HIPNOLÓGICA
Revista de Hipnosis Clínica y Experimental
AÑO 13 NÚMERO 14 DICIEMBRE 2022
Sociedad Hipnológica Científica
www.hipnologica.com

Hipnológica

Revista de Hipnosis Clínica y Experimental
Año 13 - Número 14 - Diciembre 2022
ISSN 1989-9866

DIRECTOR
Jorge Cuadros Fernández

SUBDIRECTOR
Chema Nieto Castañón

Presidente de la SHC
Isidro Pérez Hidalgo

Escriben en este número:

Alicia Torres Lirola

Carlos Ramos Gascón

Isidro Pérez Hidalgo

José Jaime Martínez Vallarta

Ignacio Hernández Cosme

Jorge Cuadros

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

CONTENIDOS

Editorial

Isidro Pérez Hidalgo 3

Próximo Simposio Hipnológica

Soluciones innovadoras para trabajar con la pre y postvención de las conductas suicidas 4
Alicia Torres Lirola

Hipnosis y Creatividad

Variaciones en torno a la hipnosis clínica y la creatividad 11
Carlos Ramos Gascón

Terapia Cognitivo-Conductual

Hipnosis y Terapia Cognitivo-Conductual 35
Isidro Pérez Hidalgo

Tabaco

Beneficios de dejar de fumar 47
José Jaime Martínez Vallarta

Trastorno de conversión

Tratamiento de trastorno de conversión con técnicas de hipnosis regresiva 53
Ignacio Hernández Cosme

Blog

Deconstruyendo la hipnosis 56
Carlos Ramos Gascón

Reseña

Hipnosis en el manejo del dolor 86
Jorge Cuadros

Editorial

Llega 2023, y de nuevo presentamos nuestro número anual, aunque a lo largo del año hemos estado añadiendo diferentes artículos a nuestro blog de hipnologica.org, de manera que disponemos de una mayor agilidad en la inclusión de contenidos, sin ceñirnos solo a la época navideña.

A lo largo de este año, hemos publicado un libro que habíamos anunciado anteriormente: "Hipnosis en el Manejo de Dolor: Manual Internacional" (Editorial Aula Magna-McGraw-Hill), con las aportaciones de autores con un sólido prestigio de once países. Por primera vez la edición en papel irá acompañada de edición electrónica, aunque hemos previsto que nuestros anteriores libros sean pronto publicados para su lectura digital (pueden ver la lista de autores en nuestra web).

También hay que destacar que Jorge Cuadros y Magali Vargas han publicado "Hipnosis y la biología del bienestar"; por su parte, Ian Brownlee ha publicado en versión española e inglesa: "Comunicación conflictiva frente a comunicación colaborativa".

También hemos participado en congresos internacionales y hemos recibido visitas de autores de primera línea, miembros honoríficos de Hipnológica.

Nuestro simposio anual ha quedado aplazado para el día 25 de febrero de 2023 con el objeto de hacerlo todavía más atrayente, contando con expertos de primera línea en el tema de la prevención del suicidio. Nos veremos en Madrid en esa fecha, aunque también está prevista la transmisión on line para los que nos quieran seguir desde cualquier lugar del mundo.

En otro de nuestros proyectos de envergadura, en otoño de 2023 debe dar comienzo nuestro programa de posgrado reconocido por la European Society of Hypnosis, aunque estamos pendientes de la confirmación de fechas.

Como siempre, seguimos con la ilusión de difundir la hipnosis clínica y de investigación en sus diferentes facetas, y esperamos seguir contando con la atención de nuestros lectores. A todos ellos, les deseamos que el nuevo año les traiga lo mejor de lo mejor.

Isidro Pérez Hidalgo
Psicólogo Clínico
Presidente de la Sociedad Hipnológica Científica

∞

Soluciones innovadoras para trabajar con la pre y postvención de las conductas suicidas

Alicia Torres Lirola

Este año, en el Simposio anual de Hipnológica, hemos elegido trabajar sobre un tema que está en la actualidad debido a que se ha comenzado a hablar sobre él desde los medios de comunicación, la política y la sociedad en general, después de entender que es necesario, como ha ocurrido con otros temas como los accidentes de tráfico, poner la mirada sobre ello para realizar una eficaz prevención. Este tema es el SUICIDIO. Dicho Simposio se llevará a cabo el sábado 25 DE FEBRERO DE 2023. Se podrá acudir de manera presencial en el salón de actos de la FACULTAD DE CIENCIAS DE LA DOCUMENTACIÓN de la Universidad Complutense de Madrid, C/ de la Santísima Trinidad, nº 37, Madrid o de manera remota en streaming.

Somos conscientes de que es necesario un Plan Nacional para abordar este tema que vertebre acciones a diversos niveles y desde luego una de las necesidades es la de informar de manera coherente y no sensacionalista sobre el tema. Por esta razón de tipo informativo-educativo hemos decidido unir esfuerzos coordinándonos con la Sociedad Española para la Prevención del Suicidio y la Sociedad Peruana de Suicidología, esperando poder aportar algo al conocimiento de estas conductas autolíticas.

Hay una tendencia a identificar el suicidio solo con causas de enfermedad mental, pero eso no es así, es un fenómeno multicausal a pesar de que gran número de las conductas autolíticas estén ligadas a trastornos del ánimo como la depresión o el trastorno bipolar. Otras provienen de eventos estresantes de la vida como pérdida del domicilio, de la salud, de la pareja…

Existe un efecto que se ha denominado "efecto Werter", novela de Johann Wolfgang Von Goethe. Esta obra expresa el conflicto vital de quien se ha enamorado, exponiendo todo el pesimismo del amor imposible y de la que, en su día, se dijo que propició un efecto de imitación por parte de los jóvenes que la leían y terminaban suicidándose, emulando al protagonista. Se ha sostenido que no era bueno publicar informaciones sobre actos suicidas porque podían inducir a quien lo leía a llevarlas a cabo, especialmente los jóvenes, a los que les era fácil identificarse con el personaje y ver en esta acción un halo "romántico". La OMS recomienda que cuando se hable en público de suicidio se resguarde la intimidad, se evite mencionar el método utilizado y no se especule sobre las causas del hecho.

Sabemos que existe un efecto denominado Papageno, que toma el nombre de uno de los personajes de la Flauta Mágica de Mozart, que simboliza la lucha entre la luz y las tinieblas. Este efecto muestra que aquellas noticias sobre conductas suicidas que siguen determinadas reglas tienen un efecto preventivo y puede reducir el número de muertes por esta causa.

Hay que subrayar que, precisamente, el acento hay que ponerlo en "determinadas reglas" que pasan por no informar de manera sensacionalista, no poner énfasis en las metodologías, no romantizar, no mostrarlo como una salida. Muchas veces decimos que el suicidio es una decisión irrevocable para resolver un problema que se vive como insoluble, pero en realidad es transitorio.

Vamos a hablar de incidencia y me gustaría señalar algunas cifras que nos brinda el Observatorio del Suicidio, vinculado a La Sociedad Española para la Prevención del Suicidio, sobre los datos oficiales que facilita el INE (Instituto Nacional de Estadística)

En 2020, año de la pandemia, las cifras fueron de 3.941 personas muertas por suicidio. Las estadísticas de 2021 comienzan a vislumbrar el efecto que habría supuesto el confinamiento y se produce un nuevo máximo histórico en España, superando por primera vez las 4.000 defunciones por año. El dato ha sido de 4.003, de los cuales 2.982 eran varones y 1.021 eran mujeres. Vemos que la proporción es de 75 a 25. Sabemos que las mujeres lo intentan más, pero los resultados son menos letales, probablemente por los métodos escogidos. Esto supone que mueren 11 personas al día.

Por regiones, la más golpeada es Andalucía, con 849 personas; le sigue Cataluña, con 576; Valencia, con 403; Madrid, con 348 y Galicia, con 337.

Por franjas de edad, el grupo más afectado es el de 50 a 54 años, con un gran aumento en los jóvenes; además, se duplica el suicidio de niños menores de 15 años: 7 en 2020 y 14 en 2021. Los de las niñas menores de 15 años alcanzan la cifra, también histórica, de 8 (7 en 2021). En estas edades, ningún año se había superado las 14 defunciones. En 2021 han sido 22, un 57% más.

Es importante señalar otros dos años que mostraron una importante subida, 2012 y 2013. La crisis de la vivienda golpeó duramente a muchas personas. Según datos del Banco de España, en los primeros seis meses de 2013 se ejecutaron 19.567 entregas judiciales de viviendas hipotecadas, cifra muy superior a la de 2012, en la que durante todo el año se entregaron 23.774.

La plataforma de afectados por las hipotecas (PAH), manifiesta que más de 13.300 suicidios desde 2008 a 2015 son imputables a lo que denominan terrorismo financiero.

Aquí podemos entender que el suicidio no está solo relacionado con trastornos de ánimo o mentales sino, como ya hemos señalado, con sucesos de vida, tanto sociales como personales.

En el primer trimestre de 2022, se han contabilizado ya 2.015 suicidios, un 5,1% más que en el mismo período de 2021. Esta suma apunta a un nuevo máximo y a la continuidad de la tendencia al alza, constante desde hace cuatro años.

A nivel mundial, la frecuencia es que cada 40 segundos se suicida una persona, lo que representa una tasa anual de 11,4 por 100.000 habitantes, con unas tasas de 15,0 entre hombres y 8,0 entre mujeres.

En los países ricos se suicidan tres veces más hombres que mujeres, pero en los de ingresos bajos y medianos la relación hombre/mujer es mucho menor, de 1,5 hombres por cada mujer. Como vemos, nuestra tasa de 2020 es superior a la mundial, pero sabemos que esa comparación no es significativa, porque en muchos países no se llevan estas estadísticas de manera estatal y los métodos para recabar información no son homologables.

Sabemos que contabilizar las muertes por suicidio es especialmente difícil debido a que los datos recogidos de fallecimientos se falsean en los partes de denuncia por diversos motivos, por lo cual se sospecha que la cifra real en España podría ser el doble, de unas 6.000 personas al año, aproximadamente.

Muchos de estos suicidios no son demostrables, pues se confunden con accidentes de tráfico y otras cuestiones, ya que también se siguen viendo como algo vergonzoso para las familias que los sobreviven. Una pérdida es siempre dolorosa, pero más si es inesperada y mucho más si responde a una conducta autolítica que deja tras de sí un rastro de culpabilidad. Los familiares se preguntan cómo pudieron no observar "las señales", también se dicen que deberían haber hecho algo distinto y tienen que sumar al duelo por la pérdida las autoacusaciones que les culpabilizan.

También se siente enfado hacia las víctimas, viviéndolas como egoístas que no han pensado en el efecto devastador que su acción iba a producir sobre las personas cercanas, por no haber pedido ayuda, y el lenguaje, como otras muchas veces, no ayuda. Decimos que una persona se ha suicidado en lugar de que ha muerto por suicidio, de la misma manera que se puede morir de cáncer o de una parada cardiorespiratoria. Cargamos todo el peso sin darnos cuenta de que, como hemos dicho antes, la persona puede estar atravesando una enajenación transitoria víctima de la presión, la visión de túnel o sentir una errónea falta de salidas a su problema.

Edwin Shneidman, creador de los conceptos de Suicidología y de Autopsia Emocional, clasifica la conducta suicida en cuatro tipos:

1. La conducta suicida impulsiva; suele aparecer tras una desilusión, frustración o fuerte enfado.
2. Estado depresivo; se dicen que la vida no vale la pena, tienen sensación de minusvalía y desamparo que piensan que nunca desaparecerán.
3. Deseo de comunicar algo a los demás a través del suicidio; generalmente desean ser tratados de otra forma.
4. Una enfermedad grave que le hace pensar que no hay salida.

Por tanto, vemos que, aunque el mayor número se dé en personas con trastornos emocionales, no hablamos solo de personas con enfermedad, sino también de las que padecen eventos estresantes de vida.

En España sabemos que se producen entre 3.500 a 4.000 muertes dependiendo del año, pero los intentos según los expertos ascienden a unos 8.000, quedando con secuelas psicológicas y convirtiéndose en el colectivo de más alto riesgo para un próximo intento.

Podemos dividir las conductas suicidas de la siguiente manera:

- Acto suicida, en el cual la persona emprende una acción suicida, independientemente de su intención, de su motivación y del resultado. Este se dividirá en consumado si sucede la muerte o intento si sobrevive.
- Ideación suicida. Cuando la persona piensa cometer suicidio y lo ve como la única salida a su situación
- Plan suicida. Comienza a investigar sobre los medios a disponer, pensar, fantasear y proyectar con una serie de pasos que concluirán con su muerte.
- Parasuicidio. La persona no tiene como fin último morir, sino recabar ayuda y, para ello, realiza un intento medido y calculado para que el resultado no sea de muerte, aunque ésta puede suceder porque es una conducta con riesgos extremos difícilmente calculables.

Hay muchos autores que no consideran el parasuicidio en esta vertiente porque, en última instancia, la intención de las personas que llevan a cabo actos suicidas no es un deseo de morir, sino dejar de sentir un dolor emocional tan intenso y difuso. Por ello Shneidman habla de un tipo de suicidio como deseo de comunicar. De hecho, otros autores lo equiparan a intento como hemos hecho en el párrafo anterior.

Sabemos que las causas son multifactoriales. Eso nos invita a trabajar desde un modelo de intervención bio-psico-social. Si dividimos las causas según edades, entendiendo que no solo se da una circunstancia, sino que depende de múltiples factores, incluida la capacidad de resiliencia de la persona, las más frecuentes suelen ser:

- En la infancia: Provenir de una familia desestructurada y tener mala relación con los padres; convivir con personas con enfermedades emocionales o mentales; ser víctimas de castigos humillantes o padecer acoso.
- Durante la adolescencia: Los desengaños amorosos; exceso de expectativas y correspondiente presión de los padres respecto a las capacidades; embarazos no deseados; confusión sobre la identidad sexual y acoso; una muy baja autoestima...
- Los adultos: Desempleo; quiebra financiera; separaciones matrimoniales no deseadas o complejas; malos tratos; acoso sexual o laboral; sentimiento de incapacidad laboral; viudedad o pérdida de hijos; pérdida de la salud…
- En la vejez: La viudez; enfermedades crónicas dolorosas o incapacitantes; ser consciente de la pérdida de las facultades mentales; sentimientos de soledad e inutilidad...

Tres de cada cuatro suicidios los realizan los varones y el riesgo de suicidio aumenta con la edad; la mayor tasa se da en varones de unos 79 años. Sin embargo, el riesgo de suicidios en edades tempranas y adolescencia está aumentando. La pérdida del estado de bienestar y de la calidad de vida está casi detrás del 50% de los suicidios.

Los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad del Estado presentan tasas de suicidio que duplican las cifras de la población general (2,5 veces más).

Por todo lo que hemos explicado hasta aquí, y otras muchas razones, hemos decidido dedicar el VIII Simposio de la Sociedad Hipnológica Científica a las Conductas Suicidas y mostrar la utilidad y eficacia de una técnica como la hipnosis, que puede ayudar a que las personas que estén en riesgo de suicidio o hayan llevado a cabo tentativas, puedan aliviar la sintomatología, pues la hipnosis se ha mostrado muy eficaz para trabajar con cuestiones que subyacen a las conductas suicidas.

Podemos enumerar campos en los que se ha encontrado buenos resultados con la hipnosis:

- Manejo del dolor crónico, dolor físico, psicosomático o psíquico.
- Trabajar con los miedos creando espacios mentales seguros.
- Depresión y desesperanza.
- Creencias inconscientes limitantes y pensamientos automáticos.
- Fobias incapacitantes.
- Quiebras de la autoestima.
- Sensaciones de pánico y ansiedad.
- Falta de visión de futuro.
- Afrontamiento de duelos y pérdidas.
- Estrés y situaciones de Burnout.
- Situaciones de acoso laboral, escolar y sexual.
- Problemas de sueño y alimentación.
- Conductas de dependencia.

Para realizar este Congreso, hemos aunado esfuerzos desde 3 sociedades: La Sociedad Hipnológica Científica como anfitriona, la Sociedad Española para la Prevención del Suicidio y la Sociedad Peruana de Suicidiología.

Contaremos con la participación de grandes especialistas, con amplios currículos en ambas materias, suicidio e hipnoterapia, que van a ser tratados conjuntamente casi por primera vez, permitiéndonos explorar nuevas posibilidades:

ANDONI ASEAN, Presidente de la Fundación Española para la Prevención del Suicidio y de la Sociedad Española de Suicidiología; Director del 'Master de Gestión Clínica y Sanitaria en Salud Mental' y del 'Master en Prevención del Suicidio' de la Universidad Pablo de Olavide; Director del 'Manual de Gestión Clínica y Sanitaria en Salud Mental' y del 'Manual de Prevención, Intervención y Postvención en Conducta Suicida'; autor de la 'Guía Práctica de Prevención del Suicidio para profesionales sanitarios' y de los libros 'La felicidad impuesta' y 'La psiquiatría de la felicidad'; Representante Nacional para España de la Asociación Internacional para la Prevención del Suicidio (IASP); Experto en gestión sanitaria y hospitalaria y en Salud Mental.

Departirá sobre: "Suicidio, un problema de salud pública"

JOSÉ CASTRO ESCOBAR, Presidente de la Sociedad Peruana de Suicidología; Presidente del Comité Asesor Permanente de la Especialidad de Prevención de la Conducta Suicida del Colegio de Psicólogos del Perú, Consejo Directivo Nacional; Presidente de las Sociedades Científicas de Suicidología SPS en España y Perú; Miembro del Grupo Iberoamericano de Antropología Médica; Miembro de la Sociedad Española de Medicina Psicosomática (SEMP); Miembro de la Red Mundial de Suicidólogo México; Miembro del Círculo de Psicosomática y Antropología médica; Sociedad Peruana de Psicología en Emergencias y Desastres SPPED, Delegado para España y Europa; Miembro del Consejo de Redacción "Cuadernos de Crisis"; Fundador del Consejo Euroamericano de Emergencias médicas y Desastres-Tesorero; Miembro de Honor del Instituto Hispanoamericano de Suicidología México; Miembro del Grupo de trabajo de la Red Iberoamericana de Psicología en Emergencias RIPE; Miembro de la Sociedad Española de Suicidología SES; Docente Sanitario, acreditado por el Colegio Oficial de Psicólogos de Andalucía Oriental y la Comunidad de Andalucía; Licenciado en Psicología por la Universidad Nacional Federico Villarreal de Lima, Perú, Homologado por el Ministerio de Educación España; Psicólogo Colegiado en el Colegio de Psicólogos del Perú 7700; Presidente del Comité Asesor Permanente de la Especialidad de Prevención de la Conducta suicida, del Colegio de Psicólogos del Perú, Consejo Directivo Nacional; Presidente de las Sociedades Científicas de Suicidología SPS en España y Perú; Especialista en Conducta Suicida, Bullying, Ciberbullying y Acoso.
Departirá sobre: Suicidio: "Impacto de las Redes Sociales en la Adolescencia y Juventud"

ISIDRO PÉREZ HIDALGO, Presidente de La Sociedad Hipnológica Científica; Psicólogo Clínico y experto en Hipnosis Clínica; docente en hipnosis clínica; Fundador y director de CHC Psicólogos Madrid; Co-coordinador de cuatro manuales internacionales sobre Hipnosis Científica; Director del Departamento de Psicosomática del Instituto de Reumatología Barcelona; Director del Máster de Hipnosis Clínica de Psicocátedra (Ateneo de Madrid).
Departirá sobre: "Autohipnosis negativa en la propensión al suicidio"

IAN BROWNLEE, Anglo/Irlandés, en España desde 1985; Master en Education - Teaching English Overseas y M.Ed. en Adult Education (comunicación); Cualificaciones Post Grados de Harvard University en Negociación, y Cursos Avanzados en la P.N.L. e Hipnosis Ericksoniana; ha vivido en 9 países (Australia, Corea del sur, Laos, Tailandia, Hong Kong y Singapur), trabajando como Investigador, Profesor y Consultor;
Socio Director y Consultor Principal de la empresa Brownlee & Associates SL; actualmente Profesor de 8 MBAs sobre las "Estrategias de Negociación y Comunicación" en Inglés y Español en Talento-Ephos Escuela de Negocios en Madrid. Miembro de la Sociedad Hipnológica Científica

Departirá sobre: "la vida atrapada en la palabra"

DR. JOSÉ JAIME MARTÍNEZ VALLARTA, Doctorado en Psicología, obteniendo mención honorifica; Licenciatura en Psicología Clínica también con mención honorifica; Maestría en Atención y Prevención a la Violencia; Máster en Intervención Psicológica en Situaciones de Crisis, Emergencias y Catástrofes por la UAM; Vocal de la Junta Directiva de la Sociedad Hipnológica Científica; Miembro y Asesor Directo de la Sociedad Peruana de Suicidología; Miembro de la SES (Sociedad Española de Suicidología); Miembro de First Aid Association Internacional. Red Mundial de Suicidología - World Suicidology Network; Miembro del Instituto Hispanoamericano de Suicidología México; Miembro de Rescate y Primeros Auxilios de Puebla A.C.; Miembro del grupo Iberoamericano de Antropología Médica.
Departirá sobre: "Supervivientes y las fases de su duelo"

ALICIA TORRES LIROLA, Licenciada en Filosofía y Ciencias de la Educación; Posgrado en Neuropsicología del Aprendizaje y las Emociones por la UCM; Experta en Educación Emocional; Formada en Focusing y Mindfulness; Especializada en TRE (ejercicios para la liberación de tensión estrés y trauma); Formada en Prevención del Suicidio por la Sociedad Española para la Prevención del Suicidio; Miembro de la Sociedad Hipnológica Científica; Directora de la marca Caballos que Educan; Psicoterapeuta, con una larga trayectoria en trabajo emocional con adolescentes; Ha impartido formación en el teléfono de la esperanza.
Departirá sobre: "La desesperanza de los adolescentes y su cerebro".

Finalizaremos con un coloquio entre el público y el Dr. MIGUEL MARSET, sobre "suicidio asistido", realizando una comparación entre España y Suiza. Es Doctor en Medicina, Psiquiatra y Psicoterapeuta; Director del Institut Clinique de Neurosciences (Ginebra, Suiza), sociedad clínica y científica interdisciplinar de carácter ambulatorio de psiquiatría y psicoterapia con especificidad clínica en adictología, TDAH y psico traumatología; Docente y Supervisor de la Sociedad Suiza de Hipnosis Médica y de la Sociedad Suiza de Hipnosis y Psicoterapia; Miembro internacional de la Sociedad Hipnológica Científica.de España.

NOTA
Si desean participar en este simposio que se celebrará EL 25 DE FEBRERO DE 2023, de 9h a 19h, en la FACULTAD DE CIENCIAS DE LA DOCUMENTACIÓN DE LA UCM, C/ de la Santísima Trinidad, nº37, Madrid, o de manera virtual, deberán dirigirse a chcpsico@chcpsico.com señalando en el asunto "Simposio 2023" para consultar nuestras diferentes tarifas.

Alicia Torres Lirola
Psicoterapeuta

∞

Variaciones en torno a la hipnosis clínica y la creatividad

Carlos Ramos Gascón

Querido lector, muy dulce y amada lectora, no lo dudéis: las rayas de la vida hay que cruzarlas de través. Esto es la esperanza de una cierta felicidad que viene y va, y cogerla renovada constituye el latido de nuestra vida, porque no otra cosa es la creatividad, sino aquello que tiene el agua, con su larga cola, por su verde sala.
Carlos Ramos Gascón: Un psicólogo va al paraíso (1)

Mi amigo y colega, presidente de la Sociedad Hipnológica Científica, Isidro Pérez Hidalgo, me ofrece nuevamente la revista de nuestra Sociedad a fin de que escriba algunas reflexiones en torno a diversos aspectos de la hipnosis clínica, objeto de nuestras investigaciones y quehacer profesional.

"Que sea un artículo innovador, reconsiderando la hipnosis. Aceptaremos tu herejía …"

¿Cómo podría ser de otro modo? Sin embargo, no estoy seguro de acertar plenamente en semejante empresa que me propone nuestro presidente de la Sociedad Hipnológica Científica, *pero como cada cual escribe como es*, procuraré hacerlo de forma llana y sencilla, exponiendo la, en mi opinión, *delicada situación de la hipnosis clínica en los tiempos actuales*: *No logra salir fuera de su zona de confort* de los procesos imaginarios, tiene agotado su discurso, e impide así diseñar *un bisturí hipnótico* más preciso y de mayor calado.

Tal como lo expuse en este mismo espacio de la Revista Hipnológica, hace unos meses, en mi último artículo, titulado *Deconstruyendo la hipnosis* (2), mi relación con el tema que nos ocupa ha abarcado prácticamente toda mi vida. Me parece importante tenerlo en cuenta, a fin de no repetirme, en lo posible, y comprender el trasfondo y entre bastidores de una compleja – no es lo mismo "compleja" que "complicada": hay complejidades afiladas y sencillas – percepción del ámbito hipnótico y sus procesos diferenciales.

Me gustaría creer, pues, que las líneas que siguen llamarían la atención de alguien y podrían ser de cierta utilidad a quienes las lean.

Considero que el hecho de ser yo de naturaleza marcadamente imaginativa y haber tenido que afrontar desde niño fuertes minusvalías, me llevó espontáneamente a intentar superarlas, o compensarlas de

alguna forma, a través de los resquicios que pudiera ofrecerme la realidad que me rodeaba, tal como me era dado percibirla, *y hacerlo de otro modo*. Pienso que fue la raíz de mi temprana atención hacia la hipnosis y otras cuestiones.

Con frecuencia recuerdo la sentencia de Georges Braque:

"Yo no creo en las cosas, sino en las relaciones entre las cosas".

Sin embargo, -y posiblemente debido a mi forma de percibirlas- esta relación entre las cosas no se me ha presentado tanto como un ejercicio de tender puentes entre ellas como mi inclinación a *dar un salto entre una y otra*, - salvando y analizando sus grietas y recovecos-, encontrar lo que pudiera haber de diferente entre ellas. Creo que esto ha sido mi mayor motivación y ha venido marcando mi actitud ante la hipnosis y la vida en general.

Cuando, por ejemplo, caminando por el campo me encontraba ante un macizo de rocas, lo que más me llamaba la atención no era el conjunto, ni la forma de cada roca, sino los resquicios o grietas –sus espacios intermedios, y a partir de ahí, *gestionarlos de una determinada manera*- que yo pudiera encontrar entre ellas y que componían una extraña geografía interior.

Esto, naturalmente, tenía sus variantes y alternativas. Una de mis más intensas lecturas de aquel entonces fue *El retorno de los brujos* (de J. Pauwels y L. Bergier) (3), obra en la que se incluye el cuento de Borges *El Aleph*:

"El Aleph es aquella esfera cuyo centro está en todas partes, y su circunferencia en ninguna".

La lectura de aquel relato de Borges me ayudó a comprender *lo anfractuoso que puede ser el ámbito de lo imaginario.* Además, siendo finito su actividad, paradójicamente, carece de límites. Y lecturas como esta las combinaba con otras sobre el cultivo de la concentración mental y procesos espirituales meditativos orientales, en los que, entre otros se mencionaba uno especial: *Aparte de la mente*.

Sintiéndome desarraigado y extranjero en mi propia lengua materna desde los 8 años llamaba, paradójicamente, la atención de quienes me rodeaban por mi facilidad para traducir en palabras mis sensaciones corporales y estados de ánimo. Mi deseo espontáneo, a lo largo de mi vida, ha sido siempre buscar alternativas a la realidad – como reflejo de una disidencia de la vida que se me ha venido ofreciendo - y que con frecuencia he percibido como muy limitadora y agobiante.

Dado este contexto en el que me sentía, pensé que el ámbito de la hipnosis podía brindarme una serie de alternativas, siempre caminando

por el filo de la navaja de la Realidad. En definitiva, ¿de qué Realidad se trataba? Me negaba a creer que *esa entidad tan aplastante* que se me venía encima, tal cual, fuera todo lo que había. Creí comprender que, en realidad, la clave estaba en nuestra percepción del mundo: Que realmente, *nos convertimos en lo que percibimos, y que una de las vías salvadoras para respirar más libremente está en modular, desde un ángulo crítico, nuestra percepción de las cosas.*

O al menos, intentarlo.

Es curiosa *la latencia hipnótica,* y sus giros, que pueden producir las aristas de la realidad o de sus esquinas. Estoy pensando, en concreto, en *Primavera con una esquina rota,* o *El hombre de la esquina rosada*. En el contexto de la hipnosis, siempre nos queda mucho por aprender.

Pero siempre, instintivamente, he buscado nuevos caminos –resquicios entre las realidades que se me vienen presentando - para salir adelante *y poder respirar libremente.* Tal como he expresado más arriba, esta ha sido una de las claves de mi actitud ante la hipnosis y mis intentos de buscar alternativas cruzando de través algunos de sus caminos trillados.

Recuerdo también lo que me interpretó una de mis psicoanalistas y que, en efecto, era fiel reflejo de lo que venía experimentando, así como de lo que vendría después:

"Carlos, toda tu vida ha sido una lucha contra el superyó".

Siendo ella una persona excelente pero no especialmente sagaz, probablemente no tuvo conciencia del alcance de lo que me dijo en aquel momento, aunque se trataba de una realidad tan obvia. En efecto, mi natural rebelde e instinto de supervivencia ha sido uno de los rasgos de mi forma de ser que más me han ayudado para salir adelante.

Vivimos una época histórica y un intenso cambio de paradigma. *Considero que la hipnosis clínica debe participar plenamente de ello.* Los avances científicos y tecnológicos, y particularmente los que estamos experimentando en el campo de la física cuántica, van cambiando de forma acelerada la percepción de la realidad que nos rodea y de nosotros mismos. En determinados estudios, por ejemplo, se han encontrado interesantes similitudes entre dos de los sistemas más complejos hasta donde los conocemos actualmente: la red neuronal de nuestro cerebro y el Universo del que formamos parte.

Esto nos dejaría abiertos a todo tipo de consideraciones muy estimulantes, *pero que podrían tener el riesgo de determinados deslizamientos de contextos*, con una fuerte deriva hacia tentaciones

herederas de la New Age, con sus ribetes espiritualoides, esotéricos o parapsicológicos. Lo digo porque según me comentan, van menudeando anuncios sobre *hipnosis cuántica*, *hipnosis cuántica regresiva*, y temas así. El mundo de la imaginación terapéutica es ingenioso, oportunista, y carece de límites. Toca aquí un ejercicio de desambiguación.

