

HIPNOLÓGICA

REVISTA DE HIPNOSIS CLÍNICA Y EXPERIMENTAL

AÑO 7 NÚMERO 9 DICIEMBRE 2016

www.hipnologica.org

Hipnológica

Revista de Hipnosis Clínica y Experimental
Año 7 - Número 9 - Diciembre 2016
ISSN 1989-9866

DIRECTOR

Isidro Pérez Hidalgo

SUBDIRECTORES

Ian Brownlee
Jorge Cuadros Fernández
Chema Nieto Castañón

COORDINADORA FORO HIPNOSIS CLÍNICA

Nadia Peláez Rodelgo

REDACTORES

Matilde Santos Leal
Carlos Conde Arranz
M^a Luisa Molinero Moreno
Nadia Peláez Rodelgo

CONTENIDOS

Editorial

Isidro Pérez Hidalgo 3

Aplicaciones

Dos técnicas para trabajar el trauma: hipnosis y brainspotting 4
Marta Rodríguez Álvarez

Hipnosis clínica para mejorar la concentración y la memorización ante un examen 11
Elena García Paz

Historias con la hipnosis

De cómo escribir un *best-seller* en hipnosis 25
Magali Vargas

Cerebro y homosexualidad

Cerebro, identidad de género y orientación sexual 27
Jorge Cuadros

Comportamiento No Verbal

Hipnosis y comportamiento no verbal 29
Vicente Femenia Muñoz

Protocolos

Un protocolo de tratamiento multimodal 34
Isidro Pérez Hidalgo

Reseña

Hipnosis y la regulación arriba-abajo de la consciencia 39
Jorge Cuadros

EDITA

Sociedad Hipnológica Científica
c/ Orense 16, 9º C
28020 Madrid

Editorial

Hipnológica continúa trabajando en diferentes líneas dentro de la formación, la investigación y la clínica. Podemos decir que la hipnosis está teniendo una presencia cada vez más sólida en nuestro país, aunque a veces los medios de comunicación den una imagen sesgada de lo que en realidad constituye esta técnica.

Los programas de televisión en algunos casos difunden usos de la hipnosis que no son la mejor carta de presentación: una técnica que fundamentalmente debe ser clínica es ofrecida como un espectáculo que puede llegar a ser de mal gusto y no pocas veces engañoso. Esto no es nuevo, pero necesitamos recordarlo de vez en cuando.

En la parte positiva, seguimos trabajando en nuestro próximo simposio de 2017 y en otros proyectos como el que será nuestro tercer libro. Nuestros miembros exponen frecuentemente ideas para revitalizar la hipnosis, y el campo de aplicación se vuelve cada vez más amplio.

Para nuestros lectores, recordarles que tenemos un canal en YouTube donde pueden también seguir nuestras actividades en vídeos. La última muestra es el Debate que celebramos el pasado mes de Octubre en la Facultad de Documentación de la Universidad Complutense de Madrid.

Permanecemos abiertos a todas las sugerencias que puedan hacernos para mejorar nuestra revista, que es la suya (perdón por el tópico).

Nuestros mejores deseos para 2017.

Isidro Pérez Hidalgo

Presidente de la Sociedad Hipnológica Científica



Dos Técnicas Para Trabajar El Trauma: Hipnosis y Brainspotting

Marta Rodríguez Álvarez

1. Introducción: Hipnosis y Brainspotting

El objetivo de este trabajo es describir y encontrar similitudes entre dos técnicas de intervención terapéutica en psicoterapia: hipnosis y brainspotting, la primera de ellas con una larga y consolidada trayectoria, y la otra, derivada del EMDR, mucho más reciente y con mucho por descubrir e investigar. Hay que destacar que la hipnosis es una completa técnica que se puede emplear en multitud de trastornos, y el brainspotting es mucho más específico para el trabajo con trauma. A lo largo del trabajo veremos las similitudes entre ambas, en lo referente al abordaje y tratamiento del trauma psicológico, tanto simple como complejo. El punto fundamental de similitud que en este sentido se puede encontrar entre ambas a priori es que las dos permiten a la persona acceder de manera natural y rápida a la parte no consciente de la mente. Esto permite hacer un trabajo terapéutico a niveles profundos, y accediendo a sensaciones, emociones, recuerdos y material inconsciente muy relevante para poder ayudar al paciente en la sanación de sus problemas psicológicos. Dicho material relacionado con el trauma o problema permanece normalmente inaccesible o bien es indescifrable para la mente consciente en vigilia, como por ejemplo un síntoma somático que esconde una causa emocional o traumática (el síntoma se percibe perfectamente por la mente consciente, pero permanece oculta a la consciencia la causa u origen emocional del mismo). Por lo tanto, las herramientas que permitan poder acceder a la mente inconsciente y al material oculto en ella en un contexto terapéutico, son sin duda una valiosa ayuda para avanzar en la solución del problema y en la integración armoniosa de ese material no consciente.

1.1. Hipnosis

La hipnosis clínica es un método terapéutico con una larguísima trayectoria, ya que sabemos que egipcios y griegos utilizaban técnicas similares a ella para sugestionar o inducir trances curativos en las personas. A partir del siglo XVIII empieza a ser utilizada de forma más intensa, a raíz del descubrimiento del llamado "magnetismo animal", por Franz Anton Mesmer. La hipnosis, más semejante a la que conocemos hoy, empezó hace dos siglos en Francia, cuando Braid, en 1843 empezó a emplear la palabra "hipnosis", derivada de "hypnos", que significa sueño en griego. En 1958, la Asociación Médica Americana recomendó su uso en Estados Unidos, y desde entonces se han realizado y se realizan multitud de investigaciones sobre su eficacia y su funcionamiento. Hoy en día es sin duda uno de los recursos terapéuticos más contrastadamente eficaces

usados por profesionales de la psicología, psiquiatría y medicina.

La hipnosis es un procedimiento en el que un especialista, habitualmente tras realizar una inducción hipnótica (que puede tener formas muy diferentes como son sugestionamiento de calma, bienestar y relajación), sugiere a una persona que experimente cambios en sus sensaciones, percepciones, pensamientos o conducta. Las sugestionamientos son comunicaciones verbales capaces de estimular respuestas motrices o sensoriales en quien las escucha. Hay la posibilidad de retrasar la respuesta a una sugestión dada, de modo que el sujeto pueda experimentar cualquiera de las sensaciones descritas después de terminado el procedimiento hipnótico, en su contexto habitual. A este interesante efecto se le denomina sugestión posthipnótica. El uso de la hipnosis con fines terapéuticos y en un contexto clínico se conoce como hipnoterapia. Para Spiegel y Spiegel (2004), existen tres condiciones que deben existir para poder hablar de hipnosis: **sugestionabilidad, disociación, y focalización de la atención.**

Normalmente, una sesión de hipnosis comienza con una inducción, que consiste en verbalizaciones sugestivas que guían al sujeto para concentrar su atención en su propia experiencia interna. Así, la persona entra en el llamado trance hipnótico, que es un estado de intensa atención interior. Pese a la falsa y extendida creencia popular, en ningún caso, ninguna una sugestión hipnótica puede hacer que una persona haga algo en contra de su voluntad, ya que ésta se mantiene consciente en todo momento y en perfecto control, de manera que podría interrumpir el proceso en cualquier momento que lo deseara. Las sugestionamientos y el estado de trance hipnótico pueden ser también, y normalmente tras un entrenamiento previo, autoadministrados (**autohipnosis**).

La hipnosis es una herramienta o técnica terapéutica que se emplea en un contexto clínico. No se considera una terapia en sí misma, sino un poderoso y versátil método de trabajo psicoterapéutico. Siempre funcionará mejor y tendrá más potencia (al igual que el brainspotting o cualquier otra técnica) en una relación terapéutica de calidad, cuando entre terapeuta y paciente exista una relación sólida de empatía, confianza, honestidad y seguridad.

Se considera que la hipnosis es una **puerta abierta al mundo inconsciente** de la persona, una vía de acceso a la gran cantidad de recursos, recuerdos, habilidades, herramientas... que toda persona posee en las zonas no conscientes de su mente. Es útil y eficaz en gran

variedad de trastornos, entre los que podemos destacar fobias específicas, ansiedad, depresión, tabaquismo, refuerzo de atención y concentración, control del dolor, colon irritable, patologías dermatológicas, estrés posttraumático...

1.2. Brainspotting

Brainspotting es una técnica derivada del EMDR. EMDR es un acrónimo en inglés de "Eye Movement Desensitization and Reprocessing" (Desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares), que fue creado y desarrollado por la doctora Francine Shapiro en 1987. Como su nombre indica, se trata de una técnica terapéutica utilizada en contextos clínicos con el fin de desensibilizar y reprocesar traumas psicológicos de una manera natural. En el proceso con EMDR, el terapeuta identifica un problema específico que será el foco del tratamiento. Mientras el paciente hace movimientos oculares u otra estimulación bilateral (visual, auditiva o kinestésica) le van llegando a la mente otras partes del recuerdo traumático en forma de sensaciones, imágenes, recuerdos... El/la terapeuta guía el proceso, tomando decisiones sobre la intervención. El objetivo es que el paciente procese la información sobre el trauma, llevándolo a una resolución adaptativa del mismo, y cesando los síntomas que le trajeron a consulta.

El **brainspotting**, por su parte, fue descubierto por David Grand en 2003, quien empleaba EMDR en sus sesiones. Consiste, de manera esquemática, en localizar y tratar en el cuerpo y el cerebro las zonas o cápsulas donde están encerrados los traumas o los recursos y habilidades positivas del paciente.

Considero interesante reproducir el relato del autor sobre el día en que descubrió este mecanismo, y él mismo encuentra relación con el trance hipnótico al narrarlo. Lo cuenta así:

"Descubrí brainspotting, y realmente no descubrí nada. Mirando en otras direcciones se ha utilizado con otras técnicas: PNL, hipnosis, y otras. Pero también cuando investigamos, vemos se fue utilizado por curanderos y chamanes arcaicos, así que realmente no descubro nada. Simplemente me topé con algo que estaba allí justo en frente de mi cara y me di cuenta de que había algo que podría utilizar. Yo estaba haciendo una versión de EMDR, que es desensibilización y reprocesamiento mediante movimientos de los ojos. Cuando digo mi versión, lo que estaba haciendo eran movimientos muy lentos de los ojos con una patinadora de hielo. Y estábamos tratando de abrirnos paso en algo que ella no podía conseguir, un salto llamado triple bucle que necesitaba hacer para un programa de actuación tanto corto como largo. Todo lo demás se había despejado con el trabajo previo pero ella se atascaba en eso. Y mientras atravesábamos su campo visual, justo antes del puente de su nariz, su ojo empezó a temblar espectacularmente y se quedó inmóvil en ese lugar. Cuando sucedió eso, yo sentí como si una mano agarrara mi muñeca y bloqueara mi dedo de manera

que me retenía justo en frente del lugar donde se produjo el temblor y la congelación. Y durante los siguientes diez minutos, brotó un torrente de información y experiencias procesadas. Se sintió muy emocionada en unos momentos y muy liberada en otros. Lo que salía era trauma tras trauma tras trauma...Fueron fascinantes dos cosas: la primera fue que se trataba de traumas que no habían salido, algunos de ellos versaban sobre la pista de patinaje y sobre lesiones. Algunos de ellos eran asuntos familiares con sus padres peleando. Pero muchas de ellas eran traumas nuevos que nunca habían salido en el proceso que había hecho con ella durante ese año de tratamiento. Y la segunda fue que un montón de cosas que pensé que habíamos resuelto se reabrieron y procesaron a un nivel más profundo. A la mañana siguiente ella me llamó desde la pista de práctica. Estaba muy emocionada. Me dijo, "David, David, acabo de hacer triple salto sin problema!" Y nunca más tuvo problema con él después de eso. Lo que sucedió para mí, en ese momento quiero decir, fue realmente espectacular, así que me pregunté si había algo allí que pudiera aplicarse a otros clientes. Así al hacer estos movimientos oculares lentos, empecé a buscar estos problemas con el ojo, el ojo se tambalea, anomalías del ojo, y cada vez que veía uno, me detenía allí y sólo le decía a la persona, "quédate mirando a mi dedo y observa qué pasa."Y en casi todos los casos empezaron a entrar en un tipo de procesamiento más profundo, más centrado que el que conseguían con el trabajo que estaba haciendo previamente. Y el trabajo que estaba haciendo previamente era muy eficaz y potente, así que esto realmente llamó tanto mi atención que fue un avance hacia otro nivel".

Un "Brainspot" (Punto del Cerebro) es una posición del ojo directamente relacionada con la activación emocional de un tema con carga traumática en el cerebro (se supone que en las zonas de la amígdala, el hipocampo o la corteza orbitofrontal). Y Cuando se estimula un Brainspot (Punto del Cerebro), aparece una respuesta refleja (tic, gesto, dilatación pupilar, respiración acelerada...). Mantener la atención fijamente en esa posición localizada del ojo, mientras se atiende interiormente a la experiencia traumática u otra experiencia objeto de intervención, estimula la **entrada en un trance que estimula un proceso de integración y curación profundo** dentro del cerebro. Se apoya el proceso mediante música bilateral, y empiezan a surgir sensaciones, informaciones, recuerdos... y se va dando un procesamiento que disminuye los síntomas y problemas que han traído a terapia a la persona. Brainspotting estimula y activa la capacidad propia y natural del cerebro para centrar la atención y presencia en la experiencia propia, autoescanearse, integrar material traumático y finalmente curarse del trauma.

Esta técnica es una herramienta, dentro de una buena relación clínica, para localizar, focalizar, procesar, y liberar neurobiológicamente experiencias y síntomas que consideramos que se encuentran en el inconsciente, fuera del alcance de la mente consciente y de sus capacidades narrativas, lógicas y cognitivas. Proporciona un

instrumento para acceder, diagnosticar y tratar gran variedad de trastornos como: trauma físico y emocional, enfermedades médicas relacionadas con estrés y trauma, fibromialgia y otros trastornos de dolor crónico, adicciones (en especial deseos obsesivos), fobias, asma, pánico y ansiedad, rendimiento deportivo y académico...

Algo interesante y prometedor es el hecho de que brainspotting, al igual que el trance hipnótico, es también muy útil para acceder y desarrollar estados internos de recursos y experiencias positivas. Se emplea con éxito para localizar brainspots relacionados con la creatividad, espiritualidad... y desarrollar cualidades o recursos específicos en las personas.

