

Revista de Hipnosis Clínica y Experimental

HIPNOLÓGICA

AÑO 1 - NÚMERO 3 - AGOSTO 2010

EGO
DEL
PSYCH-K:
EL CAMBIO DE
CREENCIAS
PRESENTAS
BIBLIOGRAFICAS
FIBROMIALGIA:
INVESTIGACION
EL DOLOR DE
ESPALDA
UNA PERSPECTIVA
ESCALA DE
ABSORCIÓN DE
TELLEGEN

EL PROCESO CREATIVO
DE CUATRO ESTADIOS

SUENO

METÁFORAS

PSYCH-K: EL CAMBIO DE CREENCIAS

PRESENTAS BIBLIOGRAFICAS

MEDITACIÓN

FIBROMIALGIA: INVESTIGACION

EL DOLOR DE ESPALDA

PSICOSOMÁTICA

ESCALA DE ABSORCIÓN DE TELLEGEN

www.hipnologica.com

www.hipnologica.org

Hipnológica

Revista de Hipnosis Clínica y Experimental
Año 1 - Número 3 - Julio-Agosto 2010
ISSN 1989-9866

DIRECTOR

Isidro Pérez Hidalgo

SUBDIRECTORES

Ian Brownlee
Jorge Cuadros Fernández
Chema Nieto Castañón

COORDINADORA DE RELACIONES INSTITUCIONALES

Nadia Peláez Rodelgo

COORDINADORA DE COMUNICACIÓN

Matilde Santos Leal

COORDINADORA FORO HIPNOSIS CLÍNICA

Magali Vargas Crisóstomo

GRUPO HIPNOLÓGICA

Ana Ariza Guerrero
Manuel Bosque Guerrero
José Cano Devesa
Carlos Conde Arranz
Estevo Creus Andrade
M^a Teresa García Catrofes
Marisa Ladiñán
Joan Manuel López Capdevilla
Fernando Martínez Pintor
Marisa Molinero Moreno
Manuel Picado Méndez
Carmen Puerta Lanzón
Fco Javier Rodríguez del Valle
Jesús Romeo Arguedas
Nora Aida Tur

COLABORADORES

Alvaro Calle Gliugeri
Amador Cernuda Lago
Jose Luis Cidón Madrigal
M^a José Domínguez Díaz
Gonzalo Hervás Torres
Fernando Huerta Moreno
Manuel Iglesias Sánchez-Noguerol
Angeles Macua
Servando Marron Moya
Carlos Ramos Gascón
Lucía Tomás Aragonés

CONTENIDOS

Editorial	3
Cuestiones Generales	
El Fortalecimiento del Ego	4
Aplicaciones	
El Dolor de Espalda bajo una visión psicosomática	8
Psych-K: Técnica rápida y efectiva para el cambio de creencias	14
Sueño	
El Sueño y el Proceso Creativo	16
El Sueño	18
Meditación	
Meditación Zen: Aterrizas si puedes	19
La Meditación y la Relajación en la Educación	22
Hipnonauta	24
Metáforas	25
Reseñas	27
Investigación	
Un Nuevo Enfoque Mente-Cuerpo Para la Curación Total de la Fibromialgia: Seguimiento a los 4 años de un Reporte de Caso	29
Escala de Absorción Tellegen	31
Encuesta	37

EDITA

Grupo Hipnológica
c/ Orense 16, 9º C
28020 Madrid
Tlf: 91 555 1301

Diseño y Portada: sinarte09
Mantenimiento Web: antoniodl.com

Editorial

Estamos ya en el número tres de *Hipnológica*. Hemos retrasado un poco la aparición de esta entrega por un buen motivo: nuestra participación en diferentes presentaciones en el VII Congreso Iberoamericano de Psicología que se celebró en el mes de Julio en Oviedo. *Hipnológica* ha estado presente en varias actividades, y ha sido, para todos los que estuvimos allí, un grupo relativamente numeroso de componentes de nuestro equipo, una experiencia muy satisfactoria. Estuvimos en contacto con otros profesionales, surgieron nuevas posibilidades y proyectos, y expusimos una parte del trabajo que estamos haciendo en diferentes áreas de la hipnosis. Les mantendremos informados de nuevos desarrollos que hemos puesto en marcha con el impulso que nos ha dado un congreso tan importante que contó con la participación de alrededor de mil novecientos psicólogos venidos de diferentes latitudes del planeta. A propósito de esto, en este número pueden consultar el póster presentado al Congreso por Jorge Cuadros y colaboradores.

En esta tercera entrega, abordamos artículos dirigidos al público experto y seguimos también con el deseo de satisfacer las expectativas de los que nos leen desde un interés general por la ciencia. Les interesará con seguridad el artículo de Matilde Santos sobre una técnica innovadora: Psych-k.

El dolor de espalda es contemplado desde un enfoque psicosomático por el Dr. Martínez Pintor, un eminente reumatólogo defensor de la hipnosis terapéutica.

Y el Dr. Díaz de Freijo, pluma invitada, escribe una aportación

interesantísima sobre la meditación Zen. No es el único artículo sobre meditación, técnica afín a la hipnosis, de este número; lean a Magali Vargas en su exposición sobre los usos de esta técnica en temas educativos. También recomendables dos artículos sobre el Sueño. No del sueño, sino de los sueños hechos realidad habla el escrito de Rodríguez del Valle, en su relación con el fortalecimiento del ego.

Metáforas a cargo de Marisa Ladiñán, el Hipnonauta de López Capdevila y nuestra sección de reseñas, enriquecen el índice de este ejemplar, sin olvidarnos de una traducción realizada en equipo de la Escala de Absorción de Tellegen, instrumento que conocen los expertos en hipnosis.

Seguimos recordándoles que pueden acceder fácilmente en www.hipnologica.com a los dos números anteriores de nuestra revista, y que pueden hacernos cuantas consultas gusten sobre la hipnosis en general o sobre la consciencia.

A partir de ahora, para dichas consultas pueden utilizar también nuestra línea telefónica, donde les suministraremos información de manera gratuita sobre consultas, formación y otros intereses que puedan tener en torno a la hipnosis clínica. Pueden marcar el 91 555 13 01 en horario comercial y les atenderemos gustosamente.

Gracias por su participación, cada vez más numerosa, según reflejan nuestras estadísticas.

Isidro Pérez Hidalgo
Director de Hipnológica

¿Cómo te sientes, cuando uno de tus sueños se hace realidad?

El Fortalecimiento Del Ego

Francisco Javier Rodríguez Del Valle

¿Puedes calcular la distancia a la que estás sentado de la puerta más próxima? ¿Y la distancia entre tus manos en este momento? ¿Y la procedencia del sonido que estás oyendo ahora? Puedes responder a todo esto porque dispones de los sentidos de la vista, el oído y el tacto para recabar información de la realidad que te rodea.

Obtener respuestas sensoriales de la realidad circundante y verificarlas, es un proceso denominado "comprobación de la realidad".

Pero nuestro cuerpo no sólo reacciona cuando es estimulado a través de nuestros sentidos, también lo hace con nuestros pensamientos.

Es más, con nuestros pensamientos, incluso podemos alterar o modular nuestro equilibrio neuroquímico. Deepak Chopra dice que nuestro diálogo interno puede cambiar la expresión de nuestro ADN.

Nosotros somos parte esencial de nuestra experiencia. Por ejemplo, si decido hacer algo (digamos, un viaje en barco), me enfrento a la situación (al barco, la gente que hay en él, el agua por la que navega), y reacciono ante ello, como sólo yo puedo reaccionar. Al final del trayecto, puedo pensar que el viaje ha sido una pesadilla; sin embargo, para otros individuos, compañeros de viaje, puede haber sido una de las experiencias más placenteras de sus vidas, algo que recordarán siempre con gran alegría.

Somos seres únicos e irrepetibles, por lo que cada uno tenemos la capacidad de experimentar la realidad de forma única.

Como señalaron Epícteto y Marco Aurelio, antiguos filósofos estoicos, nosotros, los seres humanos, sentimos fundamentalmente tal y como pensamos. No totalmente. Pero sí fundamentalmente.

Se han realizado estudios con TEP (Tomografía por Emisión de Positrones) que demuestran que en nuestro cerebro se activan los mismos circuitos neuronales, en las mismas zonas del encéfalo, cuando imaginamos intensamente algo concreto (p.ej. escribir nuestro nombre con un lápiz), que cuando lo realizamos en la realidad.

¿Quiere decir esto que podemos engañar a nuestro cerebro para sentir lo que nos proponemos? ¿Cómo reaccionas o qué acontecimientos fisiológicos provocan las fantasías sexuales en nuestro cuerpo? ¿Qué ocurre cuando de repente pienso en algo muy divertido, como el recuerdo de un chiste? Probablemente acabe riéndome, incluso si voy caminando por la calle. Pero en la realidad no hay nada ni nadie, es sólo un recuerdo. En este sentido también puede ocurrir lo contrario; pensar en algo triste y someter a nuestro cuerpo a un estado de llanto (de tristeza), o incluso de bajada (pérdida) de energía, que puede afectar involuntariamente a nuestro sistema inmunitario. Hay una rama de la ciencia, la Psiconeuroinmunología, que expone lo siguiente: el pensamiento y la palabra son una forma de energía vital que tienen la capacidad (y ha sido demostrado de forma sostenible) de interactuar con el organismo y producir cambios físicos muy profundos.

Hay estudios que hacen referencia a trastornos del ánimo, como la depresión o la ansiedad, que indican cambios en las ondas cerebrales, aunque la industria farmacéutica se beneficie y defienda cómo los trastornos son debidos a desequilibrios neuroquímicos, aún a pesar de que, a estas alturas, parece estar claro que la experiencia altera la química cerebral o incluso al propio cerebro.

¿Puede entonces influir la representación de nuestros pensamientos en la mejora de los trastornos psicológicos? ¿Se puede aprender a imaginar ciertas experiencias con la intención de mejorar nuestra salud? ¿Y qué entendemos por Imaginación?

Según la primera acepción de la Real Academia Española la **imaginación** (del **latín** imaginatio, -ōnis) es la "*facultad del alma que representa las imágenes de las cosas reales o ideales*". También se puede definir la imaginación como un proceso superior que permite al individuo manipular información generada intrínsecamente con el fin de crear una representación percibida por los sentidos de la mente. Intrínsecamente generada significa que la información se ha formado dentro del organismo en ausencia de estímulos del ambiente. En lo que respecta a sentidos de la mente, son los mecanismos que permiten "ver" un objeto que se había visualizado previamente, pero que ya no se encuentra presente en el ambiente. Cabe aclarar que cuando se imagina no se reduce sólo al sentido de la visión, sino también a otras áreas sensoriales.

Si ya sabemos que la interpretación que realizamos de los acontecimientos, a través de los sentidos y nuestros pensamientos, afectan a la biología de nuestro cuerpo, ¿se puede conseguir a través de la Hipnosis Clínica alterar la consciencia con la intención de ayudar a solucionar ciertos trastornos psicológicos?

Mediante las sugerencias hipnóticas se pueden incorporar experiencias visuales, olfativas, auditivas, gustativas y táctiles asociadas con algún proceso hipnótico, como por ejemplo relajarse en una playa. Un cliente atento, en trance, relajado y con un guión lleno de detalles

descriptivos, puede llegar a tener incluso la sensación de que está allí. Si, en ese momento del trance, se le pregunta al individuo, “¿dónde estás ahora?”, puede perfectamente responder, “en la playa”. No obstante, si le volvemos a preguntar, “no, de verdad ¿dónde estamos ahora?”, seguramente la respuesta será, “en su consulta”.

Las sugerencias con motivos placenteros (estar en una playa, pasándolo bien en una reunión familiar, trabajando felizmente, etc.) dejan huellas agradables en nuestra mente.

Es importante dejar claro que no todos los sujetos tienen la misma capacidad imaginativa, y que no necesariamente quien imagine más vívidamente durante el trance hipnótico se beneficiará más de las sugerencias terapéuticas. A veces, sólo con sentir las sensaciones que se quieren transmitir en los mensajes, puede ser suficiente para experimentar un cambio positivo en la persona.

Todos hemos oído alguna vez la frase “no ves más que lo que quieres ver”, lo que nos hace conscientes de que las personas pueden darse cuenta de lo que deciden darse cuenta. En consecuencia, también podemos no darnos cuenta de lo que decidamos que no interesa. Este fenómeno perceptivo se denomina “atención selectiva”, es decir, la capacidad de concentrarse en una parte de la experiencia mientras “se desconecta” del resto.

Como han manifestado muchos teóricos sociocognitivos, en hipnosis se estimula al cliente a esperar un cambio en su experiencia y a aceptar aquellas sugerencias que colmen sus expectativas. Muchos clientes buscan activamente la hipnosis como tratamiento porque tienen la expectativa de que la experiencia será poderosa, espectacular y efectiva. Idealmente, el modo de pensar del cliente debe ser consistente con los objetivos del tratamiento, y el clínico debe prestar gran atención a la creación de expectativas positivas para aumentar la capacidad de respuesta.

Existen cuestionarios y escalas estandarizadas que miden el perfil del individuo respecto a la capacidad de sugestión o imaginación (p.ej. la Escala de Imaginación Creativa de Barber & Wilson o el Perfil de Inducción Hipnótica de Spiegel y Spiegel), pero un indicativo de la habilidad general del paciente para la imaginación es su respuesta a las sugerencias, así como también su estilo de respuesta en cada una de las modalidades sensoriales. Esto puede ser de ayuda al terapeuta al decidir sobre los enfoques de inducción y las estrategias de tratamiento, aunque el uso de estas escalas suele relegarse a la investigación, ya que incluso los pacientes con muy poca capacidad sugestiva pueden beneficiarse de la hipnosis.

Si me encuentro en medio de una conversación cotidiana y pregunto seriamente a mi receptor, “¿Y cómo te sientes, cuando uno de tus sueños se hace

realidad?”, probablemente me diría que, en ese momento, no sienta nada, o que no entiende la pregunta, pero ¿qué ocurre si esta pregunta es realizada bajo un trance hipnótico a una persona que desea conseguir un objetivo?

Como sabemos, las sugerencias positivas que ayudan al paciente a descubrir qué puede hacer, son el principal objetivo del tratamiento. Las sugerencias negativas pueden ser efectivas si se utilizan con cuidado, pero la gran mayoría de las sugerencias que se utilizan son de naturaleza positiva, y se formulan en presente de indicativo y en los términos que el cliente esté experimentando.

En Hipnosis Clínica, existen unas técnicas para el “Fortalecimiento del Ego”, que están orientadas tanto a activar los recursos internos importantes del paciente como a descubrir y alcanzar objetivos realistas.