Antes de tocar otros aspectos de la hipnosis, quisiera hacer un inciso sobre el tiempo psicológico, que más concretamente deberíamos denominar *tiempo emocional*. Se trata de un asunto de notable complejidad que requeriría un desarrollo aparte. Ya Lezama Lima, en su ensayo *Reojos al reloj*, se refería a "… *los juegos implacables de lo temporal..."* (4). En la actualidad a la gente se la da mucha lata con la imperiosa necesidad de *"centrarse en el momento presente",* y he apreciado que en el caso de ciertas personas, sobre todo las de tipo obsesivo, tal exigencia se les convierte en innecesaria fuente de ansiedad. En mi opinión, *la exigencia del presente unidimensional y abstracto* se les transforma en una estafa emocional. A mi modo de ver, lo emocionalmente sano y operativo requiere *un sentimiento flexible del tiempo*, percibiendo la realidad emocional del tiempo se manifiesta como *un tríptico* en el que pasado y futuro se entreveran con suavidad en el presente. Emocionalmente, resultan operativos, "presentes", los tres, fluctuando rítmicamente unos sobre otros. Creo que estas consideraciones pueden resultar útiles. Para el desarrollo de *procesos hipnóticos de distorsión temporal*.

Centrándonos de forma concreta en nuestro ámbito natural y objeto del presente artículo, el de la Hipnosis Clínica, encuentro que hay muchísimas investigaciones en este campo – sobre todo procedentes de la enriquecedora influencia de Erickson – de cuyos múltiples desarrollos somos deudores en nuestra práctica clínica.

Y esto, en mi experiencia personal, lo podía apreciar en mi vida diaria.

Por ejemplo, cuando niño, me desconcertaba la capacidad de quienes me rodeaban *para decir Sí, cuando querían decir No, y decir No, con aplomo, cuando querían decir Sí*. Especialmente entre las mujeres de mi entorno.

¿*Solo Sí es Sí*? Depende …

Recuerdo mis lecturas de *El hombre de febrero* (5) –obra que luego se me ocurrió releer al revés- y comprendí que, junto a la maravillosa habilidad de Erickson para manejar la regresión hipnótica, con su cadencia y giros, junto con las estrategias de confusión mental y distorsión temporal, era paralelamente una aguda reflexión sobre las implicaciones emocionales de la afirmación y negación en el contexto de nuestras relaciones humanas.

Es lo que se apunta en este breve diálogo:

Erickson: Ahora bien, ¿recuerda aquel "sí" escrito cuando estaba despierta? ¿Sabe a qué se refería?

Sujeto: No.

Erickson: ¿Le gustaría adivinarlo?

Sujeto: No.

Erickson: ¿Dijo que no?

Sujeto: Sí.

Erickson: Muy bien. ¿He de decirle lo que tenía yo en mente?

Sujeto: Sí. (6)

Ante maestros de la categoría de Erickson no me quedaba otra perspectiva que aprender lo que yo pudiera. Pero al mismo tiempo, *dada mi inclinación - debido a* experiencias infantiles ya expuestas- a agobiarme *cuando me encontraba* en un terreno más o menos conocido *pero desde el que necesitaba* dar con otros espacios que, quizá, *no se hubieran transitado*, se me ocurrió reflexionar sobre el *tempo hipnótico* en su conexión con determinados procesos *psicofisiológicos como la respiración*.

Lo fundamental, como expuse sistemáticamente en mi primer libro sobre hipnosis (7), consiste en *sincronizar las sugestiones que se van formulando con el ritmo respiratorio espontáneo del sujeto*, generando una determinada cadencia. De esta forma, el proceso respiratorio funciona como un metrónomo *biológico*.

A raíz de estas investigaciones, desarrollé posteriormente el concepto de *Sugestión respiratoria (SR).* Considerando que las defensas psicofisiológicas están, *brevemente más debilitadas* –como expresión de una pulsación inherente a lo vivo- en *la fase de inspiración*, *la clave* de esta técnica consiste en *formular de manera* sincronizada con ella determinados aspectos del proceso sugestivo, *y de una cierta forma* –formulaciones simbólicas y metafóricas, giros sintácticos, *así como leves variaciones* de ritmo y entonación-, para luego irlo *desplegando a* lo largo de la espiración, y así sucesivamente.

Este proceder lo expongo de forma sistemática en mi libro ya citado, *Hipnosis y Psicoterapia* con múltiples ejemplos (8).

Por curioso que pudiera parecer, ningún paciente ha parecido darse cuenta de estas maniobras respiratorias. Simplemente, manifiestan en algunos casos, que les he estado hablando de una forma especial y esto les ha producido sueño *aún cuando yo no haya formulado sugestiones en este sentido.*

El fenómeno generado por *este proceder respiratorio hipnótico*

resultó incluso más llamativo en mi investigación sobre *la hipnosis silenciosa* (también descrita en el libro ya citado), deslizando -suave y fluidamente- la mirada del operador de abajo-arriba-abajo y vuelta, al compás del ritmo respiratorio espontáneo del sujeto. Todos, sin distinción de sexo, cayeron al cabo de unos minutos en un trance de cierta intensidad. Al final de la sesión silenciosa le pasaba a cada voluntario un cuestionario cuya intención principal era sondear indirectamente si se habían dado cuenta de este proceder respiratorio durante la inducción silenciosa. Ninguno de los participantes, unos 20 sujetos, dio noticia de ello.

Hay que confesar que estas dos estrategias hipnóticas requieren por parte del operador cierto entrenamiento previo, junto a buenos reflejos mentales y capacidad de concentración. Merece la pena una preparación previa porque, según mi experiencia clínica, *las sugestiones respiratorias son de especial precisión y eficacia en el contexto de la hipnosis terapéutica*. Se trata de una técnica que, llevada de forma flexible y dinámica, capta notablemente la atención de los pacientes, e induciéndoles hasta un trance intenso, incluso en casos que podrían parecer refractarios al principio.

También es verdad que tienen sus limitaciones. *Cuando joven*, en la época del tardofranquismo, me habría *gustado ensayar* las Sugestiones Respiratorias (SR) con alguna *novia, a ver qué* tal, pero en aquel entonces aún no se me había *ocurrido la técnica*. *Ya en* la época actual, la he ensayado en diversas ocasiones *con mi mujer, siempre* con resultado negativo. Debe ser que la *fase de inspiración* de mi señora es especialmente resistente *o tiene alguna otra cualidad* que yo no he captado. Lo mismo me *ha sucedido con* algunos familiares y amigos como, por ejemplo*, Isidro Pérez Hidalgo*, y tampoco me ha dado resultado. Pero el *caso de Isidro es especial* – por razones obvias – y sospecho que *él sí se dio* cuenta de la maniobra y se me enrocó *férreamente*. Pero no dijo nada.

La moraleja de lo anterior es que para que estas y otras técnicas hipnóticas funcionen realmente suele ser necesaria *la adecuada objetividad y distancia emocional* que solo puede darse en un contexto profesional terapéutico. Recomiendo encarecidamente a mis colegas que prueben las SR tal como indico, - o cualesquiera otras variantes que se les ocurran – con la seguridad de que encontrarán una herramienta de gran utilidad y calado en el contexto de la terapia mediante hipnosis.

Las menciono, simplemente, como ejemplos de *mi esfuerzo por ir más allá de la práctica clásica en el*

contexto de la hipnosis clínica, en un intento de encontrar nuevos caminos.

No obstante, me daba cuenta de que seguía sintiéndome enjaulado en *la dictadura hipnótica de la relajación, del "duérmase profundamente"* (con frecuencia entonado con voz cavernosa) y, especialmente, de la constelación de metáforas y películas mentales que siempre he experimentado como mi ámbito natural. Sin embargo, sintiendo cada vez más insatisfacción en mi práctica clínica, con frecuencia recordaba la divertida y aguda afirmación de Woody Allen:

"Esto del advenimiento del Mesías no es nada comparado con la cartelera de Broadway".

Expresado de otra forma, empecé a sentirme agobiado en mi propio contexto natural, a pesar de que siempre ha estado poblado por el mundo de las metáforas, la literatura y de las películas mentales, llevado por una viva imaginación. Además, habiendo trabajado desde hace mucho tiempo en este mismo ámbito profesionales tan brillantes y capacitados, ¿qué más podía aportar yo?

Necesitaba salir de este contexto y encontrar caminos alternativos a la clásica imaginería mental, *alguna realidad completamente otra* que me brindara *un nuevo espacio en el que poder respirar libremente*. Y me preguntaba –lo deseaba fervientemente- si ese nuevo enfoque podría proporcionarme *un punto de quiebra* del que - desde mi práctica clínica y como técnica de elección - se pudieran beneficiar mis pacientes de alguna manera.

Fue un proceso largo que expuse parcialmente en mi presentación de la *Técnica de las Imágenes Ideorretinales (TEID ®)* (9) y asimismo en mi anterior artículo *Deconstruyendo la hipnosis* (10), ya citado.

El TEID ® podía constituir uno de los caminos que estaba buscando, como alternativa al enfoque imaginativo clásico de la hipnosis.

En los inicios de esta técnica, aparte de mi propia experiencia personal, cerrando simplemente los ojos, me llamó la atención lo que expresó acertadamente uno de los sujetos que se ofrecieron a la investigación: *"Veo el universo estrellado".*

Como ya expuse en el artículo citado *Deconstruyendo la hipnosis,* recordé que *el color azul* no existía para los griegos de los tiempos de Homero. Homero concretamente, poetizaba sobre *el cielo color bronce* o *el mar color vino oscuro*. No conocía el azul.

Y respecto del *firmamento estrellado*, ¿cómo no lo habíamos visto antes si lo hemos tenido delante todo el tiempo? Me costaba creer que nadie hubiera caído en la cuenta de ello con anterioridad. Quizá habría que indagar entre los presocráticos.

Pero estas reflexiones vienen a cuento de que es posible que en el campo de la hipnosis *tengamos delante otras realidades y no hayamos sido capaces de percibirlas. Lo que carece de nombre no existe*.

En su evolución, y tal como expliqué en mi anterior artículo publicado en la presente revista (11), decidí investigar la técnica del TEID ®, y las variantes que pudiera presentar, así como emplearla en una diversidad de casos que se me presentaron para terapia.

De entrada, deseo aclarar que, *dada la completa novedad de esta técnica*, la descripción que realicé en el libro antes citado puede resultar más complicada de lo que en realidad es. Por el contrario, su práctica es notablemente sencilla y flexible, e incluso agradable tanto para el terapeuta como para el paciente, con apreciables aplicaciones en la vida diaria.

Respecto de esta investigación, me encontré que alrededor del 10% de los sujetos parecían mostrarse refractarios al TEID ®. No reaccionaban ni decían ver ninguna imagen ideorretinal en particular. Y, sin embargo, estos sujetos tendían a caer en un trance intenso y presentando una completa amnesia posthipnótica. El fenómeno se presentaba sin aparente distinción de sexo, pero correspondiendo siempre a personas de notable rigidez mental y algunos casos de *alexitimia*.

En la práctica clínica, empleé esta técnica, generalmente con resultados satisfactorios, en diversos casos de ansiedad, fobia social, disfunciones sexuales, y en particular, en dos casos graves, uno de trastorno por estrés postraumático (TEPT) y otro de duelo, siendo exclusivamente tratados mediante el TEID ® (12).

Quiero asimismo subrayar que la técnica del TEID ®, tal como la he venido practicando – y siempre en combinación con *el establecimiento posthipnótico de respuestas ideomotoras* - suele presentar una notable ventaja respecto de la conocida recomendación en la práctica de la hipnosis clínica clásica de practicar *la media hora diaria de relajación hipnótica*. Es cierto que *el condicionamiento ideomotor* puede establecerse igualmente a través del proceso hipnótico habitual. Pero mi experiencia es que estableciéndolo mediante el TEID ® resulta más consistente y eficaz.

La razón de esto podría radicar en que mediante el TEID ® *el reflejo ideomotor tiende a establecerse siguiendo la eclosión, casi siempre involuntaria y autónoma, de las imágenes ideorretinales*, sin necesidad de recurrir a las consabidas sugestiones de la hipnosis clásica.

El resultado del condicionamiento ideomotor, en el contexto del TEID ®, es que *posibilita con notable flexibilidad al paciente para*

inducir sobre la marcha y a lo largo de su vida diaria - sin mayor consumo de tiempo, esto es: pudiendo moverse, hablar, actuar en general… - un *microtrance* que le va a resultar mucho más eficiente que la media hora de relajación hipnótica.

Lo anterior es especialmente cierto cuando se trata de *entrenar a determinados profesionales que se desenvuelven en situaciones de riesgo –necesitando manejar su estrés sobre la marcha, obviamente* - como era una de las circunstancias que concurrían en el caso del TEPT antes mencionado, (caso Manuel J.) (13).

Quisiera hacer un inciso sobre los pacientes, o sujetos de investigación, que son *ambidiestros.* Ignoro si se han realizado estadísticas e investigaciones al respecto. En los casos que he podido observar en ambos sexos, mis observaciones indican que suelen ser buenos sujetos hipnóticos. Recuerdo, en concreto, a una paciente que, siendo ambidiestra y manuscribiendo con ambas manos con una buena calidad formal, asimismo dibujaba muy bien con ambas manos. Era inteligente, con notable expresividad verbal, y pudo aprovechar la terapia mediante hipnosis de forma creativa. En aquella época, aún no había desarrollado la técnica del TEID ®, y me quedé con el interrogante de cómo esta paciente la habría desarrollado, de haberla conocido. En cualquier caso, suele ser interesante, antes de un tratamiento mediante hipnosis, *investigar la lateralidad del paciente que nos viene a consulta, particularmente si presenta ambidextricidad*.

Asimismo, - y a fin de terminar de diferenciar la técnica del TEID ® del conjunto propio del campo de la hipnosis clásica en cualquiera de sus variantes – voy a formular las siguientes notas:

-En mi práctica clínica, el TEID ® siempre lo he utilizado *en el marco de una terapia de tiempo limitado*. Es más, considero que esta técnica es especialmente útil en este marco temporal (queda meridianamente claro cuándo comienza y termina la terapia), dada la estrecha y creativa relación terapéutica a la que da lugar.
-Normalmente, cuando acude a nosotros un paciente en demanda de terapia, *no lo hace porque tenga un problema: lo hace porque tiene un problema que no puede controlar*. En este sentido, *la esencia de la técnica del TEID ® consiste en engarzar la involuntariedad del problema que el paciente trae a terapia con la involuntariedad y autonomía de las imágenes que van aflorando a lo largo del proceso ideorretinal.*
-En la práctica del TEID ®, aunque puede conjugarse con otras técnicas propias de la hipnosis clásica, lo habitual es que no se empleen formulaciones metafóricas, siendo el proceso sugestivo muy simple. Por

cierto, *no se emplean las Sugestiones Respiratorias (SR), ya que las imágenes ideorretinales se muestran, por lo general, independientes del proceso respiratorio.*

-Las Imágenes Ideorretinales (II), son de una cualidad completamente distinta a la de las imágenes Mentales (IM) corrientes. Las II con frecuencia tienen un carácter puntillista y de negativo fotográfico que no suelen tener las IM, generalmente policromáticas, aunque las II también pueden presentar variaciones de color, en menor medida. Podríamos expresarlo diciendo que, de alguna forma, las imágenes ideorretinales brotan dando a las mentales *lecciones de cristal,* con un brillo que les es característico y del que suelen carecer las IM.

-Asimismo, es de la mayor importancia tener en cuenta, como se ha explicado antes, que *las II son de naturaleza involuntaria, incontrolable e imprevisible, cosa que raramente sucede en el caso de las IM.*

-Puestos a establecer comparaciones entre la hipnosis clásica y el TEID ® la diferencia podría ser similar a la existente entre *lo analógico y lo digital.*

Por lo demás, conviene insistir que *en la práctica del TEID ® el trance suele ser muy absorbente*, resultándole al paciente muy fácil y generalmente agradable seguir las sencillas y contadas instrucciones que se le van impartiendo. En realidad, *el estado de trance no tiene por qué mencionarse en la práctica del TEID ®, lo cual da cuenta de su autenticidad*.

Por último, y más allá de su contexto terapéutico, la experiencia indica que *la práctica personal del TEID* ® favorece espontáneamente – es decir, sin pretenderlo - el desarrollo de las facultades mentales como la capacidad de concentración, la memoria inmediata y, posiblemente, la neuroplasticidad y la creatividad en general.

En el momento actual, lo que más puede interesar en la investigación del TEID ® es salir fuera de lo que su creador, Carlos Ramos, *"…diga, afirme …"* Eso da igual ya. Por el contrario, lo importante ahora es indagar desde el punto de vista neurocientífico lo que esta técnica pueda tener de verdad, de autenticidad.

En este sentido, mi amigo y asimismo miembro de la *Sociedad Hipnológica Científica,* Chema Nieto, me indica en una comunicación personal que: *"La resonancia magnética funcional (RMf o fMR en inglés) sería la herramienta ideal – actualmente- para valorar las implicaciones, parecidos y diferencias al utilizar una u otra técnica. Más aún, los estudios de conectividad (entre distintas áreas cerebrales) a partir de los datos de*

la RMf podrían proporcionar una información realmente valiosa."

Concretando, sería importante un riguroso estudio comparativo sobre qué ocurre en el cerebro cuando se aplican la hipnosis clásica y la técnica del TEID ®. Esta técnica – a diferencia de la hipnosis clásica- daría unos resultados más concretos y característicos, particular aunque no exclusivamente, en la zona del giro fusiforme, en la parte inferior del lóbulo temporal. Es la explicación que da el neurocientífico Saül Martínez-Horta, a propósito del *fenómeno de las pareidolias* (14).

En mi práctica personal del TEID ® a lo largo de este tiempo, he ido desarrollando otras variantes que, honestamente, ignoro si pueden ser de utilidad para otras personas, aunque es mi deseo que así lo fueran.

De la misma forma que he intentado encontrar alternativas a la constelación de las imágenes mentales y sus procesos afines, me he enfrentado con la necesidad de indagar qué otras posibilidades no exploradas puede ofrecer *el ámbito de lo ideorretinal.*

Cuando, por ejemplo, al cerrar suavemente los ojos se despliega *"el firmamento estrellado"* en el ejercitamiento con el TEID ®, - y que en realidad suele ser la pantalla o contexto en el que van aflorando *las imágenes ideorretinales* (II) con su naturaleza involuntaria -, es fácil constatar que todo esto aparece inmediatamente, en un primer plano. Podemos considerar como *unidad subjetiva de medida* la distancia que media entre uno mismo y este ámbito ideorretinal.
Si a continuación evocamos *el plano de las imágenes mentales* (IM) - muy fáciles, por contraste, de generar voluntariamente –, según mi experiencia nos encontraremos que este se sitúa, en nuestra medición subjetiva, tres o cuatro medidas más lejos que el correspondiente *al de las Imágenes Ideorretinales* (II). Aquí, pues, *lo primario es lo más cercano e involuntario o incontrolable.*

En el momento actual, ignoro qué significado, utilidad o alcance puede tener *esta distancia entre las II y las IM*. Pero siguiendo mi tendencia natural, esta es una de las cuestiones que más me llaman la atención actualmente, más allá de la práctica tradicional y acostumbrada del TEID ®. Es decir, *captar lo que pueda haber en el espacio interno - su grieta - entre lo ideorretinal y lo clásica imaginería mental.*

Otra práctica que he desarrollado es la de centrar mi atención en el cuadrante ideorretinal superior derecho y plantearme una cuestión, generalmente asociada a la relación Cuerpo – Mente. Por ejemplo, *cómo producir espontáneamente un estado de analgesia o alguna forma de activar el metabolismo.* En este

proceder, la clave está en *sincronizar la respuesta ideomotora preestablecida* con determinadas manifestaciones del proceso ideorretinal que puedan aflorar espontáneamente.

En el caso de la producción de analgesia, esta práctica especial e inédita hasta ahora, indica que el TEID ® tiene una moderada eficiencia, *al entrelazar la incontrolabilidad del proceso ideorretinal con la naturaleza involuntaria de la experiencia dolorosa y la generación espontánea de analgesia*.

En cualquier caso, y para cualquier propósito que queramos *utilizar el TEID ® en nuestra práctica particular*, siempre conviene tener presente la importancia de sincronizar las imágenes ideorretinales con la previamente entrenada *respuesta ideomotora*. Esto es clave y puede ser particularmente transformador.

De esta forma podremos activar espontáneamente su efecto – *y liberado ya de las imágenes ideorretinales* - sobre la marcha y con flexibilidad, en medio de nuestra vida cotidiana. Sin el consumo de tiempo que implica la media hora diaria de relajación hipnótica.

Se trata de cuestiones que quedan abiertas a futuras investigaciones y que pueden tener interesantes aplicaciones terapéuticas, *brindando alternativas a la hipnosis clínica clásica*, tal como la venimos practicando con su conjunto de técnicas.

Por todo ello, y en este mismo sentido, deseo llamar simplemente la atención sobre *la posibilidad de jugar libre y creativamente con los procesos del TEID ®*, incluso considerándolos como un medio de desarrollo personal.

Finalmente, nos salva la creatividad.

Por último, como unas imágenes valen más que mil palabras, a falta de ejemplos directos y reales, pondré una serie de *ejemplos teóricos* (aunque bastante aproximados) sobre cómo se manifiestan los procesos ideorretinales del TEID ® en la práctica, a fin de que podamos tener una idea lo más concreta posible.

Carlos Ramos Gascón

Psicólogo Clínico

www.carlosramos.info

∞

APÉNDICE

Nota

A fin de evitar repeticiones, para una adecuada comprensión de los comentarios que siguen, me remito a lo que expuse en el Cap. 11, con el título*: "TEID ®: La Técnica de las Imágenes Ideorretinales"*, del libro *Hipnosis en la Práctica Clínica. Vol. II: Aplicaciones clínicas.* Ed. EOS Psicología. Madrid, 2014.

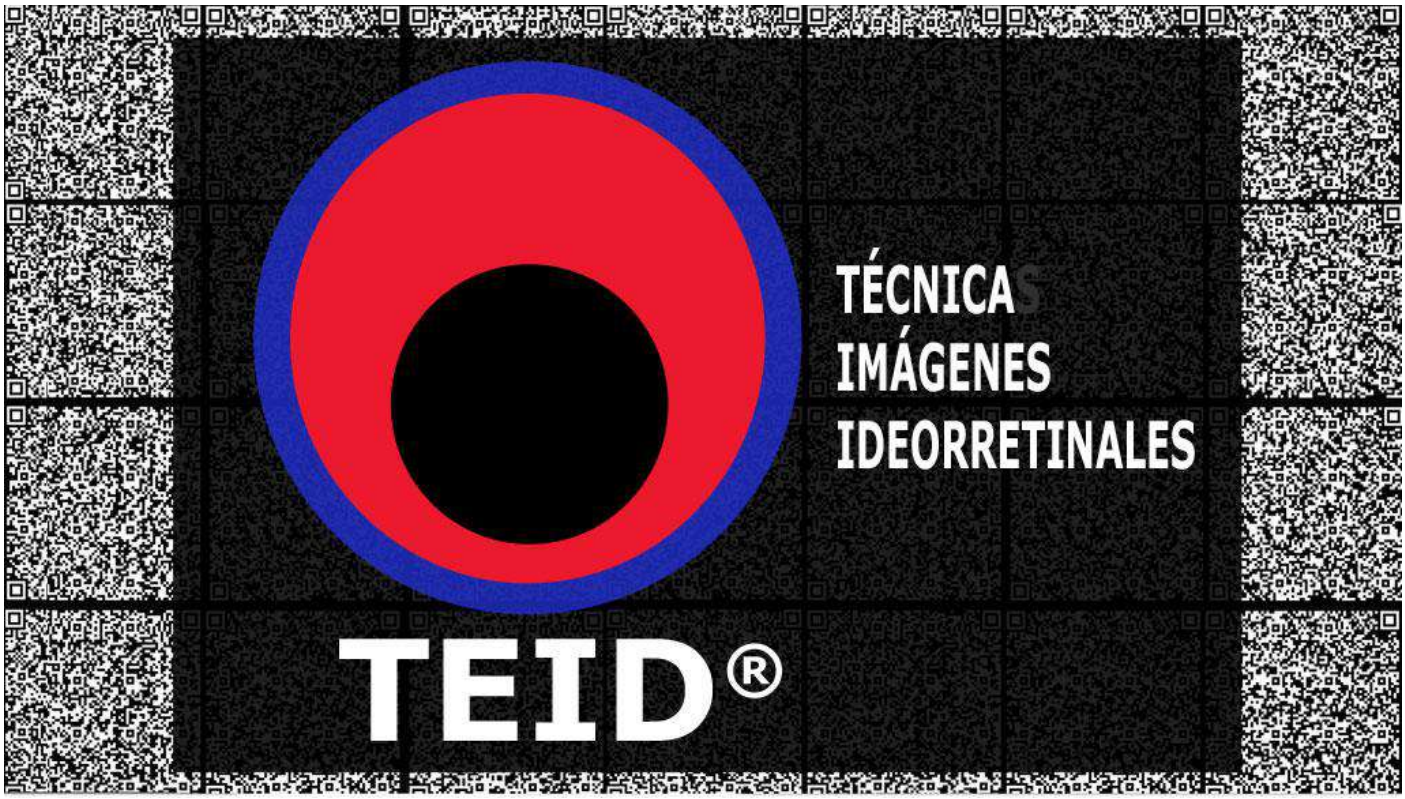


IMAGEN 1:
La base es el puntillismo del firmamento estrellado.

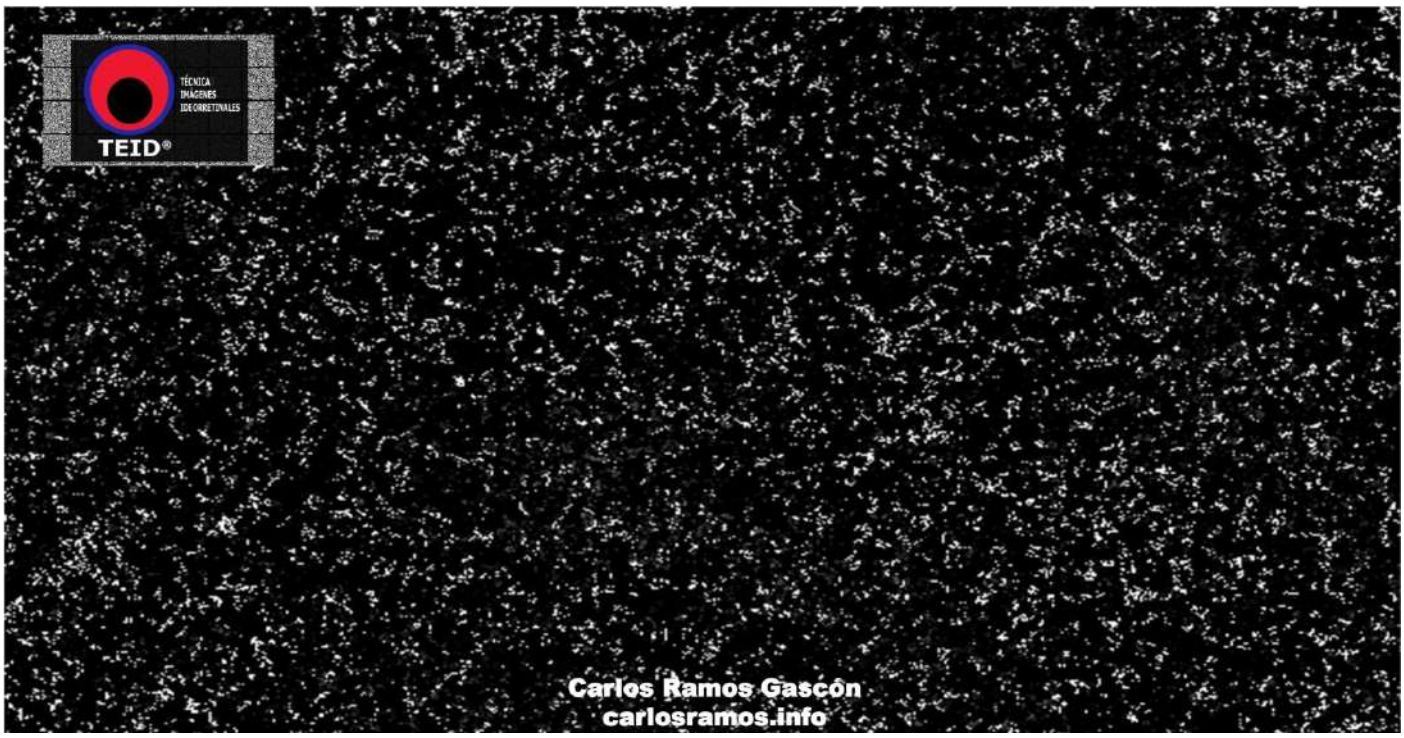


IMAGEN 2:
Fase 1: Firmamento estrellado (1)

