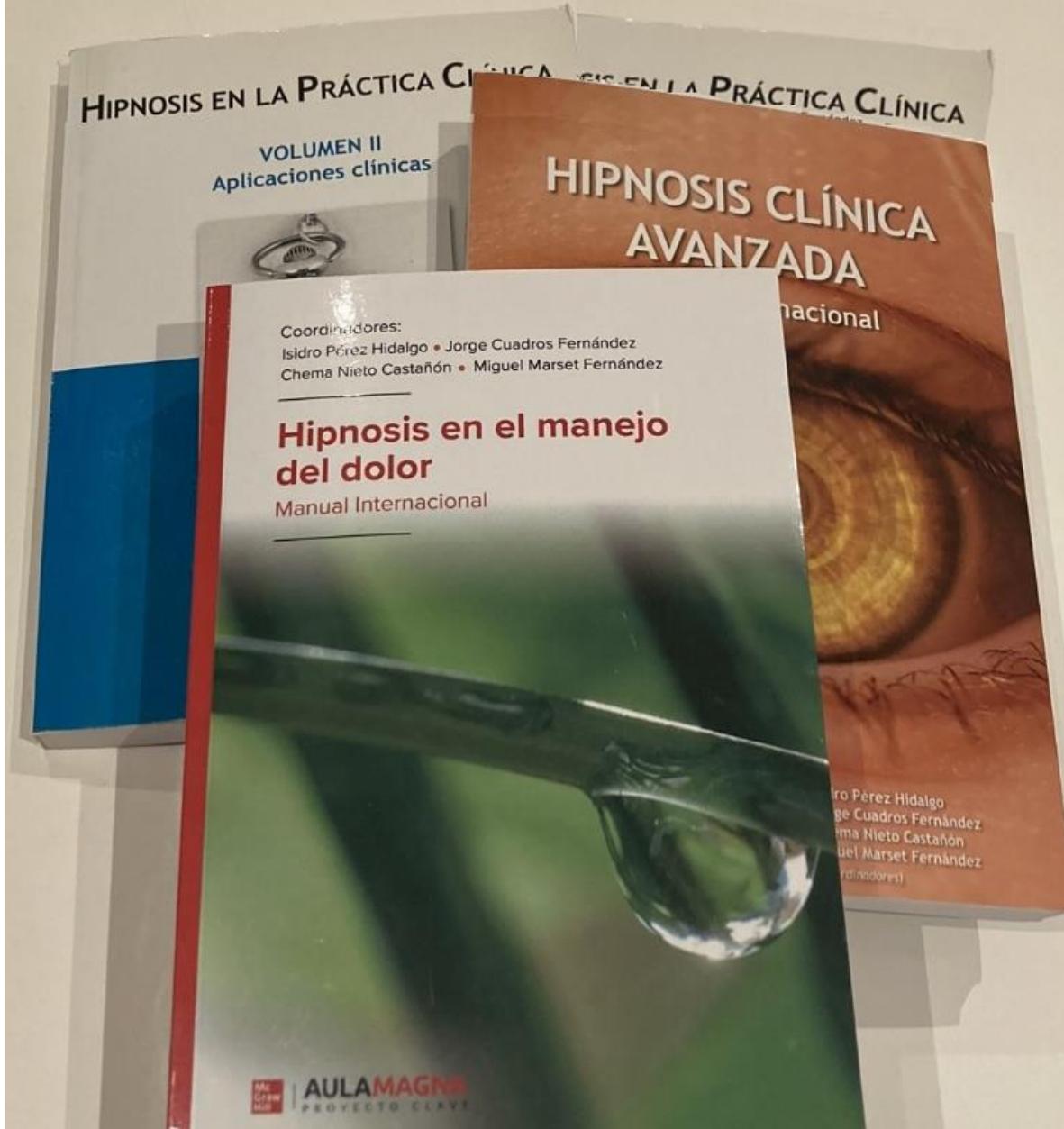


HIPNOLÓGICA

Revista de Hipnosis Clínica y Experimental



Año 14 / Número 15 / Diciembre 2023

Sociedad Hipnológica Científica

www.hipnologica.org

Hipnológica

Revista de Hipnosis Clínica y Experimental
Año 14 - Número 15 - Diciembre 2023
ISSN 1989-9866