Según describieron Philips y Frederick en 1995, son tres los enfoques generales para el Fortalecimiento del Ego:

- 1- Sugestión directa facilitada por la heterohipnosis o la auto-hipnosis
- 2- Fortalecimiento del Ego proyectivo/evocativo
- 3- Enfoques Ericksonianos

1- Sugestión directa facilitada por la heterohipnosis o la auto-hipnosis

Este enfoque suele ser apropiado para aquellos pacientes que presenten una gran necesidad de estructura y que reaccionen bien ante las instrucciones y las direcciones. Phillips y Frederick afirman: “*la dirección y la sugestión directa pueden crear un espacio familiar para que estos pacientes comiencen su búsqueda del crecimiento y de la autonomía*”.

En estos procedimientos también se pueden emplear ciertos condicionamientos hipnóticos de tipo anclaje, como unir los dedos índice y pulgar, o cerrar el puño, para ayudar al paciente a manejar o encontrar su fuerza para combatir su problema de ansiedad, estrés, falta de confianza, depresión, etc.

También la revisión de los logros pasados puede ser un prefacio y preparación excelente para los futuros retos.

Un ejemplo de este recurso se puede exponer al sujeto en trance de la siguiente manera:

“...y toda la confianza que experimentaste aquel día.....la sientes ahora.....y podrás experimentarla cada vez que lo consideres oportuno y..... así continúa fortaleciéndose cada día.....y puedes anclar esos sentimientos de seguridad en ti mismo cerrando el puño de tu mano derecha...”

Se puede enseñar al paciente a que practique estas técnicas en casa, mediante una grabación, pero es importante animar al sujeto a prescindir de ella tan pronto como pueda, para que reconozca y tome conciencia de su autonomía a la hora de controlar su estrés.

La sugestión directa en el Fortalecimiento del Ego ha sido modificada añadiendo visualización e imaginación. Por ejemplo, puede ser útil para el paciente imaginar un basurero, donde vamos arrojando pensamientos ansiosos o problemas cotidianos.

2- Fortalecimiento del Ego Proyectivo/Evocativo

Estos métodos están diseñados para evocar material inconsciente relevante a los problemas del paciente y para activar los recursos internos relevantes. Este enfoque subraya que, aunque el pasado del paciente pueda contener problemas desconocidos, también dispone de recursos desconocidos.

Muchos de los enfoques para el Fortalecimiento del Ego contienen una directiva de orientación futura. Sin embargo, la técnica proyectiva/evocativa para el fortalecimiento del ego, que consiste en la progresión de edad, tiene sus raíces en el interés de Erickson por experimentar con la utilización de la percepción temporal durante el trance, para ayudar a los pacientes a descubrir y alcanzar objetivos realistas.

Erickson hacía que pacientes que se hallaban en un trance profundo visualizaran los pasos implicados en alcanzar sus metas en el interior de una serie de bolas de cristal imaginarias. Al parecer, este tipo de progresiones positivas son extremadamente valiosas para ayudar a los pacientes a contrarrestar algunos de los sentimientos de indefensión, pasados y presentes.

Estos enfoques, que vinculan los acontecimientos pasados con los presentes y con los futuros, algunas veces reciben la denominación de enfoques de "Línea del Tiempo".

En el libro "Hipnosis y Estrés", de Peter J. Hawkins, aparece un guión titulado "Fortalecimiento del Ego dirigido a objetivos":

"Imagina una línea que se prolonga desde el instante de tu nacimiento, o incluso antes que eso, hasta un momento futuro en el que completes tu vida física sobre esta tierra, del mismo modo que un río comienza su andadura en un manantial en lo alto de la montaña y concluye en un ancho delta fundiéndose con el mar...y colócate en algún lugar de esa línea del tiempo...un lugar en el que te encuentres en este momento de la vida. Ahora observa un espejo (imaginario) que se encuentra frente a ti...Imagínate cómo te gustaría ser, sintiéndote bien y feliz por ello. Observa el reflejo...más brillante, más claro, con más color y aproxímate a él, convirtiéndote en esa persona. Sabes que esto ya está sucediendo, incluso aunque no puedas apreciarlo plenamente aún"

3- Enfoques Ericksonianos

La metáfora no es hipnosis; está más cerca de la literatura que de la ciencia (grandes antepasados, líderes espirituales y filósofos, han empleado las

metáforas para conseguir propósitos específicos). Pero, aplicada bajo hipnosis, la metáfora produce un efecto terapéutico porque al paciente le llega una información importante a través de una historia, que el subconsciente se encarga de descodificar, de lo superficial a lo profundo.

Las metáforas y las historias pueden ser útiles para ayudar a la persona a desarrollar una mayor sensación de auto-estima y seguridad en sí mismo, comunicando esto a su mente inconsciente. Lankton y Lankton, en 1986, definieron una metáfora terapéutica como "*una historia con recursos dramáticos que capta la atención y proporciona un marco diferente a través del cual el cliente puede disfrutar de una experiencia novedosa*".

Aunque el material de las metáforas pueda seleccionarse de cualquier fuente, la metáfora debería relacionarse con la vida e intereses del paciente, por lo que el paciente debe informar al terapeuta sobre el tipo de metáfora que sea recomendable. Lo importante es el modo en que el terapeuta emplee creativamente imágenes y palabras que coincidan idóneamente con los intereses, experiencias y aspiraciones del paciente, así como con la sintomatología presentada. En ocasiones se puede recurrir a historias de la literatura (p.ej. El patito feo, Juan Salvador Gaviota, El Mago de Oz, etc.), que se relacionan con una transformación positiva y transmiten así una sensación de esperanza y optimismo.

Probablemente los sueños y las experiencias bajo hipnosis sean lo más parecido a vivir conscientemente, ya que nuestro cerebro puede interpretar estímulos y sensaciones como si fueran reales.

Existe en Hipnosis, dentro del enfoque Hipnoanalítico, una técnica muy conocida gracias a los medios de comunicación, llamada "Regresión". Hemos visto y conocido casos de personas que experimentan durante el trance las mismas sensaciones y sentimientos de un acontecimiento traumático ocurrido en el pasado.

Los profesionales que emplean la regresión en sus tratamientos, pueden buscar tanto una solución catártica al problema, como un fortalecimiento del Ego (Regresión Positiva) para la resolución de problemas, revisar experiencias positivas relacionadas con éxitos del pasado, etc.

Como señalamos de manera concisa al principio del texto, la realidad es la experiencia a través de nuestros sentidos, junto con la interpretación que realizamos de los acontecimientos. Los pensamientos, que inevitablemente afectan a la biología del individuo, son aspectos de la conciencia que, involuntariamente, pueden llegar a perjudicar a la persona hasta el límite de crearle un trastorno.

La psicología nos ofrece infinitud de estrategias para superar nuestras perturbaciones y, dentro de ese compendio de técnicas, está la Hipnosis Clínica, que en manos de un profesional clínico ofrece otras posibilidades para la mejora de los desórdenes psicológicos actuales de nuestra sociedad.

El empleo de enfoques para el “Fortalecimiento del Ego” con los pacientes, particularmente al comienzo de la terapia, y al comienzo y al final de cada sesión, suele ser muy beneficioso para casos de desesperanza, indefensión, falta de confianza, pérdida de control, estrés, etc. El bienestar positivo producido se relaciona directamente con los procesos biológicos relacionados con la salud y tal vez por eso, la hipnosis sea capaz de crear cambios fisiológicos en el cerebro y de reducir incluso la percepción del dolor.

Francisco Javier Rodríguez del Valle
Licenciado en Psicología Clínica



Francisco Javier Rodríguez del Valle

El Dolor de Espalda Bajo una Visión Psicósomática*

(Back Pain under a Psychosomatic Outlook)

Fernando Martínez Pintor, Nuria Durany Pich

Resumen

La valoración del dolor de espalda se realiza en la mayoría de las consultas bajo una visión puramente organicista, cuando el 85% de las lumbalgias son denominadas inespecíficas, es decir de causa desconocida y con presencia de co-morbilidades remarcables.

En esta revisión se plantea una visión más acorde con la realidad del paciente con raquialgia crónica, es decir considerando factores bio-psico-sociales en la génesis de su dolor, así como un enfoque multidisciplinario de su tratamiento

Palabras Clave: Dolor de espalda, Psicósomática, Lumbalgia crónica inespecífica, Cervicalgia.

Abstract

The assessment of back pain is conducted in the majority of the examinations under a purely organicist viewpoint, when 85% of lower back pains are not specifically named, that is, they are of unknown cause and with the presence of notable co-morbidities.

This review poses a viewpoint more in harmony with the reality of the patient with chronic rachialgia that is, considering bio-psycho-social factors in the genesis of the pain, as well as a multidisciplinary focus on the treatment.

Keywords: Back pain, Psychosomatic, non-specific chronic lumbago, cervical pain.

En un estudio realizado en el año 2004 para evaluar el dolor en Europa, se comprobó que el 19% de la población europea sufre algún tipo de dolor crónico no oncológico. En España este porcentaje se reduce al 11%, lo cual representa que aproximadamente 4,5 millones de españoles están afectados de algún tipo de dolor crónico.⁽¹⁾ Este mismo estudio indicaba que el 35% de los dolores eran músculo-esqueléticos y que concretamente el dolor de espalda representaba el 24%. Es decir, un importante número de personas en el continente europeo y en especial en España está afectado de dolor crónico de espalda.

Como siempre, la mujer sufre más de dolor crónico que el hombre, debido sin duda, entre otras razones, a un componente hormonal mediado por la testosterona y su efecto analgésico.⁽²⁾

En el mismo estudio resultó sorprendente observar que solo el 7% iba al especialista en dolor crónico, y que al 90% nunca se le había realizado una evaluación de su dolor mediante la escala analógica visual (EVA), si bien,

entre los que se les había realizado, el 33% cuantificó su dolor con una puntuación de 8-9. Con estos datos podemos colegir que hay un importante porcentaje de la población que sufre de dolor de espalda de intensidad moderada/severa, y que no está siendo evaluado y tratado de la mejor manera posible. Éste ha sido el motivo por el que nos decidimos a hacer esta revisión bajo un punto de vista interdisciplinario, no solamente invasivo y/o farmacológico como suele ser lo habitual.

Epidemiología del dolor de espalda.

La incidencia de la lumbalgia durante la vida en la población general es del 70 al 80% y la de la cervicalgia algo menor, entre el 40 y el 70%.⁽³⁾

Es la causa más frecuente de limitación de la actividad laboral en Estados Unidos y la segunda causa de consulta médica en Europa.⁽⁴⁾

Robert Maigne definió el dolor de espalda como la epidemia del siglo XX, y lo consideró un problema eminentemente de salud pública por el altísimo gasto que ocasiona, tanto por el absentismo laboral, como por el número de exploraciones que se solicitan y el número de consultas médicas.⁽⁵⁾

Factores de riesgo.

Podemos dividir los factores de riesgo en seis apartados:

- El primer punto sería el riesgo profesional, relacionado con la actividad laboral diaria de cada individuo; la forma en la que estamos sentados, cómo tenemos colocado el ordenador, la forma en la que reiteramos un tipo de ejercicio, por ejemplo, las peluqueras, operarios que trabajan con el martillo neumático, en cadenas de montaje. Todos estos profesionales que reiteran una actividad, sometiendo a su espalda a un sobre uso, es más que razonable que requieran de consejos ergonómicos para evitar cervicalgias o lumbalgias agudas de repetición.⁽⁶⁾
- Otro factor de riesgo indudablemente son las anomalías vertebrales, relacionadas con alteraciones genéticas o con el desarrollo en la infancia y adolescencia; por ejemplo las dorsalgias de las jovencitas, ya que al estar ligado el aumento en altura con el desarrollo de las mamas, las niñas pueden adoptar una postura de hipercifosis dorsal con hombros en anteversión que a largo plazo puede ser perjudicial, sobre todo si se llega a asociar con osteoporosis en la edad adulta.⁽⁷⁾ También, las lisis y listesis vertebrales, tan frecuentes en adolescentes, pueden a medio-largo plazo ser causa de dolores vertebrales.⁽⁸⁾
- Una actividad deportiva en edades tempranas, si no está bien dirigida ni controlada, puede acabar produciendo alteraciones vertebrales que no están exentas de riesgo para la presencia de dolores de espalda.⁽⁹⁾

- El sedentarismo, las horas que pasamos sentados en nuestros despachos; estamos hechos para caminar, todo nuestro organismo se beneficia del ejercicio físico, los cardiólogos, digestólogos, psiquiatras, reumatólogos, etc., todos los especialistas, aconsejamos 30 minutos de actividad física, cinco días a la semana como mínimo.⁽¹⁰⁾
- Citaremos también al paciente fumador, la época del embarazo o la osteoporosis, pues son indudablemente unos factores de riesgo importantes.⁽¹¹⁾
- Y como no podía ser de otra manera, también hablaremos del estrés como factor de riesgo, como a lo largo de este capítulo vamos a ir viendo.⁽¹²⁾

Cronificación.

El 70% de los pacientes con dolor de espalda se recuperan antes de tres semanas y el 90% antes de los dos meses; el dolor de espalda, pues, en principio no debería ser un tema tan importante, por cuanto, si sabemos que en dos meses estará recuperado el 90%, sería lógico pensar que el 10% restante debería irse recuperando poco a poco.⁽¹³⁾

La realidad es bien diferente, el 10% de los dolores de espalda se cronifican,⁽¹⁴⁾ y las causas de estas cronificaciones no son las alteraciones vertebrales o las lesiones orgánicas objetivables, sino factores psicosociales asociados a los miedos y creencias tanto de pacientes como de algunos médicos, como ya puso de manifiesto Roig Escofet en 1978.⁽¹⁵⁾

Como podemos ver en la tabla adjunta de la Sociedad Francesa de Reumatología, los factores de cronificación están más en la línea de factores bio-psicosociales que de lesiones orgánicas *stricto sensu*.⁽¹⁶⁾

Factores de Cronificación de las Lumbalgias

1. Factores profesionales:

- Inadaptación psíquica
- Insatisfacción

2. Factores socio-económicos:

- Bajo nivel de educación
- Bajo nivel de recursos

3. Factores médico-legales:

- Accidente de trabajo
- Litigio

4. Factores psicológicos:

- Fondo depresivo
- Sensación de "estar siempre enfermo"

Causas del dolor de espalda.