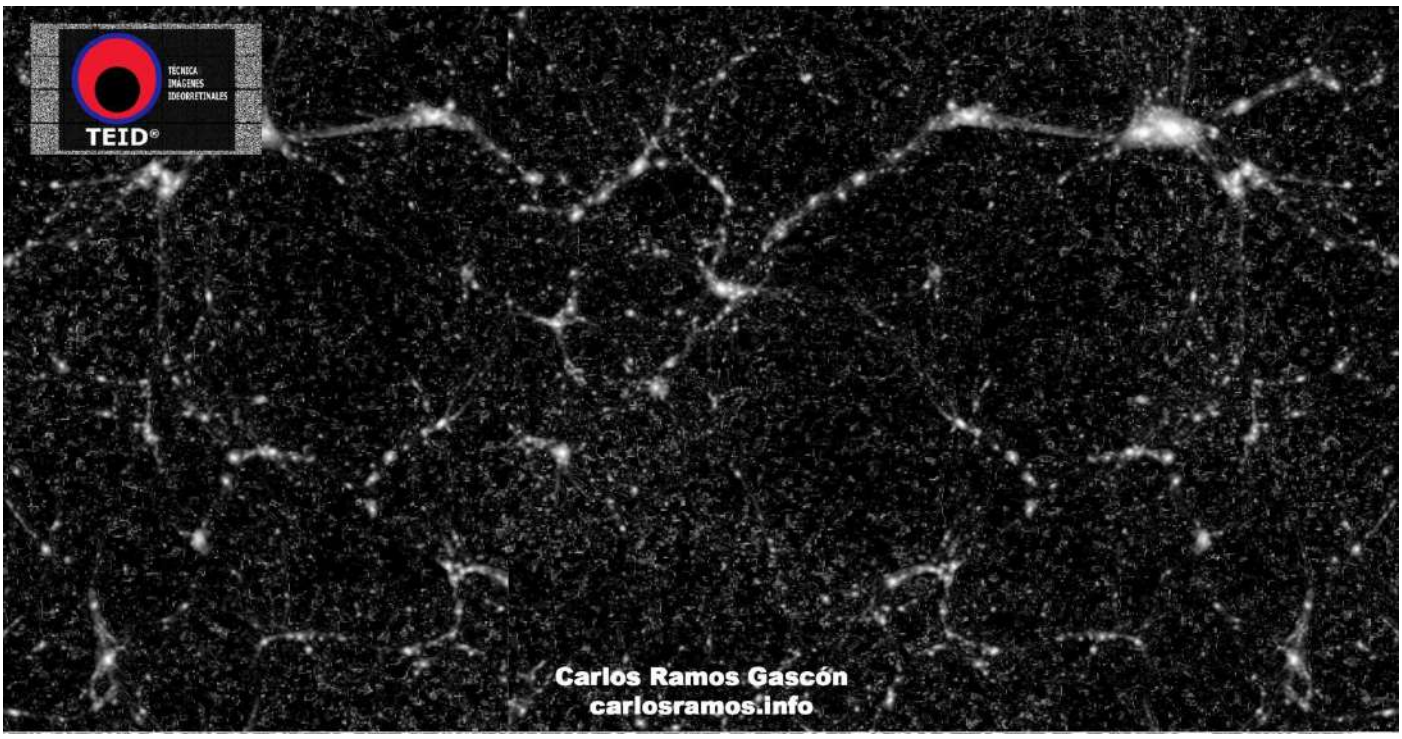


IMAGEN 3:

Fase 1: Firmamento estrellado, color. (2)

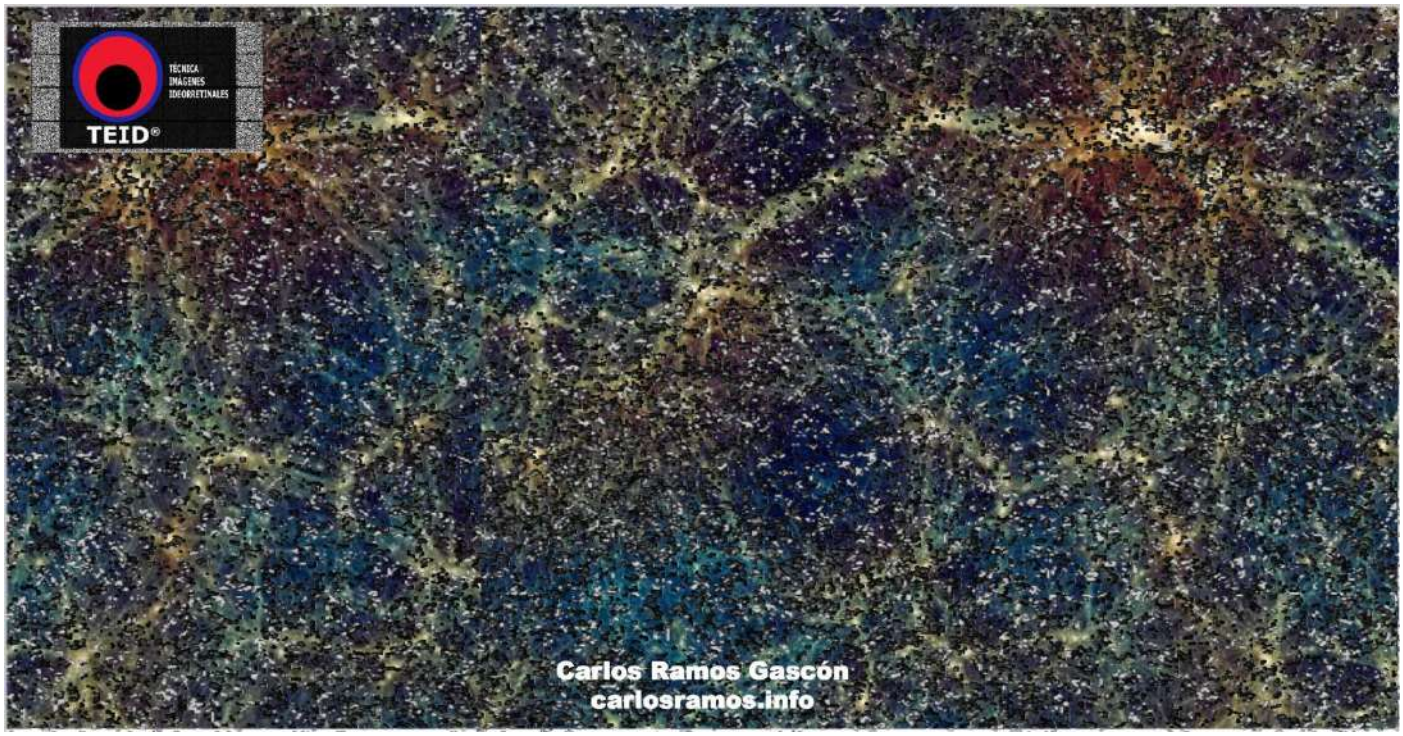


IMAGEN 4:

Fase 2: Firmamento estrellado, variante de color. (3)

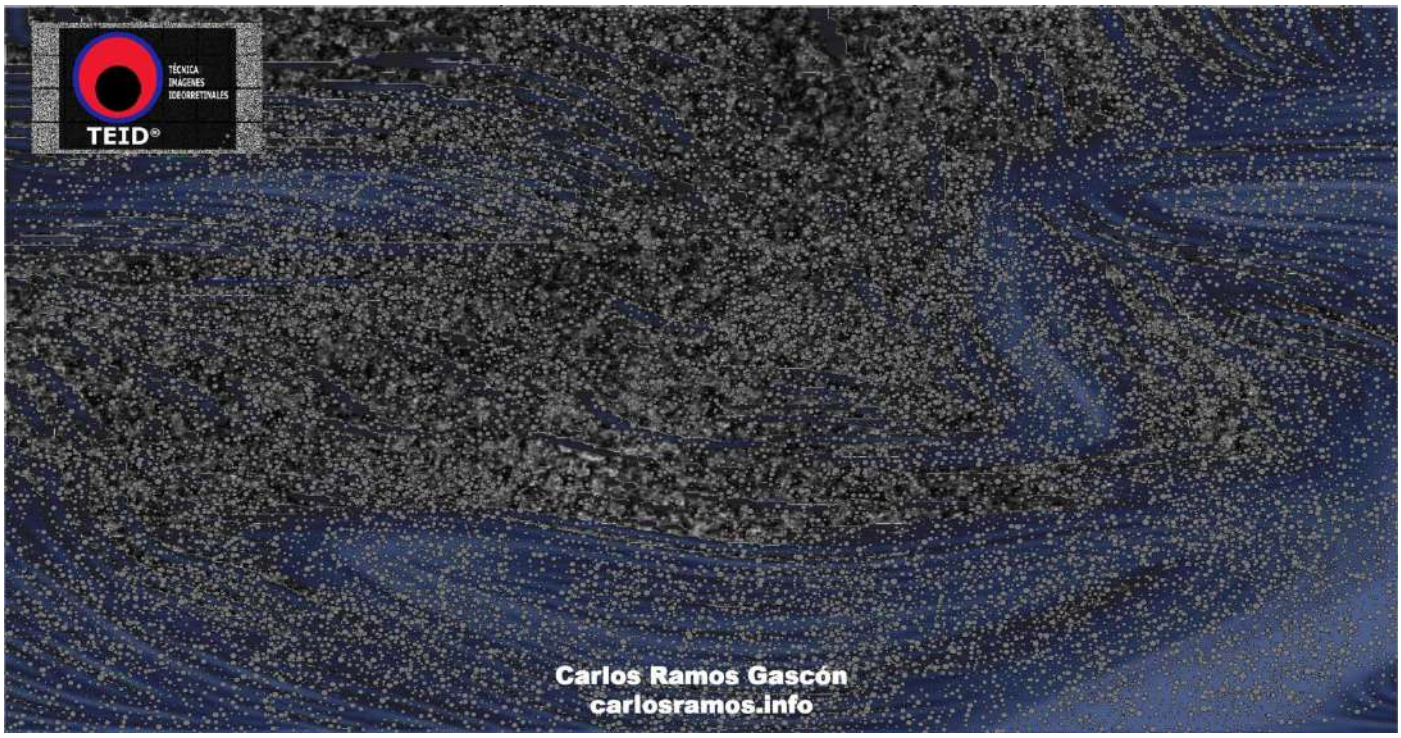


IMAGEN 5:

Fase 2: Imágenes Ideorretinales

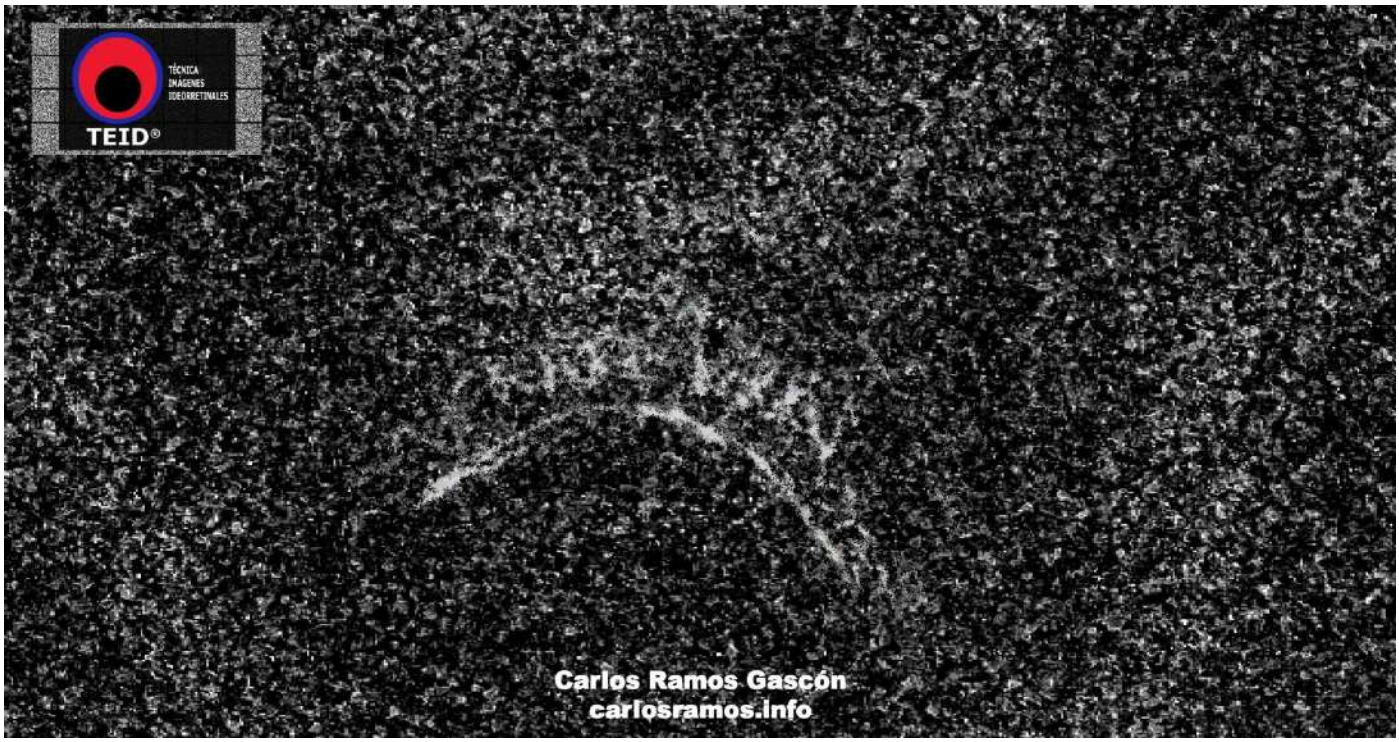


IMAGEN 6:

Fase 2: Imágenes Ideorretinales

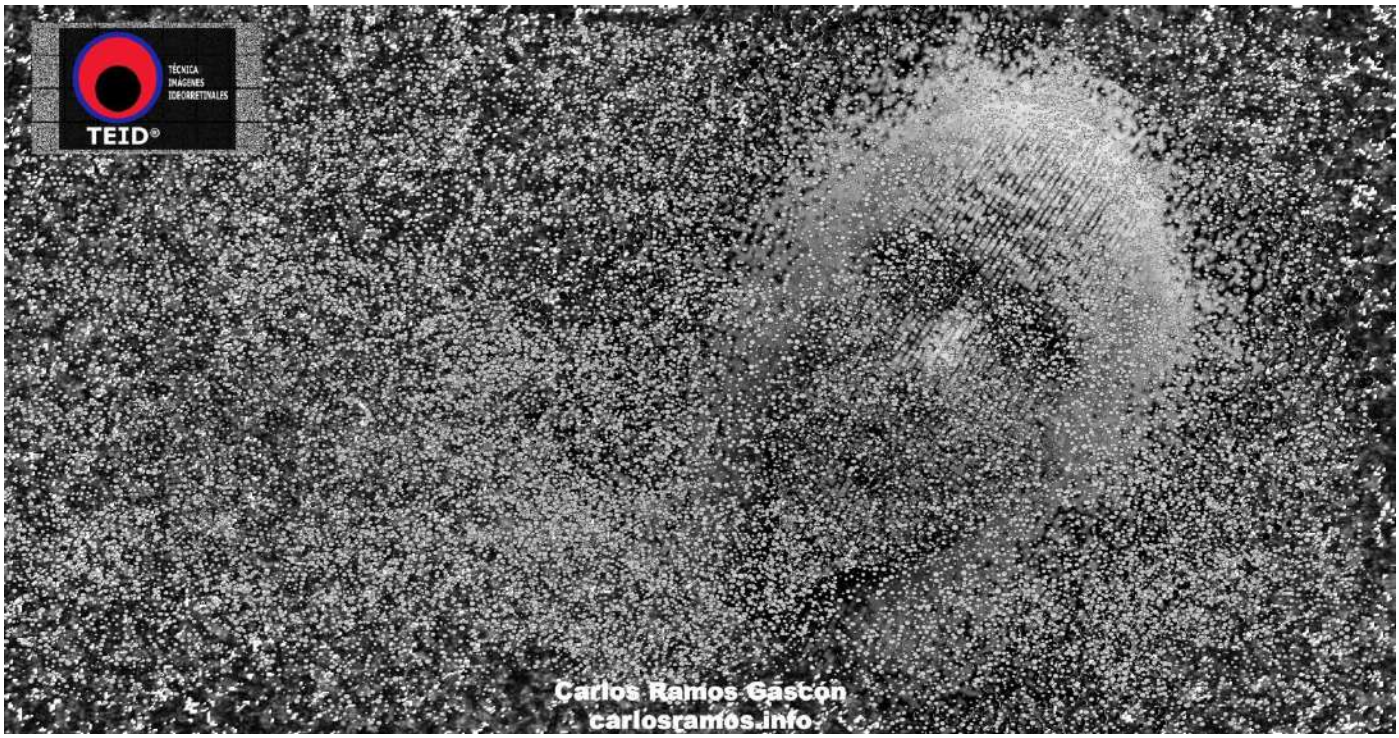


IMAGEN 7:

Fase 2: Imágenes Ideorretinales

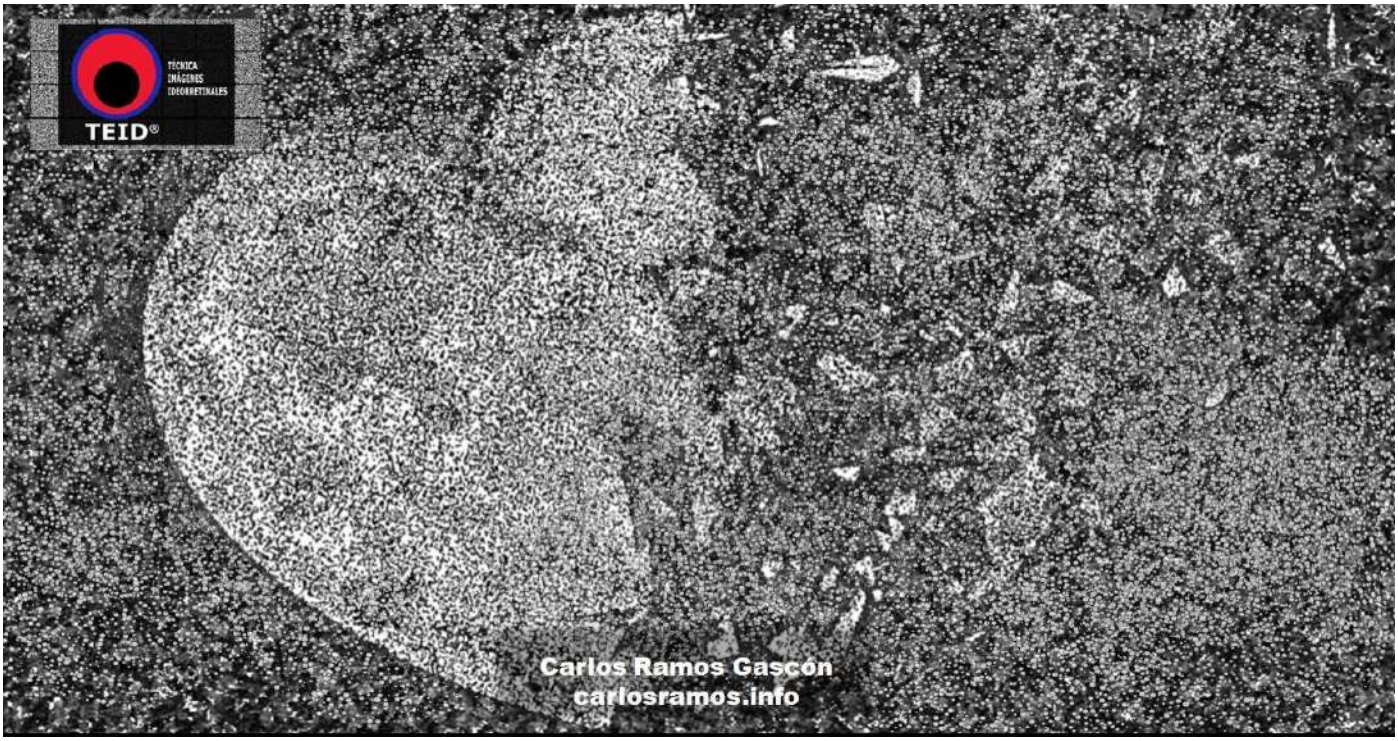


IMAGEN 8:

Fase 2: Imágenes Ideorretinales

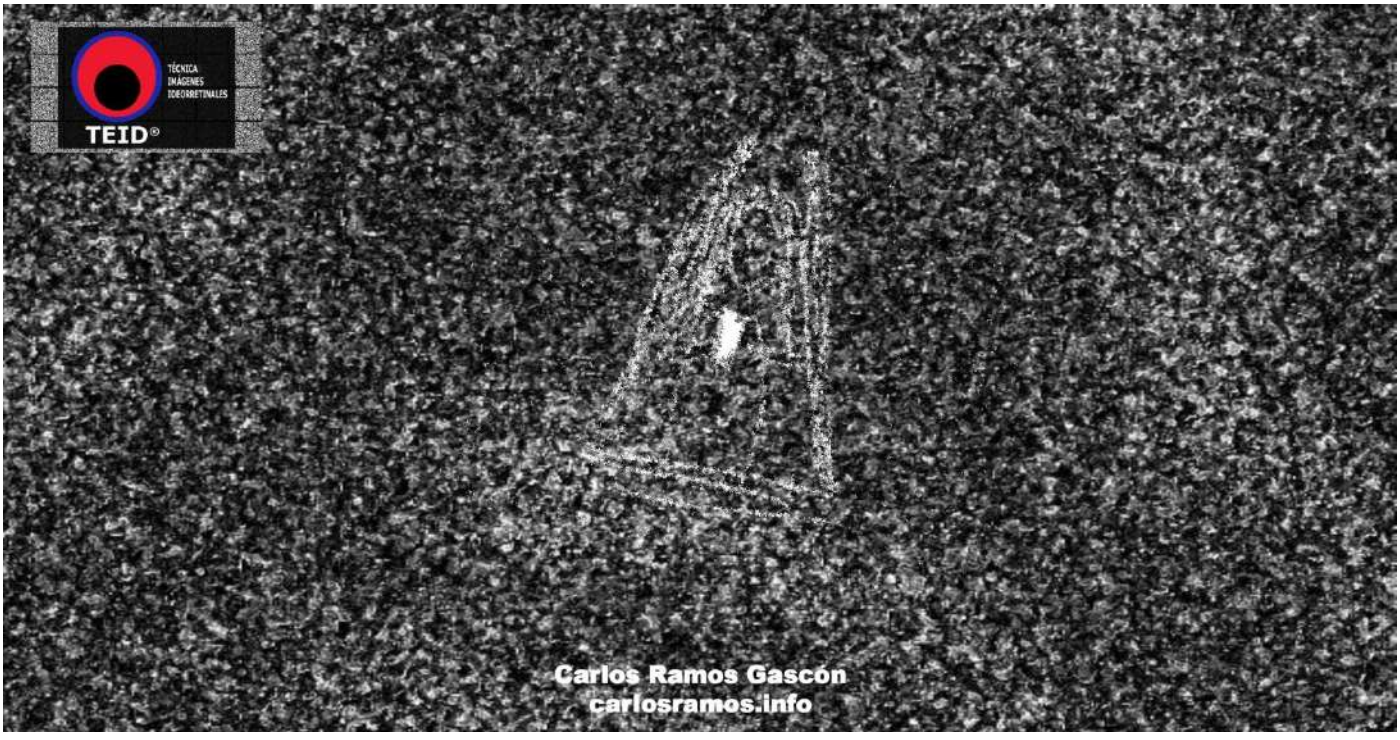


IMAGEN 9:

Fase 2: Imágenes Ideorretinales

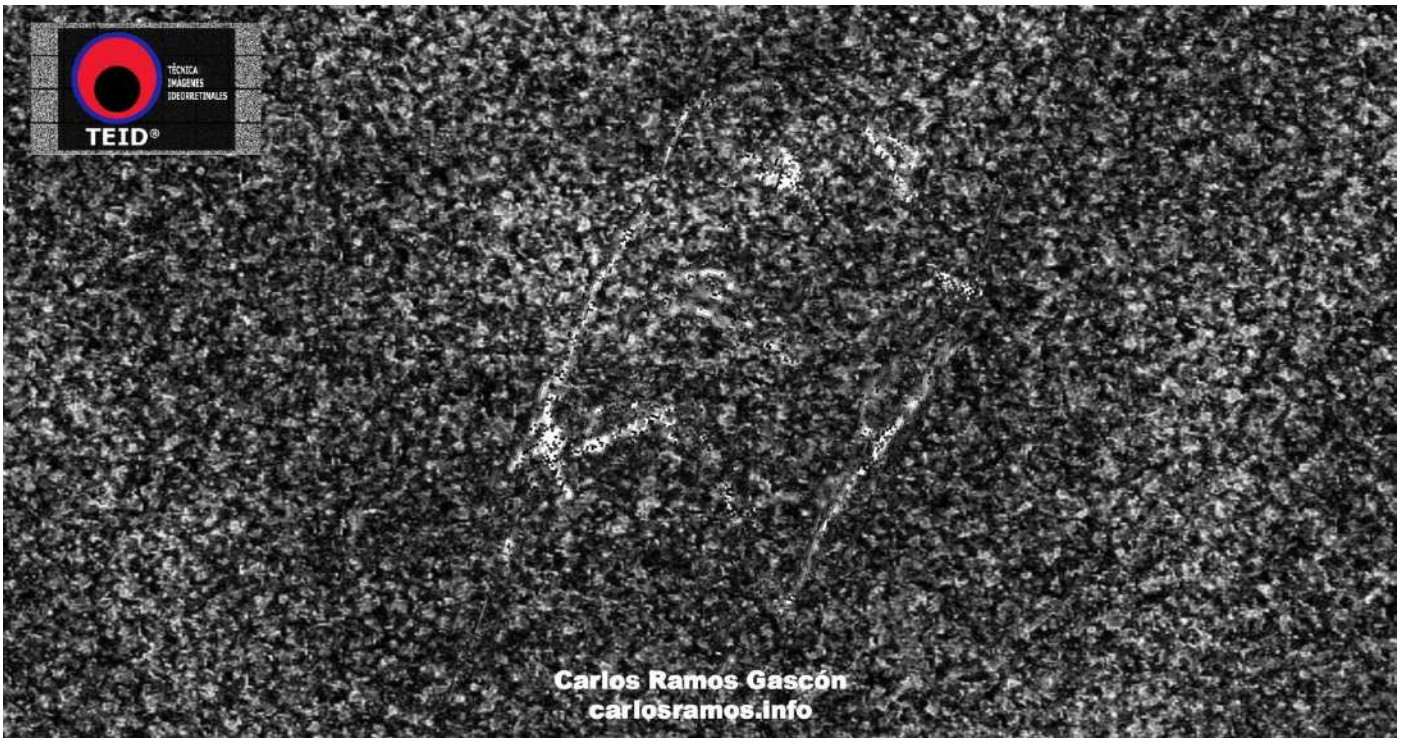


IMAGEN 10:

Fase 2: Imágenes Ideorretinales

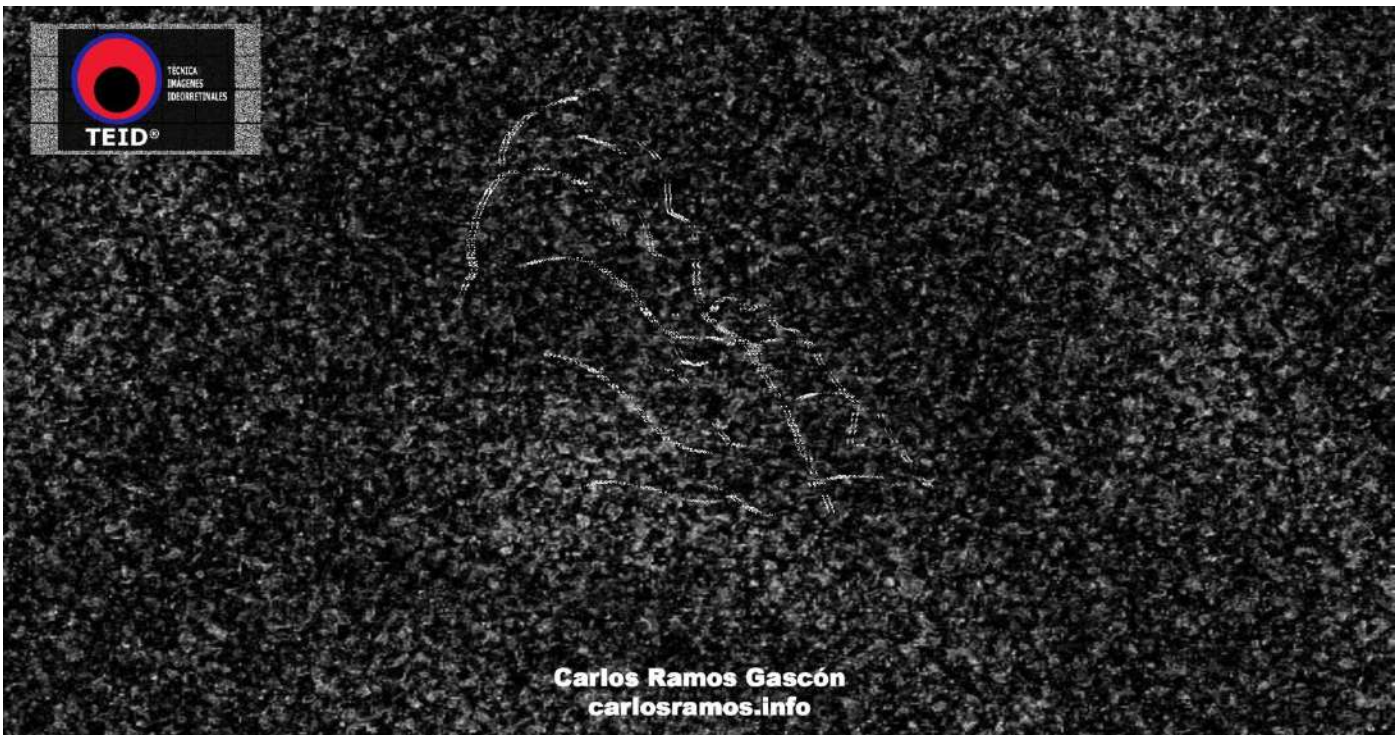


IMAGEN 11:

Fase 2: Imágenes Ideorretinales

IMAGEN 12:

Fase 2: Imágenes Ideorretinales

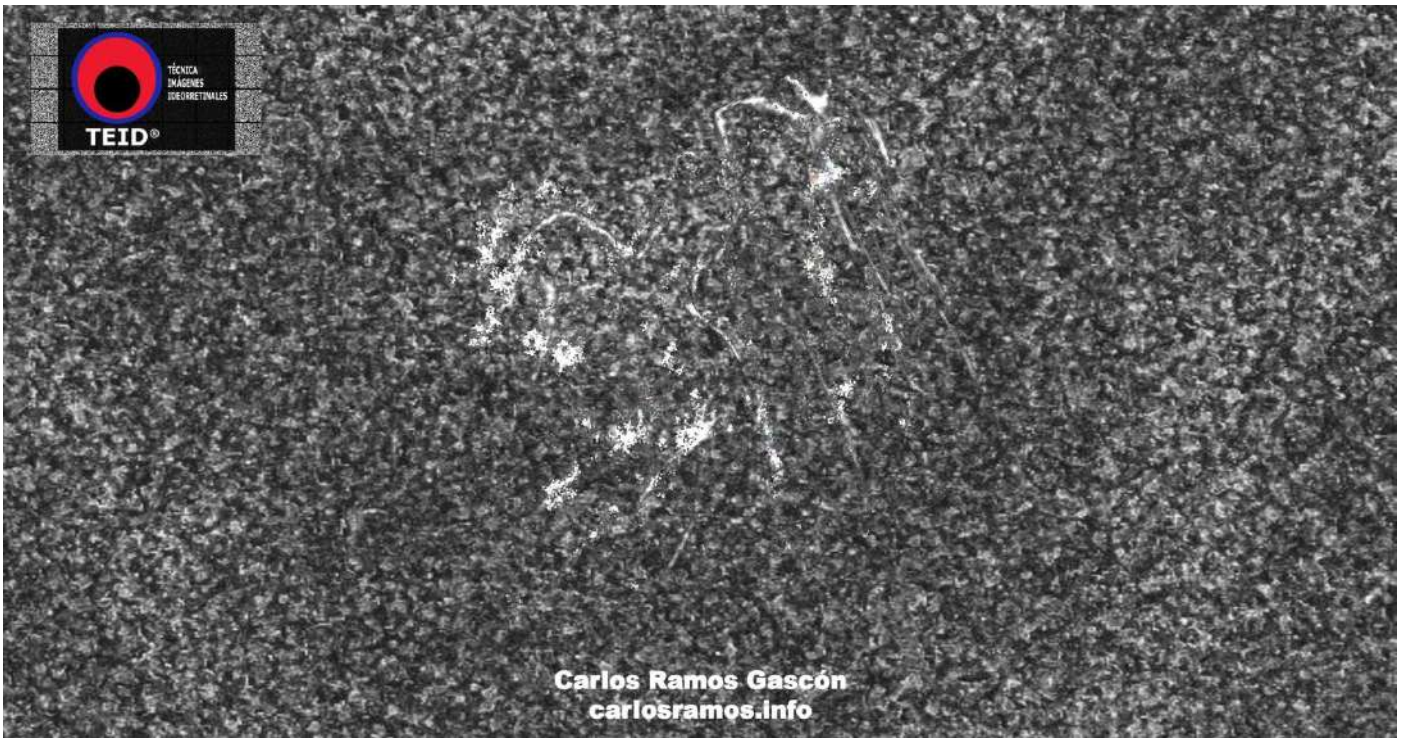


IMAGEN 13:

Fase 2: Imágenes Ideorretinales

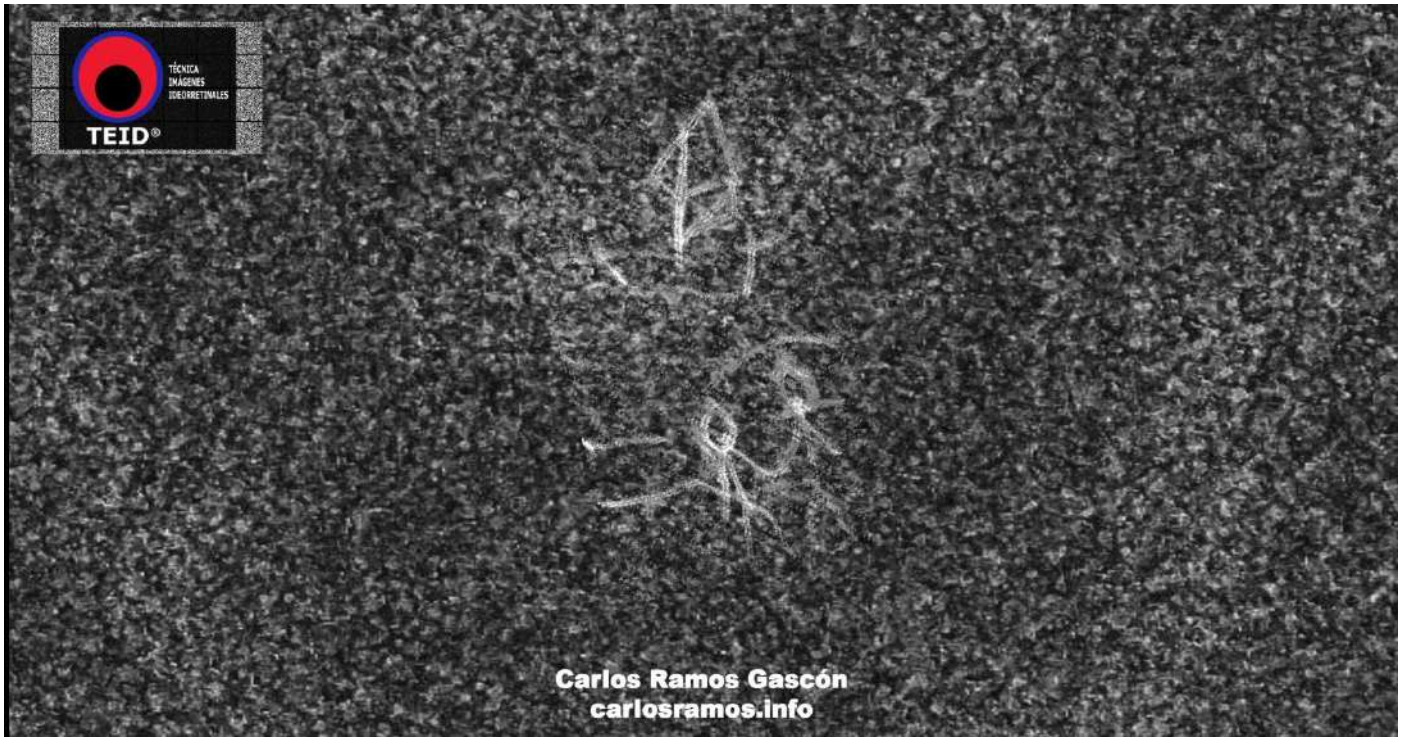


IMAGEN 14:

Fase 2: Imágenes Ideorretinales

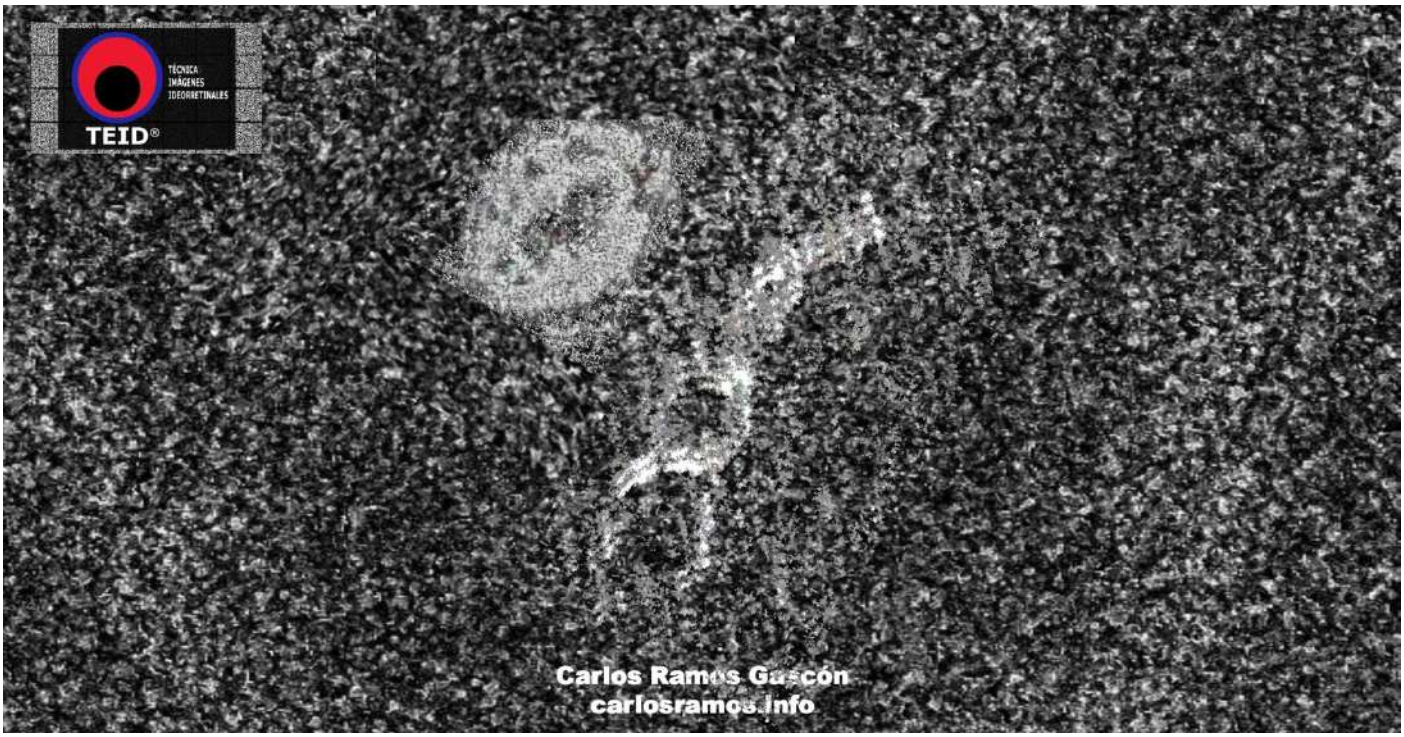


IMAGEN 15:

Fase 2: Imágenes Ideorretinales

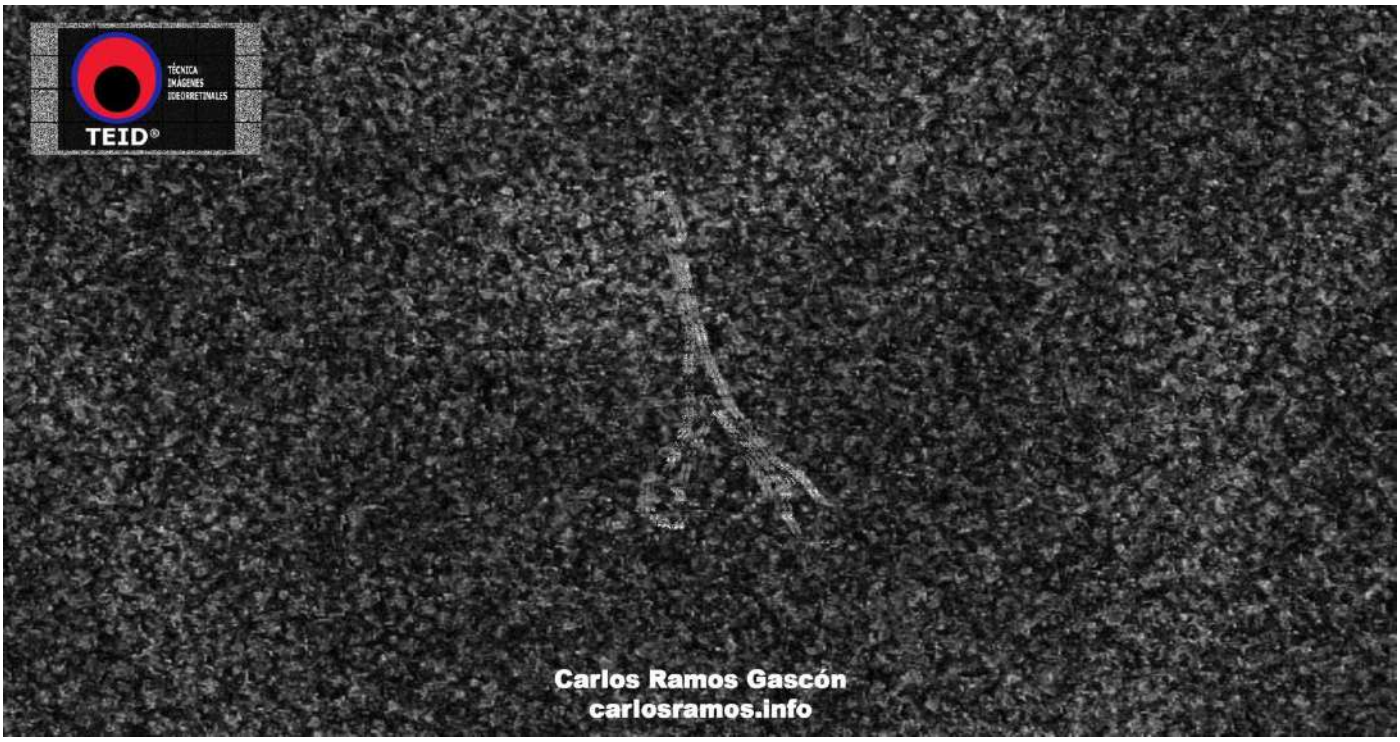


IMAGEN 16:

Fase 2: Imágenes Ideorretinales

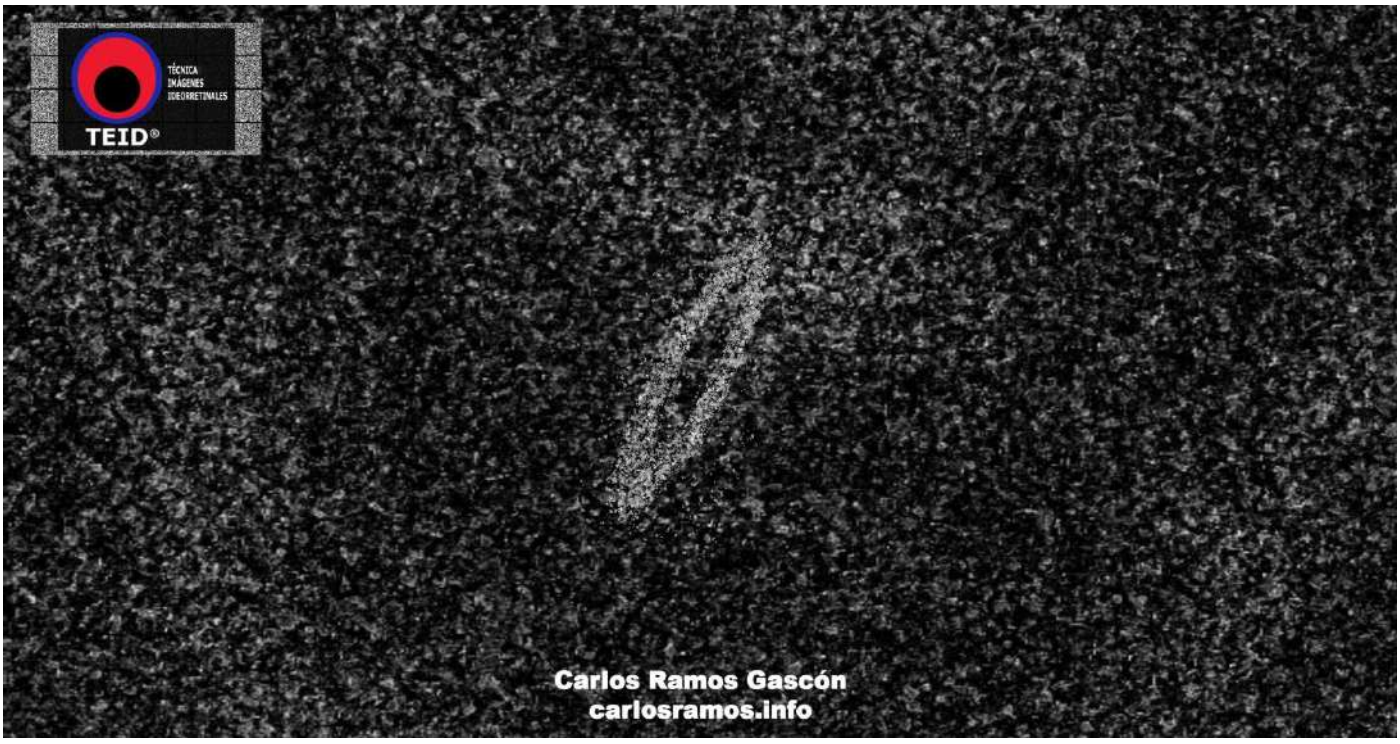
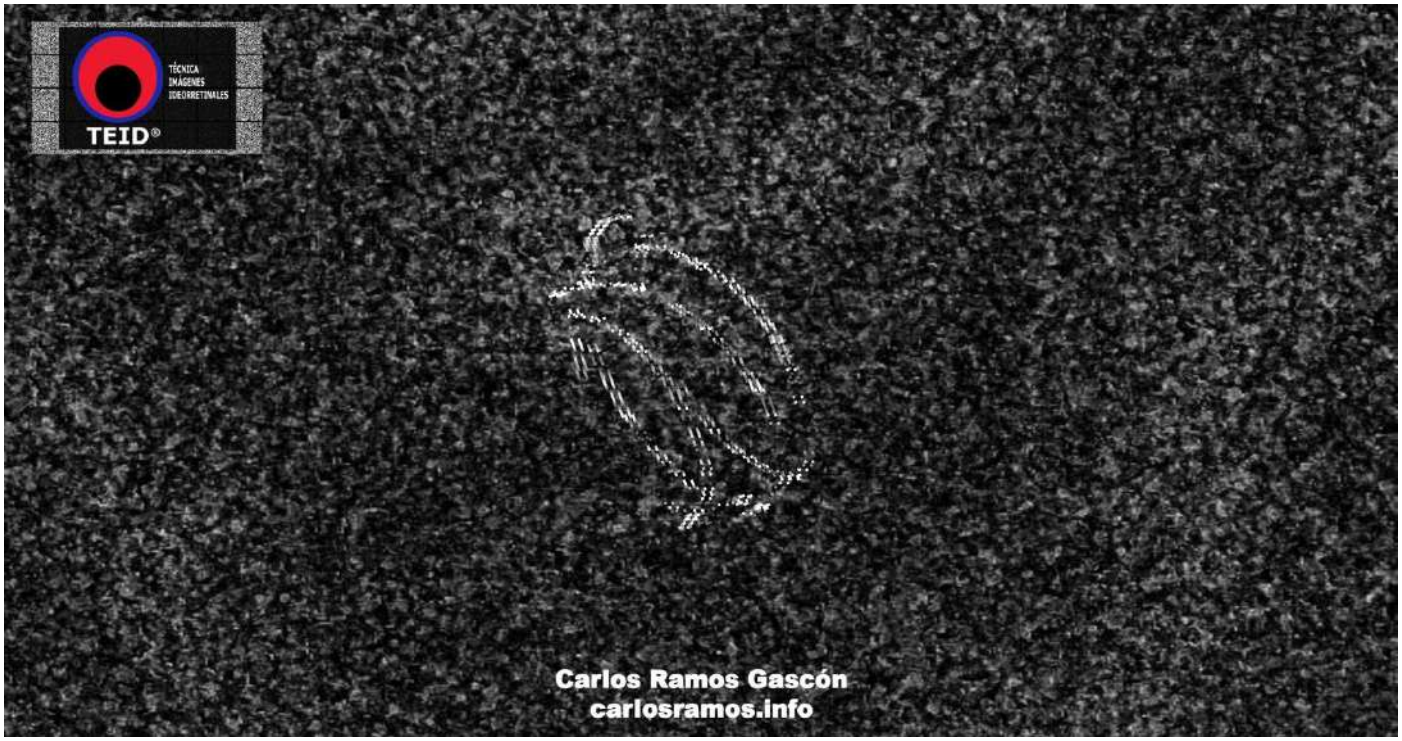


IMAGEN 17:

Fase 2: Imágenes Ideorretinales

IMAGEN 18:

Fase 2: Imágenes Ideorretinales



En este asunto del TEID ® y, por extensión, en el ámbito ideorretinal, a fin de que se puedan captar con la mayor precisión posible algunos de sus aspectos, y como complemento a lo que ya he expuesto tanto en el presente artículo como en trabajos anteriores, presento estas imágenes -puramente teóricas, pero que nos pueden brindar una idea bastante aproximada de su estilo y estética- que comento a continuación:

- La fase inicial del TEID ®, que experimenta la mayoría de los sujetos con un simple cierre ocular, incluso en una habitación oscura, es la que venimos denominando -conforme a la acertada expresión de un paciente- la fase del firmamento estrellado. En efecto, suele desplegarse en el campo visual interno un velo oscuro con una miríada de puntos brillantes, más o menos uniforme o irregular. (Imágenes 1 y 2).

- En la práctica interna del TEID ® y cultivo del ámbito ideorretinal esta constelación de puntos suele manifestarse con una cualidad cristalina y plateada brillante como sugiere su propia denominación. Sin embargo, también es relativamente frecuente que, sin perder su característico brillo, afloren variaciones de color, incluso bandas cromáticas, si bien la luminosidad de estas puede presentar una mayor variación. (Imágenes 3 y 4).

- Dada la índole de la Técnica de las Imágenes Ideorretinales (TEID ®), es frecuente y natural que a esta fase inicial del firmamento estrellado (Fase 1), la siga otra en la que van aflorando de forma especial - especial, por su naturaleza espontánea, completamente incontrolable - las propias imágenes ideorretinales (II) (Fase 2).

- Estas imágenes ideorretinales pueden presentar una variabilidad extrema, y siempre son de naturaleza imprevisible y única. En mi experiencia, al menos hasta el momento actual, si se le sugiere a un paciente mediante la hipnosis clásica que se imagine, mientras se va durmiendo profundamente, una playa y el plácido rumor de sus olas, tenderá a imaginarse en cada sesión la misma escena u otra similar. Esto no sucede en la práctica del TEID ®: cada sesión -y sin necesidad de sugestiones de ningún tipo- tiene un carácter irrepetible, siendo raro que aparezca la misma imagen. Puede aparecer el mismo tema -una figura humana o la cabeza de un león, por ejemplo- pero siempre con formas distintas.

- Es muy importante comprender que las imágenes ideorretinales (II), en su manifestación real en la práctica del TEID ®, son de naturaleza móvil, fluctuante y evanescente, nunca de carácter fijo. Siempre aflorando a partir del firmamento estrellado -sobre el que se deslizan, resbalan y giran como si

tuvieran una cualidad aceitosa- aparecen y desaparecen o evaporan en poco tiempo, en una sucesión de imágenes más o menos continua. En la sesión del TEID ®, lo habitual es que el paciente active la respuesta ideomotora cada vez que le aflore una imagen ideorretinal de unas características - tema, estructura, dinámica o textura - especiales.

- Por último, hay que notar la variabilidad en cuanto a concreción de las imágenes ideorretinales, pudiendo manifestarse unas de forma bastante difusa (las imágenes 9 a la 14 por ejemplo), y en otras ocasiones de manera notablemente más concreta (imágenes 15 a la 18). En ocasiones pueden incluso aflorar escenas completas.

Notas

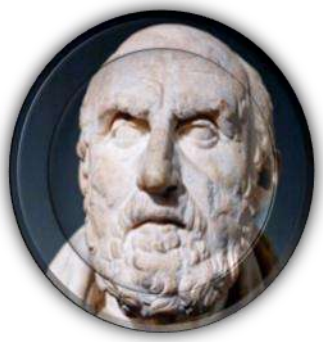
1.Ramos Gascón, C.: *Un psicólogo va al paraíso*. Ed. EOS. Madrid, 2016.
2.Ramos Gascón, C.: *Deconstruyendo la hipnosis*. Revista de la Sociedad Hipnológica Científica. Madrid, junio de 2022.
3.Pauwels, L. y Bergier, J.: *El retorno de los brujos*. Ed. Plaza&Janés, Barcelona, 1970.
4.Lezama Lima, J.: *Reojos al reloj*. (En: Lezama Lima, J.: *Algunos tratados en La Habana*. Ed. Anagrama, Barcelona, 1971).
5.Erickson, M. H. y Rossi, E. L.: *El Hombre de Febrero*. Amorrortu editores, Buenos Aires, 2008.
6.Erickson, M. H. y Rossi, E. L.: Op. Cit., pág. 47.
7.Ramos Gascón, C.: *Hipnosis y Psicoterapia*. EDAF, Madrid, 2000.
8.Ramos Gascón, C.: *Hipnosis y Psicoterapia*. Op. Cit.
9.Ramos Gascón, C.: *La Técnica de las Imágenes Ideorretinales (TEID ®)*. En VVAA: *Hipnosis en la Práctica Clínica.* Volumen II: *Aplicaciones clínicas*. Ed. EOS Psicología. Madrid, 2014.
10.Ramos Gascón, C.: *Deconstruyendo la hipnosis*. Op. Cit.
11.Ramos Gascón, C.: *Deconstruyendo la hipnosis*. Op. Cit.
12.Ramos Gascón, C.: *Un psicólogo va al paraíso*. Op. Cit. (En el Cap. 5: *La psicoterapia: Un largo proyecto de mar.* Págs. 57 ss).
13.Ramos Gascón, C.: *Un psicólogo va al paraíso*. Op. Cit. Págs. 57 ss).
14.*Entrevista a Saül Martínez-Horta, neuropsicólogo*. En El Periódico. Barcelona, 11 de diciembre de 2022.

Hipnosis y Terapia Cognitivo-Conductual

Isidro Pérez Hidalgo

La Terapia Cognitivo-Conductual (en lo sucesivo, T.C.C.) es una de las orientaciones más conocidas y extendidas dentro de la psicología clínica. Ha demostrado su eficacia en multiples problemas y patologías.

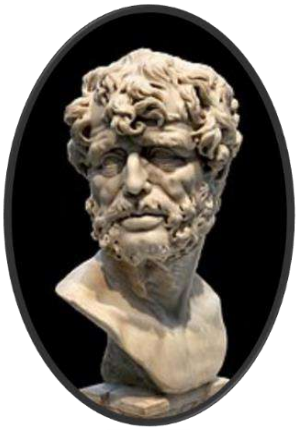
Estamos en el siglo XXI, nos parece que las terapias se basan en gran parte en aspectos neurocientíficos. Sin embargo, es curioso que los orígenes de la T.C.C. podemos encontrarlos en tiempos remotos, en el mundo grecorromano anterior a Jesucristo. En esa época, hay una figura fundamental de la filosofía, Zenón de Citio (no confundir con Zenón de Elea), que sorprendía según nos cuentan los cronistas a los que se acercaban a oírle o a los que leían sus libros. (curiosamente, ninguno de ellos ha sobrevivido al paso del tiempo). Zenón es el artífice e impulsor del movimiento filosófico denominado "Estoicismo", y que tuvo tres etapas bien diferenciadas.



Zenón de Citio (334 a.C.-264 a.C.)

Zenón defendía una vida acorde con la naturaleza orientada a la racionalidad y a la virtud. Sus enseñanzas nos indican una lógica indispensable para la vida y nos hace comprender las normas intrínsecas. En lo que sus seguidores recogieron de su filosofía, se percibe la simiente de lo que en el siglo XX pudieron ser las psicoterapias basadas en el pensamiento racional.

Como decíamos, el estoicismo tuvo tres etapas, pero nos vamos a detener en las figuras más representativas, que corresponden a la tercera, o "estoicismo nuevo", en la que encontramos las tres figuras más populares de este movimiento: Séneca, Epicteto y Marco Aurelio. Estos autores desarrollan en la Roma de la época la filosofía estoica, caracterizada por su profundidad que plasman en algunos libros que hoy en día todavía siguen como obras de consulta o inspiración de muchos lectores en todo el mundo.
Sabemos que estos autores influyeron notablemente a una figura, ya del siglo XX, que desarrollo lo que el denominó: "Terapia de Persuasión". Nos referimos al psiquiatra suizo Paul Dubois, que fue un competidor de Freud, pero desde perspectivas muy distintas: Dubois emplea con sus pacientes la racionalidad como arma terapéutica, el neuroticismo es combatido con las mismas armas que podían emplear los filósofos estoicos, que siempre pretendieron que su saber no fuera meramente teórico, sino que tuviera una finalidad muy práctica.



SÉNECA(4-65 d.C.), EPICTETO (55-140 d.C.) MARCO AURELIO (121-180 D.C)

Se puede decir que Dubois se adelantó en su modo de hacer terapia a figuras posteriores como Ellis o Beck. Él reconoce la importancia de la sugestión, aunque su trabajo no incluye la hipnosis (Véase Dubois 2018).

Paul Dubois (1848-1918)

Se puede decir que la hipnosis moderna arranca en el siglo XIX, a partir de la "Teoría del Magnetismo Animal". (En el número 12 de Hipnológica nos referimos a este tema con mayor extension: "La evolución del Mesmerismo"), pero no es como sabemos una teoría basada en la sugestión, sino que tiene un concepto energético de la hipnosis.

En el siglo XIX surge la escuela de Nancy, representada por Liebault y Bernheim, que sí hace un énfasis fundamental en la sugestión como piedra angular del proceso hipnótico.

Bernheim (1884), resalta la idea del automatismo en conexión con la sugestión, siendo la sugestionabilidad la capacidad del sujeto para responder a sugestiones.

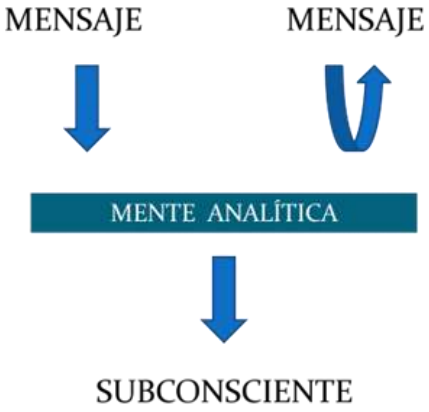
La palabra es el fundamento principal para conseguir la hipnosis.

También expone que la psicoterapia puede darse con o sin hipnosis, trabajando sobre la sugestión, y entiende en realidad que la hipnosis es una forma aumentada de sugestión y que la hipnosis puede producirse en personas normales sin ninguna patología, en contra de lo que opinaba Charcot (2003).

Hippolyte Bernheim (1840-1919)

Podemos entender el concepto de sugestión como un mensaje o una comunicación que provoca en el ser humano una respuesta automática, y que de alguna manera atraviesa nuestra capacidad analítica; las sugestiones pueden ser de muchos tipos, tal como señala Yapko (1990).

El siguiente esquema nos da una idea gráfica del concepto de sugestión que nos parece más útil para hacer la comparación entre hipnosis y T.C.C.:



En nuestra mente analítica tenemos la posibilidad de rechazar o aceptar un mensaje que puede llegar a nuestra mente subconsciente produciendo un efecto ideomotor, ideosensorial o ideocognitivo. André Weitzenhoffer, retomando la idea de Bernheim, señala que una sugestión es una comunicación que provoca una respuesta automática. También aclara el malentendido que se produjo a partir del momento en que Bernheim afirmaba: "No existe el hipnotismo, solo la sugestionabilidad". Weitzenhoffer (1978) explica que Bernheim no pretendía negar la existencia del estado hipnótico, sino que destacaba que la sugestión es el agente causal de la hipnosis y no al revés. Podemos pensar que cuando Dubois (op.cit.) habla de "persuasión", en realidad está hablando de racionalización o de ruptura de sugestiones. Así, si una paciente nos viene a consulta con la idea básica de "nadie me quiere", podemos pensar que este pensamiento irracional ha sido grabado en su cerebro en determinadas circunstancias, probablemente reiteradas en las que interpretaba una serie de situaciones interpersonales desde una emoción negativa intensa.

