entregado tres modalidades de CD en función de lo que el hipnólogo y el reumatólogo consideraron más adecuado a cada tipo de paciente; un CD con sugerencias hipnoanestésicas, un CD con disociaciones visoquinéticas o bien una tercera modalidad de CD con sugerencias de proyección temporal.

Al terminar la 6ª sesión se les volvieron a pasar los cuestionarios anteriormente indicados, que son recogidos en el estudio.

## Resultados

Hemos realizado un estudio prospectivo, sin grupo control, a 75 pacientes del Instituto de Reumatología Barcelona, diagnosticados de fibromialgia según los criterios de la ACR, que han participado en las sesiones de hipnosis anteriormente descritas, con los criterios de inclusión y exclusión mencionados.

La muestra comprendía a 75 pacientes, de los cuales 7 eran hombres y 68 mujeres, en edades entre 20 y 60 años.

El estudio se ha realizado entre Junio de 2005 y Marzo de 2006.

Seis de los pacientes no acabaron el tratamiento.

A los pacientes se les ha pasado el Fibromyalgia Impact Questionnaire que corresponde al anexo 1, interrogándoles por afectación del trabajo, dolor, cansancio, cansancio al despertar, agarrotamiento, ansiedad, depresión.

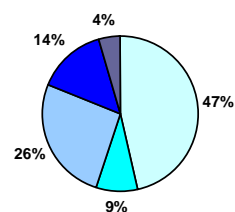
Se ha utilizado la escala numérica para la valoración, antes y después del tratamiento, de los ítems mencionados en pacientes que cumplían los criterios de inclusión ya mencionados.

Los pacientes han respondido a los diferentes ítems en soledad, sin la ayuda de ningún profesional del servicio.

Consideramos mejoría significativa cuando el paciente expresa una mejoría de dos puntos en la escala. Hemos de resaltar no obstante, que el 93% de los pacientes refieren una mejoría por lo menos en dos de los ítems, si bien este porcentaje expresa mejorías superiores o iguales a 1 punto.

El ítem referente a la **depresión** mejoró 2 puntos o más en el 44% de los pacientes. Un 9% mejoró un punto, resultado que no consideramos significativo (Tabla 1).

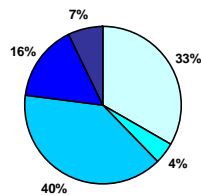
Grado de Mejoría en la depresión



□ Sin mejoría ■ Moderada ■ Buena ■ Muy buena ■ Excelente

El ítem referente a la **ansiedad** mejoró 2 puntos o más en el 63%, y sólo un 4% tuvo una mejoría de un punto, que no consideramos significativa. Sin embargo, sí que consideramos un buen resultado que un 63% de todos los pacientes con fibromialgia mejoren en este aspecto (Tabla 2).

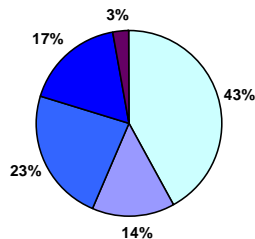
Grado de mejoría en la ansiedad



□ Sin mejoría □ Moderada □ Buena □ Muy Buena □ Excelente

Respecto al **cansancio o astenia**, el 43% de los pacientes mejoró, disminuyendo el EVA en 2 o más puntos. De forma similar, el 43% de los pacientes no percibió ninguna mejora de su cuadro asténico (Tabla 3).

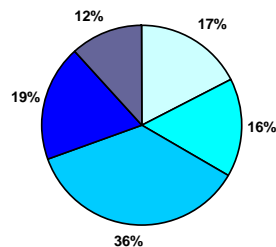
Grado de mejoría en la astenia



□ Sin mejoría □ moderada □ buena □ muy buena □ excelente

Respecto al **dolor**, el 67% de los pacientes mejoró su cuadro doloroso en 2 o más puntos. Un 16% solo bajó un punto, resultado que no consideramos significativo (Tabla 4).