2. Trauma Psicológico

Pierre Janet empleó en 1919 una definición para el trauma psicológico, que se sigue considerando muy acertada: *"Es el resultado de la exposición a un acontecimiento estresante inevitable que sobrepasa los mecanismos de afrontamiento de la persona. Cuando las personas se sienten demasiado sobrepasadas por sus emociones, los recuerdos no pueden transformarse en experiencias narrativas neutras. El terror se convierte en una fobia al recuerdo que impide la integración (síntesis) del acontecimiento traumático y fragmenta los recuerdos traumáticos apartándolos de la consciencia ordinaria, dejándolos organizados en percepciones visuales, preocupaciones somáticas y reacciones conductuales"*

Hay varios elementos característicos del trauma, que esta definición contiene: la persona se ha visto sometida a una situación de **amenaza psicológica o física de la que le fue imposible escaparse** (pudo ser un hecho puntual como un atraco, o un estrés sostenido a lo largo del tiempo, como por ejemplo vivir con un padre verbalmente muy agresivo), y además **sus herramientas, habilidades o recursos disponibles no fueron eficaces** o no los pudo utilizar en ese momento. En resumen, no pudo enfrentarse a la amenaza eficazmente, ni tampoco pudo huir de ella.

Citando a Mario Salvador, en su artículo "Implicaciones neurobiológicas del trauma e implicaciones para la psicoterapia": *"Hoy sabemos cómo durante la experiencia traumática hay una desregulación bioquímica debido a que la amígdala permanece hiperactivada ante una percepción de peligro, incluso cuando ya ha acontecido. Esta hiperactivación genera un exceso de cortisol que inhibe la actividad del hipocampo; núcleo del sistema límbico implicado en la simbolización de las experiencias y la temporalización de las mismas. Es decir, sin la intervención del hipocampo las vivencias no podrán ser convertidas en experiencias narrativas con un final y una ubicación en la línea temporal de nuestro ciclo vital. En otras palabras, las memorias traumáticas permanecen registradas en un formato de memoria implícita, somato-sensorial, en las capas subcorticales de nuestro sistema neurológico. Estas vivencias que no han sido*

"integradas" permanecen activas y siguen influenciando nuestra percepción consciente de la realidad más allá de lo que somos conscientes".

Entonces, la mente no permite que nuestra mente procese esas experiencias y los recuerdos, sensaciones... de la experiencia traumática continúa existiendo en ella, y pudiendo ir causando a lo largo del tiempo gran variedad de síntomas como cambios de humor, de comportamiento, ansiedad, fobias, insomnio, evitación, flashbacks, pesadillas, ansiedad generalizada...

En las enfermedades psiquiátricas, se estima que más del 50% de los pacientes tienen antecedentes de haber sufrido un trauma grave. El trauma es una experiencia que no puede ser almacenada como un recuerdo en el pasado, si no que permanece presente, provocando siempre una reacción emocional intensa. Entre las secuelas o consecuencias psicológicas del trauma pueden estar los ataques de pánico, fobias, ansiedad generalizada, depresión, profundos sentimientos de culpa, autolesiones, trastorno de estrés posttraumático, enfermedades psicosomáticas...

El papel terapéutico durante el trabajo con personas traumatizadas incluirá crear un ambiente de sintonía con cada paciente, sostener su experiencia y su relato y crear una buena relación terapéutica. Una vez creada, es momento de valorar la utilización de técnicas o procedimientos específicos para trabajar el trauma y empezar a convertir en una narración comprensible toda la información no procesada adecuadamente que trae la persona con trauma. El objetivo principal es integrar los recuerdos, sensaciones e historias no asimiladas correctamente.

3. Evidencias De La Eficacia De La Hipnosis Y El Brainspotting En El Tratamiento Del Trauma

3.1. Eficacia De La Hipnosis En Tratamiento De Trauma

Desde un punto de vista terapéutico, la hipnosis cumpliría la función de recuperar el material traumático disociado o reprimido, reconectar las emociones y el material recordado, y transformar e integrar los recuerdos traumáticos.

Existen **multitud de informes anecdóticos y estudios de caso que sostienen que la hipnosis tiene una gran eficacia en el tratamiento del trauma**. Hay una larga trayectoria registrada por escrito acerca de su uso y eficacia. Desde aquel caso registrado en 1813 por médicos holandeses para tratar un proceso de duelo traumático (cf. Vijselaar y van der Hart, 1992). Los ejércitos Estadounidense y Británico utilizaron la hipnosis en víctimas de la guerra (p. ej., Myers, 1916). W. H. Rivers usó la hipnosis y la reestructuración cognitiva (le llamó "re-educación") con pacientes posttraumáticos. Southard y Fenton (1919) describieron 27 curas 'milagrosas' con técnicas hipnóticas, aunque también recomendaron un proceso de reeducación como

coadyuvante. Hadfield realizó una investigación más sistemática con pacientes de la Primera Guerra Mundial. En un seguimiento con 100 pacientes tratados con "hipnoanálisis", un 90% había logrado una buena adaptación laboral dieciocho meses después de su servicio militar (Hadfield, 1944). Balson y Dempster (1980) describieron el tratamiento de 15 veteranos de Vietnam con condiciones postraumáticas crónicas o agudas. Los autores utilizaron la hipnosis para fomentar la abreacción, dentro de un contexto psicodinámico. Concluyeron que en el seguimiento, conducido entre 4-24 meses después de finalizar el tratamiento, 12 de los 15 pacientes se mantenían. Varios estudios de caso, con limitaciones metodológicas, sugieren que las técnicas hipnóticas son útiles con víctimas de asalto sexual y violación (Benningfield, 1992; Ebert, 1988, Manning, 1996; Phillips, 1993; Roth y Batson, 1993; Smith, 1991; D. Spiegel, 1989.), accidentes automovilísticos (Kingsbury, 1988; Leung, 1994), víctimas del holocausto (Somer, 1994) y recuperación de la conciencia durante cirugía (Peebles, 1989). (De Etzel Cardeña, José Maldonado, María José Galdón y David Spiegel, 1999).

El estudio riguroso de Brom, Kleber y Defare, (1989) cumple los criterios metodológicos establecidos por Chambless y Hollon (1998), de acuerdo a la revisión de Cardeña (2000). Estos autores compararon los efectos de la hipnoterapia, la desensibilización sistemática y la psicoterapia psicodinámica en el tratamiento del estrés postraumático. El resultado fue que las tres intervenciones mostraron ser más eficaces que el grupo control de lista de espera al final del tratamiento, y en seguimiento a los tres meses. El grupo de hipnosis necesitó menos sesiones de tratamiento que los otros grupos, siendo, junto con el de desensibilización sistemática, más eficaz que la terapia psicodinámica en el tratamiento de los síntomas específicos intrusivos (Brom, Kleber y Defare, 1989). Otro estudio sobre el tratamiento del Trastorno de Estrés Agudo (Bryant et al., 2005) comparó la hipnosis como coadyuvante de la terapia cognitivo-conductual, la terapia cognitivo-comportamental sola, y solo asesoramiento de apoyo. Al final del tratamiento, la mejor de las tres intervenciones en la mejora de los síntomas de reexperimentación fue la que incluyó hipnosis, y en seguimiento a los tres y seis meses fue equivalente al tratamiento cognitivo-conductual solo. Ambas intervenciones fueron mejores que el asesoramiento de apoyo.

Es recomendable la realización de más investigaciones para que la hipnosis pueda ser reconocida como un tratamiento con fuerte apoyo empírico para pacientes con secuelas postraumáticas, si bien **se considera actualmente una intervención muy prometedora en la mejora de los síntomas de víctimas de trauma**. Además, hay varias razones por las que la hipnosis y técnicas afines se consideran una intervención muy recomendable en estos pacientes: los pacientes post traumáticos tienden a ser buenos sujetos hipnóticos, por lo que se sabe que responden especialmente bien a las intervenciones hipnóticas; las técnicas hipnóticas son

fácilmente integrables en enfoques terapéuticos muy variados; y además estos pacientes suelen sufrir síntomas disociativos, por lo que se pueden usar técnicas hipnóticas para re-estructurar y para generar fenómenos disociativos con fines terapéuticos. Finalmente, apuntar que, como hemos visto, **la evidencia clínica sugiere de forma consistente y reiterada en el tiempo que la hipnosis con frecuencia facilita, potencia y acorta las terapias**.

3.2. Eficacia Del Brainspotting En Tratamiento De Trauma

Como ya se ha visto, el brainspotting es una técnica reciente, lo que va a limitar el número de estudios y evidencias empíricas que se han podido realizar acerca de su eficacia, sin embargo veremos que las primeras evidencias ofrecen unos resultados muy prometedores y optimistas acerca de su efectividad.

Teniendo en cuenta que es una técnica derivada del **EMDR** y con un procedimiento y mecanismo de actuación que se puede considerar muy similar, cabe mencionar que ésta cuenta con multitud de estudios de eficacia, como: Treatment of Vietnam War Veterans with PTSD: "A Comparison of Eye Movement Desensitization and Reprocessing, Biofeedback, and Relaxation Training Silver, Steven; Brooks, Alving; Obenchain, Jeane. *Journal of Traumatic Stress*, 8 (1995): 337-342"; "An Empirical Evaluation of Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) with Survivors of a Natural Disaster Dailey Grainger, Ruth; Levin, Clifford; Allen-Byrd, Lois; Doctor, Ronald and Lee, Howard. *Journal of Traumatic Stress*, 10 (1997): 665-671"; "Comparative Efficacy of Treatments for Post-traumatic Stress Disorder: A Meta-Analysis Van Etten, Michelle and Taylor, Steven. *Psychol. Psychother.* 5 (1998): 126-144"... Recientemente, el Departamento de Defensa y el Department of Veteran Affairs (Departamento de Asuntos de Excombatientes) de EEUU han publicado varios informes que sitúan al EMDR dentro de la categoría de terapias con mayor nivel de evidencia científica, y recomiendan su uso en el tratamiento del trauma. El EMDR ha sido reconocida como un abordaje eficaz para el trastorno de estrés postraumático por la APA.

Respecto al **brainspotting** como técnica separada del EMDR, existen gran cantidad de estudios de casos individuales que avalan su eficacia. En cuanto a estudios rigurosos grupales, existen grupos de investigación que actualmente están diseñando investigaciones acerca de ello, y contamos todavía con apenas algún acercamiento como el estudio experimental del Dr. Javier Andereg (Effective treatments for generalized anxiety disorder. Tratamientos eficaces para el trastorno por ansiedad generalizada. Dr. Javier Andereg), quien comparó la eficacia del brainspotting con la terapia cognitivo-conductual y EMDR en 59 casos de ansiedad generalizada, con 19 pacientes a mayores en el grupo control. Los tres tratamientos lograron al final del estudio resultados significativos en la mayoría de

pacientes, siendo más eficaces aquellos logrados con EMDR y brainspotting. El estudio concluye que ambas son técnicas eficaces y a considerar en el tratamiento no solo del trauma, sino también de la ansiedad generalizada.

4. Similitudes Entre Hipnosis y Brainspotting

Ya se ha comentado que la hipnosis abarca un gran número de aplicaciones y trastornos, y que brainspotting se restringe más al tratamiento del trauma, y en este apartado voy a hacer una comparación entre ambas herramientas limitándome a su empleo en trabajos con trauma psicológico, y analizando las principales similitudes entre las dos, ya que fueron dichas similitudes las que llamaron mi atención a la hora de decidirme a tratar este tema. No es objetivo de este trabajo hacer un análisis riguroso y exhaustivo, sino comparar las semejanzas y puntos en común que entre las dos podría encontrar cualquier terapeuta familiarizado con ambas o que las emplee con frecuencia en su práctica clínica.

-La hipnosis para abordar traumas busca como objetivo fundamental acceder al inconsciente para integrar los recuerdos, emociones o sensaciones traumáticas que han quedado sin procesar y que son los que están provocando los síntomas o el malestar. En trabajo con trauma **se puede emplear la hipnosis de dos maneras fundamentales:** para traer a la conciencia y acceder a material no consciente relacionado con el trauma: recuerdos, eventos pasados..., exponiéndose a él de manera segura y controlada para producir la integración y el cese del malestar, y también se puede trabajar generando recursos inconscientes o induciendo un procesamiento profundo sin necesidad de traer recuerdos concretos. Ambas formas combinadas resultan potentes y eficaces, y se trabajará con cada una en función de diferentes variables y criterios. **El brainspotting para abordar traumas también va a trabajar con material no consciente y no procesado** adecuadamente, bien sean recuerdos, emociones, sensaciones corporales... Empleando en terapia esta herramienta, **también descubrimos esas dos maneras generales de trabajar:** en ocasiones surgen recuerdos concretos, imágenes pasadas, eventos concretos... y se realiza un trabajo integrativo con ellos a medida que surgen espontáneamente. En otras ocasiones, el trabajo integrativo se va produciendo a través de sensaciones corporales, quíestésicas... que, pese a no llegar a ser "traducidas" a lenguaje verbal o consciente, implican un procesamiento profundo, ya que la activación inicial y el malestar desaparecen o disminuyen, y los síntomas se atenúan sesión tras sesión.

-Tanto hipnosis como brainspotting se emplean como técnicas poderosas dentro de una buena relación terapéutica. Es decir, para acceder al verdadero potencial de ambas, es necesario que previamente haya un buen rapport entre terapeuta y paciente, que la persona que va a trabajar el trauma se sienta acogida, segura y comprendida, para poder acceder al proceso de

reprocesamiento y al material traumático. Hay autores que hablan de la "burbuja curativa", refiriéndose a ese ambiente de seguridad y aceptación incondicional en el que la persona va a ser capaz de desarrollar sus capacidades curativas y sanar del trauma. Cuando la persona se siente segura, confía en su terapeuta y se siente sostenida en su experiencia, entonces va a ser posible afrontar el trabajo con el trauma y realizar un buen proceso curativo.

- Uno de los supuestos básicos que ambas técnicas comparten es que el cerebro y la mente poseen capacidad para autosanarse, y la persona cuenta con los recursos internos adecuados para reprocesar el trauma y finalmente superarlo. En hipnosis es una máxima Ericksoniana que los hipnoterapeutas conocemos bien, que dentro del paciente están todos los recursos y capacidades para curarse a sí mismo. Por su parte, el descubridor del brainspotting sostiene que esta técnica, al conectar el brainspot con la zona cerebral que tiene encapsulada parte del trauma, activa la neuroplasticidad e incluso la neurogénesis cerebral. Es decir, activa la capacidad natural del cerebro de autocuración, estimulando el reprocesamiento del material de forma profunda. **En ambas se respeta totalmente y se acompaña el procesamiento individual y propio de cada persona**, por lo que el proceso fluye de forma muy natural y respetuosa en cada individuo, sin que el terapeuta imponga maneras forzadas o ajenas a la persona de ir reprocesando el material. Reprocese la persona a nivel visual, kinestésico, más o menos emocional, más o menos disociada... siempre que se aprecie que el trabajo transcurre bien y que el proceso está en los límites de tolerancia, el terapeuta respeta y sigue al paciente en su forma natural de integrar el proceso. En este sentido, son herramientas respetuosas con el proceso individual y que, como beneficio adicional, dan al paciente una sensación de control y autoeficacia sobre su propio proceso curativo.