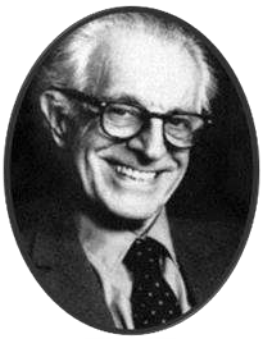
André Weitzenhoffer (1921-2004)

Como es sabido, durante la primera mitad del siglo XX se produjo una disminución en el uso de la hipnosis con respecto a lo que había sido el

siglo XIX, destacando los estudios de Hull (1933), que dan a la hipnosis una dimensión más científica con respecto a la noción que prevalecía en ese momento.

En la segunda mitad del siglo XX, a partir del final de la Segunda Guerra Mundial, la hipnosis comienza a recuperar terreno y a ser considerada como una alternativa seria en los tratamientos tanto médicos como psicológicos. Merecen una mención especial los trabajos de Watkins (1949).

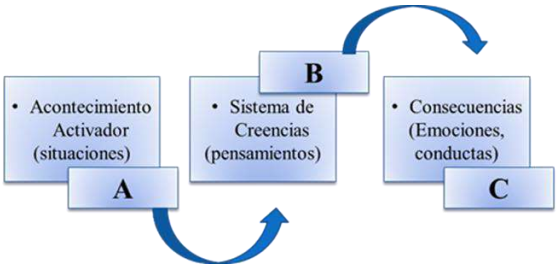
También en la década de los `50, surgen terapias con una orientación cognitivo-conductual, aunque al principio la unión de estos dos conceptos no se había consolidado. Una figura fundamental es la de Albert Ellis (1955), que influido por el saber de los estoicos y siguiendo la estela de Dubois, aunque comenzó practicando el psicoanálisis, y cuando los resultados no eran tan positivos como lo que él esperaba, comenzó a desarrollar su enfoque racionalista. Ellis intenta que sus pacientes usen la razón en el tratamiento de sus problemas (véase Ellis 1980).



Albert Ellis (1913-2007)

El enfoque de Ellis cosecha un gran éxito, pero este autor no solo utiliza las técnicas que desarrolla para su terapia racional-emotiva, sino que en muchas de sus sesiones utiliza la hipnosis, como coadyuvante, dedicando una primera parte de sus sesiones a la inducción hipnótica; y formo parte de la división 30 de la A.P.A., dedicada a la hipnosis.

La base de T.R.E, más tarde conocida T.R.E.C, sería la siguiente:



TERAPIA RACIONAL EMOTIVA

Según Ellis (1993) las ventajas de la hipnosis en combinación con T.R.E. son las siguientes:

a) Los clientes a menudo creen en el poder de la hipnosis y por ello es más probable que la T.R.E. funcione cuando se combina con el hipnotismo.

b) Ellis graba la sesión hipnótica y hace que sus pacientes escuchen la grabación entre 20 y 30 veces. Al hacerlo así continúan escuchando los mensajes terapéuticos una y otra vez, haciendo que sigan las indicaciones terapéuticas, aumentando la probabilidad de respuesta.

c) Cada sesión grabada incluye uno o dos de los principales problemas del cliente, y le ayuda concentrarse en solucionar los

problemas neuróticos antes de ocuparse de otros asuntos.
d) Se repite a los pacientes la T.R.E. en el sentido, de que las personas en gran medida se perturban así mismas y por tanto pueden "desperturbarse".
e) La hipnoterapia T.R.E., según Ellis debe aplicarse en combinación con la T.R.E. no hipnótica o grupos de terapia, y rara vez por sí sola, con objeto de que los clientes sean estimulados a pensar por sí mismos en vez de seguir sin pensar las instrucciones del hipnólogo.

La T.C.C. o la T.R.E son formas de abordaje terapéutico que pueden integrarse con la hipnosis desde una perspectiva cognitivo-conductual. También nos podemos referir a una teoría del "no estado" de la hipnosis. Esta teoría ha sido defendida por un gran número de autores, siendo White (1941), el iniciador de esta postura ante la hipnosis, seguido posteriormente por Sarbin y Coe (1972), Ruhe, Kirsch y Lynn (1993), Barber (1977), Spanos y Chaves (1989) entre otros.

En esta teoría, la hipnosis no es un estado diferente de consciencia y los sujetos responden a las sugestiones sin necesidad de una inducción.

Según esto, la hipnosis es una conducta más. No obstante, el hipnoterapeuta cognitivo-conductual no necesariamente asume la teoría del no estado. ¿Hasta qué punto es importante la distinción Estado vs No Estado en la clínica? (En mi opinión, creo que este debate que todavía se mantiene después de más de ochenta años resulta irrelevante para el ejercicio de la hipnosis).

No vamos a entrar en este artículo en considerar esta polémica por motivos de extension; nos vamos a centrar en el tema clínico que nos interesa ahora: la explicación de T.C.C. con hipnosis, entendiendo la Terapia Cognitivo-Conductual de forma genérica, sin ceñirnos exclusivamente al enfoque de Beck (1976).

Chapman (2006), explica: "El papel del inconsciente juega una parte importante en esta división entre T.C.C. e hipnosis. La Terapia de Conducta ha rechazado tradicionalmente el papel del inconsciente, mientras que otras terapias, como la terapia dinámica han aceptado el inconsciente".

Sin embargo, aunque esta distinción es razonable, ya desde el principio de las formas de hacer terapia de Wolpe o Ellis en los años 50´, la hipnosis estaba presente antes de que Dengrove (1976), apostara por un paradigma hipnoconductual, o Clarke y Jackson (1983) postularan un acercamiento similar.

Wolpe y Lazarus (1966), utilizaron hipnosis en vez de relajación progresiva en una tercera parte aproximadamente de los sujetos a los que trataron con desensibilización sistemática.

Recordemos que la relajación progresiva buscaba ser una respuesta incompatible con la ansiedad, aunque la hipnosis puede introducir elementos de mayor amplitud que la mera relajación de Jacobson.

Joseph Wolpe (1915-1997)

Podemos distinguir como elementos fundamentales de la hipnosis algunos que son comunes a los procedimientos cognitivo-conductuales:

1) Relajación.
2) Imágenes mentales.
3) Práctica conductual.
4) Aproximación sucesiva.
5) Reestructuración cognitiva.

Recordemos que la hipnosis es una técnica que nos permite en muchos casos catalizar otras intervenciones. Aunque en muchas ocasiones se ha considerado desde un punto de vista simplista como la necesaria preparación para emitir sugestiones posthipnóticas, lo cierto es que sin salir de lo que puede considerarse un enfoque cognitivo-comportamental podemos realizar multiples intervenciones, de manera que el estado hipnótico nos sirva como la "jeringuilla" que utilizamos para la administración de un procedimiento (por ejemplo restructuración cognitiva o recondicionamiento encubierto), o como una técnica que se añade a otras no hipnóticas dentro de un esquema multimodal como el que aplica Arnold Lazarus (1981), en el que la hipnosis puede combinarse con otras técnicas en un tratamiento de "amplio espectro".

Arnold Lazarus (1932-2013)

Para una mayor comprensión de la formulación de casos con terapia multimodal, ver Pérez Hidalgo (2016).

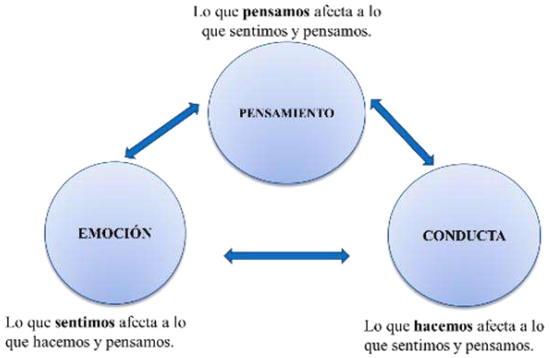
Lazarus se separa de Wolpe en un determinado momento de sus carreras, dado que este último prefiere mantenerse en una línea más estrictamente conductual, mientras que Lazarus desarrolla un modelo de tratamiento mucho más ecléctico. Las siete modalidades de problemas que maneja Lazarus serían las siguientes:

1) Conductas.
2) Afectividad.
3) Sensorialidad.
4) Imágenes mentales.
5) Cogniciones.
6) Relaciones interpersonales.
7) Drogas.

Podríamos realmente utilizar la hipnosis en los seis primeros niveles

que detalla Lazarus, considerando el último nivel como biológico.

Aaron Beck ha sido uno de los autores de mayor renombre e influencia dentro de lo que podríamos llamar terapias cognitivo-conductuales. El enfoque de Beck difiere del de Ellis fundamentalmente en que mientas Ellis adopta un enfoque más filosófico, Beck desarrolla un modo de tratamiento más psiquiátrico. El objetivo fundamental de la T.C.C. de Beck es ayudar a las personas a entender la relación existente entre sus pensamientos, sus conductas y sus emociones. Podríamos resumirlo en el siguiente esquema:



TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL

La T.C.C. fue la primera forma de psicoterapia puesta a prueba con criterios de validación muy exigentes, en lo que se entiende como terapia basada en la evidencia, y se puede decir que es la orientación dominante en psicoterapia. Aunque Beck no es una figura que podamos relacionar directamente con la hipnosis, en un momento dado puede decirse que sí se interesó por el uso terapéutico de las fantasías inducidas, y encontramos una similitud entre lo que él denomina "pensamientos automáticos" y lo que en la práctica de la hipnosis consideraríamos sugestiones negativas.

Aaron T. Beck (1921-2021)

Realmente, muchos autores han combinado la terapia de Beck con los distintos procedimientos de hipnosis clínica. Si consideramos los pensamientos automáticos como una "hipnosis negativa", llegamos a conclusiones similares a las que mencionábamos antes en relación con Ellis.

Beck cree, no obstante, que la T.C.C. es una base común a todos los sistemas de terapia psicológica y que puede englobar enfoques conductuales, humanistas, psicodinámicos y biosociales (Alford y Beck, 1997).

Michael Yapko, al estudiar el trabajo de Beck, saca una interesante conclusion: "mucho antes de que los terapeutas cognitivos los llamaran pensamientos automáticos, esas respuestas típicas no conscientes y no volitivas se denominaban respuestas ideocognitivas. Mientras identificar pensamientos negativos

automáticos se ha convertido en un tema central en la T.C.C., los clínicos que estudiaban la hipnosis desarrollaron formas innovadoras de fomentar ideocogniciones positivas" (Yapko, en Alladin, Ed. 2008).

Michael Yapko (1954-)

Daniel Araoz expone el concepto de autohipnosis negativa como parte operativa de la conducta problemática. En esta forma de autohipnosis la persona esta expuesta a una serie de pensamientos o imágenes que le vienen sin capacidad de contrarrestarlas desde su parte analítica. "Los terapeutas cognitivo-conductuales están, en efecto, utilizando hipnosis en la mayoría de sus intervenciones encubiertas e imaginativas, pero frecuentemente no las consideran hipnosis" … "Los aspectos históricos y teóricos de la hipnosis ofrecen suficiente evidencia de su utilidad terapéutica y muestran que los hipnólogos han estado utilizando técnicas de modificación cognitivo conductuales durante muchos años, sin etiquetarlos de esta manera. Solo hasta hace poco tiempo, han sido científicamente sistematizadas".

Daniel Araoz (1930-2022)

Probablemente el autor que más ha trabajado en la integración en la hipnosis con la terapia cognitivo-conductual ha sido Assen Alladin, quien en primer lugar desarrolló un "Modelo Disociativo Cognitivo de la Depresión" (1994), que evolucionó a un sistema más completo denominado "Hipnoterapia Cognitiva" (2008).

Alladin trató de dar validez a la hipnosis al asociarla con una forma de trabajo más validada y que cumplía criterios más exigentes en cuanto a la base científica, como es la T.C.C.

Para este autor la hipnosis aumenta la eficacia de la T.C.C. en el tratamiento de trastornos emocionales, manteniendo en todo momento que la hipnosis no es una terapia en sí, sino una técnica que puede aplicarse a diferentes formas de terapia. Pretende un modelo integrador coherente.

Assen Alladin (1948-2017)

Alladin enumera 19 características de la hipnosis que constituyen ventajas añadidas a un paquete terapéutico cognitivo conductual:

Ventajas de la hipnosis combinada con T.C.C.

La hipnosis acorta el tratamiento.

La hipnosis funciona como un placebo potente.

La hipnosis ayuda a romper resistencias.

La hipnosis fomenta una alianza terapéutica sólida.

La hipnosis facilita una transferencia rápida.

La hipnosis induce una relajación profunda.

La hipnosis puede fortalecer el ego.

La hipnosis facilita el pensamiento divergente.

La hipnosis dirige la atención a una experiencia de mayor amplitud.

La hipnosis permite la implicación del hemisferio no dominante.

La hipnosis permite acceder a procesos no conscientes.

La hipnosis permite la integración del funcionamiento cortical.

La hipnosis facilita el condicionamiento en la imaginación.

La hipnosis puede inducir sueños.

La hipnosis puede inducir estados de ánimo positivos.

La hipnosis utiliza sugestiones posthipnóticas.

La hipnosis amplifica el entrenamiento en autosugestiones positivas.

La hipnosis crea una percepción de autoeficacia.

Las técnicas hipnóticas son fácilmente exportables a otras formas de terapia.

Eficacia terapéutica de la T.C.C.H

Se han llevado a cabo diferentes metaanálisis que han verificado el valor catalizador de la hipnosis sobre la T.C.C.:
-Kirsch y Montgomery (1995). En este metaanálisis, se verifica un 70% de sujetos en los que la hipnosis mejora los resultados de la terapia cognitivo-conductual.

-Flammer y Bongartz (2003). Comprueban una mejoría del 74% de los sujetos tratados por hipnosis versus un 27% de aquellos que no

reciben tratamiento, basándose en 444 estudios previos.

-El estudio de Valentine, Miling y cols (2019), resalta la eficacia de la introducción de la hipnosis en los tratamientos de trastornos de ansiedad. Destacan que la hipnosis fue más eficaz en combinación con otros tratamientos que cuando se empleaba como única opción.

-Nicolino Ramondo y cols (2021). Basándose en el estudio de Kirsch y Montgomery elaboran un nuevo metaanálisis sobre 48 estudios postratamiento y 25 estudios de seguimiento. Sus resultados proporcionan más evidencia del uso de la hipnosis adjunta como potenciadora de la eficacia de la T.C.C.

Conclusión

Parece razonable afirmar, después de este resumen histórico que hemos hecho, que la sugestión, y por tanto la hipnosis mantienen una relación muy estrecha con la filosofía y las terapias de corte cognitivo-conductual.

En el siglo XXI, al igual que en épocas precristianas, existe la preocupación por corregir nuestra interpretación de la realidad para hacerla acorde a la lógica, y en definitiva para ser científicos sobre nuestra propia mente.

La T.C.C. en sus diferentes formas es más eficaz si aplicamos la hipnosis para llegar a la mente consciente y no consciente, y la evolución de las investigaciones lo muestra de un modo cada vez más claro.

No obstante, queda mucho camino por recorrer a pesar de que en este momento la T.C.C.H. (Terapia Cognitivo-Conductual Hipnótica), cuenta ya con un estatus que cumple con las condiciones de una forma de hacer terapia rigurosa, organizada y metódica.

Isidro Pérez Hidalgo
Psicólogo Clínico

∞

Referencias bibiliográficas

Alford, B.A y Beck, A.T. (1997). "The Integrative Power of Cognitive Therapy". Pag 14. New York: Guilford Press.

Alladin, A. (1994). Cognitive Hypnotherapy with depression. Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly, 8(4) :275-88.

Alladin, A. (Ed.2008). "Cognitive Hypnotherapy: An Integrated Approach to the Treatment of Emotional Disorders". West Sunsex: Wiley and sons.

Araoz, D. (1981). "Negative self-hypnosis" en Journal of Contemporary Psychotherapy". Vol. (12). 1. pp 45-52.

Araoz, D. (1996). "Hipnosis y terapia sexual", Pag 118. Mexico. Alom Editores.

Barber, T.X. (1977). "Hypnosis: a scientific approach". Lanham, Maryland: Jason Aronson

Beck, A.T. (1976). Cognitive Therapy and the Emotional Disorders. Pag 3. New York: International University Press.

Bernheim. (1884). "De la suggestion dans l'état hypnotique et dans l'État de Veille". Pag 394. París: Octave Doin.

Chapman, R. A. (Ed.). (2006). The Clinical Use of Hypnosis in Cognitive Behavior Therapy: A Practitioner's Casebook. Pag.5. New York. Springer

Clarke, J. C., & Jackson, J. A. (1983). Hypnosis and behavior therapy: the treatment of anxiety and phobias. New York: Springer

Dengrove, E. (1976). Hypnosis and Behaviour Therapy. Springfield, Ill.: Charles C. Thomas Pub Ltd.

Dubois. P. (2018). "Les Psychonévroses Et Leur Traitement Moral: Leçons Faites A l'Université de Berne (Classic Reprint)".Londres: Ed. Forgotten Books.

Ellis, A. (1955). "New approach to psycotherapy techniques". Journal of Clinical Psychology. Suplemento monográfico 11, pp 1-53.

Ellis, A. (1980). Razón y emoción en psicoterapia. Editorial: Desclée de Brouwer, Bilbao.

Ellis, 1993; En Rhue, Lynn, &. Kirsch, (1993) "I Rational-Emotive Therapy and Hypnosis". (Eds). Handbook of Clinical Hypnosis. Washington American Psychological Association. Pp 175-176.

Hull, C. L. (1933). Hypnosis and suggestibility. Appleton-Century.

Lazarus, A. (1981). The Practice of Multimodal Therapy. New York, NY: McGraw-Hill.

Nicolino Ramondo, Gilles E. Gignac, Carmela F. Pestell & Susan M. Byrne (2021) Clinical Hypnosis as an Adjunct to Cognitive Behavior Therapy: An Updated Meta-Analysis, International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 69:2, 169-202, DOI: 10.1080/00207144.2021.1877549

Pérez, H, I., (2016). Un protocolo de tratamiento multimodal. Hipnológica, 9:34-38.

Sarbin, T.R. & Coe, W.C. (1972). Hypnosis: A Social Psychological Analysis of Influence Communication

Spanos, N.P y Chaves, J.F (eds), (1989)." Hypnosis: The Cognitive-Behavioral Perspective". New York: Prometheus.

Valentine KE, Milling LS, Clark LJ, Moriarty CL. The efficacy of hypnosis as a treatment for anxiety: a meta-analysis. Int J Clin Exp Hypn. 2019 Jul-Sep;67(3):336-363. doi: 10.1080/00207144.2019.1613863. PMID: 31251710.

Watkins, J.G. (1949) Hypnotherapy of war neuroses, a clinical psychologist's casebook.

Weitzenhoffer, A.M. (1978). What did He (Bernheim) Say? En Frankel F.

y Zamansky, H. (Eds). Hypnosis at its Bicentennial. Boston: Springer.

White, R. W. (1941). An analysis of motivation in hypnosis. Journal of General Psychology, 24, 145–162.

Wolpe, J., & Lazarus, A.A. (1966). Behavior therapy techniques. Elmsford. NY: Pergamon Press.

Beneficios de dejar de fumar

José Jaime Martínez Vallarta

Bien se sabe que el fumar es un hábito poco saludable; se hace necesario enfatizar la trascendencia de la cesación tabáquica, sobre todo por el indudable beneficio individual de quien abandona la adicción, en términos de expectativa de vida y de bienestar, y muy especialmente el enorme beneficio en términos de salud pública que se deriva de la reducción del asociado, de la fuerza laboral perdida y del enorme gasto generado (Pardell, Saltó, & Salleras, 1996).

La mayor parte de las recomendaciones actuales intentan promover que los médicos incidan más en los refuerzos y en las motivaciones positivas para abandonar esta adicción que en los mensajes excesivamente negativos, alarmistas y culpabilizadores. Desde todos los puntos de vista (sanitario y socioeconómico) el cociente beneficio/riesgo de la cesación es muy superior al de otras actuaciones médicas cotidianas, que se adoptan sin ser sometidas a ningún tipo de cuestionamiento previo.

Así, los beneficios de la cesación sobre la calidad de vida son los más inmediatos y se manifiestan a partir de los primeros días. Pasadas 48 horas se restauran las terminaciones nerviosas del gusto y el olfato, con lo que mejora la capacidad de oler y saborear. Tras varias semanas de cesación mejoran la tinción dental, la halitosis y la patología dental (Organización Médica Colegial, 2002).

Por lo que respecta a la mortalidad general se acepta que hacia los 10-15 años de cesación el riesgo de muerte del exfumador llega a equipararse al del no fumador. Curiosamente, en casi todos los estudios, entre uno y tres años del abandono del tabaquismo se observa un incremento de riesgo, muy probablemente influenciado por la muerte de quienes lo abandonaron por razones de salud. En relación con la morbilidad general el exfumador pasa menos días en cama enfermo que el fumador, tiene menos absentismo laboral, auto refiere mejor estado general y utiliza menos los servicios asistenciales, aun cuando, como se indicó para la mortalidad, durante un primer período breve tras la cesación acude más a menudo al hospital (Pardell, Saltó, & Salleras, 1996).

El organismo de una persona exfumadora, pasa por un proceso de regeneración de las estructuras histológicas, las cuales fueron dañadas durante el periodo en el que la persona fumaba. Cuando una persona deja de fumar se presenta a corto plazo una sensación de malestar general, esto se debe al aumento de la captación de oxígeno durante el ciclo respiratorio y por el mejoramiento del transporte activo del oxígeno en la sangre, lo cual llevará mayor cantidad de átomos de oxígeno a los órganos vitales ocasionando un desequilibrio momentáneo en el paciente (Landeros, et al. 2012).

Desde el punto de vista ético y de salud es incuestionable que el tabaco es la principal causa evitable de muerte y enfermedad y, por tanto, de sufrimiento para la población, por lo que su erradicación debe ser una cuestión de salud pública de primer orden. En este sentido las medidas que se pueden emplear para la cesación tabáquica, desde la intervención mínima, la terapia sustitutiva con nicotina o el tratamiento con bupropión, han demostrado que son costo-efectivas. Desde el punto de vista de la salud pública, los programas de cesación tabáquica pueden ser el procedimiento más eficiente para mejorar la salud de la población.

Una vez establecida la importancia y beneficios de hablar de la cesación del hábito tabáquico, se hace menester explorar lo correspondiente a los efectos y consecuencias que el proceso de deshabituación del hábito tabáquico puede traer aparejado.

Síndrome de abstinencia

El síndrome de abstinencia o también llamado síndrome de deprivación a drogas se define como "grupo de signos y síntomas que aparecen en el individuo como consecuencia de la supresión o reducción del consumo de una droga y que son característicos de cada tipo de droga" (Martínez López & al, 2011). Si es originado por insuficiente aporte de droga se denomina abstinencia por supresión, y si aparece por la acción de un antagonista se denomina abstinencia precipitada.

Se describen los siguientes tipos:

1. Síndrome de abstinencia agudo: conjunto de signos y síntomas orgánicos y psíquicos que aparecen inmediatamente después de interrumpir el consumo de una sustancia psicoactiva de la que un sujeto es dependiente. Cada grupo de sustancias psicoactivas produce un característico síndrome de abstinencia agudo fácilmente diferenciable de los restantes grupos. La intensidad y gravedad de este síndrome dependen del tipo y de la cantidad de sustancia habitualmente consumida.

2. Síndrome de abstinencia tardío: puede describirse como un conjunto de desregulaciones del sistema nervioso neurovegetativo y de las funciones psíquicas básicas, que persisten durante un largo período de tiempo, meses o años, después de conseguir la abstinencia. Este cuadro causa múltiples trastornos físicos y psíquicos al paciente, le dificulta enormemente el desarrollo de una vida saludable y autónoma, y contribuye a precipitar los procesos de recaída en los hábitos tóxicos.

3. Síndrome de abstinencia condicionado: consiste en la aparición de sintomatología típica de un síndrome de abstinencia agudo en un individuo, que ya no consume, al ser reexpuesto a los estímulos ambientales que fueron condicionados, a través de un proceso de aprendizaje, al consumo de la sustancia de la que era dependiente. El síndrome de abstinencia condicionado suele crear un gran desconcierto en el paciente, provocándole cuadros de gran ansiedad y miedo que pueden

precipitar un nuevo consumo tóxico como forma de evitar la situación displacentera en que se encuentra.

Según el DSM-IV (American Psychiatry Association, 2002) dentro del apartado de los trastornos inducidos por sustancias, se define el síndrome de abstinencia sobre la base de tres criterios:

1. Presencia de un síndrome especifico de una sustancia debido al cese o reducción de su consumo prolongado y en grandes cantidades.

2. El síndrome específico de la sustancia causa un malestar clínicamente significativo o un deterioro de la actividad laboral y social o en otras áreas importantes de la actividad del individuo.

3. Los síntomas no se deben a una enfermedad médica y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

Según el CIE-10, se describe el síndrome de abstinencia como:

- El síndrome de abstinencia es uno de los indicadores del síndrome de dependencia, por lo que este diagnóstico también debe ser tomado en consideración.

- El diagnóstico de síndrome de abstinencia debe tener prioridad si es el motivo de la consulta y si tiene una gravedad suficiente como para requerir por sí mismo atención médica.

- Los síntomas somáticos varían de acuerdo con la sustancia consumida. Los trastornos psicológicos (por ejemplo, ansiedad, depresión o trastornos del sueño) son también rasgos frecuentes de la abstinencia. Es característico que los enfermos cuenten que los síntomas del síndrome de abstinencia desaparecen cuando vuelven a consumir la sustancia.

Depresión

El trastorno depresivo es una enfermedad que afecta el estado de ánimo y a la mente; afecta también a la alimentación, al descanso nocturno, a la opinión de sí mismo y a la vida en general.

La depresión es un estado emocional que casi todas las personas sufren en algún momento de su vida. El problema radica en distinguir cuando esa emoción se debe considerar enfermedad y requiere tratamiento médico. "Sin tratamiento, los síntomas pueden durar semanas, meses o años, mientras que un tratamiento adecuado puede ayudar al 80% de las personas afectadas" (Hall Ramírez, 2003, pág. 2).

Las depresiones son un grupo heterogéneo de trastornos afectivos que se caracterizan por un estado de ánimo deprimido, disminución del disfrute, apatía y pérdida del interés en el trabajo, sentimientos de minusvalía, insomnio, anorexia e ideación suicida. A menudo presentan ansiedad y síntomas somáticos variados (Toro & Yepes, 1998).

La depresión es un sentimiento de tristeza intenso, que puede producirse tras una pérdida reciente y otro hecho triste, pero es desproporcionado con respecto a la

magnitud del hecho y persiste más allá de un período justificado. Se estima que el 10% de la gente que consulta al médico pensando que tiene un problema físico, tiene en realidad una depresión (Beer & Berkow, 1999).

El uso de este término puede extenderse desde una descripción de un estado de duelo, hasta profundos sentimientos de futilidad y desesperación suicida. En su forma de síndrome integral, la depresión clínica se manifiesta como un trastorno depresivo mayor, con una evaluación episódica y grados variables de manifestaciones residuales entre episodios.

Los trastornos depresivos son comunes. La depresión es dos veces más común en las mujeres que en los hombres.

Ansiedad

Hughes y colaboradores (1986), fueron de los primeros autores en encontrar relación entre ansiedad y fumar. En su estudio realizado con pacientes psiquiátricos, se encontró que en la mayoría de los trastornos las personas que los padecían fumaban significativamente más que en la población general.

En la misma línea de lo anterior, también se ha encontrado relación entre fumar y estrés (Becoña & Vázquez, 1999). En adolescentes, se incrementa el nivel de estrés conforme aumenta su patrón de consumo regular de tabaco. En adultos, fumar ayuda a relajarse, y se ha encontrado que los fumadores están más estresados que los no fumadores y, cuando dejan de fumar, les disminuye el nivel de estrés a medida que transcurre el tiempo. Hallar en distintos estudios afirmaciones de que el tabaco es relajante y placentero es habitual. Sin embargo, cuando un fumador no puede fumar o está bajo los efectos del síndrome de abstinencia de la nicotina, tiene sentimientos de estrés y de irritabilidad.

Por otra parte, cuando el fumador fuma su nivel de estrés es el mismo que el de un no fumador. No obstante, cuando está sin fumar, su nivel de estrés es mayor. Esto muestra cómo la nicotina es un modulador del humor en fumadores. Fumar les ayudaría a restablecer un nivel normal o adecuado de estrés para ellos, que tienen incrementado cuando no fuman.

La reducción de la ansiedad y del estrés al consumir nicotina hará que ésta tenga una función reforzante. Así, en los fumadores moderados expuestos al estrés y/o a la nicotina, se les incrementa su nivel de cortisol por fumar y por el estrés, separadamente, teniendo un efecto aditivo cuando se combinan los dos. Esto conduce a que fumar sea adaptativo a corto plazo, porque reduce el estrés; pero si esto se mantiene mucho tiempo, y los receptores biológicos para la nicotina y el estrés son los mismos, entonces llegará un momento en que el fumador crónico fumará como una respuesta de afrontamiento farmacológico, para mantener su función metabólica normal en las situaciones para él estresantes. Si esto continúa, la disminución de la reactividad a los corticoesteroides resultará en un estrés crónico, o en

la necesidad de incrementar la dosis de nicotina para lograr el balance metabólico.

Otro hecho destacable es que al dejar de fumar se reduce el estrés en los fumadores. Al principio, cuando se deja de fumar, suele incrementarse, disminuye a niveles normales en varias semanas y desciende conforme va transcurriendo el tiempo de abstinencia. Otros estudios, encuentran aún resultados más claros en esta dirección.

Estudio clínico específico del sujeto fumador

El tabaquismo es una enfermedad crónica adictiva recidivante que tiene una elevada prevalencia. Causa un gran número de enfermedades, fundamentalmente respiratorias, cardiovasculares y neoplásicas. Es la causa aislada más importante de morbilidad y mortalidad prematura evitable en países desarrollados, constituyendo un problema de salud pública que requiere un gran esfuerzo por parte de todos los profesionales sanitarios.