Las causas del dolor de espalda están perfectamente tipificadas desde el año 1995. En un artículo que

publicamos en el año 1994 hablamos de la disociación que encontramos en la consulta diaria entre la radiología y la clínica⁽¹⁷⁾. Es decir, pacientes que presentaban una radiología con la que era previsible que tuvieran un dolor importante bien a nivel cervical, bien a nivel lumbar, estaban completamente asintomáticos. Por el contrario, pacientes que tenían y que tienen una radiología prácticamente anodina, que no muestra más que factores de envejecimiento, degeneración de cartilago, degeneración discal, etc. presentaban un dolor importante, incluso con incapacidad para la movilización. Pues bien, en 1995 la asociación internacional para el estudio del dolor bajo la presidencia de W. Fordyce, clarificó las causas de la lumbalgia.⁽¹⁸⁾

Un 15% de los dolores de espalda estaría representado por:

- Infecciones de la columna.
- Tumores, sean primarios o metastásicos.
- Osteoporosis trabecular, con las micro fracturas que ocurren en este tipo de paciente.
- La espondilitis anquilopoyética y cuadros semejantes, es decir las enfermedades reumáticas inflamatorias con afectación predominante de las sacroilíacas.
- La hernia discal.
- Las inestabilidades lumbares. Cuando el paciente realiza movimientos de flexión y extensión, la vértebra permanece en un estado de inestabilidad.
- Las estenosis de canal lumbar.
- Las espondilolistesis.

Queda pues perfectamente establecido que el 15% de los dolores de espalda está producido por estas enfermedades que acabamos de citar, pero el 85 % restante de los dolores lumbares son de causa desconocida. Es la Lumbalgia Crónica Inespecífica, podríamos decir incluso que es un Síntoma Medicamente Inexplicable, o en terminología de Pascal Cathebras podríamos decir que es un síndrome somato-funcional con unas comorbilidades psicológicas importantes.⁽¹⁹⁾

¿Por qué duele la espalda?

Los nociceptores en la espalda están distribuidos a lo largo de los diferentes ligamentos y del anillo del disco intervertebral; no existen nociceptores a nivel de los cartilagos, pero sí existen a nivel del periostio y naturalmente en la sinovial de las articulaciones interapofisarias.⁽²⁰⁾

La patología articular, el llamado síndrome facetario, artrosis de las articulaciones interapofisarias, es una patología mecánica. El paciente nota dolor cuando está muchas horas de pie o cuando realiza algún tipo de postura o gesto que fuerce o reitere un determinado

movimiento. Los trabajadores manuales tienen un especial riesgo para este tipo de artrosis y de dolor facetario. Se relaciona con las alteraciones ergonómicas que antes mencionábamos.

El disco intervertebral está formado por un anillo fibroso y por un núcleo pulposo con un cartílago hialino que separa las vértebras adyacentes del disco. Con los años, este cartílago hialino se va degenerando y se va destruyendo. Pero se ha observado que en el proceso de degeneración discal no solo intervienen factores mecánicos sino también inflamatorios, participando activamente en estos procesos el condrocito, sensible a ambos procesos. A nivel del ligamento vertebral común posterior se ha aislado la sustancia P⁽²¹⁾, mediador de la inflamación, así como también prostaglandinas a nivel del disco intervertebral, lo que confirma la discopatía inflamatoria que se presenta en muchos discos degenerados⁽²²⁾.

Llamamos hernia discal al proceso que se produce cuando un disco intervertebral abandona su lugar natural e invade el espacio epidural.

Decir hernia discal, no es sinónimo de dolor de espalda, ya que hay un 40% de la población asintomática que es portadora de hernias discales a lo largo de su columna,⁽²³⁾ pudiendo incluso desaparecer, tanto las sintomáticas como las asintomáticas, mediante un proceso de autoinmunidad, con neovascularización y depósitos de inmunoglobulinas a nivel discal.⁽²⁴⁾ Los motivos por los que estos procesos se producen en un tipo de enfermos o personas y no en otros son actualmente desconocidos, pero probablemente exista una explicación psicoimmunológica.

Existen dos procesos a nivel de la musculatura que se complementan y se suceden en el tiempo, y que justifican lo que la mayoría de médicos encontramos al explorar una espalda, sea del nivel que sea, y son las contracturas musculares, las bandas tensas que se extienden a lo largo de la musculatura.

En una primera fase ocurre una hipersensibilización por desuso. Walter Cannon, en 1935, en su libro *El estrés de la vida*, atribuyó al nervio eferente un efecto regulador y trófico sobre el territorio que inerva⁽²⁵⁾. Si este nervio, por la razón que sea, sufre una alteración, aunque no sea medible en el EMG, se producirá una disfunción de la zona, no sólo del nervio motor sino también del nervio sensitivo, así como del sistema nervioso autónomo, con las consecuencias lógicas a nivel de la musculatura correspondiente a ese territorio y los trastornos tróficos cutáneos asociados⁽²⁶⁾.

Cualquier situación que impida la llegada de impulsos motores, por un lapso de tiempo determinado, puede originar una hipersensibilidad por desuso del órgano efector, lo cual producirá que las estructuras privadas de la llegada de impulsos mecánicos reaccionen de manera inadecuada ante la presencia de cualquier estímulo, no sólo químico sino también físico, como estiramientos o cualquier otra causa, desencadenando un comportamiento hiperalérgico.

Una vez que la zona está "sensibilizada" por la distrofia local, cualquier estímulo que se produzca, sea mecánico, químico o físico, al ascender por los haces espino-talámico y espino-reticular, no encuentra inhibición por

el proceso de sensibilización central secundario; es decir, el haz bulbo espinal se encuentra afectado, con lo cual el paciente percibe un dolor de la zona distrófica que no es inhibido por el haz bulbo espinal, con las consecuencias de hiperalgesia y alodinia de todos conocidas en los pacientes con dolor de espalda, sea cervical o lumbar⁽²⁷⁾. Téngase en cuenta que hoy se considera el síndrome miofascial del músculo trapecio como un síndrome de sensibilización central, lo mismo que la fibromialgia, el síndrome de intestino irritable, las endometriosis, etc.⁽²⁸⁾. No son de extrañar tampoco los resultados del reciente trabajo realizado en la clínica Mayo, donde expertos reumatólogos, rehabilitadores e internistas no supieron diferenciar los *trigger points* del síndrome miofascial, de los *tender points* de la fibromialgia.⁽²⁹⁾

Las causas que pueden producir estas lesiones del nervio eferente y del haz bulbo-espinal no están todavía claras, si bien el estrés parece la causa unánimemente aceptada, por el efecto del cortisol sobre el SNC.

Una última fase estaría representada por un proceso de plasticidad neuronal a nivel de hipocampo, córtex somatosensorial y córtex prefrontal, con producción eventual al final de una proteína, lo que conllevaría que el proceso de memorización del dolor se viera completado.⁽³⁰⁾

Clínica.

A finales de los años 80 se estableció el concepto de síndrome doloroso crónico (SDC) por F. Bourreau, que es el que acerca más a la realidad del paciente con dolor de espalda.⁽³¹⁾

Llamamos SDC al conjunto de manifestaciones físicas, psicológicas, comportamentales y sociales, que tienden a hacer considerar el dolor persistente, independientemente de la etiología de inicio, como una enfermedad en sí mismo.

En la clínica, la sintomatología del dolor de espalda es de todos conocida: será un dolor a nivel cervical, dorsal, lumbar o de sacroilíacas, y el dolor podrá ser de características mecánicas o de características inflamatorias. El dolor de características mecánicas es, por ejemplo, el del síndrome facetario que hemos nombrado antes; es un dolor que aumenta o disminuye con el ejercicio, que nunca despierta de noche y se exagera en bipedestación. Se diferencia muy bien del dolor inflamatorio que despierta de noche, que obliga a levantarse a las cuatro o cinco de la mañana y a tomar una aspirina o un analgésico.

Una vez que el paciente sufre un dolor crónico de espalda, presenta asociadas otra serie de alteraciones, concretamente depresión en el 50% de los casos, y ansiedad, entre el 25 y 65% de los pacientes.⁽³²⁾

El paciente con dolor de espalda realiza asimismo consultas frecuentes a diferentes especialistas, buscando una ayuda o una prueba que todavía no le hayan hecho. El paciente adopta un rol de enfermo por una alteración en la percepción y en la cognición de su enfermedad, que le lleva a una conducta que quizás no se corresponda con el nivel de dolor, o desde luego con las alteraciones orgánicas que presenta⁽³³⁾.

Esta conducta de enfermo desencadena una amplificación de la sintomatología, descrita ya en 1992

por Barsky⁽³⁴⁾ como amplificación somática, y que se caracteriza por una hipervigilancia dolorosa; el paciente está muy pendiente de las alteraciones, grandes o pequeñas, que presenta en cada momento, con un catastrofismo basado en una ideación negativa excluyente y una percepción de sus procesos fisiológicos, como patológicos.

Esta actitud de enfermo le lleva a un estado de inmovilización, bien por miedo al dolor, bien secundario al trastorno del estado de ánimo que presenta, que le aboca a un síndrome de no utilización adquirido, descrito por Mayer en la Universidad de Texas en 1999⁽³⁵⁾, propio de los pacientes con dolor crónico que van disminuyendo su actividad hasta extremos exagerados, por una cinesiofobia manifiesta.

El paciente con dolor de espalda presenta trastornos en el inicio o mantenimiento del sueño, con ausencia o disminución de la fase de sueño REM, con la ausencia de la parálisis motora característica de esta fase y, en consecuencia, la dificultad en la relajación muscular. Asimismo, en el 15% de los casos, presenta parasomnias en la fase de sueño ligero, del tipo de bruxismo, que se relacionan con el estrés diario.⁽³⁶⁾

Los trastornos cognitivos son frecuentes y están relacionados, tanto con la falta de sueño REM, como con las hormonas del estrés, en particular con el cortisol, que, al atravesar la barrera hemato-encefálica, produce a nivel del córtex prefrontal y del hipocampo una reducción de su actividad, con la consiguiente repercusión a nivel del sistema de memoria del lóbulo temporal medial.

Otra asociación frecuente para el dolor de espalda es el síndrome de hiperlaxitud articular, también llamado de hipermovilidad articular. Se define como aquella situación en la que el hallazgo aislado de la laxitud articular generalizada va asociado con manifestaciones dolorosas músculo esqueléticas. Afecta al 15% de la población.⁽³⁷⁾

Guillem Pailhez, del Hospital del Mar de Barcelona, asocia frecuentemente el síndrome de hiperlaxitud articular con agorafobia y trastornos del pánico, y llega incluso a hablar de que podrían tener un origen genético común.⁽³⁸⁾

Conclusión.

En esta breve revisión que hemos hecho de los factores de riesgo, de las causas de cronificación, de las causas conocidas de dolor de espalda, etc., vemos que la presencia de síntomas médicamente inexplicables y la presencia de alteraciones atribuibles a causas neuro-endocrinas relacionadas con las hormonas del estrés, es realmente importante. Sin embargo, cuando nos aproximamos a los tratamientos que se realizan a los pacientes con dolor de espalda, vemos que en la mayoría de los casos se reducen a unos fármacos, analgésicos, miorrelajantes, a algún tipo de onda en sesiones de rehabilitación multitudinarias o a técnicas invasivas, bien en forma de bloqueos, bien en forma de tratamiento quirúrgico, con modestos resultados en la mayoría de los casos.

Considerar el dolor de espalda hoy solamente desde un punto de vista organicista o somático, es un error grave. Sólo con un enfoque multidisciplinario, en el que se

consideren factores ergonómicos, sociales, psicológicos, biográficos, estresantes, etc., se pueden obtener buenos resultados.

Así por ejemplo, los tratamientos *mind-body*,⁽³⁹⁾ basados en psicoterapia conductual, o de inspiración psicoanalítica, psicoterapias breves, técnicas de relajación, sea Schultz, sea Jacobson, sea sofrología o incluso hipnosis, las técnicas de Bio-feedback, basadas en enseñar al paciente a controlar su propia tensión muscular, están obteniendo los mejores resultados, equiparables a cualquier tratamiento farmacológico o invasivo.

Tratamientos de "*mediation corporelle o artistique*"⁽⁴⁰⁾, arteterapia, danza, musicoterapia, hidroterapia, masoterapia, técnicas cráneo-sacrales, etc., también se han de utilizar como tratamientos coadyuvantes, dentro de un programa global bio-psico-social, con el fin de mejorar el pronóstico del complejo problema que es el dolor crónico de espalda.

Fernando Martínez Pintor y Nuria Durany Pich

Universitat Internacional de Catalunya
Departamento de Neurociencias y Psicósomática
Facultat de Medicina
Instituto de Reumatología Barcelona

*Publicado previamente en los Cuadernos de Medicina Psicósomática y Psiquiatría de Enlace 93/94:9-15 (2010)

Referencias

- ¹ Breivik H. Evaluación del dolor crónico en Europa- Paieurope 2004, 1: 4-5.
- ² Aloisi AM. Gonadal hormones and sex differences in pain reactivity. Clin J. Pain 2003; 19: 168-74.
- ³ Nachenson AL, Waddel G. Epidemiology of neck and low back pain.- Neck and Back pain: The scientific evidence of causes, diagnosis and treatment. Philadelphia, Lippincott Williams and Wilkins, 2000, pp. 165-187.
- ⁴ Rozemberg S. La douleur lombaire.- ISBN: 2-910844-09-9. pag. 8-9, 2001.
- ⁵ Maigne JJ. El dolor de espalda. ISBN: 84-8019-194-5. Editorial Paidotribo, pag. 1-5. 1995.
- ⁶ INSERM. Expertise collective Rachialgies en milieu professionnel; quelles voies de prévention? Paris : INSERM 1995.
- ⁷ Valat JP. Epidémiologie des lombalgies. Rev Rhum. 1998, 65, 172s-174s.
- ⁸ Andersson GBJ. The epidemiology of spinal disorders; Frymoyer JW, ed The adult spine: principles and practice, 2nd ed. Philadelphia: Lippinort-Raven-1997; 93-141.