- Una similitud en cuanto a su eficiencia radica en la evidencia que se ha encontrado de que ambas técnicas aceleran la terapia, acortando el número de sesiones necesarias para superar definitivamente el trauma, debido fundamentalmente a que son capaces de acceder a la mente inconsciente y desde allí hacer reprocesamientos e integraciones profundas, ya que de otra manera sería más costoso, más largo, y más difícil acceder a este procesamiento profundo.

-A nivel subjetivo, tanto la hipnosis como el brainspotting crean un estado de atención concentrada en los procesos internos, en lo que "está ocurriendo dentro del paciente". **Se podría comparar fácilmente el estado en que entran las personas al fijar la mirada en el brainspot con un estado de trance leve o moderado de ojos abiertos**, (mencionar que no es raro que a lo largo de la sesión la persona espontáneamente cierre los ojos mientras sigue en ese estado, y continúa el reprocesamiento así o alternándolo con momentos de ojos abiertos). En este sentido, **es probable que el acto de buscar un brainspot con el**

puntero en el que fijar la mirada sea un proceso análogo a realizar una inducción hipnótica, en el sentido en que ambos actos se convierten en llaves de acceso a ese estado concentrado de atención y a la mente inconsciente.

- **Una similitud interesante respecto al uso de las dos técnicas es que se puede emplear con ellas la disociación o separación controlada como elemento terapéutico.** La disociación como secuela traumática es un mecanismo de defensa extremo que tiene el cerebro para sobrevivir en situaciones de trauma. Suele resultar disfuncional, crear malestar y ser muy problemático cuando se convierte en síntoma postraumático. Pero en técnicas como brainspotting e hipnosis se genera con frecuencia y de manera intencional una separación controlada para favorecer la integración del material traumático sin retraumatizarse ni causar malestar innecesario o activación perjudicial para la persona. El procedimiento puede tener muchas y muy creativas maneras de efectuarse, como hacer trabajos con distintas “partes” o energías del sujeto, o colocarse en la posición de un Yo Observador que pueda distanciarse de la experiencia revivida pero sin huir de ella ni evitarla. Este tipo de disociación suele consistir en guiar a la persona para separarse de la experiencia revivida, para observarla con curiosidad e interés desde su “Yo Esencial”, “Yo principal” o “Yo Observador Amoroso”. Se puede hacer psicoeducación sobre esto antes del proceso para que el paciente comprenda lo que se va a realizar y cómo funciona el proceso de división terapéutica del Yo, y casi cualquier persona suele comprender fácilmente el proceso de separarse de la experiencia y observarla sin implicarse emocionalmente. En hipnosis pueden emplearse conceptos facilitadores y comprensibles como “ver tu experiencia en una pantalla de cine”, “observar flotando desde arriba lo que ocurre”, “ver cómo le ocurre lo mismo a otra persona que no eres tú”... Lo que se consigue así es que la mente se exponga en compañía terapéutica, gradualmente y de manera repetida al material traumático (material que cuando era revivido constantemente en primera persona y en soledad causa temor o rechazo al paciente) y pueda reprocesarlo poco a poco y sin sufrimiento.

- **En cuanto a los recursos positivos, cuando se va a trabajar con material traumático y posibles abreacciones, catarsis o emociones intensas, es necesario disponer de un recurso capaz de traer calma, control y equilibrio** para que la persona pueda acudir a él y reducir y modular la intensidad de lo que está viviendo en caso de que lo necesite. Ambas técnicas lo han tenido en cuenta, y en hipnosis se establece un “lugar seguro” antes de entrar en proceso, y se hace teniendo en cuenta las preferencias, habilidades y particularidades de la persona, siendo ella misma casi siempre la que elige la manera de evocar ese lugar seguro. En brainspotting lo que se hace es localizar posiciones oculares “de recurso”, que son posiciones que, sostenidas en el tiempo, proporcionan calma y bajan la activación de la persona. Se localizan también antes de iniciar el proceso de reprocesamiento, y quedan

disponibles por si es necesario emplearlos durante la sesión. En caso de que el paciente presente una alta activación o fuerte malestar, se “pendula” desde el recurso hasta la activación traumática, tratando de mantener siempre una activación moderada, en la que pueda haber reprocesamiento, pero que no desborde ni sobrepase a la persona.

- **Hipnosis y brainspotting se consideran claramente técnicas versátiles, en el sentido de que pueden fácilmente integrarse en diferentes enfoques teóricos y en muchas clases de psicoterapia.** Ninguna de ellas se limita a ser empleada en un solo enfoque, más bien están al servicio de la terapia, y se están utilizando con éxito en terapia humanista, Gestalt, terapia cognitiva... Esto implica una gran ventaja a la hora de expandir su uso y ampliar sus beneficios a gran cantidad de pacientes y terapeutas.

5. Conclusiones

Como hemos visto, ambas herramientas han demostrado su eficacia en el tratamiento de trauma, demostrada principalmente en estudios de caso único. Uno de los objetivos fundamentales en ambos casos es acceder al material traumático (corporal, sensorial, cognitivo, emocional...) para reprocesarlo e integrarlo armoniosamente a lo largo de las sesiones. De esta manera, el malestar asociado al trauma va disminuyendo, y los síntomas desapareciendo.

En cuanto a las similitudes entre ambas, son destacables las siguientes:

Se trata de **herramientas versátiles y flexibles**; versátiles porque fácilmente pueden integrarse en diferentes corrientes terapéuticas y estilos de psicoterapia. Además, son flexibles en cuanto a su capacidad de ser manejadas de muchas maneras diferentes, dependiendo del estilo del terapeuta, de las preferencias del paciente y de los objetivos concretos a trabajar. Ninguna de ellas tiene un protocolo rígido de aplicación, sino que, una vez iniciado el proceso, permiten libertad para ser empleadas de diferentes formas en función de la creatividad y la práctica terapéutica. El **estado de atención concentrada** es otro elemento ya comentado de similitud. Si bien con hipnosis se pueden alcanzar estados muy profundos, el brainspotting supone la entrada en un trance que permite acceder a contenidos inconscientes y trabajar con ellos. Estas técnicas funcionan como **llaves de acceso al inconsciente, mediante la entrada** en ese estado especial de concentración y atención. La persona fija su atención en la experiencia interna, y a partir de ahí, empieza el trabajo terapéutico. Puesto que son llaves a la mente inconsciente, pueden emplearse para **acceder también al potencial positivo y a los recursos de autocuración** de la persona, y de hecho ambas lo hacen como una manera de desarrollar dicho potencial, y también de pendular y controlar el malestar cuando se accede a las memorias traumáticas, de manera que no sobrepasen a la persona y se mantenga en un nivel de activación apropiado para el reprocesamiento.

Hipnosis y brainspotting permiten realizar un reprocesamiento a niveles profundos, así como desarrollar y reconocer la propia capacidad autocurativa de la persona. Se trata de herramientas respetuosas con la persona porque la siguen en su proceso de integración sin imponerle nada ni dirigirla rígidamente, respetando su ritmo y sus tiempos.

Por todo ello son dos técnicas claramente aconsejables para introducir en el trabajo psicoterapéutico con trauma, en cualquier corriente o modalidad psicoterapéutica que se maneje. La elección de cualquiera de las dos técnicas supondrá aumentar la potencia y eficiencia de la terapia con traumas, e incluso **pueden ser utilizadas las dos a lo largo de una misma terapia con una persona concreta**, pudiendo emplearse a criterio de terapeuta y paciente tanto una como otra, siendo compatibles a la hora de reprocesar, integrar y finalmente sanar un mismo trauma psicológico.

6. Referencias Bibliográficas

- Cardeña, E.; Maldonado, J.; Galdón, M.J.; y Spiegel, D. La hipnosis y los trastornos postraumáticos, *Anales de psicología* 1999, vol . 15, nº 1, 147-155.
- Grand, D. (2014). *Brainspotting*. Ed. Sirio.
- Grand, D. (2002). *EMDR, curación a máxima velocidad*. Ed. Theoklesia.
- Nieto, C. (2009), *Sobre la Naturaleza de la Hipnosis*, *Hipnológica*, 1, 3-6.
- Pérez, I. (2012) *Hipnosis y Fortalecimiento del Ego*. *Hipnológica*, 5:15-23.
- Rizo, D. (2015) *Hipnosis En La Clínica*. *Hipnológica*, 8:4-6.
- Rocamora G.-Valls (2011) *Freud y la Hipnosis*. *Hipnológica*, 4:4-14.

Salvador, M. (2006). Implicaciones neurobiológicas del trauma e implicaciones para la psicoterapia. *Revista de Análisis Transaccional y Psicología Humanista*, 55, 44-57.

Salvador, Mario C. El estrés postraumático y los trastornos disociativos. Pautas para su tratamiento. *Revista de Análisis Transaccional y Psicología Integrativa*.

Webgrafía

- <http://www.asociacionemdr.org/es/index.php>
<http://www.hipnologica.org/>
<http://www.iemdr.es/que-es>
<http://www.papelesdel psicologo.es/pdf/1699.pdf>
<http://www.siquia.com/2013/06/el-emdr-y-el-brain-spotting-caracteristicas-ydiferencias/>
https://es.wikipedia.org/wiki/Desensibilizaci%C3%B3n_y_reprocesamiento_por_movimientos_oculares
<https://www.youtube.com/watch?v=8bGwmYZMViE>

Marta Rodríguez Álvarez
Psicóloga Colegiada G4619
Máster en Hipnosis Clínica
Sociedad Hipnológica Científica



Hipnosis Clínica Para Mejorar La Concentración Y La Memorización Ante Un Examen

Elena García Paz

Resumen

Se realizó un tratamiento con hipnosis a una mujer de 37 años que estaba preparando unas oposiciones y refería sentirse bloqueada, con escasa capacidad de atención y concentración y una baja capacidad de memorización y aprendizaje desde hace aproximadamente dos años. El tratamiento consistió, tras una evaluación inicial, en ocho sesiones con tratamiento hipnótico en el que visualizaba el estado ideal y recibía sugerencias para mejorar las capacidades que sentía limitadas.

Palabras clave: hipnosis, atención, concentración, memoria, estudio.

Abstract

A hypnosis treatment was made to a 37 years old woman who was suffering for, approximately, 2 years low attention and concentration capacity as well as memorization and learning problems due to preparing State's entrance examinations. Treatment consisted, after an initial assessment in eight sessions with hypnotic treatment in which visualized the ideal state and received suggestions to improve capabilities was limited.

Keywords: hypnosis, attention, concentration, memory, study.

Introducción

Hoy en día la hipnosis tiene un lugar destacado en la práctica clínica ya que la evidencia muestra que es efectiva como herramienta terapéutica.

Debido a las diferentes corrientes psicológicas no hay consenso a la hora de conceptualizar el término "hipnosis". Pero se encuentra que en la hipnosis confluyen tres componentes: la focalización de la atención, la disociación y la sugestionabilidad; interaccionando dos individuos, el hipnotizador y el sujeto hipnotizado, en la que el hipnotizador emplea un lenguaje hipnótico basado en sugerencias.

Aunque emitimos y recibimos sugerencias en nuestra vida cotidiana, en la hipnosis se entiende por sugerición las comunicaciones verbales capaces de estimular respuestas a quien las escucha. Conviene aclarar que una sugerición hipnótica no puede hacer que el sujeto hipnotizado actúe en contra de su voluntad.

Las fases dentro de un proceso hipnótico en el ámbito clínico son:

- Inducción: en esta primera fase se lleva al sujeto de un estado vigil a un estado hipnótico.
- Profundización: fase en la que se lleva al sujeto a un trance más profundo, aumentando las características propias de la hipnosis.

- Intervención terapéutica: se administran las sugerencias terapéuticas.

- Deshipnotización: última fase en la que se vuelve al estado vigil.

En el campo clínico tiene gran relevancia la aplicación de la terapia hipnótica para mejorar el funcionamiento de la memoria ya que permite trabajar con procesos no conscientes.

Historia Clínica

Mujer de 37 años acude a consulta porque empezó a preparar hace 9 años unas oposiciones, a las cuales ya se presentó 7 veces. Tuvo un parón en el estudio durante unos dos años y lo retomó el año pasado aunque aún no se volvió a presentar. La próxima convocatoria comienza dentro de 5 semanas y tiene pensado presentarse aunque encuentra varias dificultades por las que acude a consulta:

- Desde hace dos años le cuesta retener información.
- Tiene miedo a olvidarse de la información.
- Le cuesta mantener la atención y concentrarse.
- No consigue organizarse.
- Tiene despistes.

Compagina el estudio con su trabajo, por lo que las horas de estudio son las que le quedan libres. Refiere no realizar ejercicio físico y tener una buena relación familiar, aunque tiene una escasa vida social. Tiene unos buenos hábitos de sueño y se alimenta saludablemente. Siente presión familiar e incompreensión referente a este tema.

Las pruebas de la oposición se desarrollarán en dos días. El día 1, que es eliminatorio, se compone de dos pruebas. La prueba A es el desarrollo por escrito de un tema y la prueba B es un supuesto práctico sobre la legislación, también por escrito. En el día 2 se realizarán también dos pruebas. La prueba C es la defensa oral de programación y la prueba D es la exposición oral de una unidad de programación. El segundo día será aproximadamente 15 días después del primero.

Técnica

Se aconseja iniciar terapia con hipnosis además de seguir ciertas indicaciones para alcanzar los siguientes objetivos:

- Aumentar la concentración y mejorar el aprendizaje.
- Mejorar la gestión del tiempo: planificando las tareas y contenidos de estudio semanal y diariamente.
- Seguir una rutina en el horario de sueño durante todo este periodo.
- Mantener una alimentación equilibrada.
- Realizar ejercicio físico de modo habitual (utilizar para ello un descanso en el tiempo de estudio).

La terapia se divide en tres partes. En la primera de ellas se realiza la evaluación inicial y se compone de una sesión, en la segunda se trabaja todo el proceso en su conjunto y se compone de cinco sesiones (una sesión por semana) y en la tercera se trabaja la segunda parte de las pruebas y se compone de tres sesiones (una sesión por semana, entre la segunda sesión y la tercera hay una semana de descanso).

Parte 1:

- Sesión 1 (23/05/2016): se realiza la historia clínica y se evalúa la sugestionabilidad con las escalas de hipnotizabilidad: signo de rotación ocular (anexo 1) (puntuación 5), prueba Clems (anexo 2) (1- izquierda, 2- derecha, 3- izquierda, 4- izquierda, 5- izquierda, 6- izquierda, 7- derecha), escala de absorción de Tellegen (anexo 3) (17 No y 17 Sí) e inventario de experiencias Wickram (anexo 4) (18 Falso y 6 Verdadero).