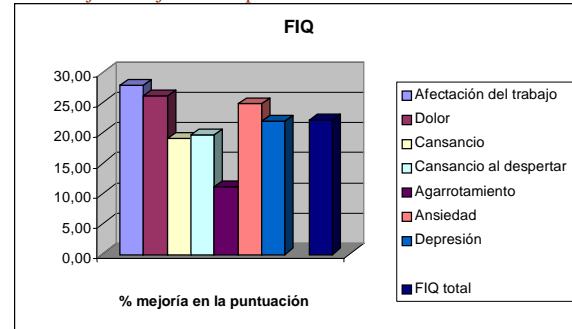
Grado de mejoría en el dolor



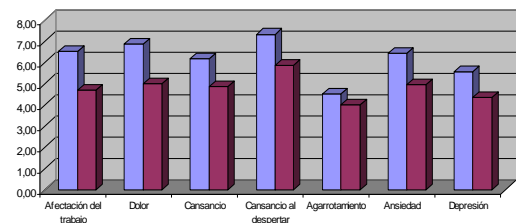
□ Sin mejoría □ Moderada □ Buena □ Muy buena □ Excelente

El FIQ total, considerando los ítems estudiados, pasó de un 62,01 de promedio al inicio del tratamiento, a un 48,29 al finalizar, con un porcentaje de mejoría del 22,14% en la puntuación general (Tabla 5).

Porcentaje de mejoría en la puntuación:



Diferencia de Puntuación, antes y después del tratamiento:



## Conclusión

El trabajo ha resultado esperanzador para los miembros del grupo que hemos participado en él. Los pacientes mejoran sensiblemente y expresan, sin dudas, la mejoría del cuadro clínico, doloroso y afectivo, y se muestran partidarios de continuar las sesiones de hipnosis, con el fin de mantener su mejoría clínica.

Los pacientes no han vivido con extrañeza el que se incluyera un tratamiento de hipnoterapia en un servicio de Reumatología. Además, se les ha explicado, tanto individualmente como de manera colectiva, el motivo por el que se hacía o aconsejaba para cada sujeto este tratamiento.

Los resultados son muy esperanzadores. Consideramos que la hipnosis debe formar parte de un tratamiento multidisciplinar en los pacientes con fibromialgia, pues facilita el afrontamiento de los diferentes factores de estrés que el paciente haya podido vivir en su biografía.