- ⁹ Andersson GBJ. Epidemiological features of chronic low back pain. *Lancet* 1999, 354, 581-585.
- ¹⁰ Idem 9.
- ¹¹ Valat JP. Epidémiologie des lombalgies. *Rev Rhum.* 1998, 65, 172s-174s.
- ¹² Bland JM. Disorders of the cervical spine. Diagnosis and medical management. Philadelphia Saunders. 1994
- ¹³ Société Française de Rhumatologie, section rachis. Identification des facteurs de risque de la lombalgie. *Reu Rhum* 1998 ; 65, 3 bis : 15-925.
- ¹⁴ Roig Escofet D. Reumatología en la consulta diaria. ISBN: 84-7179-174-9. Ed. Espaxs, S.A., 1987. Pág. 182
- ¹⁵ Roig Escofet D. Reumatología en la consulta diaria. ISBN: 84-7179-174-9. Ed. Espaxs, S.A., 1987. Pág. 182
- ¹⁶ Société Française de Rhumatologie, section rachis. Identification des facteurs de risque de la lombalgie. *Reu Rhum* 1998 ; 65, 3 bis : 15-925.
- ¹⁷ Martínez-Pintor F, Durany N. Fibromialgia, dolor de espalda: dos maneras de expresar el estrés y el sufrimiento. ISBN: 13: 978-84-936160-1-4. Cultiva Comunicación, S.L. 2008.
- ¹⁸ Sociedad Internacional para el estudio del dolor Fordyce WE. Back pain in the workplace: management of disability in non-specific conditions. IASP Press, Seattle, pp 1-75.
- ¹⁹ Cathebras P. Troubles fonctionnels et somatisation. ISBN: 978-2-294-01652-3. Ed. Masson S.A.S. Issy-les-Moulineaux, 2006.
- ²⁰ Wyke B. The neurological basis of thoracic spine pain. *Rheumatol Phys Med.* 10 (7) 356-357, 1970
- ²¹ Liesi P, Gronblad M, Korkala O, et al.: Substance P: A neuropeptide in low back pain. *Lancet* Jun 1328-1329, 1983.
- ²² Kang JD, Stefanovic-Racic M. Toward a biochemical understanding of human intervertebral disc degeneration and herniation contributions of nitric oxide, interleukins, prostaglandins and matrix metalloproteinases. *Spine* 1997; 22: 1065-73.
- ²³ Fraser RD, Bleasel J, Moskowitz RW. Spinal degeneration: pathogenesis and medical management. En: Frimoyer JW (ed). *The adult spine, principles and practice* (2nd ed). Philadelphia: Lippincott-Raven, 1997, 735-60.
- ²⁴ Haro H, Crawford HC, Fingleton B, Matrix metalloproteinase-3-dependent generation of macrophage chemoattractant in a model of herniated disc resorption. *J Clin Invest* 2000; 105: 133-41.
- ²⁵ Cannon W. The super sensitivity of denervated structures, a law of denervation. New York: Mcmillan, 1949.
- ²⁶ Sharpless SK. Supersensitivity like phenomena in the central nervous system. *Fed Proc* 1975; 34:1990-97.
- ²⁷ Chan Gunn C. Síndromes de dolor mioaponeurótico neuropático. *Terapéutica del dolor*. Bonica. ISBN 970-10-3666-2. pag 628-32. 2001
- ²⁸ Yunus. MB. The concept of central sensitivity syndromes. En: *Fibromyalgia and other central pain syndromes*. DJ Wallace and DJ Claw eds. 2005. Lippincott Williams and Wilkins. Pp 29-44.
- ²⁹ Letchumann R, Gay R, Shelerud R, VanOstrand L. Are tender points associated with cervical radiculopathy? *Arch Phys Med Rehabil*; 86: 1333-37. 2005
- ³⁰ Kandel ER, En busca de la memoria. ISBN: 978-84-935432-8-0. pag 155-62. 2007
- ³¹ Bourreau F. *Contrôlez votre douleur*. Éditions Payot&Rivages. 2004. Paris.
- ³² Lipowski ZJ. Somatization and depression. *Psychosomatics*; 31: 31-21, 1990
- ³³ Allaz AF. *Le messenger boíteux*. ISBN: 978-2-88049-181-9. pag. 37-39
- ³⁴ Barsky A. Amplification, somatization and the somatoform disorders. *Psychosomatics* 33; 28-34. 1992
- ³⁵ Neblett R, Mayer T, Gatchel R. Theory and Rationale for surface EMG-assisted stretching as an adjunct to chronic musculoskeletal pain rehabilitation. *Applied Psychophysiology and Biofeedback*; 28-2: 139-146. 2003.
- ³⁶ Vallejo Ruiloba J. *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*. ISBN: 84-458-0620-3. pag 267-69, 2000.
- ³⁷ Sociedad Española de Reumatología. *Manual SER de las enfermedades reumáticas*. Editorial Médica Panamericana, S.A. ISBN: 84-7903-570-6.
- ³⁸ Bulbena A, Agullo A, Pailhez G, Martín-Santos R, Porta M, Guitart J, Gago J. Is joint hypermobility related

to anxiety in a nonclinical population also?
Psychosomatics; 2004; 45, n°5, pp. 432-437

³⁹ Barrows KA, Jacobs BP. Mind-body medicine. An introduction and review of the literature. Med Clin of North Am.86

⁴⁰ Ferragut E. Médiations corporelles dans la pratique des soins. ISBN: 978-2-294-70449-9. Elsevier Masson SAS. 2008. 2002. vol 86-1; 11-31.



Psych-K: Técnica Rápida y Efectiva para el Cambio de Creencias

Matilde Santos Leal

“Tanto si piensas que puedes como si piensas que no puedes, tienes razón”
(Henry Ford)

Cada día, con nuestros propios pensamientos, creamos nuestra realidad. Cuando una persona tiene dificultades para conseguir un objetivo en su vida, en la mayoría de los casos tiene que ver con que sus propios pensamientos se lo están boicoteando. Nuestros pensamientos y nuestras creencias inconscientes nos ayudan en unos casos y nos impiden en otros, conseguir nuestros objetivos. Todo lo que pensamos y creemos sobre nosotros mismos y sobre el mundo que nos rodea, condiciona nuestra vida cada día. Y nuestros pensamientos y creencias, muchas veces inconscientes, son el resultado del aprendizaje de toda nuestra vida. Cada día, todo lo que nos ocurre y nuestra forma de reaccionar ante ello, es decir, nuestra experiencia, va programando nuestra forma de pensar y nuestras creencias. Esto representa una poderosa influencia en nuestro comportamiento, puesto que éste proviene de la idea que tenemos tanto sobre el mundo que nos rodea como sobre nosotros mismos.

Algunos estudios indican que el 95% de nuestro procesamiento mental es inconsciente. El subconsciente es el almacén de nuestras actitudes, creencias y valores, y condiciona toda nuestra vida: el tipo de personas que elegimos para relacionarnos, el tipo de trabajo que tenemos, si somos optimistas o pesimistas, si reprimimos o no nuestros sentimientos, la forma de relacionarnos con los demás... Nuestras creencias son los cimientos de nuestra personalidad y tienen consecuencias de largo alcance en nuestra vida, tanto positivas como negativas. Afectan a nuestro humor, a nuestras relaciones, a nuestra efectividad laboral, a nuestra salud.

Es muy importante saber cómo cambiar aquellas creencias que nos limitan por otras que nos ayuden a tener una vida plena, puesto que nuestras creencias establecen los límites de lo que podemos alcanzar.

Normalmente la vida se encarga de recordarnos cuándo es el momento de cambiar algún aspecto de nuestra realidad. Aunque desafortunadamente la forma de recordárnoslo y de llamar nuestra atención es habitualmente mediante situaciones traumáticas o dolorosas. Y en algunas ocasiones no encontramos fácilmente la forma de cambiar, o la dirección en que debemos de cambiar, y esto es lo que nos lleva a tener problemas emocionales y psicológicos.

La manera más rápida y efectiva de cambiar los comportamientos que nos son contraproducentes es cambiando las creencias que los apoyan.

¿Qué es Psych-K?

Psych-K es un conjunto de procedimientos sencillos y bien estructurados, que combinan una serie de técnicas diversas, que facilitan la identificación y el cambio de nuestras creencias inconscientes autolimitantes por otras que nos apoyan y nos ayudan a conseguir nuestros objetivos. Va más allá de las afirmaciones, de la voluntad y del pensamiento positivo. Es una forma fácil de reescribir el software de nuestra mente. Una forma simple y directa de cambiar nuestras creencias autolimitantes a nivel subconsciente que es donde se originan casi todos los comportamientos humanos, tanto constructivos como destructivos.

Psych-K utiliza por una parte técnicas de kinesiología para comunicarse con el subconsciente y averiguar cuáles son las creencias limitantes de la persona, y por otra parte movimientos y posturas corporales que favorecen el funcionamiento de ambos hemisferios cerebrales de forma equilibrada. Todo ello facilita que se produzcan cambios en las creencias, sensaciones y sentimientos de la persona de forma rápida, efectiva y permanente.

Psych-K es un conjunto de procedimientos desarrollados por Robert M. Williams en 1988 a partir de diversas disciplinas como Hipnosis, PNL, Kinesiología y Digitopuntura. Se basa en años de investigación en relación con el cerebro dividido (Brain Dominance Theory).

La Conexión Mente-Cuerpo: El Test Muscular

El test muscular es una herramienta básica de Psych-K.

El subconsciente controla el sistema nervioso autónomo y es el responsable de nuestras funciones automáticas físicas y neurológicas. Dirige las funciones motoras del cuerpo, es decir, controla los movimientos musculares y nos provee de una vía de comunicación llamada “test muscular”. El test muscular se utiliza para detectar acuerdo o desacuerdo de la persona con frases previamente elaboradas. La fuerza de la señal eléctrica del cerebro determina la fuerza de la respuesta muscular, y esta respuesta muscular nos indica si la persona cree o no cree profundamente lo que está diciendo o pensando.

Los resultados de varios estudios sugieren que el test muscular responde a la congruencia de frases autoreferenciales, es decir, nos indica si nuestro subconsciente está de acuerdo o no con lo que pensamos o decimos.

La Conexión Interhemisférica

“Para curarnos a nosotros mismos o ayudar a otros a curarse necesitamos reconectar la magia con la ciencia, nuestros cerebros derecho e izquierdo” Carl A. Hammerschlag (psiquiatra), “The Dancing Healers”, 1988.

Cuando nacemos tenemos la capacidad para funcionar simultáneamente con ambos hemisferios cerebrales. Sin embargo las experiencias de la vida desencadenan una dominancia de un lado sobre el otro cuando respondemos a situaciones específicas. Esto implica que ante dichas situaciones no disponemos de todos los recursos mentales de los que podríamos disponer si nuestros dos hemisferios cerebrales funcionaran simultáneamente y en plenitud. Cuando ambos hemisferios cerebrales están activados simultáneamente, las cualidades y características de ambos hemisferios están disponibles para maximizar el potencial de nuestras respuestas ante las diversas situaciones de nuestra vida. Sin embargo, cuando experimentamos situaciones de estrés perdemos el 75 % de la información y de los recursos mentales porque perdemos el 75 % de la conexión interhemisférica.

El objetivo de Psych-K es aumentar la comunicación entre los dos hemisferios cerebrales y el funcionamiento lo más pleno posible de ambos hemisferios, lo cual facilita el cambio de nuestras creencias subconscientes de forma rápida, efectiva y permanente.

Ernest L. Rossi expresó la importancia de aprender a crear una identificación equilibrada con ambos hemisferios cerebrales.

Equilibrado Interhemisférico

Psych-K nos ayuda a comunicarnos con nuestro subconsciente y a que, mediante estados de cerebro completo, cambiemos las creencias limitantes por otras que nos ayuden a lograr nuestros objetivos en cuestión de minutos.

Los procesos Psych-K son como el teclado para acceder a nuestro cerebro. Aumentando la comunicación entre los dos hemisferios cerebrales alcanzamos un estado de cerebro completo que es óptimo para cambiar nuestras creencias subconscientes.

El estado de cerebro completo es muy apropiado para reprogramar nuestra mente con nuevas creencias, reduciendo el estrés y ayudándonos a acceder al máximo potencial de respuesta para superar los retos que nos plantea la vida cada día.

Los procesos de equilibrado de Psych-k eliminan cualquier resistencia subconsciente que nos estuviera impidiendo lograr nuestros objetivos para que el esfuerzo que pongamos para conseguirlos produzca los resultados óptimos.

Dónde encontrar más información:

-<http://www.youtube.com/watch?v=hLZ7GqWpEqM>
(ver vídeos 1 a 7)

-<http://www.youtube.com/watch?v=IUH7qLxj3Sg>
(ver vídeos 1 a 8)

-<http://www.psych-k.com> - Libro de Robert Williams
"The missing piece peace in your life"

- <http://www.psych-k.com/pages/psych-k-book.php>

Matilde Santos Leal
Psicóloga Clínica
Col. CA00525

∞

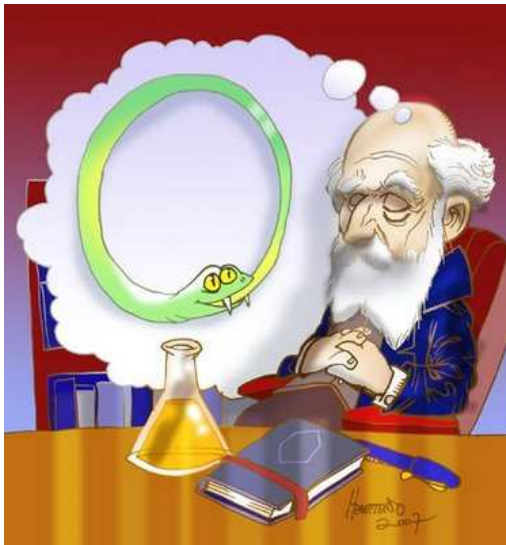
El Sueño y el Proceso Creativo*

Jorge Cuadros

“Brevemente, los sueños y las ensoñaciones se vuelven un estadio interno para la integración de eventos pasados con experiencias novedosas actuales, para simular y repetir creativamente el presente, como un ensayo para un comportamiento adaptativo futuro”

Ernest L. Rossi

El sueño y las ensoñaciones han sido objeto de estudio desde diversos puntos de vista. Es de todos conocido cómo, a lo largo de la historia, “los sueños” han jugado un papel importante en la mitología, el arte y las ciencias. Sólo recordar, por ejemplo, la leyenda del famoso sueño de Kekulé, el químico alemán que, intentando entender la estructura de la molécula del benceno, se quedó dormido y soñó con un Uróboro, la serpiente mitológica que se muerde la cola, formando un círculo, símbolo de la unidad y del infinito. Kekulé, durante un sueño creativo, había resuelto el problema, descubriendo la estructura circular de los compuestos aromáticos.



Mucho antes, ya en la antigua Grecia, un *asklepeion*, templo dedicado al dios Asclepio, se utilizaba como centro de sanación, donde las personas eran introducidas en un *enkoimeterion*, un pórtico de incubación, para soñar.

Hypnos, el dios del sueño, adormecía al paciente, y con la ayuda de Morfeo, el dios de las ensoñaciones, Asclepio mostraba mediante los sueños el camino hacia la curación, que era debidamente interpretado por los sacerdotes luego de que el paciente despertara.

En relación con los recuerdos y el establecimiento de la memoria, actualmente sabemos que la memoria no se almacena como una grabación de vídeo, sino que registramos trazas de los eventos vividos, de tal manera que cada vez que evocamos un recuerdo, lo reconstruimos. De esa manera, cada vez que recordamos, actualizamos el recuerdo, y no en base a las trazas del recuerdo original, sino a las de la última vez que evocamos ese recuerdo. El recuerdo es siempre nuevo.

Por otra parte, la utilización del Proceso Creativo ya se intuye en el trabajo de M.H. Erickson. En su enfoque “naturalista”, Erickson solía utilizar sesiones de 90-120 minutos, mucho más largas de las que se usaban entonces y ahora en la psicoterapia. Y cuando Ernest Rossi le preguntaba por qué utilizaba esas sesiones tan largas, Erickson simplemente respondía que era así como funcionaba.