Además se le pide que realice fuera de sesión una lista de objetivos referentes a la oposición formulados en presente y en positivo y que realice mínimo una vez al día la relajación progresiva de Jacobson (se le facilita por escrito y grabación).

Se la cita para el día siguiente para la sesión 2.

Parte 2 (24/05/2016):

- Sesión 2: Se repasan las tareas realizadas fuera de sesión. Trae la lista de objetivos que reformulamos para utilizar como sugerencias hipnóticas y refiere haber realizado el día anterior dos veces la relajación progresiva de Jacobson y una vez en este mismo día.

Entra en trance hipnótico mediante una inducción por fijación ocular y pesadez corporal y profundización mediante visualización de imágenes mentales y descenso. Después para aplicar las sugerencias se hace una visualización de una pantalla dividida en cinco partes en la que cada parte corresponde a un momento diferente del proceso de preparación de la oposición.

- Parte 1: Se visualiza estudiando, tranquila y contenta porque está reteniendo todos los contenidos y aprovechando el tiempo.

- Parte 2: Se visualiza en la parte 1 del examen, relajada y feliz porque recupera toda la información estudiada y lo refleja correctamente en el examen.

- Parte 3: Se visualiza preparando la parte 2 de la oposición, concentrada y memorizando todos los contenidos con facilidad.

- Parte 4: Se visualiza en la parte 2 del examen, tranquila y realizando una defensa oral fluida y amena, recordando el contenido y ajustándose bien al tiempo disponible.

- Parte 5: Se visualiza viendo la nota y comprobando feliz que consiguió plaza y en su primer día de su nuevo trabajo.

También recibe sugerencias poshipnóticas para al salir del trance recordar cualquier material que lea o escuche y reproducirlo verbalmente o por escrito y para entrar cada vez en un trance más profundo.

Se sale del trance mediante un ascenso del 1 al 10 en el que se le indica que estará relajada, muy despierta y con un alto estado de concentración.

Se le da una grabación de la sesión hipnótica para que la realice todos los días antes de ponerse a estudiar. Y se le indica que registre cuándo lo realiza.

- Sesión 3 (31/05/2016): Se repasa las tareas realizadas fuera de sesión y los resultados. Hizo la relajación progresiva y se puso la grabación de la sesión hipnótica todos los días excepto 3 ya que estuvo de viaje de trabajo y le resultó imposible. Notó mucha más concentración desde el primer día y mejor memorización de los contenidos.

Realizó todos los días algo de ejercicio físico y mantuvo la rutina de sueño y una buena alimentación. La gestión del tiempo la realiza diariamente ya que teme saturarse con una gran carga de trabajo.

En sesión se realizó una hipnosis igual a la anterior exceptuando que se le añadió la visualización de su mesa de trabajo, la cual organiza y sentada en la silla recibe sugerencias de tranquilidad cada vez que se siente ahí, máxima concentración y una óptima memorización. Se le indica que continúe realizando lo mismo fuera de sesión: la grabación de la primera sesión hipnótica y la relajación progresiva.

- Sesión 4 (07/06/2016): Se repasan las tareas realizadas fuera de la sesión y los resultados. Hizo la relajación progresiva y se puso la grabación hipnótica todos los días exceptuando los dos días del fin de semana que estuvo de viaje por motivos laborales y no le fue posible. Esta semana llamó el tercer día para comentar que se queda dormida en medio de la hipnosis y qué podía hacer, se le indica que si está cansada, duerma diez minutos antes de realizarla.

La inducción fue mediante la técnica del paciente resistente de Watkins y la profundización por descenso. Por lo demás fue igual al primer día, excepto que se añadió otra escena en la que se visualiza en un sillón en el que se siente relajada y por medio de una pantalla que tiene delante va recuperando para su consciente toda la información sobre la oposición que tiene almacenada en su inconsciente.

Todos los días realiza ejercicio físico, mantiene la rutina de sueño y una buena alimentación.

- Sesión 5 (14/06/2016): Se repasan las tareas realizadas fuera de la sesión y los resultados. Hizo la hipnosis y la relajación progresiva todos los días excepto el quinto día por motivos laborales.

La hipnosis fue como la de la semana anterior, pero se hace una nueva grabación y se le indica que las vaya alternando.

Refiere sentirse más cansada con la sensación de necesitar dormir más pero que mejora su ritmo de estudio y sus capacidades cognitivas. Se organiza su tiempo de sueño.

Realizó ejercicio físico todos los días excepto el último y sigue con buenos hábitos de alimentación.

- Sesión 6 (21/06/2016): Se repasan las tareas realizadas fuera de la sesión y los resultados. Hizo la hipnosis excepto el sexto día ya que se olvidó de realizarlo (dejó de realizar la relajación progresiva). Realizó excepto en la primera hipnosis, la última grabación siempre. Se nota mucho más concentrada pero le falta seguridad, por lo cual se hizo una nueva grabación igual que la anterior pero con sugerencias de seguridad y una nueva escena al final en la que se visualiza en el primer día de examen.

Refiere comer menos porque tiene falta de apetito, duerme bien, no realizó ejercicio físico y se siente muy activa y con muchos avances académicos.

El examen es dentro de dos días. Se le indica hacer mañana la hipnosis por la mañana y por la tarde y también a ser posible antes de los exámenes de la mañana y de la tarde (sobre media hora antes).

Parte 3:

- Sesión 7: Se repasan las tareas realizadas fuera de la sesión y los resultados. Hizo la hipnosis todos los días hasta el día del examen. Ese día la realizó por la mañana y por la tarde antes de las pruebas, por la mañana 4 horas antes del examen y por la tarde 1 hora antes.

Comenta que la primera prueba del examen no le salió demasiado bien porque tuvo momentos de desconcentración pero que la segunda prueba le salió perfecta.

Desde el día del examen se siente baja de ánimo motivado porque se siente en el mismo punto que hace años.

Desde el examen compagino el estudio de la segunda parte con descanso y actividades de ocio.

Durmió y se alimentó bien aunque no hizo nada de deporte.

Comenta que desde que inició la hipnosis se nota más ágil mentalmente para concentrarse, tranquilizarse y centrarse en lo que quiere "como si fuera la de 10 años atrás".

Se realizó la hipnosis y la grabación para preparar esta parte con una inducción de fijación ocular y una profundización en la que se alternaba el descenso y aplicación de sugerencias directas. Después se visualizó en una habitación con una pantalla dividida en tres partes en la que cada parte corresponde a un momento de la preparación de la oposición:

- Parte 1: Preparando la parte del examen que le queda, tranquila, contenta, motivada, concentrada, creativa y gestionando bien el tiempo.

- Parte 2: Realizando el examen tranquila y contenta, ajustándose bien al tiempo y recordando todos los contenidos.

- Parte 3: Viendo la nota y comprobando feliz que consiguió plaza.

Después se visualiza en un sillón delante de una pantalla en la que van pasando a gran velocidad todos los contenidos de la parte del examen que falta y que tiene almacenados en su inconsciente y se van volviendo conscientes, para utilizarlos siempre que los necesite.

Se le aplican sugerencias de seguridad y altas capacidades cognitivas.

Al salir de la hipnosis se le indica que siga con las mismas pautas que antes y realizando la hipnosis todos los días al menos una vez.

- Sesión 8: Se repasan las tareas realizadas fuera de la sesión y los resultados. No hizo la hipnosis los 8 primeros días porque aún no sabía la nota. Ese día 8 se enteró de que estaba aprobada y a partir del día siguiente la realizó todos los días a las 15:00 horas. Estos días se encontró con la dificultad durante la hipnosis de que tenía ganas de terminar para ponerse a estudiar.

Se realizó la hipnosis y la grabación para preparar esta parte con una inducción de fijación ocular y una profundización en la que se alternaba el descenso y aplicación de sugerencias directas. Después se visualizó con una pantalla dividida en cuatro partes en la que cada parte corresponde a un momento del examen:

- Parte 1: En la encerrona de antes del examen, donde saca el número para saber que unidad didáctica tiene que exponer y con una hora para prepararla. Está tranquila, motivada y con ganas de exponerla.

- Parte 2: Realizando la defensa de la programación tranquila y hablando con fluidez, ajustándose bien al tiempo y contenta porque todo sale bien.

- Parte 3: En la exposición de la unidad didáctica contenta y relajada porque sabe bien el contenido y utilizando un amplio vocabulario.

- Parte 4: Viendo la nota y comprobando feliz que consiguió plaza.

Después se visualiza en un sillón delante de una pantalla en la que van pasando a gran velocidad todos los contenidos de la parte del examen que falta y que tiene almacenados en su inconsciente y se van volviendo conscientes, para utilizarlos siempre que los necesite.

Al salir de la hipnosis se le indica que siga con las mismas pautas que antes y realizando la hipnosis al día siguiente a primera hora de la mañana y a primera de la tarde. Y el día después, que es el día del examen, que comenzara el proceso a las 09:00 horas, antes de comenzar el examen.

Conclusión

Tras aplicar el tratamiento con hipnosis se pueden sacar diferentes conclusiones. Por un lado, aunque el grado de sugestionabilidad no es muy alto según las escalas de hipnotizabilidad, le ayuda a entrar en estado hipnótico y alcanzar un trance más profundo la gran necesidad de que el tratamiento funcione, ya que refiere venir desesperada y utilizar esto como última alternativa.

Por otro lado, de un modo objetivo, los resultados de los exámenes son mejores que en convocatorias anteriores. Aprueba los dos, con mejor nota que otros años.

Y de un modo más subjetivo los resultados son favorables, ya que desde la primera sesión hipnótica siente que sus capacidades cognitivas mejoran considerablemente.

En resumen, podemos concluir que la terapia fue efectiva, consiguiendo todos los objetivos marcados.

Referencias Bibliográficas

Capafons A. (1999) La hipnosis despierta setenta y cuatro años después. *Anales de psicología*; 15(1): 77-88.
Catena A., & Verdejo M.C. (1994) Fenómenos asociados a la hipnosis II: Hipermnesia. *Psicología Conductual*; 2(2): 185-202.
Galán M. J. (2015) Sugestiones en hipnosis. *Hipnológica*; 8: 23-29.

Ladiñán M.I. (2011) Estrategia de optimización del estudio. *Hipnológica*; 4: 15-17.

Mendoza E., & Capafons A. (2009) Eficacia de la hipnosis clínica: Resumen de su evidencia empírica. *Papeles del Psicólogo*; 30(2): 98-116.

Nieto C. (2009) Sobre la naturaleza de la hipnosis. *Hipnológica*; 8: 4-6.

Rizo D. (2015) Hipnosis en la clínica. *Hipnológica*; 1: 3-6.

Robles A., Nieto C.; Cuadros J, & Pérez I. (2010) Escala de absorción Tellegen. *Hipnológica*; 3: 31-36.

Rodríguez M., & Rodríguez M. (2011) Argumentación de la teoría científica: modo de funcionamiento subconsciente del cerebro en estado hipnótico. *Medisan*; 15(7): 975.

Rodríguez M., & Rodríguez M. (2011) Modelo de hipnosis muy profunda colectiva y simultánea para el estudio de funciones cognitivas. *Medisan*; 15(6): 726.

Elena García Paz

Psicóloga Sanitaria
Directora de InMetta

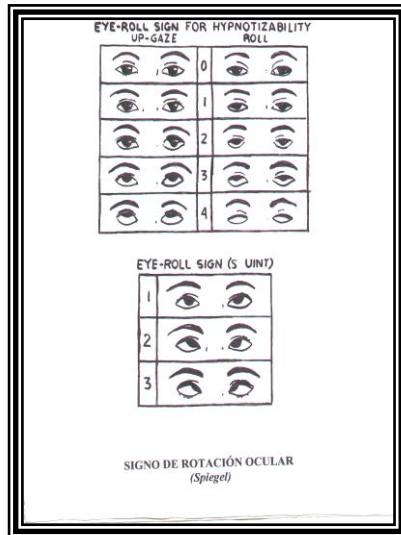


ANEXO 1

Signo de rotación ocular

Se realiza con los siguientes pasos:

1. Se pide al paciente que mantenga su cabeza erguida mirando hacia adelante.
2. En esa posición, se le dice que levante la mirada hacia sus cejas y después hacia la parte superior de su cabeza; (en la gráfica up-gaze).
3. Mientras mantiene la mirada hacia arriba, al mismo tiempo debe cerrar su párpados lentamente; (roll).
4. Después abre los ojos.



En la gráfica que corresponde a la prueba se incluyen los criterios de puntuación, que se obtienen sumando los tres primeros pasos.

ANEXO 2

Prueba Clems

La Prueba Clems (Conjugate Lateral Eye Movement Test) está diseñada para evaluar los movimientos oculares periféricos que realiza el individuo ante una serie de estímulos que debe imaginar. La hipótesis de base es que la dirección de los movimientos oculares es consecuencia de la activación asimétrica del hemisferio contralateral. Algunos investigadores han encontrado que una preponderancia de movimientos oculares a la izquierda mayor que el 70% está asociada a una capacidad hipnótica superior. Otros hallazgos relacionados con los clems indican:

- Los movimientos a la izquierda se relacionan con la experiencia interna.
- Los movimientos a la izquierda están más asociados a síntomas psicossomáticos y al uso de defensas como la represión, la formación reactiva o la negación.
- Los movimientos a la izquierda indican personas más fácilmente persuadibles.
- Los movimientos a la izquierda están relacionados con la atención subjetiva.

Estos hallazgos experimentales tienen validez solamente con sujetos diestros.

PRUEBA CLEM (*Formato de Trabajo*)

	D	I	F	↑	↓
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					

Cuestionario

(Prueba Clem)

- 1.- Cuando imaginas la cara de tu padre, ¿Cuál es el primer sentimiento que te surge? (VISUAL, EMOCIONAL).
- 2.- En cara de una moneda hacia dónde se orienta el rostro del Rey, ¿a la derecha o a la izquierda? (VISUAL, NO EMOCIONAL).
- 3.- Para ti, ¿qué emoción es más fuerte, la cólera o el odio? (VERBAL, EMOCIONAL).
- 4.- ¿Cuál es la principal diferencia entre las palabras reconocer y recordar? (VERBAL, NO EMOCIONAL).
- 5.- ¿Cuántas aristas tiene un cubo? (ESPACIAL).
- 6.- Si una persona se encuentra de cara al sol naciente, ¿a qué lado de dicha persona queda el sur? (ESPACIAL).
- 7.- Ricardo es más inteligente que Pedro. Ricardo es menos inteligente que Juan. ¿Quién es el más inteligente? (VERBAL).