## Referencias

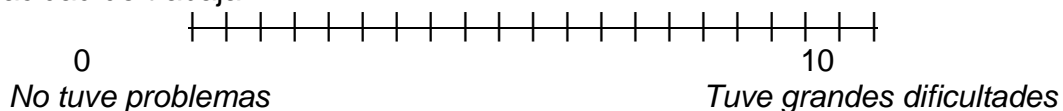
- Aaron La, Bradley LA, Alarcon GS et coll. Perceived physical and emotional trauma as precipitating events in fibromialgia. *Arthritis Rheum*, 1997, 40: 453-60
- Albe-Fessard D, Berkley KJ, Kruger L, Ralston HJ, Willis WD. Diencephalic mechanism of pain sensation. *Brain Res.*, 1985, 9: 217-296.
- Allaz AF, Cedraschi C. Reconstruction narrative et attributions traumatiques. Á propos de la fibromyalgie. En: Ferragut, E. Emotion et mémoire. Le corps et la souffrance. Masson 1904. p 98-103.
- Alonso Fernández, F. El hombre libre y sus sombras. Ed. Anthropos (Rubí, Barcelona) 2006. ISBN: 84-7658-783-X
- Basler HD, Jakle C, Kroner-Herwig B. Incorporation of cognitive-behavioural treatment into the medical care of chronic low back patients; a controlled randomised study in German pain treatment centers. *Patient Educ Couns* 1997; 31: 113-24
- Baudry M, Davis JL. Long-Term Potentiation. Vol 2. A Bradford Book. MIT Press. London England 1994.
- Boisset-Piolo MH, Esdaile Jm, Fitzcharles MA. Sexual and physical abuse in women with fibromialgia syndrome. *Arthritis Rheum*, 1995, 38: 235-41
- Carmona L, Ballina J, Gabriel R, Laffon A. The burden of musculoskeletal diseases in the general population of Spain: results from a national survey. *Ann. Rheum. Dis.* 2001; 60: 1040-5
- Damasio, Antonio R. El error de Descartes. Barcelona. Editorial Crítica, S.L. 2006. ISBN: 84-8432-184-3
- Damasio, Antonio. En busca de Spinoza. Neurobiología de la emoción y los sentimientos. Barcelona. 2006. Crítica S.L. ISBN: 84-8432-676-4
- Diccionario de la Real Academia Española. Vigésimo segunda edición.
- Haaneen HCM, Hoenderdos HTW, Van Romunde LKJ, et al. Controlled trial of hypnotherapy in the treatment of refractory fibromyalgia. *J Rheumatol* 1991; 18, 74-5
- Jay S, Kirsch I, Barabasz A, et al. Hypnosis as an empirically supported clinical intervention: the state of the evidence and a look to the future. *The International J Clin Exp Hypn* 2000, 48: 239-59
- Laborde JM. Cognitive-behavioural techniques in the treatment of chronic low back pain: preliminary results. *J South Orthop Ass* 1998; 7: 81-5
- Mannisto PT, Kaakkola S. Catechol-O-methyltransferase (COMT): chemistry, molecular biology, pharmacology and clinical efficacy of the new selective COMT inhibitors. *Pharmacol. Rev.* 1999; 51: 593-628.
- Martínez Pintor, F. Dolor somatomorfo vs. Fibromialgia (¿Galgos o podencos?). *C. Med. Psicosom*, 2005, 73: 24-31.
- Martínez-Lavin M. Fibromialgia as a sympathetically maintained pain síndrome. *Curr. Pain Headache Rep.* 2004; 8: 385-9
- Moix, J. La hipnosis en el tratamiento del dolor. *Rev. Soc. Esp. Dolor.* 9: 525-532, 2002.
- Montgomery GH, DuHamel KN, Redd WH. A metaanalysis of hypnotically induced analgesia: How effective is hypnosis. *Int J Clin Exp Hypn* 2000; 48: 138-53
- Peebles-Kleiger, MJ. The use of hypnosis in emergency medicine. *Emerg Med Clin North Amer* 2000; 18: 327-38
- Perez Hidalgo I. Apuntes curso de Hipnosis Clínica para médicos. Madrid, 1991.
- Prat-Pradal D. Mémoire, corps et souffrance. Émotion et mémoires. Ed. Masson. 2004-11.
- Prat-Pradal D. Mémoire, corps et souffrance-Aspects neurophysiologiques. En: Ferragut E. Emotion et mémoire. Le corps et la souffrance. Masson 1904. p 11-20.
- Queneau P, Ostermann G. Le médecin, le malade et la douleur. Tome I. Ed. Masson. 2004;21.
- Queneau P, Ostermann, G. Le médecin, le malade et la douleur. París Masson 2004. ISBN: 2-294-02026-X
- Ramón y Cajal S. Manual de histología normal. 6ª ed. Imprenta de hijos Nicolás Moya. Madrid 1914.
- Spinhoven P, Linssen CG. Education and self-hypnosis in the management of low back pain: a component analysis. *Br J Clin Psychol* 1989; 28: 145-53
- Terje L. The discovery of long-term potentiation. *Philos trans R sock lond B biol sci.* 358:617-20.PMID.
- Wickram Asekera, I. Clinical Behavioral Medicine. 1988; 271-73. Nueva York: Plenum Press.
- Wolfe F, Smythe HA, Yunus, MB, Bennet RM, Bombardier C, Goldenberg DL et al. The American College of Rheumatology 1990. Criteria for the classification of Fibromyalgia. Report of the multicenter Criteria Committee. *Arthritis Rheum.* 1990; 33.160-72

## ANEXO 1

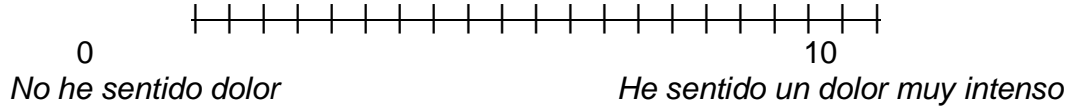
Martínez Pintor, Pérez Hidalgo, Cuatrecasas Ardiz, Chamorro Álvarez, Martí Gasulla y Reig Gourlot (2006)

(FIQ modificado)

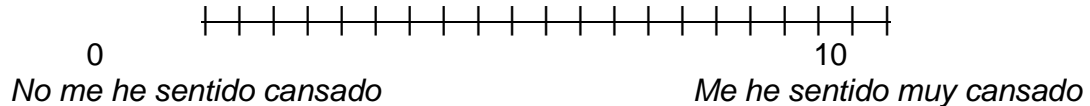
-Cuando trabajó, ¿cuánto afectó el dolor u otros síntomas de la fibromialgia a su capacidad de trabajar?