Visto de esta manera, el tabaquismo como enfermedad crónica necesita un abordaje clínico similar al resto de enfermedades crónicas: diagnóstico, tratamiento y seguimiento. Algunos fumadores consiguen abandonar el tabaco por sí solos o con una mínima ayuda por parte de su médico, pero hay otros a los que les resulta más difícil y atraviesan múltiples períodos de recaídas hasta conseguir la abstinencia definitiva. Es fundamental que desde las consultas médicas se ayude a estos pacientes en el proceso de abandono del hábito tabáquico.

Se sabe que cuando la intervención sobre tabaquismo se adapta a las características individuales de cada fumador aumenta su eficacia y eficiencia. Para identificar estas características es clave realizar un diagnóstico correcto. El diagnóstico del fumador se fundamenta en la realización de una historia clínica completa, que, en el caso de tabaquismo, tiene algunas peculiaridades aunadas a la realización de exploraciones complementarias generales y específicas para esta patología.

La aproximación diagnóstica del paciente fumador va a depender de las características del paciente y del objetivo último de la intervención, así como del nivel asistencial en el que esta se desarrolle. Cada profesional deberá adaptar el estudio clínico del paciente fumador a las características del mismo y a las posibilidades de diagnosticar otros problemas adyacentes que se han desarrollado a lo largo de la historia del fumador. Sin embargo, podemos mencionar que dejar de fumar reduce diversas patologías como puede ser la diabetes, fomentar una mejoría en la función y flujo de los vasos sanguíneos, contribuyendo así a la función cardiaca y pulmonar. También es importante mencionar que hay mejoría en las expectativas de vida y se pueden llegar a vivir años con calidad de vida.

Dr. José Jaime Martínez Vallarta
Psicólogo

∞

Referencias bibliográficas

American Psychiatry Association. (2002). DSM IV TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona, España: Masson.

Becoña, E., & Vázquez, F. (1999). Ansiedad, estrés y adicciones. Rev. Psicol. Contemp., 6, 60-67.

Beer, M., & Berkow, R. (1999). Manual Merck de Diagnóstico y Terapéutica (10a. ed.). Ediciones Hartcourt.

Hall Ramírez, V. (2003). Depresión. Fisiopatología y tratamiento. San José, Costa Rica: Centro Nacional de Información de Medicamentos.

Landeros Olvera Erick et al. (2012) Análisis cualitativo del hábito de fumar en estudiantes del área de salud. Revista Horizonte de Enfermería, 23(1), 41-50. https://doi.org/10.7764/Horiz_Enferm.23.1.41

Martínez López, J. F., & al. (2011). Síndrome de abstinencia. Málaga, España: Hospital Regional Carlos Haya.

Organización Médica Colegial. (2002). Manejo del fumador en la clínica. Recomendaciones para el médico español. Barcelona, España: Paidós.

Pardell, H., Saltó, E., & Salleras, L. (1996). Manual de diagnóstico y tratamiento del tabaquismo. Madrid, España: Bosch.

Toro, R., & Yepes, L. (1998). Fundamentos de Medicina: Psiquiatría. Medellín, Colombia: Corporación para Investigaciones Biológicas.

Tratamiento de trastorno de conversión con técnicas de hipnosis regresiva

Ignacio Hernández Cosme

La cliente de 40 años de edad es derivada a mi gabinete, supuestamente con una depresión y, en principio, es lo que demandaba, pero realizando el análisis funcional de la conducta descubrimos que se trata de esa sintomatología como consecuencia de un trastorno de conversión (DSM-V) en el que la sintomatología asociada presentaba una amplia comorbilidad con epilepsia, ya que tenía ataques convulsivos, pérdida de consciencia, amnesia retrógrada y un amplio rango de sintomatología asociada en la que realizamos un diagnóstico diferencial con la epilepsia.

A toda esta sintomatología se añadía un componente de conducta autolítica como consecuencia del año y medio que llevaba detrás de un tratamiento eficaz para la epilepsia, junto con la correspondiente tardanza sobre las evaluaciones de epilepsia en la Seguridad Social (Resonancia Magnética Nuclear, Tomografía Axial Computarizada, varios EEG…). En el momento del inicio del tratamiento tomaba medicación antidepresiva (alprazolam y triptizol), unido a medicación anticonvulsiva y antiepiléptica (Topamax), además de una recomendación de su neuróloga para tomar cafeína (ya que ésta está indicada para los pacientes con epilepsia) pero realmente no podía realizar actividades de su vida diaria, ni trabajar, ni salir a pasear, ya que en cuanto tenía un alto componente de actividad vs algo de ansiedad, bien se caía al suelo o bien perdía la memoria de lo que había ocurrido antes (lo describí antes como desorientación espacio-temporal). En resumidas cuentas, tenía una incapacidad permanente y una baja por toda esta sintomatología, aunque en principio sería por Trastorno Bipolar, ya que, al iniciar el tratamiento en mi gabinete, se le habla del trastorno de conversión y en el Instituto Nacional de la Seguridad Social no tenían constancia de los episodios convulsivos.

Ella trabaja en una Academia y como consecuencia de todas las caídas y recaídas de la sintomatología asociada al Trastorno de Conversión ha de dejarla y finalmente desiste de dirigirla para poder trabajar más tranquila desde casa.

Tras una inadecuada evaluación por el Psicólogo de la Seguridad Social donde se le diagnostica un trastorno de ansiedad, como consecuencia de una serie de episodios de violencia de género en una relación anterior a la que tenía en la actualidad, después de sufrir varias violaciones y sucesos traumáticos en la adolescencia tardía (entre 18 y 24 años), iniciamos tratamiento en hipnosis clínica y desensibilización sistemática a las situaciones traumáticas que se producen.

Se establece una jerarquía de estímulos en la cual vamos a ir entrando en hipnosis del más leve al más grave. Iniciamos el tratamiento con hipnosis regresiva después de haber iniciado una serie de sesiones de práctica de las técnicas y autohipnosis en su domicilio con los audios que se le enviaron y la respuesta fue favorable.

La hipnosis regresiva la realizamos en primer lugar con puente afectivo hacia todas y cada una de las situaciones que relató durante la evaluación que eran traumáticas en su adolescencia tardía, como comentamos arriba. Utilizamos una hipnosis sugestiva en la que subíamos una montaña para llegar a una valla donde se encontraban los problemas y sus familiares y seres queridos del otro lado para superar la situación. En un principio no reconoce más que una situación muy borrosa y aparecen muchas conductas extrapiramidales durante la sesión con temblores, malestar y situación de ansiedad manifiesta.

Posteriormente se subdividen las situaciones que habíamos comentado anteriormente (violación de su expareja, estrés con sus hijas, su expareja le tira por las escaleras...) para preparar una situación de hipnosis regresiva posterior, no sin antes prepararla para trabajar una a una esas emociones a través de una técnica verdaderamente útil en el manejo de emociones que es la terapia dialéctico conductual donde se ahonda en el trabajo de todas esas emociones reprimidas del pasado y a través de la cual se hace más consciente de sus emociones y en el futuro tiene un sustento para el manejo emocional.

En la segunda sesión de hipnosis regresiva, una vez trabajadas todas esas emociones traumáticas, ya pudo reconocer algunas de las situaciones y pudo sobrepasar esa valla no sin dificultades de carácter manifiesto en la conducta externa, pudiendo pasar a poder realizar una vida perfectamente normal, aunque decidió dejar de dirigir una academia en la que pasó a trabajar de manera más relajada. Anteriormente esa actividad no la podía realizar, ni ninguna otra que requiriese un elevado nivel de ansiedad diferente al habitual. En la actualidad, estamos manteniendo consultas de mantenimiento para trabajar otras conductas adictivas que se produjeron en el pasado.

Para terminar el artículo, me gustaría reseñar que el enfoque que utilizo está basado en el modelo de Bental et. al, que tiene origen en la antipsiquiatría y que se trata de un modelo novedoso frente al modelo gnosológico tradicional en el cual se utilizan etiquetas para trabajar frente al modelo rehabilitador que ofrece este movimiento tratándose de conductas a rehabilitar. Como se comprueba en el artículo, las etiquetas diagnósticas se han utilizado ya que vino con ellas ya establecidas y puede resultar útil al clínico tradicional para poder ver de dónde procede el diagnóstico, pero a la hora de realizar la intervención simplemente he trabajado con las conductas que le generan malestar a la cliente y modificando (a través de técnicas hipnóticas y otras) los traumas vs conductas anómalas que se producen en su vida cotidiana y

que le dificultan o impiden el desempeño de sus tareas diarias.

Ignacio Hernández Cosme
Psicólogo Clínico

∞

Referencias bibliográficas

Allen, R. P. Guiones y estrategias en hipnoterapia. Bilbao. 2002.

Bental, et al. Modelos de Locura. Ed. Herder. 2006. Barcelona.

Hawkings P. J. Hipnosis y estrés. Ed Descleé de Brouwer. Bilbao. 2006.

McKay M, Wood J C, Brantley J. Manual Práctico de Terapia Dialéctico Conductual. Ed Descleé de Brouwer. Bilbao. 2017.

Perez Hidalgo, I, Cuadros Fernández, J, Nieto Castañón, C. Hipnosis en la práctica clínica. Vols. I y II. Ed Eos. Madrid. 2012.

Deconstruyendo la hipnosis*

Carlos Ramos Gascón

El sol siguió su camino
y, cuando le volvió la espalda,
el lucero silbó al galgo
y se dispuso a la caza.
No cazaba por pelliza,
sino porque le gustaba.
(Salvador de Madariaga: «El sol, la luna y las estrellas»).

De una determinada manera

Recuerdo con claridad aquella tarde de verano de 1962. Yo tenía 12 años, y estando solo en casa, y no habiéndome interesado nunca de forma especial los estudios, y sí la lectura por puro placer y enriquecimiento personal, di en suerte con un libro de mi padre que me llamó la atención.

Se trataba de *El poder de la voluntad*, de Paul-Clément Jagot, editado por Iberia. Aún lo conservo, a lo largo del tiempo. ¿Qué pudo llamarme la atención en el libro de Jagot?

Yo había experimentado a lo largo de mi infancia fuertes condicionantes de salud que me llenaron de desconcierto y me produjeron un gran agobio. Únicamente pude superarlos con el cálido apoyo de mi familia, especialmente de mi madre, siempre intentando mantenerme a flote y *respirar con sobreesfuerzo ligeramente por encima del agua*. Este sobreesfuerzo me ha acompañado toda la vida y generado una rebeldía natural, como una esencial necesidad de supervivencia.

La permanente urgencia de encontrar salidas alternativas, como fuera, entre las grietas y resquicios de la realidad cotidiana.

Yo era un niño ágil y, a decir de mi madre, el primero de sus hijos que aprendió a andar. Pero a los 3 años me invadió la polio y me vi, con gran desaliento y sin entender nada de lo que sucedía en mí y en mi alrededor, confinado en una pequeña silla de ruedas, con sus correajes. Tuve que aprender a andar de nuevo, con ayuda de una prótesis y someterme a prolongados procesos de rehabilitación.

Recuerdo muy bien que caía en algunos estados de ensimismamiento, con una lacerante angustia, seguidos de otros con una vivencia acogedora de la vida. Al decir de mi madre, desde muy niño tuve la capacidad de expresar con palabras lo que me sucedía, así como mis propios estados internos, lo cual generaba cierto asombro entre los médicos que me atendían. Esto es lo que desde siempre me ha permitido superar mi continua vivencia de desarraigo, *de una determinada manera*.

Ya con 8 años, después de unos severos episodios de otitis, una mañana me sobrevino una de las experiencias más difíciles de mi vida: Me desperté brusca y completamente sordo, en medio de una gran angustia. Me invadió una abrumadora vivencia de autoclaustrofobia, irrespirable, contenido en los gruesos límites de mi propio cuerpo, sin poder salir de ellos. Fue, probablemente, el shock traumático que he experimentado en mi vida. Por naturaleza, he sido siempre comunicativo y desde una edad temprana llamaba la atención por mi capacidad para verbalizar mis vivencias interiores. Pero la completa sordera neurosensorial me planteó un nuevo reto: Cómo volver a comunicarme con los demás, con ayuda de mi madre, en el muy duro aprendizaje de la lectura labial y de la reeducación auditiva mediante audífono. Una compleja sucesión de continuos reaprendizajes a lo largo de la vida. También había que vigilar la capacidad de articulación vocal y la fonación, sobre todo teniendo en cuenta la mutación de la voz que sobrevendría durante la adolescencia. Fue un proceso muy duro, tanto para mí como para mis padres, hermanos y los seres queridos que nos rodeaban. Salimos adelante.

Estas experiencias infantiles configuraron, inevitablemente, *una mentalidad especial que condicionó mi actitud ante la hipnosis*. La constante necesidad biológica de salir fuera de ciertos ámbitos que yo sentía como opresivos. La necesidad de encontrar *espacios alternativos completamente otros*. Encontrar otros ámbitos *de un nivel diferente*, y si no existían en aquel tiempo, creármelos por mi cuenta y riesgo.

Resquicios, hendiduras, grietas, aberturas entre la realidad… *entre las cuales poder filtrarme y respirar libremente.*

También, una mentalidad crítica y un rechazo natural a ciertas imposiciones *venidas de fuera*, de tipo religioso, escolar, académico o, más ampliamente, ideológico.

En estos contextos ¿qué pude ver, qué me podía aportar el libro de Jagot?

Sencillamente, me brindaba una alternativa para intentar leer y transformar la realidad que iba viviendo. Era verdad que no daba resultado, pero el puro esfuerzo por ir más allá de mí mismo intentando seguir las -en ocasiones, absurdas- prácticas que preconizaba su autor, me resultaba *un fracaso enriquecedor.*

Leer mi entorno, que tan difícil me resultaba comprender. Leer los comienzos de una adolescencia precoz para la que nadie me había preparado. Leerme a mí mismo. También, la posibilidad de curiosos momentos de felicidad y un camino para ir progresando en la vida.

Tal como expliqué en mi último libro hasta ahora publicado, *Un psicólogo va al paraíso* (1), leyendo esta obra de Jagot *establecí mi primer contacto con el mundo de la hipnosis*.

Proponía el autor una serie de ejercicios a fin de desarrollar la fuerza de concentración, el poder mental y el *influjo hipnótico*, temas que, estando yo al borde de la adolescencia, me producían una gran fascinación.

Específicamente, Jagot, en este y otros libros que leí posteriormente, preconizaba la importancia de cultivar la *mirada hipnótica*. En efecto, me puse manos a la obra y con ayuda de un espejo, empecé a entrenarme sistemáticamente en este sentido.

Según afirmaba Jagot en algunos pasajes, la *mirada hipnótica* dotaba a quien la poseía de un atractivo magnético irresistible y de una misteriosa cualidad penetrante que no se podría olvidar jamás.

El ejercicio consistía, básicamente, en coger un espejo, tenuemente iluminado por una lamparita de mesa, y dirigir la mirada inmóvil al entrecejo de la propia imagen, *sin parpadear*. Era necesario entrenarse gradualmente. Así, y siempre cronometrando el tiempo, y habiendo comenzado por medio minuto, logre alcanzar los 15 minutos sin parpadear con la mirada clavada en el entrecejo.

Mi madre, asombrada por mi inmovilidad ante el espejo, afirmaba inquieta:

> *"¡A este chico le gusta la penumbra!"*

Mucho tiempo después me di cuenta de que ella tenía razón. A lo largo de la vida, y trenzándolas con mi trabajo como psicólogo clínico, diversas circunstancias me llevaron a otras actividades en penumbra e igualmente satisfactorias.

En cuanto a la *mirada hipnótica* preconizada por Jagot, al parecer estos ejercicios me generaron *una cierta cualidad fija* de la que mi mujer me ha reñido en numerosas ocasiones. *Es imposible complacer hipnóticamente a todo el mundo*.

No recuerdo quién me informó que en la librería Espasa Calpe de la Gran Vía (actualmente, La Casa del Libro), en su primer sótano –que todavía existe- podía encontrar más libros de este tipo.

Efectivamente, bajar a aquel sótano constituyó para mí una fuente de paz que me permitía olvidarme por unas horas de las diversas tensiones e inadaptación social que me han acompañado a lo largo de la vida. *Y en tanto que sótano*, una fiel metáfora de circunstancias posteriores.

Lo visité con frecuencia a lo largo de mi vida escolar y universitaria. Allí encontré otros libros de Jagot, más centrados en la hipnosis, y de otros autores. Recuerdo, por ejemplo, que en 1964 –teniendo yo 14 años- compré el ya clásico libro de André M. Weitzenhoffer *Técnicas generales de hipnotismo* (Ed. Paídós), que conservo como una reliquia. También tomé contacto con otros libros sobre meditación y misticismo oriental, particularmente los relacionados con el Zen y Ramana Maharshi, el gran místico hindú del S. XX.

Así me impresionaban relatos como el del diplomático chileno Juan Marín, quien refiriéndose a su encuentro con Ramana Maharshi, escribe:

> *"…Su expresión facial se ve alumbrada extrañamente por dos ojos grandes y obscuros que parecieran quemar cuando miran, pero que en*

> *realidad acarician con una expresión indefinible. Nunca hemos visto ojos semejantes, y cuando su mirada se posa en nosotros, no sólo comprendemos que estamos siendo «leídos» completamente, sino también que toda la bondad del mundo, todo el consuelo y toda la compasión de la tierra se derrama sobre nosotros. Al sentir la mirada de aquellos ojos inmensos se aceptan sin discusión todos los milagros que se cuentan sobre él y se comprende fácilmente lo que las gentes experimentan en su presencia y que va desde el trance místico hasta la hipnosis completa".*

De los curiosos contrastes entre meditación –específicamente, la meditación Zen- e hipnosis trataré más adelante.

Como era natural, y estando en los años adolescentes, a mí se me ocurrió realizar algunos experimentos, tanto conmigo como con algunos de mis amigos de la época. Con mejor o peor fortuna, desde luego. Percibíamos la hipnosis como un ámbito difícil de comprender, lleno de mitos, y cargado de misteriosa electricidad.

Así sucedió, por ejemplo, en un atardecer veraniego en el que sometimos a una de nuestras amigas a una *hipnotización profunda*, acompañada de *majestuosos pases magnéticos.* Y, efectivamente, la chica quedó clavada en un estado cataléptico, con la mirada fija y sin parpadear, que nos aterrorizó. No recuerdo cómo resolvimos lo que nos parecía un *exótico estado de trance* que no podíamos comprender. El caso es que lo logramos antes de que apareciera la madre. Nuestra amiga se despertó en un susto, sin recordar nada, y nuestros experimentos de aprendices de brujo cesaron para siempre.

También recuerdo la ocasión en la que mis padres me llevaron al teatro de La Comedia, donde realizaba sesiones de hipnotismo el Profesor Max (Juan Elegido Millán), quien me llamó la atención juvenil por su actitud grave y llena de aplomo y humor.

Con el inicio de mi vida universitaria, el *contexto político del tardofranquismo*, la Transición y el comienzo de mi vida laboral, se me abrió un largo paréntesis en el que me desinteresé por el tema de la hipnosis. Paralelamente, estuve en el área del psicoanálisis –donde observé un nulo interés por la hipnosis- y psicoanalizándome yo mismo. Pude constatar tanto en mí como en otros que se estaban psicoanalizando algo que acabó señalando Castilla del Pino, en el sentido de que el psicoanálisis como tal tiene interés desde un punto de vista teórico, pero su valor terapéutico es nulo.

Lo que sí es cierto es que, colateralmente, puede tener algún valor –involuntario- para el estímulo de una cierta creatividad, siempre que la persona en cuestión sea propensa a ella. Así, puedo evocar algunos de mis sueños que marcaron hitos en mi proceso, como *El sueño de la Campana, el de La Varita Mágica, el del Tapiz Oriental o el de La Caja Negra*.

Una de mis psicoanalistas me dijo:

> *"Carlos, toda tu vida ha sido una lucha contra el superyó".*

No sabía ella hasta qué punto había acertado. Siempre remando río arriba -y más- y escribiendo de través cada vez que han dado papel rayado.

> *"Si te dan papel rayado, escribe de través"* (J.R.J.)

Luego retomé gradualmente el contacto con la hipnosis al iniciar mis consultas privadas como psicólogo.

Por aquella época presenté mi Tesina de Licenciatura sobre *La Neurosis de Transferencia*, con la calificación de Sobresaliente, y, posteriormente, en la Escuela de Medicina Legal, la tesina *Grafopatología de la Esquizofrenia*, con Mención de Honor.

Pero me seguía quedando la Hipnosis como asignatura pendiente.

Comencé, paralelamente, mi práctica fuerte del Zen durante largos años, participando en numerosos seminarios de meditación intensiva (sesshins) tanto en España como en Alemania (Würzburg).

Conocí a gente notable, como a Enomiya Lassalle, S.J. (que era arzobispo de Hiroshíma cuando estalló la bomba atómica, y uno de los afectados por la radiación), y a Willigis Jäger, OSB. Guardo un conmovedor recuerdo de ellos.

No siendo yo creyente en nada religioso, me concentré en la práctica rigurosa de las técnicas que ofrecía el Zen – concentración en la respiración, koan y, finalmente, shikantaza- pero me agobiaba su parafernalia ritualista, así como el ingenuo buenismo (incluso con ribetes mágicos) que rodea a los maestros Zen. Algunas de estas personalidades se refugiaban en un presunto carisma Zen para encubrir sus propias limitaciones y carencias emocionales. Así, me acabé dando cuenta tiempo después, una de ellas era un evidente caso de síndrome de Asperger, posiblemente con trastornos alimentarios en su adolescencia… Como declaró el novelista García Márquez:

> *"La sabiduría nos llega cuando ya no nos sirve para nada".*

En mi caso no fue así, pero me hubiera gustado tener esa *sagacidad sin prejuicios* mucho antes. En fin, nunca es tarde si la dicha es buena.

Muy recientemente, y después de un paréntesis de casi 20 años, he retomado la práctica del *shikantaza*, por mi cuenta. Se podría suponer, entonces, que debería haberme costado, por el desentrenamiento. Pero no ha sido así, de ningún modo. Desde el primer momento el proceso del *shikantaza* brotó con toda naturalidad, como si no hubiera tenido lugar ninguna interrupción. Es lo que en determinados ámbitos denominan la corriente inducida. Es un decurso enriquecedor. La vida es un flujo libre, espontáneo.

Nuevamente la hipnosis

Conectando de nuevo con el ámbito de la hipnosis, me hablaron de Jordán Peña, quien estaba implicado

en el asunto Ummo, y fui a verle a su casa, en el Parque de Berlín, en Madrid. Me encontré con un hombre que padecía hemiplejía izquierda y hablaba con alguna dificultad. Comprendí que era muy inteligente, astuto, y tenía una notable clase. Se rumoreaba que era colaborador de los servicios de inteligencia, en particular de la CIA. Yo me acordaba de aquel aserto:

> *"Desconfía de las tres ces: El comunismo, las chicas y la CIA".*

Me recibió con gran afecto y me regaló algunas de sus publicaciones, animándome a continuar profundizando por el camino de la hipnosis. También me aconsejó que leyera las obras de Martin Gardner, con su escepticismo mordaz y divertido. En una segunda visita, me acompañó mi mujer, y no supe muy bien el porqué, al verla Jordán Peña se puso a dar saltos de alegría. Nos despedimos muy efusivamente y fue la última vez que le vi. Posteriormente, supe que teníamos conocidos comunes y con algunos de ellos, dado su criticismo, sus relaciones no eran las mejores. En cualquier caso, guardo un excelente recuerdo de Jordán Peña.

Poco tiempo después, en el otoño de 1993, entablé contacto con Isidro Pérez Hidalgo, quien ya era conocido como un prestigioso psicólogo clínico, especialista en hipnosis y presidente de la *Sociedad Española de Hipnosis Clínica y Experimental*, la actual *Sociedad Hipnológica Científica*.

Mi conexión con Isidro Pérez Hidalgo fue fructífera desde el primer momento y evolucionó rápidamente a una enriquecedora amistad que ha perdurado a lo largo del tiempo. Al conocerle, me llamó la atención su característica voz profunda y armoniosa. Su gravedad y notable personalidad me recordaron al abad del monasterio que aparece en la película *"El nombre de la rosa"*, encarnado por Michael Lonsdale aunque, claro, muchos años más joven.

Congeniamos rápidamente y su sabiduría y autoridad en el campo de la hipnosis me sirvieron, definitivamente, de estímulo para ir desarrollando ideas en el campo de la hipnosis clínica. Tengo que decir que mi amistad con Isidro Perez Hidalgo, junto a su apoyo profesional y generosidad ha constituido para mí una fuente de aliento y de creatividad. Se trata de un colega con una calidad profesional y humana excepcional. Puedo asegurarlo categóricamente, después de más de 40 años trabajando en el ámbito de la psicología clínica y de la *psicoterapia mediante hipnosis.*

Puedo decirlo, además, de forma contundente, dado mi actitud afiladamente crítica hacia el ámbito académico español en estas cuestiones. Una actitud académica cobarde da lugar, indefectiblemente, a una actitud terapéutica cobarde.

En efecto, el problema viene –o, peor aún: sobreviene- cuando una actitud terapéutica queda y mezquina da lugar a una práctica terapéutica asustadiza, una terapia timorata *más pendiente del qué dirán en mi departamento de la facultad* que volcada en una actitud espontánea y valiente,

exclusivamente enfocada en el beneficio real para la persona que acude a nuestra consulta en demanda de terapia. Fijo.

Isidro Pérez Hidalgo es, en este sentido, un ejemplo humano y profesional de lo que debe ser un valeroso terapeuta en el campo de la Hipnosis Clínica.

Experiencias con la hipnosis clínica

En el ejercicio de mi actividad como psicólogo clínico la hipnosis me abría un enriquecedor abanico de posibilidades. Profesionalmente, siempre he intentado adaptarme a las características del paciente y su motivo de consulta. Crear el contexto terapéutico que mejor le venga, evitando que sea él quien tenga que amoldarse (como con calzador…) a un modelo terapéutico particular. Por otro lado, tengo muy claro que lo mejor –siempre que sea posible- es establecer un *tempo terapéutico* de duración flexible pero definida. Es decir, en mi experiencia, se aprovecha mucho mejor la relación terapéutica con una terapia de *tiempo limitado* en la que se tiene una idea aproximada, y clara, de cuándo comienza y cuándo termina.

Es cierto que hay casos a los que no puede aplicarse este modelo. Pero en otros muchos he comprobado que una terapia de unos tres meses, utilizando la hipnosis, suele dar buenos resultados. En mi experiencia, la hipnosis tiende a acortar la terapia y a producir resultados más concretos que cuando el proceso se desarrolla sin ella. Siempre y cuando se le deje muy claro al paciente, desde el primer momento, que *hipnosis no significa pasividad* por su parte. Al contrario, se trata de un proceso intensamente dinámico que requiere la colaboración, y su cuota de esfuerzo, por parte del paciente.

Lo que sucedía, dada mi mentalidad crítica, era que lo que yo percibía como la *dictadura hipnótica de la relajación y de la profundidad* me producía un cierto agobio y sentí la necesidad de generar variantes y buscar alternativas. Es decir, un terreno terapéutico más amplio que brindara una mayor operatividad por caminos que, quizá, no habían sido aún hollados.

Así, por ejemplo, trabajé con numerosos casos de fobia social. En contra de lo que se viene diciendo, me encontré que es mucho más frecuente entre hombres que entre mujeres. Por otro lado, la fobia social no es meramente una timidez más intensa, sino *un problema completamente de otro nivel* y mucho más difícil de tratar. *Con frecuencia pensé que la fobia social es una timidez elevada al cubo*. Los problemas de timidez que me venían –estos, en cambio, más frecuentes en mujeres- los resolvía con facilidad y me confesaban que la hipnosis les resultaba una bendición.

Sea como fuere, y teniendo en cuenta el tema que nos ocupa, lo que me encontré, paradójicamente, fue que el paciente con fobia social suele ser bastante receptivo al estado hipnótico y alcanzando, con frecuencia de forma espontánea, un notable grado de relajación. El problema con este tipo de pacientes

es que suelen ser muy poco permeables a las sugestiones poshipnóticas, por lo cual, una vez han salido del estado de trance, experimentan una gran dificultad para actualizar en su vida diaria las sugestiones que se les han impartido durante la sesión.

La verdad es que la insistencia que se pone en estos medios en *la relajación hipnótica* nunca me pareció plenamente satisfactoria. La razón es la siguiente, y procede de otro contexto: En la práctica de la meditación Zen, el zazen, se insiste en la necesidad de la *postura justa*, significando entre otros aspectos un adecuado grado de tensión psicofisiológica. Podemos compararlo, por ejemplo, al ajuste de las cuerdas de la guitarra que deben tener *un grado de tensión intermedio* – ni muy flojo, ni muy tenso- para alcanzar su mejor nivel de vibración. Este sería su adecuado punto de transformación. Así lo he comprobado repetidamente, tanto en mi práctica clínica como en mi experiencia personal directa.

Una de las claves está en mi propia vivencia gestionando las circunstancias derivadas de mi poliomielitis. Me di cuenta, de forma instintiva, de lo evidente que es el *esquema corporal* y su diferencia con la *imagen corporal*. Para nada conceptos sinónimos, aunque sí entrelazados. Y en medio de todo ello, encontrar el *punto intermedio de vibración* podía resultar transformador. Es por esto que siempre he contemplado con un cierto escepticismo *la relajación hipnótica profunda.*

En cualquier caso, la terapia con pacientes que padecen fobia social es en la gran mayoría de los casos un proceso difícil, y los relativamente mejores resultados los he conseguido colocándoles para el desarrollo hipnótico en una postura normal, e incluso levemente incómoda (sentados o de pie) y, desde luego, huyendo de sugestiones como *"Relájese y duérmase profundamente…"*

Asimismo, es importante con estos pacientes ayudarles a alcanzar una nueva percepción de la interacción entre su esquema e imagen corporal, y finalmente vehicular las sugestiones poshipnóticas a través del condicionamiento ideomotor.

Las Sugestiones Respiratorias (SR)

Un aspecto de gran interés lo constituye la sincronización de las sugestiones con el ritmo respiratorio. Lo que posteriormente, acabé denominando *Sugestiones Respiratorias.* Consiste en ir modulando la formulación de las sugestiones (ritmo e inflexiones de voz, principalmente, aunque también algunos términos clave en la fase de inspiración) con la inspiración y espiración, siguiendo el ritmo respiratorio espontáneo que vaya desarrollando el paciente.