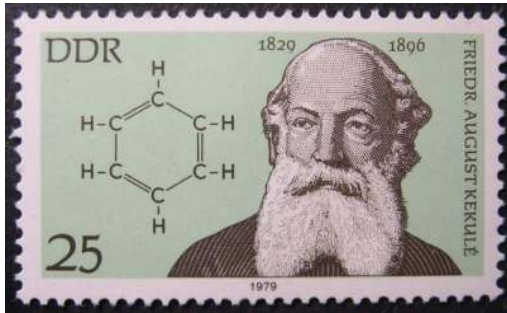
Ernest Rossi fue el que propuso que se podía utilizar el Proceso Creativo para la resolución de problemas, dividiéndolo en 4 estadios, que se podían acoplar a los ritmos ultradianos de 90-120 minutos que caracterizan el ciclo de actividad-descanso de Nathaniel Kleitman. De esa manera, en una sesión de hipnosis terapéutica de 90-120 minutos se podía abarcar ese ciclo de actividad-descanso, resultado de lo cual podría completarse el Proceso Creativo, después de ocurrir alrededor de la mitad del ciclo, entre los estadios 2 y 3, ese instante creativo que conocemos como “iluminación” o “eureka” en las artes y las ciencias.

Volviendo a las ensoñaciones, cada ciclo del sueño, que también dura alrededor de 90 minutos, se compone de una fase de sueño lento, donde ocurriría fundamentalmente el fortalecimiento de las conexiones neuronales, y una fase de sueño REM, donde ocurriría una reorganización de las conexiones neuronales y la mayor parte de las ensoñaciones.

Entonces, sabemos que para el almacenamiento a largo plazo de la memoria se requiere de la síntesis proteica y la formación de nuevas conexiones neuronales, lo que conocemos como “plasticidad cerebral”, y gracias a los estudios sobre el sueño del brasileño Sidarta Ribeiro conocemos cómo los eventos novedosos e importantes que ocurren durante el día, en vigilia, provocan la expresión de genes relacionados con la plasticidad cerebral mientras dormimos (como el Zif-268), de tal manera que se consolidan los aprendizajes. Y esto ocurre sólo si ha habido esos eventos novedosos e importantes durante el día. De lo contrario, la expresión de Zif-268 no ocurre durante el sueño.

Por todo esto, Ribeiro propuso una “teoría constructiva” sobre el sueño. Ya que los recuerdos no son réplicas exactas del pasado, y debido a que recuerdos exactos del

pasado no serían una buena estrategia para un comportamiento adaptativo futuro, Ribeiro propone que los registros del pasado, siempre actualizados, pueden ser reorganizados durante el sueño en un nuevo escenario donde se podría “ensayar” conductas adaptativas futuras, que luego se probarían en el mundo real, una vez despiertos.



En la hipnosis terapéutica, clásicamente, se ha utilizado la función de la memoria de almacén y mantenimiento de los registros del pasado, para la revivificación de hechos y el posterior reencuadre de las conductas patológicas.

Mediante el Proceso Creativo de 4 Estadios y la utilización de los sueños, como plantea Rossi, una orientación hacia el futuro de la memoria constructiva permitiría explorar comportamientos novedosos para la supervivencia futura. Rossi habla con conocimiento de causa; a la edad de 69 años sufrió un derrame cerebral que lo dejó con medio cuerpo paralizado, y ha escrito artículos sobre cómo utilizó sus sueños para facilitar su propia recuperación y rehabilitación.

Jorge Cuadros

Doctor en Ciencias Biológicas

*Esta comunicación fue presentada en el II Congreso de Hipnológica, 2010, en Valdemaqueda, Madrid.

Imágenes:

<http://www.agracadaquimica.com.br/index.php?acao=quimica/ms2&i=9&id=428>

∞

El Sueño

Fernando Huerta Moreno

Parte imprescindible de nuestra existencia que nos sirve para compensar lo no vivido en la realidad para el descanso físico, el descanso psíquico y ocupa generalmente la tercera parte de nuestras vidas.

Nuestro sueño diario está dividido en 5 ciclos de unos 90 minutos cada uno. Cada ciclo consta de cinco fases: las 4 primeras son el denominado sueño lento y la 5ª es el llamado sueño rápido o sueño **R.E.M.** En cada ciclo del sueño aparece el sueño **R.E.M.**, que es el descanso psíquico: en el primero, el sueño **R.E.M.** es casi imperceptible, y va creciendo progresivamente en cada ciclo, de modo que, en el quinto, casi todo el sueño es sueño **R.E.M.**; de ahí la importancia que tiene dormir unas ocho horas seguidas para conseguir un buen descanso psíquico. Por tanto, el descanso físico se consigue sobre todo en los cuatro primeros ciclos, y el descanso psíquico en el quinto.

Mientras estos ciclos se van sucediendo, nuestro cerebro no para de procesar; este procesamiento son los sueños. Soñamos varias veces al día y todos los días de nuestra vida, otra cosa es que lo recordemos o no.

Hay distintas clases de sueños: unos son llamados sueños *compensatorios*, que tratan de asuntos que deseamos y no realizamos en nuestra vida cotidiana. Otros son los denominados "*resto del día*"; lo vivido durante el día se introduce en el sueño y es procesado de forma particular. Otra clase de sueños son los *posturales* o de *malestar corporal*, son sueños desagradables, con temáticas de angustia, impotencia, incomodidad, que reflejan psíquicamente el malestar físico (cortes circulatorios, malas digestiones, dolores, etc). Las *pesadillas* son sueños de temas especialmente importantes, preocupantes, dolorosos o conflictivos que se introducen en el sueño sin que podamos evitarlo.

En el sueño, la censura que tenemos en la vigilia desaparece al igual que la lógica; por lo tanto los criterios normativos no

existen. Tampoco existen los criterios de espacio, tiempo y realidad. Así podemos estar viviendo el pasado, el presente y el futuro al mismo tiempo, y estar al unísono en varios lugares diferentes con personas que son a la vez hermanos, novios, primos y todo lo que se pueda imaginar. El hombre, en función de la edad, cambia el número de horas de sueño que necesita. Este cambio se produce siempre de más a menos horas de sueño a medida que se avanza en edad. El lactante duerme unas veinte horas, a los 5 años un niño duerme de diez a doce horas, el adolescente nueve horas, unas ocho horas el adulto y seis horas el anciano.

Como curiosidad diremos que dentro de los mamíferos hay de todo en cuanto a la duración de horas de sueño, dependiendo de las distintas especies. Citaremos 2 ejemplos extremos: el máximo número de horas sería para el león macho, que duerme veinte horas, y el mínimo para la jirafa que duerme ocho minutos.

Supongo que con lo expuesto podemos extraer la importancia del sueño en nuestro equilibrio diario y en nuestra trama biográfica y el descabalamiento que se produce a todos los niveles cuando nuestro descanso se ve afectado.

Fernando Huerta Moreno
Psicólogo Clínico
Humane Psicología y Coaching
www.humane.es

∞

Meditación Zen: Aterriza si puedes

Santiago Díaz de Freijo

Es importante destacar que cuando cualquiera de nosotros expresamos nuestras ideas sobre algún tema, nos exponemos no sólo al criterio de los demás, sino también a la propia revisión de lo que pensamos y sentimos. De tal manera que las ideas que a continuación se exponen pueden no estar impregnadas de toda la veracidad con la que se las pretendiera escribir, ya que la capacidad de comunicar correctamente ciertos contenidos del pensamiento está probablemente reservada a no demasiadas personas.

La meditación es desde mi particular punto de vista, ante todo, una experiencia. De poco sirve leer y comparar los textos escritos, o recordar lo relatado por la voz de un maestro, si no se vive interiormente. Cualquiera de nosotros estamos capacitados para meditar y sin embargo pocos de los que empiezan consiguen perpetuar en el tiempo la constancia necesaria para adentrarse plenamente en la práctica de la meditación. Porque, además de una experiencia, la meditación es también la práctica que nos conduce a esa experiencia. Es por tanto método (forma) y experiencia personal (existencia). Y tanto la una como la otra, tanto la práctica como la experiencia, deben ser introducidas y acompañadas por una persona con más práctica y más experiencia que, respetando la individualidad de cada uno, guíe los pasos del que se inicia. Así pues, tres serían las condiciones necesarias para iniciarse en la meditación: maestro, práctica y experiencia.

Una vez hecha esta pequeña introducción, y desde una perspectiva más personal, podría decirse que la meditación es un proceso introspectivo, ya que la atención de quien se dispone a practicarla se dirige hacia sí mismo. Dicho de otra forma, la meditación se realiza a través de una mirada hacia el interior. Si completamos esta perspectiva con otra, más de tipo filosófico, podríamos decir que la meditación es también una búsqueda, asimismo interior. En el momento en el que esta búsqueda es con mayor o menor nitidez reconocida, solemos sentir que su origen, el gran motor que nos impulsa a emprenderla, es encontrar la verdad, la paz o el amor. Quizás lo expresemos de otro modo y nos digamos que buscamos el sentido de la vida, de nuestra propia existencia, o quizás que buscamos a un ser superior, a Dios. Cualquiera que sea el objeto de nuestra búsqueda, lo cierto es que el mismo hecho de reconocerla significa que hemos emprendido ya un camino hacia algo que no conocemos y que, al mismo tiempo, provoca en nosotros tal curiosidad que estamos dispuestos a iniciarnos en esta aventura, a aprender y a confiar para llegar hasta el final. La persona que se sienta a meditar es de alguna forma una persona que busca, quizás no sepa bien qué o por qué, pero siente la motivación de buscar porque lo que tiene no le sacia.

Es también una persona que lucha, que siente en su interior el conflicto entre las fuerzas que le mueven a ponerse en acción y las que le anclan en la situación en la que se encuentra; entre las fuerzas que le impulsan a lanzarse y, en cierta medida, a ponerse en evidencia ante una nueva experiencia y las que le sugieren permanecer en lo conocido, en la confortabilidad cotidiana que tan arduamente hemos alcanzado. Estas últimas se manifiestan frecuentemente por medio de la desconfianza, de la falta de razones objetivas y contrastadas y, en definitiva, de todo ese conjunto de ideas que se despliegan de forma enormemente sutil en defensa de la situación actual, de la permanencia. En el fondo quizás sea un conflicto entre la permanencia y la impermanencia.

Es en este sentido en el que se podría afirmar que la persona que medita parte de una situación de debilidad, ya que, en realidad, todo aquello que podría garantizarle su propia seguridad le resulta insuficiente, inconsistente o impermanente, si queremos llamarlo así. Parece como si hubiese un momento en la vida de cada uno en el que, de forma más o menos explícita o consciente, se produce una grieta o quizás un total descalabro en su autocomplacencia, en su seguridad, podríamos decir que en la experiencia de su propio yo. Claro que admitir esto supone una dosis de honestidad que no es habitual. Lo habitual es ocultar el origen de este sentimiento por medio de la confusión y derivar la búsqueda hacia objetos de compensación, frecuentemente relacionados con la capacidad de consumo o con cualquier otra forma de cultivo personal. Aunque no nos resulte fácil reconocerlo, todos sabemos que no es tan difícil recurrir al autoengaño, a la ausencia de definición, al camuflaje en la espesura interior y exterior. Es un mecanismo que nos ha resultado útil en muchas ocasiones y que está perfectamente arraigado en nuestro acervo de posibles respuestas.

El cultivo de la propia honestidad es pues otra de las características esenciales que acompañan a la práctica de la meditación. Pero, insisto, es tan fácil engañarse, también con la propia honestidad, que esta condición pone a prueba al más resuelto y dispuesto de los meditadores. Aquí no hay medias tintas, la desviación de sólo un ápice malogra todo el esfuerzo. Y es que, como producto de la mirada interior y de la honestidad o veracidad personal, se produce con el ejercicio de la meditación un proceso que podríamos llamar de desenmascaramiento. La meditación nos conduce invariablemente a la autenticidad o no es meditación. Dicho así parece demasiado simple y categórico, y sin embargo es bien cierto para el que mantiene esta experiencia de búsqueda y de lucha. Es una evidencia personal. La meditación, a través del ejercicio de la constancia y con la sabia dirección de un maestro,

conduce al que se inicia a evidencias personales que se convierten en certezas. El esfuerzo necesario es sin embargo importante, porque supone avanzar a contracorriente por todo un mundo de ideas preconcebidas, de sentimientos enraizados, de convicciones incontestables, de insinuantes evocaciones; el mundo, en definitiva, en el que se fundamenta la base de nuestro propio yo.

Sumergirse en la meditación supone entonces avanzar a contracorriente hasta alcanzar el origen, para conseguir así ver la realidad tal cual es. Esta última expresión puede resultar controvertida, ya que todos podemos afirmar que nadie puede demostrar que no vemos la realidad tal cual es. Sin embargo, también sospechamos que nuestra visión de la realidad es subjetiva y sabemos que no siempre coincidimos. Todos somos de alguna forma impresionistas. La meditación puede ayudarnos a despejar muchas de estas dudas, quizás todas si conseguimos llegar hasta el final. En el proceso que nos impulsa a intentar ver la realidad tal cual es, es en donde la des-sugestión podría jugar un papel destacado. Me gustaría mucho conocer la opinión de otras personas con experiencia en este tema. En fin, quizás ahora se comprenda la causa por la cual pocos de los que se inician en la meditación consiguen mantener la constancia necesaria para continuar en el camino. Tal es así, que el camino se convierte en meta y la propia meta no deja de ser el camino.

Esta visión de la meditación probablemente pueda suponer una sorpresa para muchas personas que tienen una perspectiva idílica del meditador y lo conciben como una persona llena de paz y armonía, que irradia tolerancia y comprensión para todos los que le rodean. Y quizás sea cierta en algunos casos, en aquellos que han alcanzado la plena madurez humana, eso sí, no sin pocas renuncias durante muchos años de constancia. Y cuando digo renuncias, en realidad lo que debiera decir, para expresarme más correctamente, es desapegos. Pero lo habitual es que, además de la expresión más o menos feliz de esta visión idílica, coexista la otra cara de la moneda, la que describe las huellas de una trayectoria de desnudamiento sincero y arriesgado de nuestro propio yo. Como antes mencionaba, para llegar verdaderamente a uno mismo y, como consecuencia, desprenderse del subjetivismo e impresionismo que impide ver la realidad tal cual es, se requiere protagonizar en primera persona una experiencia que podríamos llamar de des-sugestión, quizás desde la propia sugestión. También podríamos denominar a este proceso de des-conocimiento, desde el propio conocimiento.

El camino que se iniciaba en el desenmascaramiento y se continúa por medio de la autenticidad de nuestra mirada interior y del desnudamiento de nuestro yo hasta alcanzar el origen de nuestra propia naturaleza es, expresado desde otro contexto, un proceso de maduración personal durante el cual van a salir a relucir, antes o después, tanto la problemática como las aparentes virtudes que todos llevamos con nosotros. Podríamos decir, por tanto, que la meditación supone,

desde un punto de vista más genuinamente psicológico, un proceso de maduración personal (en el que nos reconciliamos con la sombra, parte oculta y valiosa de la persona, necesaria para esa madurez humana).