ANEXO 3

Escala de absorción de Tellegen (TAS)

La Escala de Absorción (TAS) constituye una de las 11 escalas de la prueba de Diferencias de Personalidad (CPQ) y consta de 34 preguntas. Se supone que el sujeto con puntuaciones elevadas en la TAS cumple las siguientes características: responde emocionalmente a imágenes y sonido; es atraído por estímulos hipnóticos; piensa en imágenes y tiene experiencias sinestésicas; se dejan absorber por las imágenes vividas y recuerdos; experimentan episodios de expansión de la conciencia y otros estados alterados.

Desde este punto de vista, la absorción es un rasgo de la personalidad que permite que un individuo se implique en una serie de experiencias mediante la imaginación, hasta el punto de perder momentáneamente la percepción del yo.

La TAS original mide 9 categorías que se desglosan como sigue:

1. **El sujeto responde a estímulos atractivos**, como podría ser un lenguaje poético o la forma de las nubes.
2. **El sujeto responde a estímulos inductivos**, como escuchar música o ver una película dejándose ensimismar.
3. **A menudo piensa en imágenes.**
4. **Puede evocar imágenes intensas y sugerentes**
5. **Presenta interferencias en las modalidades sensoriales.** Podría ocurrir sinestesia o “sensaciones coloreadas”.
6. **Puede dejarse absorber por sus propios pensamientos e imágenes.** Soñando despierto, ensimismado al realizar una tarea, etc.
7. **Puede revivir el pasado intensamente.**
8. **Refiere episodios con expansión de la conciencia.** Como en determinadas experiencias consideradas parapsicológicas por el sujeto.
9. **Estados alterados de conciencia.** Como en las experiencias místicas.

Un vistazo rápido a las respuestas de la TAS nos permite encuadrar al paciente dentro de los sujetos que en general son aptos para la hipnosis o no, aunque a veces nos podemos llevar una sorpresa y pacientes que no han respondido bien a las pruebas de sugestionabilidad, muestran un talento hipnótico inesperado cuando son inducidos.

ESCALA DE ABSORCIÓN DE TELLEGEN

1. A veces me siento y vivo las cosas como cuando era niño. SI NO
2. Puede conmoverme mucho el lenguaje poético o elocuente. SI NO
3. Me llego a implicar tanto al ver una película, un programa de televisión o una función que me olvido de mí mismo y de lo que me rodea y vivo la historia como si formara parte de ella. SI NO
4. Si miro fijamente una imagen y después retiro la vista, a veces parece como si siguiera viéndola. SI NO
5. A veces siento como si mi mente pudiera abarcar el mundo entero. SI NO
6. Me gusta observar cómo las nubes cambian de forma en el cielo. SI NO
7. Si lo deseo puedo imaginar o soñar despierto con algunas cosas de un modo tan intenso que retienen mi atención como si se tratara de una narración. SI NO
8. Creo que realmente sé a qué se refieren las personas que hablan sobre las experiencias místicas. SI NO
9. En ocasiones dejo de ser yo mismo y experimento un estado mental diferente. SI NO
10. Los materiales como la lana, la arena, la madera, a veces me recuerdan colores o música. SI NO
11. A veces experimento las cosas como si fueran doblemente reales. SI NO
12. Cuando escucho música, puedo quedarme tan absorto en ella que no me dé cuenta de nada más. SI NO
13. Si lo deseo puedo imaginar que mi cuerpo es tan pesado que no podría moverlo aunque quisiera. SI NO
14. A menudo puedo percibir de algún modo la presencia de otra persona antes de verla u oírla. SI NO
15. El crepitar de las llamas de una chimenea estimula mi imaginación. SI NO
16. A veces es posible para mí estar completamente enfrascado en la naturaleza o en el arte y sentir como si mi estado mental hubiera cambiado temporalmente. SI NO
17. Los colores tienen significados especiales y distintivos para mí. SI NO
18. Puedo ensimismarme mientras realizo una tarea rutinaria y descubrir unos minutos más tarde que la he terminado. SI NO

19. A veces puedo recordar ciertas experiencias de mi pasado con tanta claridad que es casi como si estuviera reviviéndolas. SI NO
20. Cosas que para otros parecen no tener sentido a menudo lo tienen para mí. SI NO
21. Si actuara en una representación, creo que podría sentir las emociones de mi personaje y “convertirme” en él por un tiempo olvidándome de mí mismo y del público. SI NO
22. Mis pensamientos a menudo no me vienen en palabras sino en imágenes. SI NO
23. Suelo disfrutar con pequeñas cosas (como la forma de estrella de cinco puntas que aparece cuando cortas una manzana por el corazón, o los colores que se forman en las pompas de jabón). SI NO
24. Cuando escucho música de órgano u otra música impactante, a veces me siento como transportado. SI NO
25. A veces puedo convertir el ruido en música por mi forma de escucharlo. SI NO
26. Ciertos perfumes y aromas evocan algunos de mis recuerdos más intensos. SI NO
27. Algunas melodías me recuerdan imágenes o patrones de color en movimiento. SI NO
28. A menudo sé lo que alguien va a decir antes de que se exprese. SI NO
29. Con frecuencia tengo “recuerdos físicos”; por ejemplo después de haber estado nadando, puedo sentir como si todavía estuviera en el agua. SI NO
30. El sonido de una voz puede ser tan fascinante para mí que podría seguir escuchándola eternamente. SI NO
31. A veces, de algún modo siento la presencia de alguien que no se encuentra físicamente ahí. SI NO
32. A veces, me vienen pensamientos e imágenes sin esforzarme en absoluto. SI NO
33. Encuentro que los olores tienen diferentes colores. SI NO
34. Una puesta de sol puede conmoverme enormemente. SI NO

ANEXO 4

Inventario de experiencias Wickram

El inventario de Experiencias Wickram consta de 24 ítems que se responden con "verdadero" o "falso".

En los estudios de Wickram se observa que las personas que responden afirmativamente a las preguntas que podríamos denominar "parapsicológicas" son las candidatas más firmes a situarse en un nivel superior de capacidad hipnótica. De hecho en investigaciones previas, este autor verifica que un 80% de los sujetos muy hipnotizables habían tenido experiencias "psíquicas" frente a un 19% de sujetos poco hipnotizables.

En cuanto a otras características, Wickram aprecia como predictores positivos:

- Capacidad de Absorción.
- Hipersensibilidad a los estímulos sensoriales.
- Tendencia a la fantasía.
- Control de los estados alterados de conciencia.
- Alucinaciones (en ausencia de psicosis).
- Empatía.
- Memoria.

En nuestra experiencia clínica aplicamos regularmente una combinación del Inventario de Experiencias Wickram con tres o cuatro pruebas de sugestionabilidad clásicas (por ejemplo, bloqueo de manos - balanceo postural - catalepsia palpebral) aunque pueden realizarse muy diversas variaciones.

Instrucciones

Por favor, responda lo más sinceramente posible a las siguientes preguntas, marcando con una cruz aquella respuesta (VERDADERO o FALSO) que le parezca más acertada.

1.- Casi siempre, incluso cuando he estado fuera de casa, he sido capaz de quedarme dormido en dos o tres minutos.

V

F

2.- Normalmente puedo echar un sueño en diferentes situaciones, autobús, avión, tren, coche, en clase, etc.), si lo deseo.

V

F

3.- He sido capaz de cambiar un sueño mientras se producía.

V

F

4.- Me quedo tan absorto ante la belleza de la naturaleza, en una puesta de sol, una montaña o una flor, que temporalmente me olvido de quién soy o de lo que estoy haciendo.

V

F

5.- De niño o adolescente solía usar mi fantasía para contrarrestar el dolor, las críticas o el castigo.

V

F

6.- Cuando era niño podía entretenerme con mis fantasías por largos períodos de tiempo sin sentirme solo.

V

F

7.- Si quiero puedo imaginarme las cosas intensamente.

V

F

8.- De niño tenía un "compañero imaginario".

V

F

9.- A veces puedo oler, degustar o sentir algo que no está presente, solamente con quererlo.

V

F

10.- Me he metido tanto en los personajes de las películas o de los libros que respondo a lo que ocurre como ellos lo hacen en las historias.

V

F

11.- Algunas veces mis fantasías son tan reales que me siento como si sucediesen.

V

F

12.- Mis primeros recuerdos se remontan a antes de que yo tuviera tres años.

V

F

13.- A veces tengo sueños o fantasías que de hecho ocurren tiempo después.

V

F

14.- Frecuentemente he tenido lo que se llama experiencias psíquicas, tales como intuir una llamada de teléfono, o la llegada de una carta o saber cosas sobre la gente que previamente no había conocido.

V

F

15.- Tengo experiencias sensoriales muy vívidas.

V

F

16.- Una vez, creí estar embarazada y tuve algunos signos físicos de embarazo, pero resultó una falsa alarma.

V

F

17.- Creo que presto más atención a los recuerdos de sabor, tacto y olor de las cosas que la mayoría de la gente.

V

F

18.- Cuando estoy con desconocidos simulo ser otra persona.

V

F

- 19.- Poco antes de dormir o despertar experimento imágenes visuales muy intensas.
V F
- 20.- La vida no valdría la pena para mí si no tuviera tiempo para mis fantasías.
V F
- 21.- A menudo me centro tanto en una tarea que pierdo por completo el sentido del tiempo y me olvido de otras necesidades, como comer o dormir.
V F
- 22.- Me identifico tanto con los sentimientos de otras personas que a veces experimento su dolor, su alegría o su nerviosismo.
V F
- 23.- La gente a menudo se sorprende de la precisión con que percibo sus sentimientos más profundos.
V F
- 24.- Creo que es posible para los muertos hacer conocer su presencia a los vivos.
V F

De Cómo Escribir Un Best-Seller En Hipnosis*

Magali Vargas

A veces, el argumento de un relato o del guión de una película nos parece inverosímil. Otras veces, no nos queda más remedio que aceptar que la realidad supera a la ficción.

Un escritor da por perdido el manuscrito de una novela escrita por él en prisión, y es incapaz de recordarla, de manera tal que le fuera posible reescribirla. Se somete a varias sesiones de hipnosis, durante las cuales es capaz de recordar pasajes de la novela perdida, lo que le permite editar un nuevo texto que se convierte luego en un best-seller. ¿Verosímil?

Es la historia de Heinrich Gerlach, profesor de escuela convertido en oficial nazi de la 14 División Panzer en la II Guerra Mundial, superviviente de la batalla de Stalingrado, apresado por el ejército soviético en 1943 y condenado a muerte en ausencia por el Reich, por sus escritos antibelicistas¹. Gerlach, prisionero del ejército ruso, escribió en contra de los horrores de la guerra, especialmente sobre la batalla de Stalingrado, considerada la más sangrienta de la historia, y donde murieron cientos de miles de personas de ambos bandos. "Avance en Stalingrado" fue confiscada por los rusos en 1949 por "difamación del pueblo soviético", a pesar de las precauciones de Gerlach, que llegó a escribir una copia en miniatura de su obra. Luego de ser liberado en 1950, Gerlach se propuso reescribir su novela, pero le resultó imposible. Cada vez que intentaba recordar, sentía como que "un velo" corría sobre su memoria.

Fue conocer el trabajo del Dr. Karl Schmitz, que estaba experimentando con la recuperación de recuerdos mediante hipnosis, lo que hizo que Gerlach le escribiera en enero de 1951, pidiéndole ayuda para recuperar la memoria y reescribir su novela. El tratamiento era caro y fue financiado por la revista Quick, que se hizo con la exclusiva del reportaje, publicado finalmente el 26 de agosto de 1951².

En él se describía el éxito del experimento, aunque lento y engorroso, donde a lo largo de tres semanas el Dr. Schmitz, con su secretaria haciendo de taquígrafa, recuperaron 150 páginas, que tras cinco años más de trabajo Gerlach convirtió en "El Ejército Traicionado", novela que en 1959 sería premiada con el Premio Bancarella, que había recibido Pasternak por "Doctor Zhivago" un año antes³.

En 1988, "El Ejército Traicionado" había vendido más de un millón de ejemplares en varios idiomas, y, dejando de lado anécdotas como que el Dr. Schmitz, después del éxito de la novela, demandara a Gerlach exhibiendo un contrato que el escritor no recordaba haber firmado, donde se otorgaba un porcentaje de la venta de los libros

al médico, cabe plantearse una cuestión fundamental, dada la realidad del hecho, que es la posibilidad de recuperar recuerdos mediante hipnosis.



Heinrich Gerlach en una sesión de hipnosis con el Dr. Karl Schmitz

Es cierto que la hipnosis puede favorecer la recuperación de trazas de memoria perdidas por el tiempo o las situaciones traumáticas, pero es bien sabido también que la persona hipnotizada puede generar recuerdos falsos; es decir, no necesariamente los recuerdos evocados por Gerlach en hipnosis tendrían que ser fieles a la realidad vivida por él durante la guerra o durante la redacción de la novela original. Pero, en este punto, cabría preguntarse ¿y eso sería realmente importante?

Todas las personas reconstruimos nuestros recuerdos cada vez que los evocamos, en vigilia, sin necesidad de la hipnosis; es decir, cuando recordamos un hecho, no recuperamos el recuerdo del hecho original, sino el recuerdo de la última vez que evocamos tal hecho^{4,5}.

Por lo tanto, Gerlach deseaba reescribir su novela, como un homenaje a los caídos en un conflicto brutal, pero no podía. Sin embargo, la hipnosis le permitió recuperar esas trazas de su memoria, que, independientemente de lo fieles que fueran a su vivencia original, no sólo le permitieron hacerlo, sino que la novela fue un éxito absoluto.

Pero, para redondear la idea de cómo la realidad supera a la ficción, y si, como seguro que le estará ocurriendo al lector, nos preguntamos ¿cuánto se parecería "El Ejército Traicionado" a la novela original, "Avance en Stalingrado"?, resulta que falta un guiño final. Gerlach no llegó a saberlo, porque murió en 1991, pero, en 2012, el profesor Carsten Gansel, de la Universidad de Giessen, encontró en el Archivo Militar del Estado Ruso, en Moscú, el manuscrito original perdido en 1949, y ha sido publicado en marzo de 2016 con un apéndice de Gansel. ¿Cuánto se parece la segunda novela al original? La trama es similar, pero no son idénticas. No tendrían por qué serlo. En "Avance en Stalingrado" se percibe la desesperación y la soledad de los soldados durante la sangrienta batalla, mientras que en "El Ejército Traicionado" Gerlach analiza la situación desde una perspectiva diferente, por la distancia temporal y emocional con el trauma de la guerra.

Una historia para recordar.