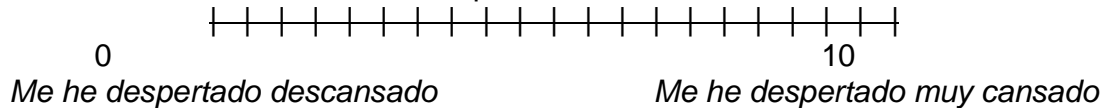
-¿Hasta qué punto ha sentido dolor?



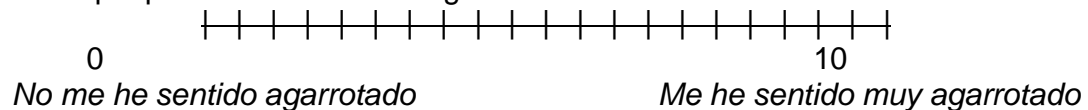
-¿Hasta qué punto se ha sentido cansado?



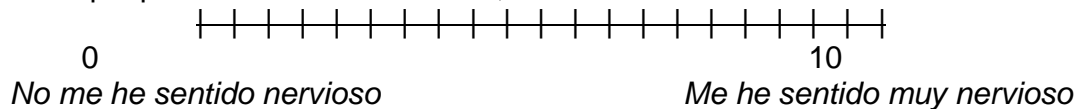
-¿Cómo se ha sentido al levantarse por la mañana?



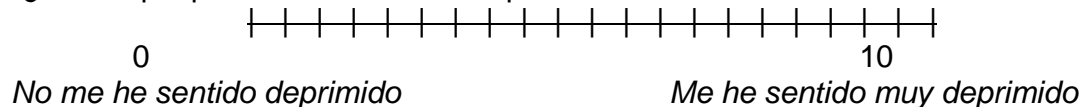
-¿Hasta qué punto se ha sentido agarrotado?



-¿Hasta qué punto se ha sentido tenso, nervioso o ansioso?



-¿Hasta qué punto se ha sentido deprimido o triste?



## TABLAS

Martínez Pintor, Pérez Hidalgo, Cuatrecasas Ardiz, Chamorro Álvarez, Martí Gasulla y Reig Gourlot (2006)

**Tabla 1:** Mejoría de la depresión según la disminución de la puntuación del ítem correspondiente en el FIQ

Mejoría de la depresión	Nº pacientes	Porcentaje
Sin mejoría	32	47
Moderada (Disminución 1 punto)	6	9
Buena (Disminución 2 puntos)	18	26
Muy buena (Disminución 3 puntos)	10	14
Excelente (Disminución 4 puntos)	3	4
Total	69	100

**Tabla 2:** Mejoría de la ansiedad según la disminución de la puntuación del ítem correspondiente en el FIQ

Mejoría en la ansiedad	Nº pacientes	Porcentaje
Sin mejoría	23	33
Moderada (Disminución 1 punto)	3	4
Buena (Disminución 2 puntos)	27	40
Muy buena (Disminución 3 puntos)	11	16
Excelente (Disminución 4 puntos)	5	7
Total	69	100

**Tabla 3:** Mejoría de la astenia según la disminución de la puntuación del ítem correspondiente en el FIQ

Mejoría en la astenia	Nº pacientes	Porcentaje
Sin mejoría	29	43% %
Moderada (Un punto disminución)	10	14%
Buena (Dos puntos de disminución)	16	23%
Muy Buena (Tres puntos de disminución)	12	17%
Excelente (Cuatro puntos o más de disminución)	2	3%

**Tabla 4:** Mejoría del dolor según la disminución de la puntuación del ítem correspondiente en el FIQ

Mejoría del dolor	Nº pacientes	Porcentaje
Sin mejoría	12	17
Moderada (Disminución 1 punto)	11	16
Buena (Disminución 2 puntos)	25	36
Muy buena (Disminución 3 puntos)	13	19
Excelente (Disminución 4 puntos)	8	12
Total	69	100