Permítaseme que evite en todo momento entrar en consideraciones marcadamente filosóficas o teóricas acerca de la meditación, para concentrarme en describir de la forma más claramente posible la experiencia, la vivencia. Esta intención puede provocar que algunas expresiones no sean demasiado afortunadas, que resulten poco ortodoxas o que sean claramente incompletas al análisis de los más entendidos. Soy consciente y de antemano pido disculpas por ello. Tal y como yo lo veo, la meditación es un ejercicio de la consciencia, de la auto-consciencia. Este es el marco en el que se desarrolla todo el proceso de autenticidad que nos conduce hasta nosotros mismos, hasta el sí mismo de cada uno (el verdadero nosotros mismos).

Hay dos conceptos surgidos en los párrafos anteriores que me resultan enormemente interesantes y que pueden facilitar para algunas personas el salto de la reflexión a la meditación, sobre todo para aquellas que gustan de llegar a los límites del razonamiento verbal. Quizás también pueda servirles para pasar de la meditación a la contemplación y consigan abrir bien los ojos. Se trata de los conceptos de origen y consciencia. Es posible que la forma más adecuada de presentar la idea que quiero expresar, y que entre ambos comparten, sea a través del intervalo abarcado entre dos límites, completamente abstractos, que se pueden enunciar mediante un sencillo juego de palabras: la consciencia del origen nos lleva hasta el origen de la consciencia. Bueno, con calma, tampoco es cuestión aquí de meterse en honduras de expresión críptica que en definitiva lo que producen es una inmediata sensación de rechazo ante la aparente complejidad que suponemos contienen. No, no se trata de ningún enigma, aunque quizás convenga más adelante comentar algo sobre la práctica de la meditación por medio de los Kōan. En realidad lo que me gustaría explicar, además de dejar caer con suavidad algunas ideas sugerentes, es la dificultad que con frecuencia encontramos para expresar, lógicamente con palabras, ciertas ideas abstractas. El lenguaje, y por ende una parte esencial de nuestro pensamiento, tiene unos límites constatables que todos hemos de alguna forma comprobado.

En efecto, a la hora de remar contracorriente por el camino de nuestra consciencia hacia el origen de nuestro verdadero yo, es probable que nos encontremos con la sorpresa de que nos sentimos incapaces de expresar con eficacia el contenido de nuestra mente. En esto, la mitología y los escritos esotéricos han sido siempre un recurso de referencia, porque han conseguido establecer, por medio de la metáfora continuada, un conjunto de narraciones ilustradas con todo lujo de detalles, que permitieron plasmar una serie de ideas abstractas que de otra forma no se habrían podido comunicar. Sin embargo, encontrar la forma de comunicar un saber -es decir, un objeto del conocimiento- no implica que el receptor se

convierta en sujeto de ese saber. Soy consciente de nuevo de que estoy tocando los límites de mi capacidad de expresión, así que de nuevo pido disculpas por la torpeza de mis recursos al respecto. De todas formas, me sirve bien el ejemplo para demostrar lo que quiero decir. A la hora de transmitir un conocimiento, por ejemplo la experiencia derivada de la práctica de la meditación, nos podemos encontrar con enormes dificultades. Máxime hoy en día, debido al uso cotidiano de sofisticadas herramientas de comunicación que nos habitúan a un discurso completamente diferente y atraen nuestra atención hacia cuestiones que, por decirlo de alguna forma, nos resultan bien lejanas y, por otra parte, muy concretas. En tiempos antiguos del Zen estas dificultades se resolvían sin mayores estridencias con métodos expeditivos, que hoy resultan totalmente desproporcionados.

Una escuela Zen, la Rinzai, la misma a la que pertenece mi maestro Pedro Vidal, ha ideado hace ya muchos siglos una metodología de meditación orientada a facilitar al discípulo su adecuada evolución. Esta metodología se basa en el uso de Kôan durante la meditación, y su finalidad es permitir a la persona que medita ir más allá de un pensamiento basado en la lógica del lenguaje verbal. La palabra es para muchas personas uno de los recursos más sofisticados a los que ha llegado el ser humano. El adecuado uso de las palabras sería por tanto la joya de la corona, el bien máspreciado, tanto es así que muchos dedican su vida a ello directa o indirectamente. Quizás de alguna forma esto es cierto y todos participamos relativamente de la verdad que encierra esta idea. Ahora, por ejemplo, la palabra escrita nos permite mantener una comunicación, la mejor de la que soy capaz. Sin embargo también son evidentes las carencias, que se pueden entrever a través de las ideas que se han quedado en el tintero o de las lagunas que han quedado prendidas entre las palabras expresadas. Es cierto que leer y escribir entre líneas es todo un arte, y no debe ser tenido en poca cosa, ni mucho menos. Pero la grandeza de este arte resalta en negativo las propias carencias del lenguaje que utilizamos y de su expresión escrita, en este caso.

En este sentido, el lenguaje verbal llega a suponer un problema para la comunicación, ya que no hemos sido capaces, a través de las oportunidades que nos brinda su más avanzado uso, de alcanzar a expresar satisfactoriamente la abstracción de nuestros pensamientos, el contenido más abstracto de nuestra mente. Pero no sólo es un problema de comunicación, de transmisión de conocimiento, es también un problema de contenido del pensamiento. Estamos habituados a que nuestro pensamiento gravite primordialmente sobre contenidos verbales, de tal forma que muchas personas no conciben otra forma de pensar y transitan por la vida inmersos en esta limitación. Los Kôan pretenden dar una solución a este problema, desde el propio lenguaje

verbal. Los Kôan llevan al meditador hasta los límites del uso del lenguaje a través del propio lenguaje verbal y, sobre todo, hasta los límites de la lógica que encierra el propio lenguaje verbal. Por lo tanto, le dotan de nuevos recursos que le permiten comprender ideas más abstractas que las que el lenguaje verbal puede expresar y, en definitiva, abrirse a otros contenidos de la mente. De nuevo llego a los límites de mi propia expresión y debo reconocer que quizás otras personas consigan comunicar este mensaje de forma más sencilla, lo cual para mí resulta de enorme dificultad. Sin embargo, aquellos que hayan meditado mediante Kôan y aquellos que lo vayan a hacer en algún momento, me comprenderán a poco indulgentes que sean.

Por último, me gustaría comentar una impresión que tenía sobre la meditación antes de que se me brindase la oportunidad de iniciarme en ella. Yo tenía la ilusión de que la meditación me permitiría alcanzar estados mentales superiores, tanto que incluso podría experimentar sensaciones como volar mentalmente y otras que por pudor no me atrevo a contar. Sin objetar nada al respecto, tengo que decir ahora que más bien lo que la meditación me brinda es la posibilidad de poner los pies en la tierra, es decir, de conocerme a mí mismo y de avanzar en la facultad de ver la realidad tal como es. Puede ser que éste no sea más que un paso intermedio en el camino, pero también puede ser que la meta esté en cualquiera de ellos.

Santiago Díaz de Freijo

Médico especialista en Medicina del Trabajo e Higiene Industrial



Santiago Díaz de Freijo

∞

La Meditación y la Relajación en la Educación

Magali Vargas

Desde que las técnicas contemplativas empezaron a aparecer en occidente, siempre han suscitado interés, curiosidad, y desde el siglo pasado se las ha ido sometiendo a diferentes estudios científicos, a controles instrumentales, que han ido revelando cómo los efectos de esta práctica pueden beneficiar la salud, el estado emocional e intelectual del ser humano. Los estilos de las técnicas de meditación orientales son variados, y han sido utilizados durante siglos, formando parte de una sabiduría más bien popular o religiosa. Las técnicas de relajación y meditación dentro de las cuales se focaliza la atención, reducen la percepción de estímulos inhibiendo los sentidos, permitiendo a la persona alcanzar un estado de consciencia diferente. Estas técnicas han ido adquiriendo gran importancia desde el siglo pasado, ya que se les está dando una base científica, y debido a los múltiples y beneficiosos resultados para la salud.

Podemos hablar desde la reducción del estrés, la mejora del sistema inmunitario, la bajada de los niveles de tensión sanguínea y el aumento de la memoria. Si mediante un encefalograma se mide la actividad cerebral, se encuentra que se pasa de las ondas beta (actividad normal, consciente y alerta, de 15-30 Hz) a ondas alfa (relajación, calma, creatividad, 9-14 Hz). La meditación más profunda lleva a registrar ondas theta (relajación profunda, solución de problemas, 4-8 Hz) y en meditadores avanzados se puede detectar la presencia de ondas delta (sueño profundo sin dormir, 1-3 Hz).

En el área de la educación, se han encontrado beneficios importantes en los últimos estudios hechos en Estados Unidos por el Inner Resilience Program, en Nueva York, dirigido por Linda Lantieri, utilizando técnicas de meditación y relajación (yoga y mindfulness). Este estudio se realizó con 855 alumnos de hasta 11 años de edad, y con un grupo de control. En este trabajo participaron también 57 profesores, en los que se pudo comprobar cómo redujeron notablemente su estrés y se encontraron con las motivaciones iniciales que les llevaron a escoger la profesión. Los cambios que manifestaron los alumnos fueron sorprendentes, consiguiendo demostrar cómo la meditación en las aulas ha mejorado en los niños la toma de consciencia y la confianza en sí mismos, desarrollando la empatía y mejorando su capacidad para relacionarse con el mundo.

Los trabajos preliminares de este estudio surgieron por la necesidad de hacer frente al atentado del 11 de Septiembre de 2001. La tragedia ocasionó en las escuelas traumas, miedos y fobias. Había que canalizar toda esa energía negativa, había que conseguir que los niños exteriorizaran todo ese exceso de emociones perturbadoras. Se ha ayudado a más de 5000 educadores, 2000 padres y más de 10000 estudiantes,

hasta la fecha, habiéndose conseguido resultados no sólo académicos, sino también sociales y emocionales.

En 1994, Daniel Goleman fundó el Programa CASEL (Colaboración para el Aprendizaje Académico, Social y Emocional), para la enseñanza sistemática de la inteligencia emocional en las aulas. Tiene su base en la Universidad Estatal de Chicago, donde han establecido unos estándares del aprendizaje social y emocional SEL (Social and Emotional Learning). Actualmente estos programas están siendo incluidos en planes de estudios en escuelas de todo el mundo, donde se ha observado que los mejores programas de aprendizaje social y emocional son los que se diseñan y se adaptan a las propias necesidades del sistema educativo del país.

La educación se está nutriendo tanto del desarrollo de técnicas psicológicas (SEL) y de las milenarias técnicas de meditación, como de los avances de la neurociencia, la cual ha demostrado cómo el cerebro está modificándose a lo largo de toda la vida, por el proceso denominado plasticidad neuronal. Este proceso se inicia desde el nacimiento y es conocida la importancia de las experiencias y de los estímulos durante los dos primeros años de la vida de un niño, así como que hasta los cinco años es determinante para el desarrollo de sus capacidades futuras. Ahora, estudios recientes sobre la plasticidad neuronal nos enseñan que el cerebro del niño experimenta un enorme crecimiento hasta los veinte años. Este desarrollo, y el modelado de los circuitos cerebrales, está determinado por todas y cada una de las experiencias que un niño tenga a lo largo del día, así como también de las influencias ambientales. Este poderoso hecho, de que las experiencias y el ambiente modulan y crean nuevos circuitos neuronales a través de la plasticidad neuronal, nos muestra la importancia suprema que tiene para los padres y educadores colaborar y favorecer para que estas experiencias sean lo más adecuadas posible, y así configurar unos circuitos neuronales sociales y emocionales óptimos.

El aprendizaje social y emocional influye en la vida de los niños. En un metanálisis, se revisó más de 100 estudios donde se comparaba estudiantes que recibieron aprendizaje social y emocional con otros que no lo habían recibido. Los datos demuestran unas mejoras impresionantes en el comportamiento de los estudiantes que recibieron el aprendizaje social y emocional dentro y fuera del aula. No sólo dominaron habilidades para tranquilizarse y desenvolverse mejor, sino que también aprendieron con más eficacia; en el ámbito académico sus notas fueron 14 % más altas que las de los estudiantes que no recibieron programas de aprendizaje social y emocional.

Esta mejora en el aprendizaje de los niños, como consecuencia de apoyar la gestión de su mundo interior

y sus relaciones, se puede explicar por el impacto del aprendizaje social y emocional sobre sus circuitos neuronales en desarrollo. La corteza prefrontal, el centro ejecutivo del cerebro, es un área que el cerebro moldea durante la infancia. Esta área alberga los circuitos para prestar atención y para inhibir los impulsos emocionales perjudiciales, es decir para concentrarse y relajarse.

Cuando los niños no tienen estrategias para disminuir su ansiedad, no disponen de la capacidad de atención óptima necesaria para resolver problemas y para el aprendizaje. En la actualidad, los científicos creen que si mejora la atención y la memoria, y también se despeja la mente de la impulsividad y la angustia, la mente del niño se sitúa en el mejor terreno para el aprendizaje social y emocional.

Toda esta fusión entre psicología, biología, técnicas contemplativas y educación ha quedado reflejada en la reunión de Octubre pasado del Mind & Life Institute, en Washington, donde personalidades relevantes, como el Dalai Lama, Daniel Goleman, Linda Lantieri, Linda Darling-Hammond, Richard Davidson y otros, se reunieron para responder a una pregunta: ¿Cómo educar a los ciudadanos del mundo para el Siglo XXI? En esta reunión, en sus ponencias, cada uno de los participantes fue respondiendo con un nuevo aporte, demostrando cómo la incorporación de las técnicas contemplativas en los procesos educativos no sólo potencia los logros a nivel académico, sino que fortalece el mundo interior y

el control de las emociones del niño, haciendo al individuo capaz de afrontar los difíciles y vertiginosos retos con los que tendrá que lidiar a lo largo de este siglo, corrigiendo de alguna manera las carencias de algunos sistemas organizados con la única finalidad de dar una instrucción cada vez más competitiva, con horarios estresantes que ocupan casi la totalidad del tiempo del niño.

Volcándonos en el individuo, a través de los diferentes enfoques para la relajación y la meditación, como el yoga o el mindfulness, estaremos haciendo una apuesta integral, con mejores perspectivas de éxito en el objetivo último de alcanzar la empatía, la compasión y el equilibrio necesarios para un desarrollo óptimo del niño.