Portada de "Avance en Stalingrado" (Editorial Galiani, Berlín, 2016)

¹<http://www.spiegel.de/spiegel/print/d-41760573.html>

²<http://www.spiegel.de/einestages/heinrich-gerlach-stalingrad-bestseller-dank-hypnose-a-1081181.html>

³<http://www.lanacion.com.ar/1880053-sin-titulo>

⁴<http://www.hipnologica.org/index.php/articulos-1/neurociencias/114-y-el-miedo-se-olvida>

⁵<https://www.spreaker.com/user/fivmadrid/8-la-generacion-de-falsos-recuerdos?autoplay=true>

*Publicado previamente en

<http://www.metafourmadrid.com/single-post/2016/08/04/De-c%C3%B3mo-escribir-un-bestseller-en-hipnosis>

Magali Vargas

Licenciada en Educación

Especialista en Educación infantil

Experta en hipnosis



Cerebro, identidad de género y orientación sexual

Jorge Cuadros

Todos los seres humanos somos únicos. No ha habido en la historia de la humanidad dos individuos idénticos. Ni siquiera en el caso de los gemelos monozigóticos, ya que influencias epigenéticas pre y posnatales hacen que estos hermanos, con el mismo ADN, se conviertan en individuos diferentes. Por ello, no llama la atención la afirmación objetiva y científica de que hombres y mujeres somos “diferentes”. Ninguna diferencia hace a un género mejor que otro, pero somos diferentes, aparte de lo evidente, porque los cerebros de hombres y mujeres son diferentes.

En los tiempos actuales, en el mundo se está cuestionando desde diversos aspectos éticos y jurídicos el acceso de las personas del colectivo LGTBI a derechos incuestionables para el resto de los ciudadanos. Esta discusión excede el ámbito de este artículo, más allá del planteamiento elemental de por qué algunos ciudadanos, en un estado de derecho, deben cumplir todas las obligaciones, sin poder disfrutar de todos los derechos.

Cuando se habla de la identidad de género, el sentirnos como hombre o como mujer, y la orientación sexual, el sentirnos atraídos por el sexo opuesto, por el mismo sexo, o por ambos, estos dos conceptos se mezclan de manera confusa, generando cuestiones del tipo ¿cómo un hombre, con caracteres sexuales masculinos, “se siente” mujer?, lo que atañe a la identidad de género, o ¿cómo una mujer, que se siente mujer, es atraída sexualmente por otra mujer?, lo que atañe a la orientación sexual; y la respuesta está en el cerebro.

Desde que en 1990, Swaab y Hofman encontraron que el núcleo supraquiasmático del hipotálamo de hombres homosexuales tenía el doble del tamaño del de los hombres heterosexuales (Swaab y Hofman, 1990), numerosas evidencias científicas han demostrado la complejidad de la diferenciación sexual del cerebro humano. LeVay en 1991, en la revista *Science*, mostró que una zona de los núcleos intersticiales del hipotálamo anterior (INAH-3), que tiene que ver con la conducta masculina, tenía en el hombre heterosexual el doble del tamaño que en la mujer, cuyo tamaño era similar al de los hombres homosexuales, demostrando un sustrato biológico para la orientación sexual (LeVay, 1991).

Hay que llamar la atención sobre que, en el desarrollo embrionario y fetal, la diferenciación de los genitales externos ocurre pronto, durante los dos primeros meses de gestación, mientras que la diferenciación sexual del cerebro ocurre mucho más tarde, durante la segunda mitad del embarazo. Son procesos que se pueden regular de forma independiente, lo que influiría tanto en la identidad de género como en la orientación sexual (Swaab, 2007).

En 2008, Savic y Lindström demostraron mediante imágenes de resonancia magnética (MRI) que el tamaño de los hemisferios cerebrales de mujeres homosexuales era asimétrico, como en los hombres heterosexuales, mientras que esta asimetría no se observaba en los hombres homosexuales, como en las mujeres heterosexuales. También la conectividad funcional, medida mediante tomografía de emisión de positrones (PET), mostraba que en los hombres homosexuales había una mayor conectividad en la amígdala izquierda, como en las mujeres heterosexuales, mientras que en las mujeres homosexuales la conectividad era mayor en la amígdala derecha, como en los hombres heterosexuales. En ambos casos, tanto en la volumetría de los hemisferios cerebrales como en la conectividad funcional de la amígdala, no se puede atribuir estos cambios a modificaciones del aprendizaje o el comportamiento, como se ha sugerido en algunos casos para explicar la conducta de las personas homosexuales (Savic y Lindström, 2008).

Más recientemente, el grupo de Ivanka Savic mostró mediante MRI diferencias en el espesor de zonas de la corteza cerebral y en el volumen del tálamo, en las que las características de los hombres homosexuales eran similares a las de las mujeres heterosexuales, y diferentes de las de los hombres heterosexuales; una evidencia más de la base neurobiológica de la orientación sexual (Abé et al., 2014).

Si bien estas evidencias muestran la complejidad del desarrollo cerebral de la identidad de género y la orientación sexual, los mecanismos a través de los cuales se establecen, genéticos, hormonales, ambientales, siguen siendo discutidos. Sin embargo, persiste una pregunta; si la orientación sexual tiene una base neurobiológica ¿hasta qué punto tenemos posibilidad de “elección” respecto del género de nuestras parejas sexuales?

Ese concepto de elección, que implica la posibilidad de “cambio de opinión”, es una idea que existe tanto entre los heterosexuales, respecto del colectivo LGTBI, como en algunas personas del propio colectivo. Pero, ¿acaso entonces los heterosexuales tendrían también alguna capacidad de elegir? Y, como respuesta a esta interrogante, Robert Epstein, Doctor en Psicología por la Universidad de Harvard, propuso un modelo fluido-continuo de la orientación sexual (Epstein et al., 2012). Según este modelo, la categorización de la orientación sexual como hetero, homo o bisexual es errónea, ya que la orientación sexual se encontraría dentro de un continuo, que Epstein mide de forma práctica en una escala de 0 a 13, con un test accesible en internet (<http://miorientacionsexual.com/>). Este estudio fue realizado con cerca de 18 000 personas de 48 países, y, además de determinar la “orientación sexual media”,

como un punto dentro de ese continuo, determina también el “rango de orientación sexual”, que es la flexibilidad que tendríamos para esa posible elección de uno u otro género. Si esa flexibilidad sería nula en los extremos heterosexual (0-1) u homosexual (12-13) de la escala, donde se encontraría sólo una parte de la población, ese rango sería más amplio hacia el centro de la escala, donde una puntuación de 6-7 correspondería a las personas bisexuales. Así, por ejemplo, una mujer heterosexual que puntuara 4-5, podría, si se dieran las circunstancias, tener una relación con otra mujer, o un hombre homosexual que puntuara 8-9 podría encontrar satisfacción en una relación con una mujer. Epstein ha prometido publicar en 2017 una actualización de su estudio, confirmando sus hallazgos, con más de 500 000 personas, en 170 países.

Resumiendo, siendo todo cuestionable, como cualquier argumento científico, podemos decir que tanto la identidad de género como la orientación sexual están determinadas en el cerebro de los seres humanos, aun antes del nacimiento, por causas genéticas, hormonales o ambientales en general, pero que esa determinación no estaría establecida en categorías fijas, sino dentro de un continuo fluido, donde nos situaríamos tanto con una orientación media, como con un rango de flexibilidad variable.

Y si en 1990 la Organización Mundial de la Salud sacó la homosexualidad de su Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), recientemente han comunicado que en 2018 se publicará el CIE-11, donde la transexualidad saldrá del capítulo "trastornos de la personalidad y el comportamiento", para formar parte de la lista de "condiciones relativas a la salud sexual". La OMS defiende la permanencia de la transexualidad en el listado, para que las personas que lo necesiten puedan reclamar su derecho a la atención en los servicios de la sanidad pública.

Referencias bibliográficas

- Abé C, Johansson E, Allzén E, Savic I. Sexual orientation related differences in cortical thickness in male individuals. PLoS One. 2014 Dec 5;9(12):e114721.
- Epstein R, McKinney P, Fox S, Garcia C. Support for a fluid-continuum model of sexual orientation: a large-scale Internet study. J Homosex. 2012;59(10):1356-81.
- LeVay S. A difference in hypothalamic structure between heterosexual and homosexual men. Science. 1991 Aug 30;253(5023):1034-7.
- Savic I, Lindström P. PET and MRI show differences in cerebral asymmetry and functional connectivity between homo- and heterosexual subjects. Proc Natl Acad Sci U S A. 2008 Jul 8;105(27):9403-8.
- Swaab DF. Sexual differentiation of the brain and behavior. Best Pract Res Clin Endocrinol Metab. 2007 Sep;21(3):431-44.
- Swaab DF, Hofman MA. An enlarged suprachiasmatic nucleus in homosexual men. Brain Res. 1990 Dec 24;537(1-2):141-8.

Jorge Cuadros

Doctor en Ciencias Biológicas

Máster en Hipnosis Clínica

Vicepresidente de la Sociedad Hipnológica Científica



Hipnosis y Comportamiento No Verbal

Vicente Femenia Muñoz

Resumen

La observación del Comportamiento No Verbal del paciente durante la sesión de hipnosis mediante el análisis e interpretación de su conducta o respuesta ideomotora es vital para el clínico con el fin de impartir las sugerencias adecuadas y conseguir que el paciente viva una experiencia positiva durante y después de la terapia. Mediante la observación, análisis e interpretación de los movimientos corporales, expresiones faciales, gestos, murmullos o tics emitidos por el paciente de manera *inconsciente* durante el trance hipnótico, el clínico podrá ser capaz de valorar su conducta ideomotora con el fin de evitar estados emocionales negativos que puedan perjudicar la terapia al paciente y de conseguir guiar al paciente hacia estados emocionales positivos y obtener así el éxito esperado en la terapia.

Abstract

Observation of Nonverbal Behavior of the patient during the hypnosis session through the analysis and interpretation of their behavior or ideomotor response is vital for clinicians in order to provide appropriate suggestions and to get a positive experience for the patient during and after therapy. Through observation, analysis and interpretation of body movements, facial expressions, gestures, murmurs or tics issued by the patient unconsciously during the hypnotic trance, the clinician may be able to evaluate their ideomotor response in order to avoid emotional negative states that could harm the therapy to the patient and getting guide the patient to positive emotional states and gain the expected success of the therapy.

Relación Entre Hipnosis Clínica y el Comportamiento No Verbal

Mucho antes de dedicarme al estudio y a la práctica de la hipnosis clínica, mis inquietudes se dirigieron al estudio, observación y análisis del Comportamiento No Verbal y la Detección de la mentira desde un enfoque científico y empírico.

La observación y el análisis del Comportamiento No Verbal durante las relaciones interpersonales desde un plano consciente, sin dar lugar a la intuición, permite conocer las verdaderas intenciones a través de las actitudes del sujeto.

Además del Canal Expresivo Verbal, la comunicación se compone de los Canales Expresivos No Verbales con el que el cuerpo se expresa de forma dual, tanto conscientemente como inconscientemente, y se dividen para su estudio en Expresión Facial, Gestos, Posturas, Oculésica, Proxémica, Paralenguaje, Háptica, Apariencia.



Figura 1: Canales Expresivos No Verbales

Las expresiones faciales son los indicadores emocionales más evidentes por los cuales los sujetos exteriorizan sus emociones, pero hay que tener en cuenta que un gesto nunca se analiza de manera individual, sino que se analiza en conjunto. El análisis del Comportamiento No Verbal siempre se realiza desde lo general a lo particular, teniendo en cuenta el contexto.

Durante una sesión de hipnosis es de vital importancia que el clínico observe y analice el Comportamiento No Verbal del sujeto hipnotizado al que en hipnosis se denomina Conductas Ideomotoras o Respuestas Ideomotoras, y que empezaron a ser utilizadas en la práctica clínica por Milton Erickson, estando recogida en su trabajo “Historical Note on the Hand Levitation and Other Ideomotor Techniques” (Erickson 1961). Sin embargo, fue Willian Carpenter alrededor de 1852 quien por primera vez expuso su teoría de que los movimientos musculares pueden ser independientes de los deseos y de las emociones conscientes.

Las Conductas Ideomotoras son una forma de Comportamiento No Verbal que se produce de manera inconsciente; es una manifestación física y una experiencia mental; es decir, las reacciones del cuerpo a nuestros pensamientos. Son respuestas a modo de acto reflejo y son inherentes a nuestra propia naturaleza; ocurren fuera de la mente analítica o racional. Tienen su origen en el sistema nervioso autónomo o vegetativo, cuyos reflejos no necesitan ser aprendidos.

Yapko (1995) define las conductas ideomotoras como las manifestaciones físicas de la experiencia mental, o en otras palabras, las reacciones inconscientes del cuerpo ante los pensamientos de la persona. A diferencia de otros fenómenos hipnóticos, los ideodinámicos (y en especial los ideomotores) se producirán con independencia de lo que haga el clínico. Es prácticamente imposible que el sujeto evite los movimientos corporales inconscientes, o que se abstenga de reexperimentar sentimientos y sensaciones asociados a las cosas de las que el clínico habla (Yapko, 1995).

Según Yapko (1990), las conductas ideomotoras:

- Reflejan las experiencias internas del paciente en los niveles donde se busca el cambio.
- Son parte de la experiencia terapéutica ordinaria, y la acción, los sentimientos y la sensorialidad son los componentes básicos de la terapia con los cuales contará el paciente como la base del cambio futuro.
- Pueden usarse para facilitar la disociación.
- Como profundizadoras del estado de trance.
- Como indicadoras de la disposición a responder.
- Como una forma de intercambio de información entre el terapeuta y el consultante.

Asimismo, los dinamismos ideosensorios e ideomotores poseen un valioso uso en hipnoterapia. Los fenómenos ideosensorios son los que permiten que el trance hipnótico sea experiencial por su gran eficacia sugestiva

Erickson y Rossi (1981) indican que las conductas ideomotoras sirven a dos propósitos generales:

- 1) Como inductoras de trance, ya que requieren que el sujeto fije y focalice la atención, en una forma que es una autoinducción.
- 2) Como profundizadoras de trance; el terapeuta puede preguntar al paciente si le gustaría o está preparado para profundizar el trance. Si se recibe una señal positiva, el terapeuta le dice al paciente que vaya más profundo hasta que el inconsciente esté satisfecho con el estado de comodidad y dé una señal positiva cuando haya alcanzado ese estado. El terapeuta puede utilizar después cualquiera de los otros acercamientos clásicos para profundizar el trance (levitación de la mano, cierre de ojos, bajar una escala, etc.) y usar la señal ideomotora para controlar la efectividad de cada procedimiento de profundización.