**Tabla 5:** Puntuaciones medias en el Fibromyalgia Impact Questionnaire antes y después del tratamiento.

<b>FIQ</b>				
ítem	Promedios			
	Puntuación Inicial	Puntuación al finalizar	Diferencia	% Mejoría
Afectación del trabajo	6,51	4,70	1,81	27,80
Dolor	6,88	5,00	1,91	26,05
Cansancio	6,16	4,88	1,25	19,09
Cansancio al despertar	7,33	5,89	1,44	19,65
Agarrotamiento	4,51	4,01	0,50	11,09
Ansiedad	6,45	4,97	1,48	24,83
Depresión	5,57	4,35	1,22	21,88
<b>FIQ total</b>	<b>62,01</b>	<b>48,29</b>	<b>13,73</b>	<b>22,14</b>

### Copyright

Editorial Médica. Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace.

Martínez Pintor, Pérez Hidalgo, Cuatrecasas Ardiz, Chamorro Álvarez, Martí Gasulla y Reig Gourlot (2006) Tratamiento de Fibromialgia mediante Hipnosis. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*. 79/80: 53-60. Reproducido, con permiso, en *Hipnológica* 2 (2009), 35-41 ([www.hipnologica.org](http://www.hipnologica.org))



## Imágenes

**Portada (fondo):** *Hombre de Vitruvio*, Leonardo Da Vinci **Cuatro:** Profesor Fassman, en [cinacional.com](http://cinacional.com) / Hombre Radar, en [fassman-mmir.blogspot.com](http://fassman-mmir.blogspot.com) **Cinco:** Fassman, en [fassman-mmir.blogspot.com](http://fassman-mmir.blogspot.com) **Seis:** Ramón y Cajal, copia fotográfica, del Centro de Investigaciones Biológicas, CIB-CSIC, Madrid **Siete:** Ramón y Cajal, en [kalipedia.com](http://kalipedia.com) **Ocho:** *Sugerente*, de Chema Nieto, en [bongobundos.blogs.com](http://bongobundos.blogs.com) **Nueve:** Martin Seligman, en [ted.com](http://ted.com) **Diez:** Barbara Fredrickson, en [randomhouse.com](http://randomhouse.com) **Doce:** *La Ciencia del Bienestar*, Alianza Editorial **Quince:** Martín-Loeches, colección privada **Diecisiete:** *Mirada al Espacio*, en [rubenvdj.wordpress.com](http://rubenvdj.wordpress.com) **Dieciocho y Diecinueve:** *Remington I y II*, de Chema Nieto, en [bongobundos.blogs.com](http://bongobundos.blogs.com) **Veintiuno:** José Cano, en [hipnologica.com](http://hipnologica.com) **Veintitrés:** *Ojo*, de Elisa Robles, en [bongobundos.blogs.com](http://bongobundos.blogs.com) **Veintisiete:** Francisco Javier Rodríguez del Valle, colección privada **Treinta y cuatro:** *Regalo*, de Elisa Robles, colección privada **Cuarenta y cinco:** Foro Hipnosis Clínica, en [facebook.com](http://facebook.com)

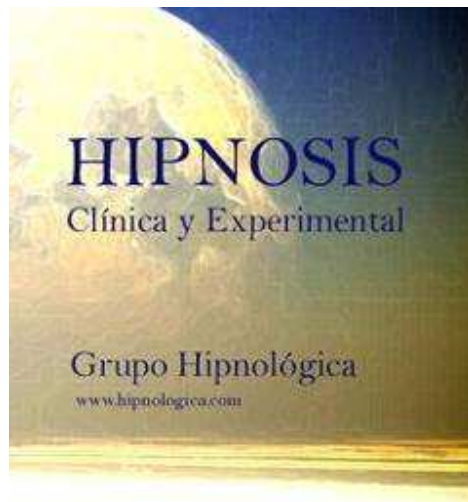
## Hipnológica, Revista de Hipnosis Clínica y Experimental

Salvo cuando indicado en sentido contrario, el presente número se encuentra bajo una Licencia Creative Commons (Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual); no se permite el uso comercial de parte o de la totalidad del contenido de esta Revista, ni de las posibles obras derivadas, debiendo distribuirse éstas de la misma forma que la obra original.



## Grupo Hipnológica y Colaboradores

Los autores son los únicos y últimos responsables del material publicado.



## Hipnológica

AÑO 0 – NÚMERO 2

Diciembre 2009