Magali Vargas

Licenciada en Educación Infantil



Hipnonauta (III)

Joan Manel López Capdevila

El pasado, pasado está. Quién fuiste, lo que dijiste. A veces querrías desenredar la palabrería con que construiste una afirmación que luego fue paréntesis que se difuminó en la arena de un desierto de ignorancias. Tan inconcluso y plagado en tormentas de incomprensiones. En un abarcar la metafísica de cada límite. Como quien empieza de nuevo un tiempo atrás. Como quien es todas las vidas que ha sido y será. Recordando elípticamente el futuro. Haciendo de experiencia el nunca, el error, cada descuido y confusión y venciendo la hiel de la nostalgia y sus pérdidas. A veces seguirías el hilo invisible que todo lo une hasta el origen donde todo empieza y nunca termina. En abanico de moléculas y sus armonías. Dispuesto ante los ejes que mueven tu mundo sin condescendencia ni huida. Entonces dejarías que germinara cada amor que habitó tu lugar. El trayecto en un núcleo de sentidos. Y el ritmo infinito de las sonrisas. A veces tan sencilla, la sabiduría del aliento y la filosofía de los tactos. A veces ríos, montañas, el cielo diáfano, la sombra protectora de los árboles, trinar de pájaros y el jugo de una manzana en tus labios.

Vi al instante siguiente que aprendías del camino. Que otro círculo empieza allí donde la distancia termina el delta de las escarchas. Que otra vez los ecos del anhelo son racimos de significado que van venciendo al silencio. Que un mundo de precipicios no niega el sinuoso perfil de los valles ni el éxtasis de los pastos. Que hay una geometría no siempre perfecta e ineludible que explica la ternura de las curvas. Y que porque hay oscuridad

existe la luz. Y que las interpretaciones no son más que perspectivas. Un punto suspensivo que reanuda el diálogo. Un profundo de superficies por las que navegamos. Que son también misterio y curiosidad. Que estará el método por el que la vida se nos iguala a los sueños. Que siempre decidimos. Y que el dolor cincela la forma del alma que tiende los balcones y los puentes que hacen del encuentro un motivo para la alegría. Que la materia ni se crea ni se destruye y que cualquier momento nos devuelve a la eternidad por la que viajamos sin el egoísmo de la individualidad. Pues hace millones de años que estoy aquí y que estarás conmigo, y que como canta LLach "cal que neixen flors a cada instant" (o un átomo, o un verso, o la caricia de tus universos).

Querría un decir muy simple. El mecerse tranquilo de tu respiración. El latir parsimonioso en la raíz de tu espíritu. Las naves de las palabras que vibran y te completan de la armonía de los colores, descansan en la meseta de tu despertar. Ahora, una brisa suave en las colinas de Saturno lame el manto de estrellas fugaces. Pide un deseo.

Joan Manel López Capdevila
Psicólogo Clínico y Forense



Metáforas (I)

Marisa Ladiñán

Jack, el muñeco de nieve (Cuento de Navidad)*

Era Navidad para algunos. Un gran manto de nieve cubría los parques y las calles. Las personas se asomaban a mirar por las ventanas para ver el gran milagro blanco. La ciudad estaba en completo silencio. Era impresionante.

Los niños fueron los primeros que se atrevieron a salir de sus casas. Y lo hicieron regocijados, corriendo, saltando y jugando con la nieve. Sus voces rompían el silencio, con gritos alegres, mientras jugaban a lanzarse bolas, luchando por evitar la quemazón en sus manos.

Tras el fragor de la batalla, uno de los niños sugirió construir un muñeco de nieve. Todos estuvieron de acuerdo. Y empezaron a traer de sus casas toda suerte de objetos para dar forma al hombre de hielo. Y los niños fueron generando el tronco y la cabeza del muñeco. Y después le acoplaron unos botones como ojos, una nariz de zanahoria, una bufanda, un sombrero, una pipa y una escoba entre sus toscos brazos.

Y en cada ida y venida de los niños a sus casas, Jack iba empezando a sentir emociones muy agradables. Y esperaba, entusiasmado, la llegada de un nuevo regalo, ya que cada vez que eso sucedía, aumentaban sus sensaciones. Ya podía ver, oler, oír, sentir en su cuerpo... Jack estaba pletórico, lleno de adminículos y rodeado de alegres voces que no cesaban de celebrar la creación de un magnífico muñeco de nieve. Se sentía feliz.

Y los niños siguieron visitando a Jack durante todas las Navidades, aunque hacía muchísimo frío. Y reconstruían el muñeco cuando consideraban que alguna de sus partes se había deteriorado. Y le hablaban, y le hacían comentarios sobre sus asuntos. Y Jack se sonreía por dentro por lo muy querido que se sentía.

El barrio entero pasó a saludarle, asombrados por la creación. Y Jack no daba crédito. Su vida estaba llena de música y alegría.

Y un día los niños no vinieron. Y el muñeco de nieve esperó impertérrito su maravillosa visita. Y al día siguiente tampoco fue visitado. Y entonces Jack empezó a entristecerse y a preguntarse por los motivos de esta ausencia y qué podría haber hecho él para evitarlo. ¿Podría haber andado e ir en su busca? ¿Podría haber conseguido la forma de un humano y reunirse con ellos como uno más? ¿Podría haber hablado y ser escuchado? ¿Podría haber hecho algo más que lo acercara a ellos?

Y al día siguiente salió el sol, y Jack empezó a derretirse. No entendía nada. ¿Dónde estaban los niños y por qué no iban a jugar con él? ¿Qué hacía él en ese parque ahora inhóspito? ¿Qué pasaba con su cuerpo, que iba perdiendo espesor a cada minuto que pasaba?

Las horas se sucedían de manera implacable y de Jack apenas quedaba una fina silueta brillante. Su sufrimiento era indescriptible. Se sentía solo, abandonado, asolado, abatido e injustamente tratado.

Cuando solo quedaba el sombrero, la zanahoria, la bufanda, la escoba y los botones, esparcidos sobre el suelo del parque, Jack empezó a sentir una nueva sensación.

Iba corriendo. No sabía hacia dónde. Estaba aturdido, después de tanto dolor. Y aunque se sentía muy, muy solo, no podía evitar tener curiosidad por el nuevo devenir que estaba empezando a acontecerle.

Y siguió corriendo y corriendo, y se convirtió en un pequeño hilillo de agua. Y siguió deslizándose suavemente por las piedras y los linderos. Y mientras avanzaba, iba recuperando su alegría. Y saltaba glorioso los obstáculos que encontraba a su paso. Y poco a poco, se olvidó de que había sido un muñeco de nieve.

E instantes después, se vió abocado al mar. ¡Qué extraña experiencia! Y Jack se convirtió en una de las gotas del enorme océano. Y comenzó a surcar los mares. Y a disfrutar del viaje, tan querido, tan sentido, tan anhelado.

*Ganadora del I Concurso de Metáforas de Hipnológica 2010.

Había un Ángel

Había un ángel muy, muy lindo
Que albergaba dudas
Sobre lo que tenía que hacer
Y mientras dudaba
Se encontró a otro ángel
Y éste le dijo
Hoy hace un precioso día
Ayer también estuvo bien
Y mañana resulta muy interesante
El ángel dubitativo
Se detuvo un instante
Para escuchar la música de su hermano del alma
Y era hermosa, muy hermosa
¿Cómo es que yo no canto así?
Porque tu canto es aún más bello que el mío
¿Y cómo es que ahora no lo oigo?
Porque estabas cantando bajito
¿Y qué puedo hacer para cantar más alto?
Seguir, seguir, seguir adelante
Y pronto, muy pronto, podrás oír tu música
angelical
Y otros también la oirán
Y será una fiesta
A la que has sido invitado
Es la fiesta de los ángeles
Es una fiesta en la tierra
Es una fiesta del alma
Para ti y para todos



Reseñas

Jorge Cuadros

Meditar o practicar la hipnosis..., esa es la cuestión

Halsband, U et al. (2009)

Plasticity changes in the brain in hypnosis and meditation

¿Infertilidad psicogénica?

Ebbesen, SMS et al. (2009)

Stressful life events are associated with a poor in-vitro fertilization (IVF) outcome: a prospective study

Modifico la expresión génica, luego resisto al estrés

Vialou, V et al. (2010)

delta FosB in brain reward circuits mediates resilience to stress and antidepressant responses

Del diencéfalo al telencéfalo: colonización de la amígdala

García-Moreno, F et al. (2010)

A neuronal migratory pathway crossing from diencephalon to telencephalon populates amygdala nuclei

Meditar o practicar la hipnosis..., esa es la cuestión

Dentro de la investigación científica de los fenómenos neurofisiológicos relacionados con los “estados diferentes de consciencia”, se suele discutir sobre las diferencias entre la hipnosis y los diversos estilos de meditación. ¿De qué manera afecta la fisiología de un organismo el trance hipnótico?, teniendo en cuenta también que hay diferentes enfoques que pueden utilizarse para la inducción de un trance hipnótico, y ¿Qué similitudes y diferencias puede haber con los cambios fisiológicos producidos por la meditación?.

Halsband et al. discuten éstos y otros temas, abordándolos mediante diversas aproximaciones (EEG, PET, fMRI). Y los autores encuentran diferencias importantes entre estas dos posibilidades de acceder a los recursos de la mente-cuerpo para reducir el estrés y optimizar el funcionamiento del organismo. Las evidencias apuntan a que en el trance hipnótico ocurren cambios plásticos en el cerebro, que no ocurrirían en la meditación; subrayando, como hacen los autores, la necesidad de confirmar estas evidencias con un número mayor de casos.

Halsband U et al. (2009) Plasticity changes in the brain in hypnosis and meditation. *Contemporary hypnosis* DOI: 10.1002/ch.386

¿Infertilidad psicogénica?

Cuando se habla del impacto del estrés sobre el éxito de un ciclo de reproducción asistida, suele referirse al estrés provocado por el propio procedimiento. Sin embargo, pocos estudios han intentado abordar el estrés como generador de infertilidad.

En este artículo, Ebbesen et al. han establecido una relación entre el número de “eventos estresantes de la vida” y la probabilidad de conseguir un embarazo en un ciclo de Fecundación In Vitro (FIV). Los autores demuestran cómo las mujeres que reportan haber sufrido eventos estresantes durante los doce meses anteriores al procedimiento, se embarazan menos. Esta menor probabilidad de embarazo se correlaciona con un número menor de oocitos recuperados en la punción ovárica, mostrando cómo lo que podría entenderse como un estrés crónico, provocado por ejemplo por episodios de violencia, o por la enfermedad de un pariente cercano, puede ser causa del fracaso de un ciclo de FIV.

Ebbesen SMS et al. (2009) Stressful life events are associated with a poor in-vitro fertilization (IVF) outcome: a prospective study. *Human Reproduction* 24: 2173-2182.

Modifico la expresión génica, luego resisto al estrés

Así como se ha estudiado con profundidad los efectos del estrés sobre el cerebro, poco se sabe acerca de la capacidad para resistir a los embates del estrés, una cualidad conocida como “resiliencia”. Vialou et al., del equipo de Eric Nestler, han demostrado por primera vez cómo el aumento de la expresión de un gen, delta FosB, puede mejorar la respuesta al estrés de un individuo. Delta FosB es un factor de transcripción que regula, entre otros genes, la expresión de la subunidad GluR2 del receptor AMPA de glutamato, y en este estudio se demuestra que la sobreexpresión de delta FosB en el *nucleus accumbens* (NAc) aumenta la resistencia al estrés de los ratones. Otro de los genes regulados por delta FosB es SC1, un gen que codifica para una proteína anti-adhesiva de la matriz extracelular, relacionada con la plasticidad sináptica, y Vialou et al. muestran también evidencias de una acción anti-depresiva de la expresión de delta FosB, mediante la detección de cantidades

menores de SC1 en el NAc de cerebros humanos post-mortem de individuos deprimidos.

Vialou V et al. (2010) delta FosB in brain reward circuits mediates resilience to stress and antidepressant responses. *Nature neuroscience* 13: 745-754.

Del diencefalo al telencefalo: colonización de la amígdala

Desde el punto de vista embriológico, una característica del desarrollo del cerebro es que las neuronas se forman, migran y diferencian en cada vesícula encefálica. Aunque hay alguna evidencia de la migración de células del telencefalo al tálamo, en humanos, científicos españoles del Instituto Cajal han demostrado por primera vez una ruta de migración en ratones desde el diencefalo hasta el telencefalo, para la formación de la amígdala. Además, han demostrado que, para que esto ocurra, es crítica la expresión del gen *Otp*, que codifica para un factor de transcripción asociado con el desarrollo del hipotálamo en vertebrados. Se sugiere que esta migración tangencial incrementaría la variación fenotípica, permitiendo la exposición de las células progenitoras a ambientes moleculares diversos y, por esto, su diferenciación en nuevos tipos celulares.

García-Moreno F et al. (2010). A neuronal migratory pathway crossing from diencephalon to telencephalon populates amygdala nuclei. *Nature neuroscience* 13: 680-691.

Jorge Cuadros
Doctor en Ciencias Biológicas

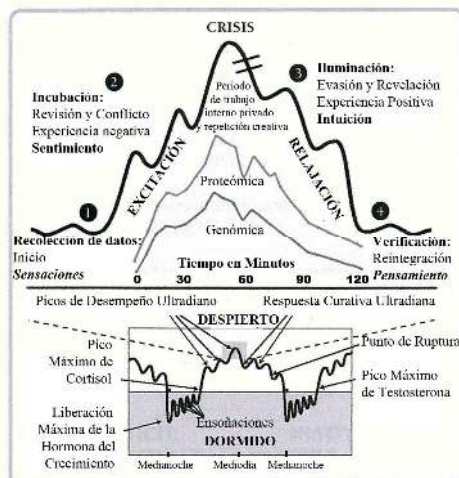
Un Nuevo Enfoque Mente-Cuerpo para la curación Total de la Fibromialgia: Seguimiento a los 4 años de un Reporte de Caso*

Jorge Cuadros, Magali Vargas, Chema Nieto, Isidro Pérez Hidalgo

Introducción: La Fibromialgia (FM) es una enfermedad crónica, incurable y sin un tratamiento específico, a pesar de las baterías de medicamentos que se administran frecuentemente, sin que se haya demostrado su utilidad más allá de un alivio parcial y temporal de algunos de los síntomas. Terapias psicológicas y tratamientos alternativos como la acupuntura se han utilizado para mejorar la calidad de vida de los pacientes, pero no hay estudios que hayan demostrado una curación definitiva de la enfermedad. En 2009, nuestro equipo publicó un reporte de caso en el American Journal of Clinical Hypnosis (1), donde se mostraba la remisión total de los síntomas en 4 mujeres diagnosticadas de FM, bajo la hipótesis de que la FM podría tener su origen en una modificación de conexiones neuronales a nivel de la corteza cerebral, y de que, si fuera así, un nuevo cambio podría restablecer el funcionamiento correcto. En dicho estudio, la utilización de la hipnosis mediante el Proceso Creativo de 4-Estadios de Ernest Rossi se proponía como una herramienta para generar ese nuevo cambio, y se mostraba que las pacientes se mantenían asintomáticas al menos 24 meses después de la intervención. En esta comunicación se presentan los resultados de un seguimiento a los 4 años de estas pacientes, para evaluar los efectos a largo plazo de dicho tratamiento.