En mi libro *Hipnosis y Psicoterapia* (2) expongo de forma sistemática numerosos ejemplos de cómo se deben acompasar las sugestiones al ritmo respiratorio del paciente poniendo en negrita las expresiones que se deben utilizar en la fase espontánea de inspiración y en

cursiva en la siguiente fase de espiración, desarrollando un ritmo fluido de sugestiones que actúa como un *metrónomo psicofisiológico*.

Suele generar un proceso hipnótico muy absorbente en el que, por curioso que pudiera parecer, el sujeto así hipnotizado no suele ser consciente de esta *sincronización respiratoria.*

La razón de *disparar algunos términos clave en la fase de inspiración* – que, por cierto, conviene iniciar el proceso sugestivo en esta fase- se debe a que probablemente en esta fase del proceso respiratorio las defensas psicológicas se encuentran, momentáneamente, más debilitadas. Este es un principio conocido en la práctica de algunas artes marciales, en las que se recomienda iniciar el ataque cuando el oponente se halla en la breve fase de inspiración, al considerar que en esos momentos los reflejos son menores y, en consecuencia, la capacidad de reacción.

Por ello, tanto en el tratamiento hipnótico de la fobia social como en otros problemas, como podrían ser estados de ansiedad o disfunciones sexuales, *he procurado pronunciar las palabras de mayor carga emocional e implicación neurofisiológica* en las fases de inspiración del paciente. Igualmente, expresiones como la conjunción causal *porque*, o el adverbio *además*, entre otras.

En este sentido, recuerdo *una experiencia que diseñé para uno de mis pacientes con fobia social*, Alberto R., inspirándome en una estrategia de Erickson, consistente en generar *un trance dentro del trance hipnótico*, inoculándole un complejo al que debía desplazar su atención respecto de su trastorno fóbico.

Con ayuda de una de mis colaboradoras y recurriendo a lo que podríamos denominar *sugestiones respiratorias a dúo* y exponiéndolo de forma muy sintética, el proceder fue el siguiente: Teniendo Alberto R. dominancia manual diestra, mi colaboradora se situó a la derecha del paciente, previamente hipnotizado, y yo a su izquierda. Le fuimos impartiendo sugestiones, previamente diseñadas y doblemente sincronizadas, tanto en función de su ritmo respiratorio espontáneo como por la rítmica alternancia de sugestiones impartidas por mi colaboradora y por mí mismo. Suponíamos, además, que la alternancia físicamente localizada de la voz masculina y la femenina podría contribuir al clima sugestivo creado y enriquecerlo.

Tratándose de una única experiencia, no es posible extraer ninguna conclusión al respecto. El hecho es que Alberto R. se sumió en un trance hipnótico más intenso de lo habitual y su evolución posterior fue favorable: Se trataba de un caso muy resistente y esta experiencia marcó un punto de inflexión en su terapia. Lo anterior constituye un buen ejemplo para señalar la importancia que tiene poder trabajar *de forma artesanal* en el campo de la hipnosis clínica, siempre contando con el consentimiento y colaboración del paciente.

Un inciso: Trabajando con mujeres, hombres… y madres

A lo largo de mi experiencia – y refiriéndome siempre al contexto de la *hipnosis clínica*– encuentro que en términos generales he trabajado mucho mejor con mujeres que con hombres. Suelen tener mayor inteligencia emocional, empatía e intuición, lo que las convierte en sujetos hipnóticos más eficientes. Esto da como resultado una mayor capacidad para traducir a la vida diaria – lo que en determinados contextos se denomina "hacer un puente"- las enseñanzas obtenidas bajo hipnosis. Una excepción han sido los casos que se me han presentado de vaginismo primario, que suelen ser bastante refractarios a la hipnosis. En este sentido, me he encontrado una vez más, la relación existente – ya sea favorable o desfavorable, según los casos- entre Hipnosis y Sexualidad, tal como he apuntado en un artículo anterior (3).

Naturalmente, con los hombres he podido realizar asimismo terapias muy provechosas, encontrando una notable colaboración, si bien es cierto que el trabajo tiende a ser algo menos flexible, con una menor capacidad de evolución.

Con quienes peor he trabajado ha sido con las madres. Esto puede resultar paradójico, pero es la realidad que me he encontrado. En un libro anterior, *El caleidoscopio de las relaciones humanas* (4), expliqué que *mujer y madre*, siendo los dos aspectos de lo femenino, pueden resultar funcionalmente muy distintos. Lo que personalmente me he encontrado es que la *madre* agradece profundamente el esfuerzo terapéutico que se realiza, pero, a la hora de la verdad, muestra una resistencia, e incluso una impermeabilidad, que contrasta con la receptividad que suele presentar la *mujer* en el contexto del tratamiento hipnótico. He comentado este fenómeno con algunos colegas hombres y me han confesado algo similar, añadiendo uno de ellos que se negaba a reconocerlo públicamente, por temor a que le perjudicara en sus consultas. Personalmente, he encontrado en los casos en los que consulta la madre, como tal, que resulta mucho más eficiente recomendarle la terapia familiar o, si no fuera posible, derivar a la madre a la consulta de alguna psicóloga… que yo supiera que había sido madre, y con hijos ya mayores. No hay mejor cuña que la de la misma madera.

La hipnosis silenciosa, una cierta creatividad y el microtrance

En cualquier caso, y dada mi tendencia a salirme de caminos trillados y buscar nuevos horizontes, me sentía insatisfecho con las aplicaciones clínicas de la *hipnosis tradicional*, tal como ya he expuesto.

Estando a lo largo de mi vida profesional indagando nuevas fórmulas hipnóticas y, más ampliamente, terapéuticas, siempre he tenido presente la sentencia del pintor cubista Georges Braque:

> *"Yo no creo en las cosas, sino en las relaciones entre las cosas".*

No interesándome la erudición sobre ningún tema en particular, en

realidad, *tampoco me ha interesado tender ningún puente entre las cosas* sino, de algún modo, las *grietas o desajustes* que pudiera haber entre ellas y utilizarlas así como palanca para realizar –o al menos, intentarlo- un salto cualitativo hacia *una realidad completamente otra*. La vida está llena de paradojas. Es posible que las circunstancias biográficas que he expuesto al principio del presente artículo me hayan conducido a este tipo de mentalidad. Más adelante, cuando aborde la cuestión del TEID®, volveré sobre estas consideraciones.

Paralelamente a mi práctica clínica en el campo de la hipnosis, se me ocurrieron una serie de investigaciones que la podían enriquecer de una u otra forma. Así, puse en marcha una referida a la *hipnosis silenciosa* –que, en rigor, debería denominarse *hipnosis silenciosa respiratoria*– cuyo procedimiento expuse detalladamente en mi libro *Hipnosis y Psicoterapia* (5). ¿Es posible hipnotizar a una persona guardando un completo silencio y sin realizar ningún gesto aparente? Me acordé de mis primeras experiencias, cultivando la *mirada hipnótica* que preconizaba Jagot, pero se me ocurrió agregar a esta la *sincronización respiratoria*. Conviene advertir que este procedimiento puede resultar difícil (por el esfuerzo que implica) y exige un notable grado de concentración mental por parte del operador. En síntesis, la técnica consiste en ir deslizando la mirada, al compás que la respiración del sujeto, desde el entrecejo hasta su labio superior durante la espiración, y viceversa (y naturalmente, un poco más rápido), durante su fase de inspiración. Se debe producir un movimiento fluido y natural de la mirada, bajando y subiendo, en función del ritmo respiratorio del sujeto. En mi experiencia con treinta sujetos, pasados unos 10-15 minutos todos habían caído en un estado hipnótico de mediana intensidad. En el cuestionario posterior que se aplicó a todos quienes participaron, ninguno dio muestras de haberse dado cuenta del proceder "respiratorio" del operador. Simplemente, manifestaban, *"…empecé a sentir sueño y cerré los ojos".*

No observé ninguna diferencia significativa entre hombres y mujeres. Esta misma observación la pude constatar en las numerosas y diversas sugestiones verbales sincronizadas con la respiración –las *Sugestiones Respiratorias* (SR)- tal como he indicado anteriormente.

Inevitablemente, estas consideraciones en torno a la hipnosis me han llevado a algunas observaciones sobre su *manifestación espontánea en la vida diaria*. Así, por ejemplo, mi mujer ha observado repetidamente que cuando tenemos algún asunto que resolver, las mejores ideas me vienen mientras estoy conduciendo el coche con normalidad y hablando sobre el tema al mismo tiempo. Aunque con menos frecuencia, esta disociación, relativamente creativa, me sobreviene también realizando alguna actividad manual: sintiendo cómo mis dedos se mueven con gran precisión mientras atan mis zapatos, o realizando cualquier actividad doméstica. Esto me recuerda lo que manifestaba Agatha Christie, en el

sentido de que las mejores ideas para sus novelas se le ocurrían cuando estaba pasando la aspiradora por las alfombras de su casa.

Dicho de otra forma, encuentro que la cuestión del *microtrance hipnótico en la vida diaria* es muy interesante, llena de posibilidades, y poco estudiada.

Variaciones hipnóticas: Sexualidad, vudú y TEPT

Un aspecto importante es la interacción que puede haber entre *Hipnosis y Sexualidad*, tal como he tratado en algunos de mis escritos y en particular en el último artículo que he publicado en el blog de Hipnológica (6). En concreto, las personas que tienen una buena relación con su sexualidad, como es el caso de quienes poseen una *libido sexual elevada*, suelen tener asimismo buenas habilidades hipnóticas. Y, al contrario, diversas disfunciones sexuales, como es el caso del *vaginismo primario*, suelen presentar fuerte resistencia al trance hipnótico, así como significativas dificultades de comunicación (las llamadas *habilidades sociales*) en su vida diaria.

En los hombres, la *eyaculación precoz* suele ser más resistente que los casos de *disfunción eréctil*. Se trata, desde luego, de mi particular experiencia clínica. Siempre que no exista una causa fisiológica, la impotencia sexual, ahora denominada disfunción eréctil, suele tener una buena respuesta al tratamiento hipnótico. Otra cuestión es el *deseo sexual inhibido* (DSI) más frecuente y autónomo en el hombre. Cuando lo presenta la mujer, tiendo a mostrarme escéptico: según mi experiencia, en cuanto ella cambia a una pareja emocionalmente más satisfactoria, su bajo deseo sexual –que puede haberlo sufrido durante años…- tiende a esfumarse como por arte de magia. Dicho de otra forma, y como tengo escrito en libros anteriores (7), Sexualidad es Comunicación, y la Hipnosis, con su constelación de fenómenos y técnicas, queda entrelazada con ambas.

Un caso curioso que expuse de forma resumida en mi libro *Un psicólogo va al paraíso* (8) fue el de María F., quien acudió a mi consulta con un grave cuadro de ansiedad debido a que le habían hecho Vudú. Quería saber si la hipnosis podía desactivar el maleficio que la desesperaba porque *"…desde que el brujo me ha hecho su trabajo nada me sale bien".* Le aseguré que mediante un cierto proceder hipnótico y conectándonos con su *inconsciente espiritual* generaríamos un ritual mucho más poderoso y desactivaríamos el maleficio.

Sucede que, como es frecuente en las personas que son muy crédulas en temas esotéricos, tienden a presentar un elevado grado de sugestionabilidad. Este era el caso de María F. Pude hipnotizarla con facilidad, y apoyándome en las sugestiones respiratorias logré que se tranquilizara de forma notable y ofreciera una buena colaboración.
Le expliqué que el trance hipnótico podía continuar, incluso aumentar, al abrir suavemente los ojos. A partir de ese punto, el proceder fue el siguiente:

Utilizando tres folios de papel vegetal, semitransparente, ejecutó bajo hipnosis una serie de líneas onduladas de trazo continuo (9). A continuación –y siempre bajo la sorprendida mirada de la paciente- las superpuse, sujetándolas con una grapa, las roté y di la vuelta al conjunto, poniéndolo al revés. Le aseguré que de ese entramado de líneas onduladas *"…brotaría un símbolo espiritual que la salvaría completamente del maleficio".* Así sucedió, y María F., absorta en el proceso, procedió a marcar la figura con un lápiz de color rojo. Finalmente, y observando la figura en cuestión, fue cerrando los ojos y continuamos la sesión con la técnica del TEID®, que le ayudó a interiorizar ese *símbolo salvador*. Cuando concluyó esa única sesión la paciente abandonó la consulta sintiendo un gran alivio y liberada del peso del maleficio.

Tal como expuse en mi libro, el caso de María F. es aleccionador, ya que ilustra –en especial cuando se utiliza la hipnosis- la importancia de *operar en función de los esquemas mentales del paciente.*

Un caso mucho más complejo, por sus particulares circunstancias, y que expongo en el mismo libro, fue el de Manuel J. (10). Había trabajado en servicios especiales, en labores de infiltración y padecía un *síndrome de estrés postraumático* (TEPT), habiendo estado bajo tratamiento psiquiátrico. Quería saber si la hipnosis le podría servir de ayuda. Previamente, se me advirtió que yo no podría indagar sobre ciertas cuestiones. Se me preguntó si aceptaba el caso y estaba dispuesto a trabajar en esas condiciones.

Manuel J. era un hombre de unos 45 años, cortés, de aspecto rocoso y serio. Nunca le vi sonreír. Además del TEPT padecía también el *síndrome de Reynaud* que le afectaba las manos. Atribuía su estado y las diferentes manifestaciones a las experiencias de riesgo que tuvo que afrontar en el ejercicio de sus diferentes misiones –sobre todo algunas de ellas- que no estaba autorizado a describir. La mera evocación de ciertas circunstancias vividas le producían accesos de sudor e incluso un curioso oscurecimiento facial en momentos de especial angustia.

Comprendí rápidamente –y así me lo reconoció con naturalidad- que Manuel J. en realidad no estaba propiamente interesado en que yo le tratara. Lo que él quería era aprender las distintas técnicas que yo podría emplear en su caso *para poder utilizarlas por sí mismo*. Su objetivo era recuperarse, en lo posible, *y volver a sus actividades de siempre*. Hay que convenir que la gente que trabaja en ciertos servicios tiene una psicología especial. Se trata, además, de actividades que tienen una curiosa cualidad adictiva y por ello recordé lo que, en un contexto distinto, declaró Mikel Lejarza Eguía, "El Lobo": *Un espía no deja de serlo jamás.*

Dadas las especiales circunstancias que presentaba el caso del Manuel J. me vi obligado a actuar *de una determinada manera*. Le enseñé cómo se podía trabajar con el esquema e imagen corporal bajo

hipnosis, procedimientos de disociación, distorsión temporal y, finalmente, el TEID®, técnica que yo ya estaba desarrollando. Puso un notable interés y un día desapareció. Simplemente, no regresó a la consulta.

En el caso del TEID®, tema sobre el que volveré más adelante, quiero hacer un inciso: Con personas que tienen que moverse en situaciones de riesgo, como es fácil comprender, no se les puede pedir sin más que practiquen *la clásica media hora de relajación hipnótica*, aún con sugestiones poshipnóticas. Lo que a estos profesionales les interesa es una técnica muy definida, específica, que les permita hacer frente -o modular- a su estrés *sobre la marcha* durante las situaciones de riesgo. En este sentido, a Manuel J. lo que le llamó especialmente la atención fue la posibilidad de trabajar con *las respuestas ideomotoras* que pueden asociarse a la técnica del TEID® y están diseñadas para activarse *sobre la marcha.*

Un vuelo sobre el nido de Erickson

Un tema que quiero abordar a continuación es el que denomino *movimiento ericksoniano*, en torno al que, en mi opinión, se ha desatado todo un amplio negocio, con todos sus mimetismos.

Para mí, como para otros muchos autores en el campo de la hipnosis, la genialidad de Erickson es incuestionable. Cito a continuación lo que escribí al respecto en mi hasta ahora último libro:

> *"Milton H. Erickson, por ejemplo, uno de los mejores y más creativos terapeutas, se adaptaba como un guante a las características del paciente y, prácticamente, elaboraba una terapia única para cada caso que se le presentaba. De alguna manera, lo que Picasso hacía con la pintura y el dibujo, Erickson lo materializaba en la psicoterapia. Los hombres geniales son así"* (11).

El ámbito de lo ericksoniano implica vivir en un intenso clima metafórico en el que, entre otros aspectos, se incide de forma muy creativa sobre la cuestión cuerpo-mente. Esto es lo que ilustra, por ejemplo, la conmovedora historia de *Jennifer*, narrada por J. Zeig:

Erickson trató mediante hipnosis a una mujer aquejada de esterilidad. Finalmente, logró quedar embarazada y dio a luz a una preciosa niña, Jennifer. Lamentablemente, la niña murió a los pocos meses y el médico le informó además a la atribulada madre que su organismo no podría sobrellevar otro embarazo. La mujer se sumió en un estado de intenso dolor y se mostraba inconsolable. Erickson le aconsejó que plantara un árbol y lo bautizara con el nombre de la niña. "Prometió a la señora que pasado un tiempo iría a visitarla, para sentarse a la sombra de Jennifer" (12).

Lo que hace un terapeuta de raza –como, por lo demás, un creador en

cualquier ámbito ya sea científico o artístico- es actuar libremente y con plena fuerza y sensibilidad. Este fue el caso de Erickson.

Una de las obras de Erickson que más me llamaron la atención, escrita en colaboración con E.L. Rossi, fue *El Hombre de Febrero* (13). Las acotaciones y comentarios de Rossi me parecieron en general enriquecedores, aunque, en ocasiones, un poco ingenuos. Yo tenía el libro cribado con mis anotaciones y un índice de materias propio. Se me ocurrió, finalmente, leer el libro al revés, empezando por el último comentario de Rossi sobre la transferencia y terminando con la técnica de la confusión con la que Erickson comenzó la terapia. Leyéndolo de esta forma, me salió una obra distinta, con otro relieve, y puse más anotaciones. Sucedió que en un traslado domiciliario perdí este ejemplar que, obviamente, me resultaba poseído de una cualidad única. Ahora tengo otro nuevo e ignoro cuándo tendré tiempo para reiniciar esta labor.

Asimismo, leí al revés *Cien años de soledad*, de García Márquez, empezando por Aureliano y la ciudad de los espejos, atravesando los episodios de Remedios, la bella, y terminando con la invención del hielo. Análogamente, me encontré con una novela distinta a la que leí siguiendo el orden tradicional.

También recuerdo que teniendo unos 12 años y leyendo *La Divina Comedia* de Dante, leí algunos pasajes al revés, y el resultado –no pudiendo comprender el efecto que me producían al leerlos así- me pareció curioso. Los estudios del colegio me interesaban poco.

Mi impresión es que cuando se trata de hombres geniales y sus creaciones, lo mejor es aproximarse a ellos con una mentalidad distinta y sin caer en la tentación de mimetizarlos, tal como ha sucedido con Erickson. Lo mejor es aproximarse a ellos en sus propios términos, *pero enfocándolos al revés*. Por ello, los *enfoques y terapias ericksonianos*, con su servil seguidismo, tienden a producirme un incómodo escepticismo. ¿Qué podríamos pensar, por ejemplo, de un *pintor picassiano*? Es una cuestión de autenticidad.

Hay además una cuestión en torno a Erickson que no se ha tocado, hasta donde yo sé. Considero que ha sido objeto de una mitificación que impide la adecuada objetividad. En mi opinión, en Estados Unidos y en aquellos tiempos, reinaba una mentalidad especial, un tanto ingenua, que pudo favorecer el *acriticismo que rodeaba a la figura de Erickson*. Sería interesante plantearse si su influencia hubiera sido la misma de haber desarrollado su labor en el contexto sociocultural europeo, con un sentido crítico mucho más afilado, con más púa. Por otra parte, se ha exagerado también su dominio del lenguaje y la riqueza de sus metáforas.

En el ámbito del lenguaje, y por poner únicamente un ejemplo, uno de mis autores favoritos, y con un maravilloso -e hipnótico- dominio verbal es *Lezama Lima* en obras como *Algunos tratados en La Habana* (14) y *La cantidad hechizada* (15). O en las entrevistas

que le hicieron en *Interrogando a Lezama Lima* (16) una auténtica fiesta del lenguaje neobarroco, en la que se revela como un conversador prodigioso.

Pero, asimismo, y en otro ejemplo, la absorbente cadencia de Neruda en *El tango del viudo*. La creatividad es la más refinada manifestación de la libertad.

Meditación Zen e Hipnosis

Quisiera abordar ahora las relaciones entre el complejo mundo de la meditación y la hipnosis. En el campo de la hipnosis y en particular, la hipnosis clínica, se tiende a considerar la meditación -en cualquiera de sus variantes- como una forma de hipnosis. Subyace aquí la concepción, que considero completamente errónea, de que *todo es hipnosis*. Como explicaré a continuación, y habiendo conocido de forma directa y práctica ambas cuestiones, tal enfoque me parece abusivo y una empobrecedora trivialización. Muy al contrario, se trata de una cuestión que tiene una gran riqueza de matices y de cuyo análisis y estudio científico desapasionado se podría aprender mucho.

Por cierto, a quienes son adictos al aserto de que *todo es hipnosis* (con la cuestión de estado como trasfondo), me gustaría preguntarles si han tenido que lidiar con hijos adolescentes. Se suelen reír de estas cuestiones.

La realidad es que la meditación –sobreentendiendo siempre: *meditación no conceptual ni discursiva, es decir, la meditación silenciosa*– y la hipnosis corresponden a procesos completamente distintos.

El mundo de la *meditación silenciosa* ofrece muchas variantes y contrastes. Pero en una visión esencial, es el mejor ejemplo de hasta qué punto resulta sencillo establecer puentes entre los grandes hombres. Nunca han sido fanáticos, y si han experimentado una vivencia auténtica, lo que el místico sufí Ibn Arabi denominaba *"…aquello que tiene el verdadero tono de voz",* dejan una nota inconfundible, un sello distintivo. Son lo que se denomina *gente de frontera*, y ofrecen *la misma vivencia interna*, más allá de religiones, épocas y culturas. En este sentido, se considera que Dogen, el maestro Eckhart, Juan de la Cruz o Ramana Maharshi hablaban un lenguaje completamente común.

En lo sucesivo me referiré exclusivamente a la meditación Zen o zazen – ya que la conozco por experiencia directa- y es, en mi opinión, la forma de meditación más estructurada. La iré comparando, en lo posible, con el también complejo contexto de la Hipnosis, a fin de poner de relieve sus radicales diferencias. Se desprenden por sí mismas.

Yo practiqué intensivamente la meditación Zen a lo largo de 25 años de mi vida. Intensivamente, porque suponía ejercitarse diariamente en el zazen durante 30-60 minutos, y además asistí a diversos seminarios de meditación constante, – tanto en España como en Alemania- uno de ellos con una duración de 15 días,

denominados *sesshin* (recogimiento del corazón). Era normal, además, que en la última jornada del sesshin no se durmiera, sino que se pasara la noche meditando al aire libre, aún con frío intenso, en una práctica denominada *yaza*.

La técnica del zazen requiere la postura de rigurosa inmovilidad del loto o medio loto (*hanka o kekka*), sentado sobre un determinado cojín o *zafu* y la espalda recta, en un grado de tensión intermedio (*tensión justa*, como expliqué más arriba), configurando la firme actitud del guerrero. Las manos deben adoptar una configuración especial -la mano izquierda descansando sobre la derecha y con los pulgares en firme y suave contacto *en línea recta (ni montaña, ni valle*). Sucede además – y es un punto que se suele omitir en los textos del Zen, ignoro la razón- que es muy importante *la llave interna de la lengua*, con su punta suave y firmemente girada hacia el cielo del paladar (nunca mejor dicho). Los ojos, siempre entrecerrados, con la mirada suavemente posada a un metro de distancia, aproximadamente. Manos, lengua, paladar y ojos tienen una intensa y muy compleja relación con el cerebro.

Lo normal es que el zazen dure entre 20 y 40 minutos de inmovilidad completa. No se aconseja una mayor duración porque *lo esencial en el Zen es una capacidad de concentración altamente sostenida*, y se considera que, pasados 40 minutos, por razones puramente cerebrales, la concentración decae. *La concentración es la piedra angular del Zen*, hasta tal punto que tenemos en esta práctica el concepto de *joriki: la fuerza interna generada por el poder de concentración*.

El toque de la campana marca el tiempo entre un zazen y otro, y por medio se practica la meditación andante (*kinhin*), caminando alrededor de la sala de meditación o *zendo* en fila, lenta e hiráticamente, con las manos juntas, recogidas en determinada postura, y acompasando los pasos con el ritmo respiratorio, *como una reina encinta en su noveno mes*. El kinhin suele durar unos 10 minutos y luego, ante otro toque de campana, los meditantes se preparan para una nueva sesión de zazen.

Conviene advertir que, a pesar de la intensa concentración, al toque de la campana o si se avisa al meditante por cualquier motivo (como la entrevista privada con el maestro Zen, en ocasiones dramática), este puede deshacer en cualquier momento su postura, sin la menor dificultad, y luego volver a ella. Todo lo contrario de lo que suele suceder en la hipnosis clásica, de la que el sujeto suele emerger con lentitud y somnoliento. Por cierto, en la práctica del Zen, tal como la conocí, *no existe nada parecido a la sugestión, herramienta fundamental en el proceso hipnótico clásico*.

A lo largo de mi práctica, yo traté con tres maestros Zen, cada uno de ellos con un estilo personal muy diferente, y los tres coincidieron en que el Zen no tiene nada que ver con la psicoterapia ni con la hipnosis. Es más, consideraban que el Zen puede desequilibrar aún más a personas mentalmente enfermas –

como así comprobé, lamentablemente, en el caso de un querido amigo- y que si se practica con una finalidad terapéutica … *"No es Zen"*. La clave del Zen es la experiencia del *satori, o iluminación*, y nada más. Es cierto que cabe la posibilidad de que el meditante caiga de forma espontánea en trance hipnótico, pero esto el maestro Zen lo corregirá inmediata y severamente al considerarlo *makyo* (fenómenos ilusorios), grave obstáculo en el camino hacia el satori.

Como efecto colateral, se reconoce que la práctica del Zen puede inducir –y no siempre, en mi opinión- un desarrollo personal muy elevado. Así, se menciona el caso del anciano maestro Genshû Watanabe, quien después de una vida entregada al Zen parecía haber llegado a un equilibrio interior completo. Viniera lo que viniera, afirmaba su monje asistente, el frío del invierno o el calor intenso del verano, o los achaques de la avanzada edad, no se quejaba nunca de nada y todo aquello no hacía más que arrancarle palabras de gratitud (17).

Como expliqué antes, practiqué el Zen durante más de dos décadas, en diversas variantes, y pude experimentar su efecto fortalecedor. Específicamente y sin pretenderlo, noté que no tenía un miedo especial a la muerte. Luego, el tráfago de la vida me llevó por otros derroteros: toda una diversidad de circunstancias vitales, el ejercicio profesional, mi matrimonio, así como unas actividades especiales *de una determinada manera*. El hecho fue que al suspender la práctica del Zen me regresó la normal y humana angustia ante la muerte y su incertidumbre, si bien no de forma intensa. No obstante, habiendo retomado recientemente la práctica del Zen, se ha vuelto a esfumar sin haberlo pretendido. Como si a pesar de este largo paréntesis hubiera continuado *una corriente de fondo*, un proceso inconsciente que no se detiene en ningún momento.

Son clásicas las investigaciones del Dr. Tomio Hirai (18) sobre los efectos psicofisiológicos del zazen. Siguiendo este mismo discurso, existe una abundante bibliografía sobre los efectos de la hipnosis, y en este punto quiero agradecer a mi amigo y colega Jorge Cuadros algunas de las referencias que me ha aportado en este sentido (19).

Cuando escribí mi libro *Hipnosis y Psicoterapia*, la definición que expuse de forma lapidaria de hipnosis fue la siguiente: *(…) Concebimos la hipnosis como un conjunto de fenómenos basados en la disociación y asociación mental. (…) En rigor, deberíamos considerar la hipnosis como un proceso, unas veces alternante y otras combinado, de disociación y asociación.* (20)

Posteriormente, mi también amigo y colega Isidro Pérez Hidalgo, presidente de la Sociedad Hipnológica Científica, en sus cursos sobre hipnosis, una de las definiciones que ofrece del trance hipnótico es la que sigue, procedente de Elkins et al:

La hipnosis se puede definir como un estado de conciencia que involucra una atención enfocada y una conciencia periférica reducida caracterizada por una mayor

capacidad de respuesta a las sugestiones (21).

Como se comprenderá fácilmente, a tenor de lo que he expuesto y lo que viene a continuación sobre *la técnica del zazen*, es un error considerarla como una modalidad de hipnosis. Queda la asignatura pendiente de un estudio comparativo riguroso entre el trance hipnótico y la meditación Zen.

En el entrenamiento del Zen lo más frecuente es que el maestro recomiende que se comience por *la concentración en el proceso respiratorio*. El principiante debe ir contando de 1 a 10, los impares con la inspiración y los pares con la espiración, tal como brota espontáneamente, y vuelta a empezar con la cuenta. Quien así medita, debe absorberse plenamente en cada fase respiratoria, sin influir en ella, *hasta que pierda la conciencia de sí mismo o llegue a la vivencia de ser respirado*, sin dispersión del pensamiento.

Cuando ha aumentado su capacidad de concentración, lo habitual es que el maestro Zen le asigne otra práctica a su discípulo, que puede ser el *koan o el shikantaza*, según la escuela a la que pertenezca.

El *koan* es la técnica distintiva de la escuela Rinzai -aunque otras también lo pueden utilizar- para alcanzar el satori o iluminación. Los hay de diversas clases y grados de dificultad. Viene a plantear un problema lógicamente insoluble (no conceptual, no discursivo) sobre el que el practicante del Zen tiene que concentrarse con toda su energía, *"con la mente afilada como una hoja de afeitar"*. La cuestión es que quien así practica el zazen *debe traspasar intuitivamente el koan, perforando la sensación de duda*. Un koan puede ser, por ejemplo, *¿Qué es aquello de lo que nos servimos todos los días, pero no lo conocemos?* Quien practica el zazen sobre este koan debe *traspasarlo desde su concentración*, sin ningún proceso discursivo ni de asociación mental.

Sin embargo, el más conocido y el que primero se suele encomendar a quien practica el zazen, es *el koan del mu*. En las breves entrevistas privadas con el maestro Zen (*dokusan*), este sondeará al discípulo con las cuestiones más curiosas, que él deberá responder sin vacilar, ni proceso discursivo. Por ejemplo: *"¡Muéstreme dónde está mu!". "¿Cuál es la edad de mu?". "¡Divida mu en tres!".*

La otra técnica, sello característico de la escuela Soto y radicalmente distinta del koan, es el *shikantaza*, la práctica más elevada del Zen y preconizada por Dogen Ehihei. En el shikantaza el monje del Zen se concentra con férrea firmeza en la propia meditación, sin nada a lo que agarrarse en su concentración ni buscar nada en particular: el zazen es, en sí mismo, iluminación (satori), *configurando una suerte de aseidad*.