Ewin y Eimer (2006) también contemplan a las conductas ideomotoras como:

- Terapia orientada al "insight".
- Profundización del trance.
- Revisión de los contenidos inconscientes.
- Confirmación de la profundidad del trance.
- Conclusión de la terapia.
- Regresión a recuerdos preverbales.
- Escucha bajo anestesia.
- Interpretación de sueños.
- Prevención del suicidio.

El clínico debería de tener suficientes conocimientos en Comportamiento No Verbal para poder interpretar y analizar las repuestas ideomotoras que tienen lugar en el sujeto mediante los Canales Expresivos No Verbales de la Comunicación durante la sesión de hipnosis. Para que esa interpretación sea eficaz es necesario que el clínico observe la totalidad del cuerpo del sujeto, las señales ideomotoras pueden tener lugar en cualquier parte del cuerpo, desde la punta de los dedos de los pies a la cabeza.

Es importante fijarse en la rigidez y la flexibilidad de los músculos y articulaciones que indicara si el sujeto está viviendo una experiencia positiva o si por el contrario vive una experiencia negativa.

Observar y analizar todo el cuerpo del sujeto.

- Cabeza
- Rostro (ojos, nariz, boca, mejillas, orejas)
- Cuello
- Articulaciones
- Hombros
- Brazos
- Manos
- Dedos
- Elevación del pecho
- Cadera
- Piernas
- Pies

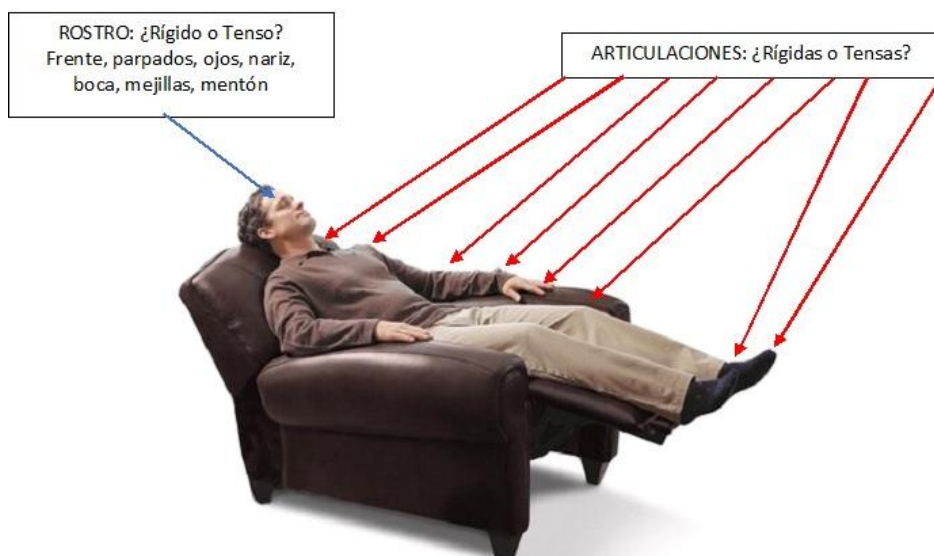


Figura 2: Partes del cuerpo donde observar las respuestas ideomotoras

Las respuestas ideomotoras se producen mediante el cambio de rigidez en las articulaciones y en el rostro; un dedo de la mano que se mueve, un giro de cuello, una leve elevación de la punta del pie, elevación de los parpados, fruncir el ceño, movimientos de los labios, movimientos del mentón, etc.

Estos movimientos son señales ideomotoras que el sujeto que se encuentra en estado hipnótico las realiza de forma inconsciente e indicará al clínico si la experiencia que este está viviendo es una experiencia positiva o si por el contrario es negativa. La rigidez en alguna de las articulaciones o en alguna parte del rostro es indicativa de que el sujeto está viviendo una experiencia negativa. Por el contrario, si el sujeto presenta flexibilidad en las articulaciones y su expresión facial presenta flacidez, es indicativo de que el sujeto está viviendo la experiencia del trance de forma positiva.

En el momento en el que ocurra una señal ideomotora, el clínico deberá de evaluar el grado de rigidez del movimiento e interpretar si es una experiencia positiva o negativa con el fin de adaptar y dirigir la terapia a las necesidades del sujeto.

Es importante tener en cuenta que el Comportamiento No Verbal siempre está unido al contexto, es decir, al lenguaje verbal. En el caso de la hipnosis la respuesta ideomotora puede ser producida sin el uso del lenguaje verbal por parte del clínico, como por ejemplo, mediante el uso de un péndulo de Chevreul. En todo caso, la interpretación de la respuesta ideomotora siempre estará relacionada con el contexto, sea el lenguaje verbal o por algún objeto. No es posible interpretar las respuestas ideomotoras sin saber la causa que los provoca; para una correcta interpretación de los movimientos, el clínico deberá de conocer el contexto.

La hipnosis es una terapia que conlleva a un proceso psicológico. Según Mariano Chóliz del Departamento de Psicología Básica de la Universidad de Valencia, cualquier proceso psicológico conlleva una experiencia emocional de mayor o menor intensidad y de diferente cualidad. Podemos convenir que la reacción emocional (de diversa cualidad y magnitud) es algo omnipresente en todo proceso psicológico. (Mariano Chóliz, 2005).

Rafael López, director del Máster de Comportamiento No Verbal y Presidente de la Fundación Universitaria Behavior & Law, explica en su obra "Comportamiento No Verbal Más Allá De La Comunicación y el Lenguaje" que la emoción, motivación y la cognición son procesos psicológicos del Comportamiento No Verbal que constituyen los procesos psicológicos básicos fundamentales en el individuo. (Gordillo León, María Arana, López Pérez, Pérez Nieto, 2016).

Estos procesos psicológicos que tienen lugar en la psique se reflejan en el cuerpo del individuo mediante el envío de señales emitidas por el cerebro, permitiendo así observar su comportamiento a través de los Canales Expresivos No Verbales de la comunicación, siendo mucho más complejo y con mayor contenido en cuanto a lo que se expresa tanto voluntaria como involuntariamente. Se produce sin utilizar palabras o bien puede actuar como complemento de ellas, y es el reflejo externo del estado emocional del individuo, de sus motivaciones y pensamientos.

Como he comentado anteriormente, el Canal Expresivo No Verbal más evidente por el cual los sujetos exteriorizan sus emociones, tanto conscientemente como inconscientemente, son las Expresiones Faciales. La gama de expresiones es muy amplia, pero hay un número limitado de emociones que la mayoría de nosotros puede reconocer con cierta fiabilidad.

Los estudios llevados a cabo por Paul Ekman y Wallace Friesen (1972), llegaron a la conclusión de que algunas expresiones faciales son básicas o biológicamente universales en la especie humana, según la cual elaboraron la siguiente lista de emociones básicas.

- Alegría
- Tristeza
- Miedo
- Sorpresa
- Asco
- Ira
- Desprecio (añadida en 1999).

Al observar y analizar las expresiones faciales se debe de tener en cuenta que la Alegría es una emoción positiva, la Sorpresa es una emoción neutra (no es positiva ni tampoco negativa), la Tristeza, el Miedo, el Asco, la Ira y el Desprecio son emociones negativas.

Durante el estado hipnótico se suele sentir una sensación de calma, tranquilidad o relajación, que conlleva a una ralentización de la actividad motora. Las expresiones faciales, al igual que los movimientos corporales, se ven afectadas por ese estado de relajación, y se observa que aparecen con más lentitud y son más duraderas en el tiempo en comparación con el estado consciente del sujeto. De ahí que el clínico deberá de ser lo suficientemente hábil para detectar, analizar e interpretar las expresiones faciales, para poder orientar al sujeto hacia estados emocionales positivos. Sin embargo, no ocurre lo mismo con las Microexpresiones Faciales. Las microexpresiones son movimientos involuntarios y automáticos de los músculos de la cara que proceden directamente del inconsciente y cuya duración es extremadamente corta, siendo casi imposible que se pueda producir esos movimientos perfectamente de modo consciente o que se puedan falsear. Las microexpresiones son las expresiones de las emociones anteriormente descritas, pero su duración es de aproximadamente la vigésima parte de un segundo, y revelan el verdadero estado emocional de una persona, sea la situación en la que esté implicada, ya sea estando despierta o en estado hipnótico.



Figura 3: Emociones Básicas

Mi teoría del porqué las microexpresiones no se ralentizan durante el estado hipnótico es que son señales que son emitidas por la mente inconsciente en las cuales el sujeto no tiene el control. En el inconsciente se encuentran los deseos, instintos y recuerdos que el sujeto reprime por resultarle inaceptables, fundamentalmente a causa de sus propias valoraciones morales; es la capa más profunda de la mente y se identifica en gran medida con el *ello*¹. Con todo, parte del súper-yo también puede incluirse en el inconsciente en la

¹ Ello o "id". Concepto psicoanalítico perteneciente a la llamada "segunda tópica" (descripción del psiquismo propuesta por Freud en los términos ello - yo - superyó). El ello es la instancia o estructura del aparato psíquico más antigua; el bebé tiene sólo ello, y sólo el enfrentamiento con la realidad provocará en él la aparición del yo y del superyó. Del ello toma el sujeto la energía para el desarrollo de su vida psíquica. En el ello descansan los instintos, deseos y experiencias traumáticas. Es el enlace entre lo somático o corporal y lo mental. El principio que rige su actividad es el **principio de placer** y los mecanismos o procesos que dominan en él son los **procesos primarios**. Es **inconsciente**.

medida en que no siempre el sujeto es consciente de sus propias valoraciones morales y de la actuación de dichas valoraciones en su vida psíquica y su conducta. Todas las experiencias y los recursos de una persona están almacenados en el inconsciente. La hipnosis trata de intercomunicar el consciente con el inconsciente para que el sujeto pueda darse cuenta de sus carencias y encontrar los recursos necesarios para afrontar y mejorar su situación de manera consciente.

Ekman (1978) desarrolló el Sistema de Codificación Facial de Acciones (en inglés "Facial Action Coding System", FACS) para clasificar todas las expresiones del rostro humano que sea posible imaginar y así poder identificar la emoción expresada por el sujeto mediante el movimiento muscular facial. Aun para un profesional cualificado en el campo del Comportamiento No Verbal y Detección de la Mentira, estando debidamente entrenado en el FACS, es muy difícil detectar dichas microexpresiones. Para un correcto estudio, es necesario filmar a alta definición al sujeto, para tener la posibilidad posterior de ver la grabación una y otra vez, si es posible fotograma a fotograma.

He dicho que es difícil detectarlas a simple vista, pero no es imposible. Los conocimientos que adquirí durante mis estudios en Comportamiento No Verbal, en el cual se estudia el FACS además de otras herramientas de gran importancia, me son de gran utilidad en las sesiones de hipnosis para evaluar el estado emocional del sujeto, tanto en la entrevista como en la terapia y posterior a la terapia. Según la información obtenida de su lenguaje corporal y facial voy dirigiendo al sujeto hacia estados emocionales positivos. Para ello es necesaria una observación constante del sujeto en estado hipnótico y no estar siempre pendiente del guion o script que se ha escrito para la sesión. El guion en hipnosis es evidentemente una valiosa herramienta de gran utilidad pero no debe ser imprescindible para la sesión. Debe de ser utilizado como una herramienta para hacer frente a determinados temas.

El Hipnoterapeuta Pedro Alcaraz (2014) explica en su blog sobre hipnosis lo siguiente:

"Cada persona tiene sus características determinadas, sus bloqueos y su velocidad específica de absorción de las sugerencias, eso hace imposible que la lectura de un guion avance en consonancia con las necesidades inmediatas del sujeto en cada instante. La única respuesta válida que tenemos ante eso, es la observación; la observación detallada de las respuestas a cada sugestión que nos ofrece el sujeto (que son de muy variada índole). Esas respuestas unidas a las pequeñas "sugerencias trampa" de control, nos dicen exactamente cuál es la línea que debemos seguir durante la inducción en cada momento con cada sujeto. Por tanto la observación detallada de las respuestas del sujeto a nuestras sugerencias es algo básico para el éxito de la experiencia. En cualquier tipo de inducción hipnótica resulta vital la observación de respuestas y el posterior uso de estas (Amplificándolas o asociándolas) para lograr el propósito buscado. El uso de scripts por tanto, sin la observación de respuestas, nos puede llevar a la peligrosa situación de estar impartiendo sugerencias desubicadas en tiempo y forma a las necesidades del sujeto, y por tanto al fracaso". Las observaciones de respuestas mencionadas por Pedro Alcaraz no son ni más ni menos que la observación, análisis e interpretación del Comportamiento No Verbal del sujeto mediante la observación de sus movimientos ideomotores corporales y faciales.

Conclusión: Como resultado de todo lo mencionado anteriormente, la observación, análisis e interpretación del Comportamiento No Verbal mediante las respuestas ideomotoras que el sujeto transmite durante el estado hipnótico es de vital importancia para identificar su estado emocional, con el propósito de impartir eficazmente las sugerencias más adecuadas para favorecer la solución de sus problemas o de sus patologías.

Referencias Bibliográficas

- Rafael M. López Pérez, Fernando Gordillo León, Marta Grau Olivares (2016): *Comportamiento No Verbal Más Allá De La Comunicación Y El Lenguaje*.
Isidro Pérez Hidalgo, Jorge Cuadros Fernández, Chema Nieto Castañón *Hipnosis en la Práctica Clínica Vol. I: Técnicas generales*.
Milton Erickson (1961): *Historical Note on the Hand Levitation and Other Ideomotor Techniques*.
Milton Erickson (1958): *Naturalistic techniques of hypnosis*.
Michael Yapko (2003): *Tratado de Hipnosis Clínica*.
Paul Ekman: *Emotions Revealed: Recognizing Faces and Feelings to Improve Communication and Emotional Life* (Times Books, 2003).
Pedro Alcaraz (2014): *Scripts y Guiones de Inducción*.
Paul Ekman (1978): *Facial Action Coding System*.
Mariano Chóliz (2005): *Psicología de la emoción: el proceso emocional*.
Ps. Mario Pacheco (1998): *Hipnoterapia Ericksoniana Nivel Intermedio: Fenómenos Hipnóticos*.
Horacio Ruiz (2010): *Guía práctica de Hipnosis*.
Javier Echegoyen Olleta: *Diccionario de psicología científica y filosófica*.

Vicente Femenia

Hipnoterapeuta Profesional

Un Protocolo de Tratamiento Multimodal

Isidro Pérez Hidalgo

Introducción

A continuación, voy a esbozar un protocolo general que puede aplicarse a tratamientos muy diversos, considerando el empleo de la hipnosis como parte de un esquema de intervención multimodal. Ya en los años setenta, Lazarus (1976) comienza a hablar de “Terapia de conducta de amplio espectro”, y “Ectecismo Técnico”.