Materiales y métodos: Se utilizó el Proceso Creativo de 4-Estadios, mediante la aplicación de los movimientos ideodinámicos con reflejo de manos, según el enfoque propuesto por Rossi (Fig. 1).

Fig.1



Cuatro mujeres que habían padecido de FM durante 3-11 años fueron sometidas a una intervención que se realizó mediante 6 sesiones de dos horas cada una, una vez a la semana. Se les administró la Escala de Absorción Tellegen (TAS), que correlaciona con la hipnotizabilidad, y el Cuestionario de Impacto de la Fibromialgia (FIQ), en cinco momentos diferentes: antes de la intervención, después de terminar las 6 sesiones, y en el seguimiento a los 4 meses, a los 2 años y a los 4 años de finalizado el tratamiento, para valorar la evolución de la enfermedad y los efectos a largo plazo del tratamiento.

Resultados: Los registros del TAS, según el orden en el que fueron atendidas las pacientes fueron de 34, 12, 21 y 34. Los resultados del FIQ, en las cinco ocasiones en las que fue registrado, se resumen en la Tabla 1.

FIQ \ Caso	Antes	Después	4 meses	2 años	4 años
1	95	2	1	1	4
2	84	14	24	18	24
3	74	22	20	21	7
4	79	8	2	0	5

Tabla 1

Estos resultados muestran que las cuatro pacientes se mantienen sin síntomas de FM, al menos 4 años después de la intervención. El valor del FIQ a los 4 años de la paciente 2 (24) se debe a un problema de tendones en los pies, no relacionados con la FM.

Conclusiones: El mantenimiento en el tiempo de la ausencia de síntomas de FM en las 4 pacientes, nos permite sugerir la utilización del Proceso Creativo de 4-Estadios como una estrategia recomendable para afrontar el tratamiento de la enfermedad. Aunque no nos es posible abordar experimentalmente la propuesta de que la FM pudiera originarse en una modificación de conexiones neuronales en la corteza cerebral, el hecho de

J. Cuadros, M. Vargas, Ch. Nieto, I. Pérez Hidalgo (2010) Un Nuevo Enfoque para la Curación de la Fibromialgia. Hipnológica, 3:29-30

que el Proceso Creativo de 4-Estadios pueda promover la plasticidad cerebral, y nuestros resultados, hacen recomendable la utilización de los movimientos ideodinámicos con reflejo de manos en el tratamiento de las pacientes de FM. En todo caso, y dados los resultados sorprendentemente positivos de este estudio piloto, reconocemos la necesidad de investigaciones más amplias que puedan corroborar la mejoría experimentada por nuestros sujetos, así como la estabilidad de dicha mejora en el tiempo.

*Este estudio fue comunicado como póster en el VII Congreso Iberoamericano de Psicología, 2010, en Oviedo, España.

Referencia

1. Cuadros J. y Vargas M. (2009) A New Mind-Body Approach for a Total Healing of Fibromyalgia: A Case Report. *American Journal of Clinical Hypnosis* 52:3-12.

Jorge Cuadros
Doctor em Ciencias Biológicas

Magali Vargas
Licenciada em Educación Infantil

Chema Nieto
Médico especialista en MFyC
Psicólogo Clínico

Isidro Pérez Hidalgo
Psicólogo Clínico
Director CHC PSICÓLOGOS Madrid

∞

Escala de Absorción Tellegen

Ainhoa Robles, Chema Nieto, Jorge Cuadros, Isidro Pérez Hidalgo

La Escala de Absorción de Tellegen (Tellegen Absorption Scale o TAS) fue publicada por primera vez en 1.974 (originalmente la escala tenía como coautor a Atkinson) y pretendía medir la capacidad de un individuo para dejarse absorber por una tarea (Tellegen & Atkinson, 1.974). La TAS era una de las once escalas del Cuestionario de Personalidad Diferencial (Differential Personality Questionnaire o DPQ), que contaba con un total de 300 ítems. Tellegen vio la utilidad de aplicar esta escala por separado, con 34 elementos que se responden como “verdadero” o “falso”.

Hilgard y otros autores han resaltado la relación existente entre la capacidad de absorción y la hipnotizabilidad. Tellegen define del siguiente modo a los sujetos que obtienen puntuaciones altas en su escala: “responde emocionalmente a imágenes y sonidos atrayentes; es cautivado fácilmente por estímulos fascinantes; piensa en imágenes y tiene experiencias sinestésicas; puede evocar y dejarse absorber por imágenes y recuerdos muy intensos; presenta episodios de expansión de consciencia (estados místicos, percepción extrasensorial y otros; Edmondston, 1.986).

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:

A. El sujeto responde a estímulos atrayentes, como podría ser un lenguaje poético o la forma de las nubes.

B. El sujeto responde a estímulos inductivos, como escuchar música o ver una película dejándose ensimismar.

C. A menudo piensa en imágenes.

D. Puede evocar imágenes intensas y sugerentes

E. Presenta interferencias en las modalidades sensoriales. Podría ocurrir sinestesia o “sensaciones coloreadas”.

F. Puede dejarse absorber por sus propios pensamientos e imágenes. Soñando despierto, ensimismado al realizar una tarea, etc.

G. Puede revivir el pasado intensamente.

H. Refiere episodios con expansión de la consciencia. Como en determinadas experiencias consideradas parapsicológicas por el sujeto.

I. Estados alterados de consciencia. Como en las experiencias místicas.

La estadística descriptiva de una muestra normalizada mostró una media de 15,02, con una desviación típica de 7,17, un coeficiente alfa de 0,88 y una estabilidad test-retest de 0,91 un mes después (A. Tellegen, comunicación personal).

El que esté familiarizado con los fenómenos hipnóticos puede extraer fácilmente la conclusión de que la absorción y la hipnotizabilidad presentan no pocos puntos de contacto, e incluso se podría pensar que la absorción es un factor modulador en diferentes patologías, como parece serlo la sugestionabilidad hipnótica. Hay diferentes estudios que demuestran una correlación significativa entre estos elementos. Glisky y otros (1.991) encontraron una correlación entre hipnotizabilidad y absorción. Su estudio mostraba que la absorción se relacionaba con la implicación imaginativa en dimensiones como la fantasía, la estética o las emociones, que a su vez se incluían en el rasgo denominado “Apertura a la Experiencia” (Ver Costa & McCrae, 1.985).

Se han estudiado correlaciones de la TAS con dimensiones de la personalidad muy variadas, con resultados curiosos; por ejemplo, la afición a los videojuegos no parece estar relacionada con la absorción, según Dauphin y Heller (2.010), sí en cambio el apego a los animales domésticos (Green & Green, 2.010).

Algunos estudios sugieren una base biológica para la capacidad de absorción, que compartiría con determinados efectos alucinógenos y síntomas positivos. (Ott y otros, 2.005).

Otros estudios han observado que la absorción puede relacionarse con la propensión a experiencias alucinatorias (Parra, 2.007), y que habitualmente sujetos con alta capacidad de absorción tienen una historia de experiencias traumáticas infantiles (Lynn y Ruhe, 1.988). Como señala Council (2.004) “durante algún tiempo, la investigación en absorción y variables relacionadas parecía ofrecer un acercamiento entre puntos de vista teóricos opuestos, en el que todos podían coincidir en la habilidad imaginativa como un paso a la respuesta hipnótica. Sin embargo, cuando se refinaron los métodos de investigación, la influencia de las variables situacionales en las correlaciones se hizo patente”.

Como subraya Jamieson (2007), existe una marcada controversia en torno a si la medida de la absorción puede estar influida por los efectos de expectativas.

El mismo Jamieson ha elaborado una versión modificada de la TAS, que recibe el nombre de MODTAS, y cuestiona lo que se ha argumentado en muchas ocasiones, que la correlación observada entre hipnotizabilidad y absorción está sujeta a que son estudiadas en la misma condición experimental, lo que podría dar lugar a un aumento de expectativas. Según este autor, sus estudios contradicen la teoría de las expectativas.

La Escala Tellegen en la práctica clínica

Desde 1992 hemos aplicado la Escala Tellegen con cientos de pacientes. Después de la entrevista inicial, les entregamos como “tarea para casa” un conjunto de pruebas de tipo inventario. Junto con el IDB, el SCL-90, el MMPI u otros cuestionarios que podríamos denominar como “específicamente clínicos”, resulta muy interesante, incluso si la hipnosis no va a formar parte del paquete de tratamiento, que el paciente rellene algún inventario que mida la hipnotizabilidad o la sugestionabilidad. Tanto la Escala Tellegen como el Inventario de Experiencias de Wickram (Wickramesekera, 1988) han sido instrumentos que añaden a la información general preliminar sobre el caso que vamos a tratar una serie de claves para entender mejor la génesis del problema y las vías de solución del mismo.

En primer lugar, la Tellegen nos permite a “grosso modo” evaluar la hipnotizabilidad del sujeto y, por tanto, tener un primer criterio de si la hipnosis va a ser un catalizador adecuado de nuestra intervención, o si sería mejor el empleo de biofeedback, reestructuración cognitiva u otras técnicas. 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.

En segundo lugar, cada ítem podemos considerarlo un fenómeno hipnótico que al paciente le ha ocurrido de forma espontánea en su historia vital. Ver cada síntoma como un fenómeno hipnótico abre siempre perspectivas terapéuticas muy interesantes. Es un tema demasiado amplio para ocuparnos en extensión de ello en este momento, pero repasar una por una las respuestas de la TAS nos dará muchos recursos para nuestro plan de intervención.

También es verdad que algunos de los 34 elementos de la Tellegen son de difícil comprensión para el sujeto que no ha tenido vivencias similares y exponen experiencias muy subjetivas, que las palabras no reflejan en toda su intensidad; es por ello que hemos hecho un esfuerzo con la idea de conseguir una traducción que recoja todos los matices del original y que al mismo tiempo resulte natural en castellano (esto no descalifica otras traducciones). Hemos pretendido que esta versión en español sea aplicable tanto a España como a Latinoamérica.

Referencias Bibliográficas

- Costa, P. T., Jr., & McCrae, R. R. (1985). *The NEO personality inventory manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Council, J. R. (2004). Personalidad, Psicopatología y Sugestionabilidad Hipnótica. *Papeles del Psicólogo*. Septiembre-Diciembre, 89.
- Crawford, H. J. (1982). Hypnotizability, daydreaming styles, imagery vividness, and absorption: A multidimensional study. *Journal of Personality & Social Psychology*, **42**: 915-926.
- Dauphin, B. & Heller, G. (2010). Going to other worlds: The relationships between Videogaming, Psychological Absorption, and Daydreaming Styles. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking* **13**: 169-172. doi:10.1089/cyber.2009.0065.
- Edmondston, W.E. (1986). *The Induction of Hypnosis*. New York: Wiley-Interscience.
- Glisky, M.L., Tataryn, D.J., Tobias, B.A., Kihlstrom, J.F., & McConkey, K.M. (1991). Absorption, openness to experience, and hypnotizability. *Journal of Personality & Social Psychology*, **60**: 263-272.
- Green J. P. & Green E.S. (2010). Predicting animal attachment from hypnotizability, absorption, and dissociation scores. *American Journal of Clinical Hypnosis*, **52**: 205-218.
- Green, J. P. & Council J. R. (2004). Does the positive keying of the TAS inflate the absorption-hypnotizability link? *The International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*. **52**: 378-388.
- Jamieson G. A. (2007). *Hypnosis and conscious states: the cognitive neuroscience*

- perspective*. New York: Oxford University Press Inc.
- Lynn, S.J. & Rhue, J. W. (1988). Fantasy proneness: Hypnosis, developmental antecedents, and psychopathology. *American Psychologist*, **43**: 35-44.
 - Ott, U. (2007). States of absorption: In Search of neurobiological foundations). En Jamieson, G. A. (editor). *Hypnosis and conscious states: the cognitive neuroscience perspective*. New York: Oxford University Press Inc.
 - Ott U., Reuter M., Hennig J., Vaitl D. (2005). Evidence for a common biological basis of the Absorption trait, hallucinogen effects, and positive symptoms: epistasis between 5-HT2a and COMT polymorphisms. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet.* **137B**: 29-32.
 - Parra, A. (2007). Interrelación entre disociación, absorción y propensión a la fantasía con experiencias alucinatorias en población no-clínica. *Alceon, Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica* **14**: 61-71.
 - Tellegen A. & Atkinson G. (1974). Openness to absorbing and self-altering experiences ("absorption"), a trait related to hypnotic susceptibility. *Journal of Abnormal Psychology* **83**: 268-277.
 - Wickramasekera I. (1988). *Clinical Behavioral Medicine*. pp. 271-273. New York: Plenum Press.

ESCALA DE ABSORCIÓN DE TELLEGEN

NOMBRE: **APELLIDOS:**
EDAD: **TEL:** **FECHA:** / /

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

Encuesta Mundial de Hipnológica

Hemos elaborado una nueva sección en nuestra revista: se trata de consultar a los grandes expertos en el terreno de la hipnosis a nivel mundial sobre temas de debate concretos. Las preguntas están formuladas de manera que los resultados se puedan cuantificar, y también permitan comentarios con la profundidad necesaria. Hemos encuestado a más de cien figuras de renombre internacional y periódicamente seguiremos haciéndolo.

Nuestro primer gran tema es:

“¿Es la hipnosis un estado de consciencia específico?”

En los próximos números desarrollaremos la importancia de esta pregunta y daremos cuenta de los resultados obtenidos y de los nombres de los expertos consultados, más las observaciones que podamos resaltar. A pesar de que esta encuesta puede interesar más a nuestros lectores con un conocimiento académico de la hipnosis, aportará también datos reveladores para el público en general.



Imágenes

Portada (fondo): *Feto en Útero*, Leonardo Da Vinci

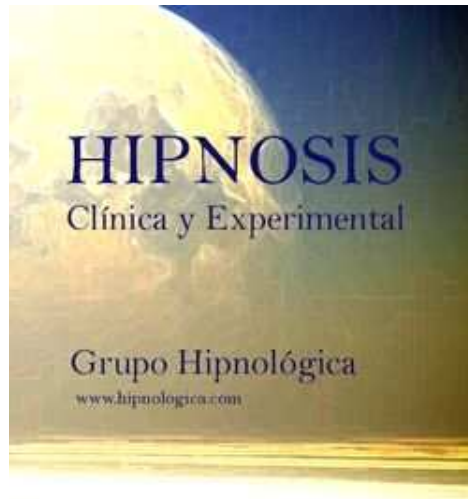
Hipnológica, Revista de Hipnosis Clínica y Experimental

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

AÑO 1 – NÚMERO 3

Julio-Agosto 2010

∞