Se trata de una técnica de especial dureza debido al proceso meditativo que implica y se le ha asociado a la sentencia del maestro Eckhart, el gran exponente de la mística renana, quien recomendaba *echar un vistazo a nuestro fondo simple*, y aseveraba:

Cuando al hombre superior se le pregunta por qué hace esto o lo otro, su respuesta debe ser: "Lo hago porque lo hago".

Igualmente, se ha asociado la práctica del shikantaza a *la noche oscura del alma o "meditación seca"* de Juan de la Cruz. Este místico afirmaba que para llegar a lo más esencial hay que pasar por *"las cuatro nadas": La nada de los sentidos, la nada del sentimiento, la nada del corazón y la nada de la mente.*

Asimismo, se recuerda la expresión de Dogen reflejando su iluminación con la práctica del shikantaza:
"Se me han caído el cuerpo y la mente".

En mi caso concreto, lo que deseo explicar, para terminar este apartado sobre la técnica del zazen, es que, habiendo meditado con el koan, cuando cesé en mi práctica me estaba ejercitando con el shikantaza. Al retomar la práctica del shikantaza después de un paréntesis de unos 15 años, mi experiencia –tal como expuse antes, y no teniendo ningún tipo de creencia religiosa- ha sido como si nunca se hubiera interrumpido, existiendo una corriente continua y una vivencia de agradecimiento.

Así pues, zazen -en cualquiera de sus variantes- y trance hipnótico, y desde mi experiencia personal, *son procesos completamente distintos*. Pero, en cualquier caso, la última palabra la debe tener un riguroso estudio científico sobre estas cuestiones.

Los laberintos del TEID®

Un punto y aparte en este asunto de mi relación con la hipnosis en general, y la Hipnosis Clínica en concreto, lo marcó mi descubrimiento –por circunstancias puramente casuales- y sus desarrollos posteriores, de *la Técnica de las Imágenes Ideorretinales (TEID®).*

El TEID® tuvo su origen en una espontánea experiencia en 1979 en la que me sobrevinieron imágenes de este tipo, ideorretinales –hasta ese momento desconocidas para mí- cuando empezaba a dormirme en una plácida siesta de verano. Su aspecto dinámico, puntillista y completamente involuntario, tan distinto del propio de las imágenes mentales habituales, me sorprendió y en aquel momento lo consideré un fenómeno curioso, sin más. No obstante, aquellas imágenes, que décadas después denominé *ideorretinales* (en lugar de "idiorretinales") por sugerencia de Isidro Pérez Hidalgo, perduraron en mi memoria.

En el presente, la Técnica de las Imágenes Ideorretinales (TEID®) vengo utilizándola como una incisiva modalidad de terapia en el contexto de la Hipnosis Clínica. La descripción original de esta técnica la expuse en un capítulo del libro *Hipnosis en la Práctica Clínica* (22), si bien es cierto que un apunte inicial aparece en mi obra ya citada Hipnosis y Psicoterapia (23). A estas obras me remito, para no repetirme en lo sucesivo. Hay que tener en cuenta, por otra parte, que con el paso del

tiempo ha experimentado interesantes desarrollos posteriores.

Para la comprensión de la técnica del TEID®, y tal como queda expuesta en este libro (22), tengo que confesar que, al ser completamente nueva, su descripción puede parecer complicada, incluso tediosa. Sin embargo, la realidad es que se trata de una modalidad hipnótica muy fácil, agradable y flexible de aplicar, ofreciendo una diversidad de variantes. Hasta el presente, la he aplicado en diferentes problemas (trastornos del estado de ánimo, disfunciones sexuales, y un grave caso de duelo que expuse en mi último libro, así como procesos de analgesia). También me la he aplicado a mí mismo, con motivo de una grave crisis que me sobrevino hace 2 años –como explicaré más adelante- y que me sirvió para remontarla siguiendo el principio, que he procurado cumplir -hasta donde me ha sido factible- que reza: *Hay que (intentar) practicar lo que se predica.*

Repasando los casos a los que he aplicado esta técnica, tanto sujetos de investigación –cuya desinteresada colaboración siempre agradeceré- como pacientes, encuentro que la práctica totalidad cayeron por sí mismos en un trance notablemente absorbente *y sin ninguna necesidad de impartirles sugestiones de profundidad*. Ahora bien, aproximadamente un 10%, y sin distinción significativa de sexo, se han mostrado curiosamente refractarios al TEID® en el sentido de que manifiestan no visualizar ninguna imagen ideorretinal. Sencillamente, afirman no ver nada. Y, sin embargo, se sumen igualmente en un intenso estado de trance, con la particularidad añadida de que presentan una amnesia prácticamente completa, no recordando nada de lo que se ha dicho durante su estado de trance. Suelen corresponder, como era previsible, a personas con escasa imaginación, escaso contacto con su mundo emocional y, por ende, un cierto grado de rigidez mental.

Asimismo, el TEID® tiene otra serie de limitaciones. Por ejemplo, según mencionan algunos pacientes, favorece un sueño natural reparador, mejorando la tendencia al insomnio, pero siempre que no medien excesivas tensiones emocionales.

En el momento actual, y hasta donde se ha investigado, resulta claramente desaconsejable la práctica del TEID® en cuadros como el Trastorno Límite de Personalidad (TLP), o psicóticos, epilepsia o cuadros neurológicos de cualquier etiología.

Una de las observaciones que me llevaron a crear el TEID® fue la que sigue: En realidad, los pacientes que han acudido a mí en demanda de terapia no lo han hecho por tener un problema, del tipo que fuere. Lo han hecho porque *no podían controlar ese problema.*

Por otra parte, otras consideraciones me fueron influyendo a lo largo del tiempo. Teniendo desde niño una facilidad natural para la introspección, el lenguaje y sus metáforas –me encantaba, por ejemplo, dormirme recitándome largas poesías que había memorizado y me servían de

protección emocional ante el ambiente escolar que percibía muy poco acogedor- y aún siendo plenamente consciente, en mi práctica profesional, de su poder transformador, percibía también que, por poner un ejemplo*, las recetas en technicolor y sensurround tipo Fezler* (24) constituían un discurso ya agotado en sí mismo.

Como ya expliqué al comienzo de este artículo, mi tendencia natural es la de *buscar nuevos espacios de realidad entre los que poder filtrarme y respirar libremente*. Esto se ha puesto de relieve tanto en mi forma de ser como en mi ejercicio profesional en el campo de la psicología clínica. Igualmente, en diversas investigaciones y actividades especiales que las vueltas de la vida me llevaron a desarrollar.

En la práctica de la hipnosis clínica siempre me ha quedado el recurso de las *Sugestiones Respiratorias (SR)* como incisivo y semiinconsciente *metrónomo psicofisiológico*. Pero desde mis tempranas experiencias de infancia, con sus *sucesivos reaprendizajes*, he tenido la tendencia a generar variantes y enfocar de una manera distinta las cuestiones que se me presentaban.

En este marco se fue gestando el TEID®, con la particularidad, como pude comprobar posteriormente, que era independiente de estas SR, lo que solo contribuyó a llenarme de curiosidad y me sirvió de estímulo para continuar con su desarrollo.

La propia práctica de la Hipnosis Clínica clásica, aún con su riqueza de metáforas, con su dictadura de la Relajación, Profundidad y Sugestión –lo que acabé bautizando como la *Santisima Trinidad de la Hipnosis*– llegué a experimentarla como una especie de *hipnoaburrimiento* y me pregunté si existía alguna alternativa que permitiera un salto cualitativo. *Encontrar algo que fuera completamente otro y generar nuevos espacios de libertad*.

Recordando la sentencia de Braque, en realidad no me ha interesado únicamente establecer conexiones entre las cosas sino, más aún, lo que pudiera haber debajo de esos puentes, las grietas o los resquicios, o lo que podríamos denominar *espacios internos entre las cosas*.

Quería saber si existían otras modalidades de hipnosis que fueran útiles para la práctica clínica y que no hubieran sido mencionadas. Una dimensión completamente diferente a lo que habitualmente entendemos como *lo mental*.

Expresado de otra forma, *fui perdiendo curiosidad por el ámbito de lo mental y sus imágenes*. Siento una gran admiración por su gran capacidad creativa y posibilidades de ingenio. Pero lo sentí agotado en sí mismo -incluso llegó a producirme un cierto agobio- y me pregunté si se podía encontrar un terreno nuevo, hasta donde yo supiera, inexplorado. En la búsqueda continua de otros espacios y conceptos, me fascinaron algunas observaciones que encontré de paso.

Por ejemplo, *un experimento que se hizo con peces*. No recuerdo de dónde lo saqué, quizá de la *Psiquiatría Animal*, de Brown. La

pecera era de sección rectangular, con un tabique lateral móvil. Los peces iban y venían. En un momento dado, y controlando el resto de variables (nivel del agua, temperatura, oxigenación…), el experimentador desplazó el tabique lateral en toda la extensión de la pecera. *Se encontró que los peces se giraban exactamente en el punto anterior en el que estaba el tabique, dejando vacío y sin recorrer el nuevo espacio ya disponible, mucho más amplio.* Únicamente después de un lapso de tiempo fueron ocupando toda la extensión de la pecera.

El otro tema que más recientemente me llamó la atención fue el del color azul. Leyendo un interesante artículo (25), me encontré con que Homero –y, en consecuencia, los muy cultos griegos de su época- *desconocían el color azul.* Tanto más llamativo cuanto que vivían en medio de una naturaleza saturada de azul. Homero, en concreto, escribía sobre *el cielo color bronce, o el mar color vino oscuro*, pero nunca mencionaba el azul. Con la excepción de los antiguos egipcios – que descubrieron un pigmento de ese color y tenían una palabra para nombrarlo- buena parte de otras civilizaciones (desde los chinos a los hebreos), al no tener el concepto o la idea, no veían el azul.

En efecto, resulta curioso que una civilización tan evolucionada como la griega, que dio pie a la democracia y la filosofía, desconociera este color primario que da nombre a nuestro *planeta azul* y nos maravilla cuando contemplamos de día el cielo o el mar. O, en mi caso personal, el fascinante azul de los cuadros de Raoul Dufy. *Aparentemente, no lo veían.*

Magritte, planteándose esta cuestión, y abundando en la idea de lo que no se nombra, no existe (*o existe de forma rara*), se preguntaba qué habrían llegado antes: los pensamientos o el lenguaje. O si en realidad conocemos las cosas porque tenemos un nombre para ellas.

Algo parecido quería significar García Márquez, cuando escribió en *Cien años de soledad*:
El mundo era tan reciente que muchas cosas carecían de nombre, y para nombrarlas había que señalarlas con el dedo.

Así pues, la necesidad de encontrar otros espacios y designar nuevos conceptos me pareció un buen marco para continuar mi investigación sobre el TEID®. Entre otros aspectos fui observando *las diferencias entre lo mental y lo ideorretinal*. Y en concreto, *lo ideorretinal había carecido de nombre.*

En la práctica actual del TEID® se procede con independencia de los *posefectos figurales*. Sencillamente, se cierran los ojos y la atención se va centrando con suavidad en lo que un paciente denominó *el firmamento estrellado.*

El punto clave es el siguiente: A través de la práctica del TEID®, y combinándolo con determinadas respuestas ideomotoras previamente establecidas, el paciente conecta la naturaleza involuntaria de su problema (una disfunción sexual, por ejemplo) *con la naturaleza*

incontrolable de las imágenes ideorretinales que se le presentan.

Se le enseña en el curso de la terapia cómo activar estas respuestas ideomotoras *sobre la marcha*, en diferentes momentos de su vida diaria.

Durante el estado de trance con esta técnica, al ir aflorando imágenes ideorretinales que pueden tener en uno u otro sentido una relación positiva con la resolución de su problema, el paciente activa *de forma refleja* la correspondiente respuesta ideomotora. La experiencia indica que este procedimiento induce en el paciente *una expectativa positiva y una confianza básica* en que su problema se puede modular y llegar a resolver *mediante un proceso terapéutico que él mismo no controla*.

En efecto, las *imágenes ideorretinales*, a diferencia de las imágenes mentales, son espontáneas e incontrolables. Suelen presentar un aspecto puntillista, con diferentes colores, y en negativo fotográfico, con una notable diferencia de las imágenes mentales y su "película en technicolor".

Tienden a captar la atención del paciente, generándole una curiosidad por las imágenes que pueden aflorar a continuación.

No pretendo con estas notas dar a entender que la técnica del TEID® sea mejor o peor que la de la hipnosis clásica. Simplemente, constituye una alternativa terapéutica interesante que hasta hace poco no se utilizaba por desconocimiento: Sencillamente, *carecía de nombre*.

Como el color azul para los griegos, *el ámbito de lo ideorretinal* lo hemos tenido siempre delante, a la vista. Estaba ahí -no hay más que cerrar los ojos- *pero al no conceptualizarlo era como si no lo viéramos y no lo pudiéramos hacer operativo desde un punto de vista terapéutico*.

Hasta el momento actual, he utilizado el TEID® en una diversidad de casos, como ya he explicado, incluyendo uno especialmente grave –un grave proceso de duelo (26)- que traté exclusivamente con esta técnica.

Tiene, en otro sentido, interesantes aplicaciones en el campo de la analgesia (como pude comprobar personalmente a raíz de una caída), y también en el desarrollo de las facultades mentales, particularmente la capacidad de concentración, la memoria inmediata y la creatividad. Por todo ello, en mi opinión, es posible que favorezca el desarrollo de la neuroplasticidad.

Siendo evidente la estrecha conexión de los *fenómenos ideorretinales* con la actividad eléctrica cerebral, es mi deseo que el TEID® sea objeto de investigación desde el punto de vista neurocientífico. En un interesante artículo publicado en *Frontiers in Physics* se compara nuestra red neuronal con la estructura del Universo, con el disparo eléctrico de las células cerebrales reflejadas por

la forma de galaxias en expansión (27).

Un hálito frío

Dada mi tendencia a la introversión -y a la inevitable introspección- inicialmente el obligado confinamiento por el coronavirus lo recibí con naturalidad, e incluso con un secreto alivio, a pesar de que mi mujer y yo éramos conscientes de la gravedad de la situación. Tendría más tiempo para ensimismarme, leer y escribir sobre temas pendientes. Quizá, dar a luz a un nuevo libro.

En algunas ocasiones, en el atardecer confinado, me sumergía en el examen de manuscritos históricos. Es una experiencia curiosa: Para los pocos afortunados, entre los que me incluyo, que dominan la técnica del análisis grafológico, el reencontrarse de esta forma con personajes de un lejano antaño es una experiencia tan impactante como enriquecedora. Casi literalmente, resucitan.

Se trataba de un particular e intenso *fenómeno grafohipnótico* –quién sabe si relacionado con la manipulación del tiempo y el entrelazamiento cuántico- que hasta ahora no se ha estudiado ni analizado a profundidad.

Al trasluz de aquellas horas me visitaban mi querido y admirado Talleyrand -siempre con su voz susurrante y mirada reservada-, o Cervantes, quien conjugaba nobleza con una soterrada incomodidad consigo mismo y una tartamudez solapada, todo ello reflejo de una vida compleja y difícil. También me llamó la atención Casanova, con su grafismo propio de quien tiene una cálida voz de barítono que tanto llega al corazón femenino (y al de algunos hombres). Teresa de Ávila -con su atrayente figura y gestualidad prepotente-, y Juan de la Cruz –carisma reconcentrado y teñido de masoquismo- me llamaban menos la atención que la discreta figura de Jerónimo Gracián –por favor, nada que ver con don Baltasar…- mucho más inteligente y manipulador que ellos, y hacia el cual parecían profesar un reverente respeto. Igualmente, otros que me resultaron grafológicamente menos interesantes, como los grafismos propios Montaigne, Napoleón, Goethe y seguía la lista.

Interactuaban espontáneamente entre ellos, y así Cervantes intentaba conversar con Talleyrand, quien le escuchaba con cautela, o Casanova sonreía suavemente y sin éxito a Teresa de Ávila. Juan de la Cruz era poco sociable y mostraba un gran respeto a Jerónimo Gracián, aunque tendía a llevarle la contraria. Y así, tantas cosas en el comienzo de aquellos atardeceres confinados.

Pero rápidamente comprendí que me hallaba en un error. De repente, nos encontramos sumergidos en un clima emocional enormemente tóxico, desconocido y que nos sobrepasaba por completo.

Determinadas circunstancias familiares, el hecho de ser psicólogo clínico y ciertos factores especiales, se entremezclaron. Las peculiares circunstancias sociales y psicológicas generadas por el confinamiento, completamente inéditas en nuestra

experiencia, dieron lugar a un sinfín de consultas apremiantes para muchas de las cuales no veía solución real y me parecían problemas prácticamente *absolutos*.

Trastornos de ansiedad, fobias diversas, depresión, soledad, convivencia… Los casos de hipocondría, de por sí difíciles, tendían a acentuarse. Pero en mi percepción, los más conflictivos eran los propios del ambiente familiar, particularmente en aquellos sistemas en los que convivían hijos adolescentes con personas de la tercera edad, generalmente sus abuelos. Recuerdo un caso particularmente difícil de una mujer que se quedó sola con dos hijos adolescentes y un suegro mayor y con graves problemas de salud. Con escasos recursos económicos, tenía que salir a coger la comida que les proporcionaban los servicios sociales. Sentí admiración por aquella mujer. Lógicamente, a las parejas que ya presentaban una grave conflictividad emocional, el confinamiento lo elevó de forma exponencial. De todas formas, esta carga de problemas siempre ha entrado en la dinámica de mi profesión y la tensión que generaban la llevaba aceptablemente.

En otros casos, trabajando en remoto, la hipnosis es hasta cierto punto posible, se pueden dar pautas, aunque su efecto se diluye en notable medida. El TEID® lo pude aplicar en algunos casos de ansiedad con buenos resultados, aunque he de reconocer que iniciar de esta forma al paciente y explicarlo en remoto tiene sus dificultades particulares que no existen cuando se desarrolla *en vivo y en directo*.

Sin embargo, la verdadera fuente de estrés no fue esa, sino que procedía de diversas investigaciones confidenciales.

Desde el tiempo en que atendí a Manuel J., cuyo caso ya expuse antes –primero en mi último libro, y de forma algo más extensa antes, en este mismo artículo- las solicitudes para que realizara determinadas investigaciones se hicieron más frecuentes. *"Usted es psicólogo y tiene instinto de caza".* No respondieron cuando les hice ver que una cosa no tenía por qué ver con la otra. Pero era cierto que esas actividades siempre resultaron estimulantes y con la conciencia de hacer algo muy creativo, concreto y útil. Un sentimiento específico.

Muy poco o nada puedo decir de estas investigaciones. Recuerdo a algunos de estos profesionales con gran afecto y admiración, y me pregunto ahora cómo les habrá ido. Mi mujer que, por razones obvias, no les pudo conocer, dio en llamarles Los Señores. Nunca me dijo el porqué. Entre ellos también había algunas mujeres, muy entregadas a su labor y psicológicamente muy interesantes.

A ellas se me ocurrió dedicarles la última parte de mi *Poema de la Lluvia* (28):

Me gustan las mujeres suaves
que sonríen lentamente,
y llevan pistola
y callan su nombre.
Porque al acercarse
van dejando su perfume
y lo mejor de sí mismas,
al tiempo que vuelven
sobre sus pasos

fundiéndose nuevamente
en el temblor de la lluvia.

Lo que sucedió en este tiempo del confinamiento fue que, por alguna razón, estas investigaciones se precipitaron como tejas imbricadas. No tenían horario y varias de ellas implicaron una *intensidad animal, llevadas de una determinada manera*, trabajando en remoto, y en aquel especial clima enclaustrado las viví con un estrés muy estimulante.

El problema era que en dos de ellas interesaba conseguir algo concreto y rápido, pero como casi no había ningún dato, con frecuencia me sentía resbalando por una pared de hielo, sin encontrar ningún asidero.

Durante un tiempo que ya no puedo precisar estuve prácticamente en vela, con muy pocas horas de sueño, férreamente concentrado en mi labor. Finalmente, el objetivo – *the target*– cometió un error mínimo, normalmente pasaría desapercibido, y a partir de ahí se pudo tirar del hilo. Paralelamente, en otra de las investigaciones, independiente, sucedió algo parecido.

La emoción fue enorme. Con profesionales rocosos, emocionalmente fríos y nada dados a elogios, me comunicaron: *"¡Los tenemos! ¿Cómo lo has conseguido?"*

No supe qué contestar. El agotamiento y otros factores implicados me sumergieron *en aquello.* En medio del shock –gran agobio y un hálito frío en la nuca- recordé aquel escrito de Freud, *Los que fracasan al triunfar.*

Se sucedieron unas semanas muy difíciles. Yo sabía que, dada una larga temporada de fuerte, apremiante, estrés, lo más peligroso, suele ser *el después*, el efecto posterior. Pero los conocimientos profesionales no me servían en aquel momento para nada, el agobio interno era irrespirable y durante un tiempo deseé desaparecer para quitármelo de encima, como fuera.
Mª Antonia, mi querida esposa, se quedó muy afectada y, acostumbrada a mi natural sencillo y transparente, no sabía qué hacer.

Uno de los factores que más me pesaron fue no poder explicarle a ella la razón de lo sucedido y sus incidencias, debido a la confidencialidad. Ni con mi mujer. Es obligatoria y se observa de forma rigurosa. Mi amigo y colega Isidro Pérez, con quien compartí una cena muy al comienzo de la crisis, se quedó igualmente preocupado y me ofreció su ayuda. El problema era, nuevamente, la confidencialidad, que me hacía sentirme atrapado en mi propia trampa. Tampoco mis hermanos, familiares y amigos, alertados por mi mujer, podían hacer nada.

Recordé de nuevo aquello de *"Carlos, toda tu vida ha sido una lucha contra el superyó"*. Con el paso de los días, la presencia continua de mi esposa y una cierta quietud, pareció venir un cierto efecto calmante en medio del dolor emocional.

Recordaba a propósito, por ejemplo, aquella sentencia tan certera y llena de rabia: *"El Estado de Derecho también se defiende en las alcantarillas".* Y era verdad.

Entonces se me ocurrió probar con el TEID®. Lo abordé con escepticismo, pero, en cualquier caso, percibí que no tenía nada que perder y contaba con la ventaja de que con este proceder obviaba el grave factor confidencial. Mi proceder, adaptado a mis circunstancias particulares de aquellos días fue el habitual: Primeramente, siendo diestro homogéneo, establecí un reflejo ideomotor en la mano izquierda. Posteriormente, ya sumergido en el *ámbito ideorretinal* y teniendo presente lo sufrido emocionalmente en aquella temporada, quedé a la expectativa de las imágenes ideorretinales de cualquier tipo que fueran aflorando y que, de una u otra manera, mi intuición me indicara que eran favorables, constructivas, para superar mi grave estado emocional.

Justo en esos momentos, yo permitía que se disparase la respuesta ideomotora, y así continuaba con *otras imágenes o vivencias ideorretinales* hasta que me quedaba dormido o daba por terminada la sesión. Un tercer aspecto, muy importante, era que, con cierta periodicidad en la vida diaria, *y siempre espontáneamente y sobre la marcha*, permitía que se activara discretamente la respuesta ideomotora.

Con el paso de los días fui notando una mejoría de mi estado de ánimo, pude respirar más libremente desde el punto de vista emocional, y el sueño se hizo más reparador. Sabiendo que se estaban encontrando similitudes estructurales y dinámicas entre nuestro cerebro y el Universo que conocemos, me fascinaba el plantearme cuestiones como: *¿Qué extensión y forma tiene lo ideorretinal? ¿Qué distancia tiene respecto de lo mental, y qué tipo de interacciones, grietas, espacios intermedios, existen entre ambos?*

También me interesó la cuestión específica de qué distancia hay entre *una imagen mental y otra ideorretinal*, y qué relaciones y accidentes puede haber entre ellas.
Recordando todo esto lo evoco con cierto respeto, pero en algún sentido creo haber emergido con más fuerza y capacidad de disfrute: *Una vida que se vive con el sentimiento de estar viviéndola. Una vida buena, fuerte* (Carlos Castaneda).

Hace ya bastante tiempo que llevo una vida normal y despejada, siempre haciendo frente a las circunstancias de la vida. Mis actividades son las de siempre, aunque con una intensidad menor, observando en lo posible un buen reposo nocturno, para relativa tranquilidad de mi mujer, porque ella sabe y creo que acepta (aunque no acabe de gustarle…) que *un cazador no deja de serlo jamás*. Se trata, en efecto, de una actividad adictiva, siempre llevándola a cabo de una determinada manera.

Porque finalmente, nos salva la creatividad, ir buscando otras cosas y nuevas dimensiones. Y evocando la poesía con la que comienzo este artículo, en realidad, reconozco que… *"no cazaba por pelliza, sino porque me gustaba".*

Carlos Ramos Gascón
Psicólogo Clínico
www.carlosramos.info

Notas

1.Ramos Gascón, C.: Un psicólogo va al paraíso. EOS. Madrid, 2016.

2.Ramos Gascón, C.: Hipnosis y Psicoterapia. EDAF. Madrid, 2000.

3.Ramos Gascón, C.: Hipnosis, adicción sexual y deseo sexual elevado. Revista de la Sociedad Hipnológica Científica. Madrid, febrero de 2022.

4.Ramos Gascón, C.: El caleidoscopio de las relaciones humanas. EOS. Madrid, 2014. Págs. 73 Ss.

5.Ramos Gascón, C.: Hipnosis y Psicoterapia. Cit. Págs. 66-67.

6.Ramos Gascón, C.: Hipnosis, adicción sexual y deseo sexual elevado. Cit.

7.Ramos Gascón, C.: Grafología, Sexualidad y Pareja. EOS. Madrid, 2006.

-El caleidoscopio de las relaciones humanas. Cit. Págs. 95 Ss.
-Un psicólogo va al paraíso. Op. Cit. Págs. 72 Ss.

8.Ramos Gascón, C.: Un psicólogo va al paraíso. Cit. Pág. 69.

9.Ramos Gascón, C.: El Test de la Línea Ondulada (TLO). EOS. Madrid, 2005.

10.Ramos Gascón, C.: Un psicólogo va al paraíso. Cit. Pág. 112 Ss.

11.Ramos Gascón, C.: Un psicólogo va al paraíso. Cit. Pág. 60.

12.Zeig, J. : Un seminario didáctico con Milton Erickson. Ed. Amorrortu. Buenos Aires, 1998.

13.Erickson, M. H. / Rossi, E.L.: El hombre de febrero. Ed. Amorrortu. Buenos Aires, 2008.

14.Lezama Lima, J.: Algunos tratados en La Habana. Anagrama. Barcelona, 1971.

15.Lezama Lima, J.: La cantidad hechizada. Júcar. Madrid, 1974.

16.Centro de Investigaciones Literarias de la Casa de las Américas: Interrogando a Lezama Lima. Cuadernos Anagrama. Barcelona, 1971.

17.Enomiya Lassalle, H.M.: Zen y mística cristiana. Ediciones Paulinas. Madrid, 1986. Pág. 104.

18.Hirai, T.: Zen Meditation Therapy. Japan Publications, 1975.

19.Gerhard Wolf, T. et al.: Functional changes in Brain Activitty Using Hypnosis. Brain Sciences, 2022.

20.Ramos Gascón, C.: Hipnosis y Psicoterapia. Cit. Pág. 23.

21.Elkins et Al., citados por Pérez Hidalgo, I. (Comunicación personal).

22.Ramos Gascón, C.: La Técnica de las Imágenes Ideorretinales TEID®. En VVAA: Hipnosis en la Práctica Clínica. Volumen II: Aplicaciones clínicas. Ed. EOS Psicología. Madrid, 2014.

23.Ramos Gascón, C.: Hipnosis y Psicoterapia. Cit. Págs. 76 Ss.

24.Fezler, W.: Imágenes creativas. Martínez Roca. Barcelona, 1989.

25.Nuño, A.: Por qué los antiguos griegos no conocían el color azul. com.

26.Ramos Gascón. C.: Un psicólogo va al paraíso. Cit. Págs. 80 S.

27.Vazza, F. y Feletti, A.: La comparación cuantitativa entre la red neuronal y la red cósmica.org. 2020.

28.Ramos Gascón, C.: Un psicólogo va al paraíso. Cit. Pág. 122.

*Este artículo fue publicado originalmente en el Blog de www.hipnologica.org el 2 de junio de 2022.

Reseña

Jorge Cuadros

2022 ha visto la publicación del cuarto Manual de la Sociedad Hipnológica Científica, "Hipnosis en el manejo del dolor". Un libro que reúne a 22 autores de 11 países. Francia, Suiza, Brasil, EEUU, Italia, Perú, México, Bolivia, Sudáfrica, Holanda y Ecuador se ven representados por expertos profesionales de la salud, en su mayoría psicólogos y médicos con muchos años de experiencia en la utilización de la hipnosis clínica como herramienta terapéutica.

Liderados por nuestro presidente de la sociedad científica, el psicólogo clínico Isidro Pérez Hidalgo, los coordinadores de este manual, a los que he tenido el honor de acompañar una vez más, los médicos Chema Nieto y Miguel Marset, hemos aunado esfuerzos para ofrecerles esta obra única en la lengua española.

El dolor es un tema de interés mundial, tanto para los profesionales de la salud como para la sociedad en general, y aún sigue siendo poco conocido que la hipnosis clínica como coadyuvante es una potente herramienta cuya utilidad ha sido demostrada científicamente en diversas aproximaciones. Varias de estas aplicaciones se presentan en *Hipnosis en el manejo del dolor*, un libro orientado fundamentalmente a profesionales de la salud, pero con un lenguaje accesible a cualquier persona interesada.

Los amigos que quieran conocer el contenido de nuestro libro pueden acceder a él de forma libre desde el enlace *Look inside* de https://www.amazon.com/-/es/Isidro-P%C3%A9rez-Hidalgo-ebook/dp/B0B1TD9M7V/

Estamos seguros de que les resultará de gran interés.

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

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

Hipnológica

Revista de la Sociedad Hipnológica Científica
AÑO 13 – NÚMERO 14
Diciembre 2022

∞