En aquella época, la terapia conductista estaba muy circunscrita a las leyes del aprendizaje y los protocolos del tratamiento eran reducidos a procedimientos un tanto elementales de modificación de conducta. Kanfer y Phillips (1974) postulan varios principios para distinguir la terapia tradicional de la conductista:

1. Los problemas psicológicos no son considerados como enfermedades adquiridas en los primeros momentos del desarrollo de la personalidad.
2. La conducta que se pretende cambiar no es un síntoma de una enfermedad más profunda, sino que es un problema en sí mismo. No es más que una respuesta adquirida perjudicial para el paciente.
3. El tratamiento va dirigido a cambiar la conducta problemática.
4. Los métodos de tratamiento deben acomodarse a las características específicas del problema de cada individuo y no a un diagnóstico establecido para ese individuo o para su condición

Arnold Lazarus, a diferencia de su compatriota sudafricano Joseph Wolpe, postula una terapia mucho más abierta y considera que las técnicas que funcionan están por encima del paradigma conductista imperante en la época. La evaluación multimodal debe hacerse sobre las siguientes categorías:

- Conducta
- Afecto
- Sensación
- Imágenes Mentales
- Cognición
- Relaciones Interpersonales
- Drogas y Biología

Cada una de estas modalidades incluye una serie de problemas seleccionados para ser tratados de forma específica con diferentes técnicas, como veremos en el ejemplo posterior (consultar Lazarus, 2000).

Siempre me ha parecido que el modelo de Lazarus era perfectamente aplicable a la hipnosis, como él mismo resalta en diferentes escritos (Lazarus 1973, 1978). En sí, la hipnoterapia se ha ido haciendo más ecléctica e integradora. Como ya hemos destacado en ocasiones anteriores, en *Hipnológica* somos favorables a esta visión amplia de la hipnosis. (Pérez, Cuadros y Nieto, 2014).

Desde esta postura ecléctica, Brown y Fromm señalan la importancia de aplicar procedimientos hipnoconductuales, hipnoanalíticos y ericksonianos, dentro de un paquete terapéutico (Brown y Fromm 1987).

Hammond (1990) resalta también la superioridad del enfoque ecléctico sobre modelos más reduccionistas.

En el modelo que yo propongo, las técnicas de Mindfulness podrían estar incluidas dentro de las técnicas hipnoconductuales, en este caso de tercera generación. Daitch (2007) destaca que muchas de las tradiciones orientales, incluyen un estado de quietud en la atención focalizada, y resalta los beneficios del Mindfulness, introducido por autores como Kabat-Zinn, y entiende que forma parte de las herramientas de lo que ella denomina “Caja de Herramientas para la Regulación del Afecto”, es decir, un conjunto de intervenciones hipnóticas prácticas y eficaces para el paciente con un exceso de reactividad.

Alladin (2016) presenta un modelo integrador que resulta particularmente interesante, en el que combina Terapia Cognitiva Conductual con Mindfulness e Hipnoterapia. Este autor señala la importancia de la interacción entre experiencias vitales dañinas y estrategias cognitivas y emocionales fallidas, que el paciente desarrolla para afrontar la ansiedad a partir de un modelo de los trastornos de ansiedad basado en las “Heridas del Self”.

Para poder sacarle todo el partido terapéutico al protocolo que expongo a continuación, deberemos encontrar ese equilibrio a veces difícil entre la estructuración científica y la flexibilidad clínica.

1.- ENTREVISTA Y RECOGIDA DE INFORMACIÓN.

PREGUNTAS CLAVE

- ¿Existen hallazgos fisiopatológicos anteriores?
- ¿Existen hallazgos psicopatológicos anteriores?
- ¿Cómo es el grado de Sugestionabilidad del paciente?
- ¿A qué tipo de sugerencias responde en su historia pasada?
- ¿Qué fenómenos hipnóticos produce en relación a su problema?
- ¿Qué información posee acerca de la hipnosis?
- ¿En qué sentido pueden orientarse sus resistencias?
- ¿Hay en su historia algún punto por el que la hipnosis podría estar contraindicada?

ESQUEMA MULTIMODAL.

CLASIFICACIÓN DE PROBLEMAS

- Conductas.
- Afectividad.
- Sensorial.
- Imágenes Mentales
- Nivel Cognitivo.
- Relaciones Interpersonales.
- Nivel Biológico.

3.- ELECCIÓN DE INDUCCIÓN PARA LA PRIMERA SESIÓN SEGÚN LAS CARACTERÍSTICAS DEL PACIENTE.

PREGUNTAS CLAVE

- ¿Emite respuestas motoras en las pruebas de Sugestionabilidad?
- ¿Presenta rotación ocular?
- ¿Responde a sugerencias autoritarias?
- ¿Responde a sugerencias permisivas?
- ¿Presenta efectos paradójicos?
- ¿Responde a la indirectividad?
- ¿Tiene miedo a perder el control?
- ¿Tiene un temor muy marcado a la muerte?
- ¿Rechaza el contacto físico?
- ¿Tiende a soberracionalizar?
- ¿Se puede inferir un conflicto de poder?

4.- HIPNOSIS EXPLORATORIA.

PREGUNTAS CLAVE (a posteriori)

- ¿Cuánto piensa el paciente que ha durado el trance?
- ¿Se han producido respuestas motoras: catalepsia, bloqueo palpebral, levitación del brazo?
- ¿Se han producido respuestas ideodinámicas?
- ¿Tenía el paciente conciencia de un estado distinto?
- ¿Podía mantener bien la concentración?
- ¿Le asustó o le llamó la atención alguna experiencia del trance?
- ¿En algún momento sintió el deseo de interrumpir el estado hipnótico?
- Si se produjeron sugerencias de reto, ¿Intentó realmente comprobar el resultado?
- ¿Qué grado de recuerdo tiene el paciente?

- ¿En qué momento se sintió más profundo?
- ¿Se produjo alguna disminución de la sensibilidad?
- ¿Hubo otros cambios sensoriales distintos de la anestesia y el acorchamiento?
- ¿Sintió rechazo hacia alguna sugestión?
- ¿Experimentó un aumento de la sensibilidad auditiva?
- ¿Existe algún efecto postrance?

5.- **PLANIFICACIÓN DEL TRATAMIENTO.**

- Ha de considerarse en primer lugar que los fenómenos hipnóticos más complicados necesitarán de varias sesiones para su obtención (recordar escalar de profundidad).
- Sobre el esquema general planificaremos medidas para los diferentes niveles, distinguiendo entre medidas conductuales, hipnoconductuales e hipnodinámicas.
- En primer lugar se emplearán las técnicas dirigidas a la modificación del síntoma (por ej: modelado encubierto bajo hipnosis). Si los resultados no son lo suficientemente satisfactorios, se recurrirá a técnicas exploratorias (por ej: puente afectivo).
- Conviene, para aumentar la motivación del paciente, que las técnicas de tipo aversivo se empleen secuencialmente más tarde; antepondremos medidas intrínsecamente agradables.
- Téngase en cuenta, no obstante, que un 20% de los pacientes podrían responder favorablemente a sugestiones directas que podrían hacer innecesarias más intervenciones, aunque esto depende del criterio del clínico.
- En el caso de que las medidas anteriores no arrojen resultados, se podría recurrir a técnicas naturalistas o paradójicas.

6.- **EJEMPLO.**

PACIENTE CON HIPOCONDRIASIS. 37 años, varón.

<u>MODALIDAD</u>	<u>PROBLEMA</u>	<u>TRATAMIENTO PROPUESTO</u>
CONDUCTAS	- Confinamiento en su casa	PROYECCIÓN TEMPORAL
	- Evitación de viajes	
	- Lecturas sobre medicina	PREVENCIÓN DE RESPUESTA
	- Pobreza de reforzadores	AUMENTO DE REFORZADORES
AFECTIVIDAD	- Tristeza	AUMENTO DE REFORZADORES
	- Aburrimiento	
	- Miedo a enfermedades	DISOCIACIÓN V-K
SENSORIALIDAD	- Palpitaciones	DESENSIBILIZACIÓN BAJO HIPNOSIS Y AUTOHIPNOSIS
	- Nudo en el estómago	
	- Sudoración	
	- Hormigueo	

<u>MODALIDAD</u>	<u>PROBLEMA</u>	<u>TRATAMIENTO PROPUESTO</u>
NIVEL COGNITIVO	<ul style="list-style-type: none"> - “Tengo un infarto”. - “Mi padre murió joven”. - “He sido siempre muy débil” - “Los médicos no dan con lo que tengo” 	<p>DESENSIBILIZACIÓN BAJO HIPNOSIS Y AUTOHIPNOSIS</p>
<hr/>		
RELACIONES MENTALES	<ul style="list-style-type: none"> - “Me veo pálido” - “Me veo en un hospital Con muchos cables” - “Veo mi tumba”. 	<p>DESENSIBILIZACIÓN DESENSIBILIZACIÓN Y REGRESIÓN</p> <p>(DESAPARECE ESPONTÁNEAMENTE)</p>
<hr/>		
RELACIONES INTERPERSONALES	<ul style="list-style-type: none"> - Baja asertividad (Burlas de los compañeros) 	<p>EGO-STRENGTHENING CON SUGESTIONES POSTHIPNÓTICAS</p>
<hr/>		
NIVEL BIOLÓGICO	<ul style="list-style-type: none"> - Hipoglucemia 	<p>CONTROL MÉDICO</p>

7.- TRANCES OPOSICIONALES.

Resulta fundamental a la hora de observar los fenómenos hipnóticos que el paciente produce dentro de su problemática, tener en cuenta que en muchos casos podemos oponer un fenómeno opuesto para restituir el equilibrio. Las sugerencias que se empleen a tal efecto pueden administrarse en forma de autohipnosis o de hipnosis heteroinducida. No obstante, siempre es recomendable comenzar por la producción de esos fenómenos en la propia consulta. El paciente debe hacerse consciente de que tiene la capacidad de revertir por sí mismo el síntoma.

REGRESIÓN	←————→	PROGRESIÓN
AMNESIA	←————→	HIPERMNESIA
ANALGESIA	←————→	HIPERESTESIA
DISOCIACIÓN	←————→	SOBREIDENTIFICACIÓN
ENSOÑACIÓN HIPNÓTICA	←————→	SOBREIDENTIFICACIÓN
ALUCINACIÓN NEGATIVA	←————→	ALUCINACIÓN POSITIVA
CATALEPSIA	←————→	RELAJACIÓN

Referencias bibliográficas

- Alladin, A. (2016). Integrative CBT for Anxiety Disorders. Wiley Blackwell.
- Brown, D. y Fromm, E. (1987). Hypnosis and behavioral medicine. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Daitch, C. (2007). Affect regulation toolbox: Practical and effective hypnotic interventions for the over-reactive client. New York: W.W.Norton.
- Hammond, D.C. (Ed.) (1990). Handbook of hypnotic suggestions and metaphors. New York: W.W. Norton.
- Kanfer, F.H y Phillips, J.S . (1974). En Patterson, C.H. (Compilador) Teorías del Counseling y Psicoterapia. DDB. Bilbao.
- Lazarus, A. (1973). "Hypnosis" as a facilitator in behavior therapy. International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis. Vol 21, 1, 25-31.
- Lazarus, A. (1978). Hypnosis in the Context of Behavior Therapy. En Hypnosis at its Bicentennial. (Frankel, F.H. y Zamansky, H.S.). Plenum Press.
- Lazarus, A. (2000). El Enfoque Multimodal: una psicoterapia breve pero eficaz. DDB. Bilbao.
- Pérez, I. Cuadros, J. y Nieto, CH. (2014). Hipnosis en la Práctica Clínica Vol. 2. EOS. Madrid.

Isidro Pérez Hidalgo

Psicólogo Clínico
Director de CHC Psicólogos
Presidente de la Sociedad Hipnológica Científica

∞

Reseña

Jorge Cuadros

En 2017, Terhune y colaboradores publicarán una interesante revisión sobre la "Hipnosis y la regulación arriba-abajo de la consciencia". Los autores revisan de manera extensa el conocimiento actual en relación con los mecanismos neurocognitivos de la hipnosis, así como su utilidad como técnica experimental para la modulación de la consciencia y como ayuda terapéutica. También revisan las relaciones entre la hipnosis y fenómenos psicológicos como la sugestión y la sugestibilidad, identificando los retos más importantes que afrontan el estudio de la neurociencia cognitiva de la hipnosis y el futuro de la investigación científica en este campo.



Hypnosis and top-down regulation of consciousness

Devin B. Terhune^{a,*}, Axel Cleeremans^b, Amir Raz^{c,d}, Steven Jay Lynn^e

^a Department of Psychology, Goldsmiths, University of London, London, UK

^b Consciousness, Cognition and Computation Group, Université Libre de Bruxelles, Brussels, Belgium

^c Department of Psychiatry, McGill University & Lady Davis Institute for Medical Research at the SMDJ Jewish General Hospital, Montreal, QC, Canada

^d Institute for Interdisciplinary Behavioral and Brain Sciences, Chapman University, Irvine, CA, USA

^e Department of Psychology, Binghamton University (SUNY), Binghamton, NY, USA

ARTICLE INFO

Article history:
Received 7 October 2016
Accepted 2 February 2017
Available online xxx

Keywords:

Agency
Cognitive control
Metacognition
Placebo
Suggestibility
Suggestion
Therapy

ABSTRACT

Hypnosis is a unique form of top-down regulation in which verbal suggestions are capable of eliciting pronounced changes in a multitude of psychological phenomena. Hypnotic suggestion has been widely used both as a technique for studying basic science questions regarding human consciousness but also as a method for targeting a range of symptoms within a therapeutic context. Here we provide a synthesis of current knowledge regarding the characteristics and neurocognitive mechanisms of hypnosis. We review evidence from cognitive neuroscience, experimental psychopathology, and clinical psychology regarding the utility of hypnosis as an experimental method for modulating consciousness, as a model for studying healthy and pathological cognition, and as a therapeutic vehicle. We also highlight the relations between hypnosis and other psychological phenomena, including the broader domain of suggestion and suggestibility, and conclude by identifying the most salient challenges confronting the nascent cognitive neuroscience of hypnosis and outlining future directions for research on hypnosis and suggestion.

© 2017 Elsevier Ltd. All rights reserved.

Terhune, D.B., et al., Hypnosis and top-down regulation of consciousness. *Neurosci. Biobehav. Rev.* (2017), <http://dx.doi.org/10.1016/j.neubiorev.2017.02.002>

∞

Imágenes

Portada: *Anatomía del hombro*, de Leonardo Da Vinci

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

Revista de la Sociedad Hipnológica Científica

AÑO 7 – NÚMERO 9

Diciembre 2016