DIRECTOR

Jorge Cuadros Fernández

SUBDIRECTOR

Chema Nieto Castaño

PRESIDENTE DE LA SHC

Isidro Pérez Hidalgo

ESCRIBEN EN ESTE NÚMERO:

Consuelo Casula

Ignacio Hernández Cosme

Juana María Peláez Pérez

Isidro Pérez Hidalgo

Fernando Ponte Hernández

Carlos Ramos Gascón

Marcello Romei

Joe A. Rosa Rodríguez

Arnoldo Téllez

Alicia Torres Lirola

EDITA

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

CONTENIDOS

Editorial

Isidro Pérez Hidalgo 3

Historia

El hipnotismo finisecular en
Santiago de Compostela 4
Fernando J. Ponte Hernando

Neurobiología y suicidio

La utilidad de la hipnosis en el tratamiento
de las conductas suicidas 15
Alicia Torres Lirola

TEID®

La Técnica de las Imágenes Ideorretinales.
Características propias y
aplicaciones prácticas 36
Carlos Ramos Gascón

Alianza terapéutica

Relación psicoterapéutica que sana 51
Consuelo C. Casula

Metáfora

El túnel mágico y Filin 71
Juana María Peláez Pérez

Aplicaciones

Hipnosis Clínica Aplicada.
Sistema Estomato-Gnátilo 73
Marcello Romei

Tratamiento del Trastorno de Conversión
con Técnicas de Hipnosis Regresiva 79
Ignacio Hernández Cosme

Terapia Concreta 82
Joe A. Rosa

NSDR, Yoga Nidra y Autohipnosis 89
Isidro Pérez Hidalgo

La Hipnosis en el Tratamiento de los
Trastornos de Síntomas Sómaticos 96
Arnoldo Téllez

In memoriam

Ian Brownlee
Jorge Cuadros 112

∞

Editorial

De nuevo nos toca hacer balance del año para nuestra querida Sociedad Hipnológica Científica: ha habido aspectos muy positivos y también una pérdida importante.

La pérdida a la que me refiero es la de nuestro compañero y amigo Ian Brownlee, que nos dejó en septiembre y que fue un puntal destacado en nuestra sociedad. En este número le dedicamos un pequeño homenaje.

En cuanto a los aspectos positivos, Hipnológica ha pasado a formar parte en este año de la *European Society of Hypnosis* en el apartado de sociedades constituyentes. El ser reconocido por la ESH supone para nosotros un espaldarazo notable de la actividad que hemos venido desarrollando desde 2009.

Como consecuencia de lo anterior, hemos aumentado considerablemente nuestro contacto con sociedades de otros países y hemos tenido la oportunidad de participar como ponentes en el Congreso de la ESH que se celebró en Antalya (Turquía).

También este año tuvimos un interesante simposio en torno al empleo de la hipnoterapia en la prevención del suicidio, en el que descubrimos aportaciones muy útiles para el manejo de un tema tan difícil.

Por lo demás, el presente número es probablemente el más internacional que hemos tenido hasta ahora y agradecemos a autores de nuestro país y también de otras latitudes sus contribuciones para nuestra revista; es posiblemente el ejemplar de más alto nivel que hemos publicado hasta la fecha, y esperamos mantener esta tendencia ascendente para que nuestros lectores y seguidores tengan información adecuada a sus inquietudes sobre el trabajo que se está haciendo en torno a la hipnosis clínica en todo el mundo.

El año 2024 aparece como prometedor, con muchos proyectos que esperamos se conviertan en realidad gracias al esfuerzo de todos los miembros de Hipnológica y también de otros expertos que nos prestan su apoyo.

Nuestros mejores deseos para estas fiestas y para el año nuevo.

Isidro Pérez Hidalgo

Psicólogo Clínico

Presidente de la Sociedad Hipnológica Científica

∞

El hipnotismo finisecular en Santiago de Compostela: la obra de Timoteo Sánchez Freire (1838-1912)

Fernando J. Ponte Hernando¹

Timoteo Ramón Benito María Sánchez Freire (1838-1912) nace en San Andrés de Roade (La Coruña) y es el último de siete hermanos de familia hidalga².

Cirujano ilustre, catedrático de Patología y Clínica quirúrgica en la Universidad de Santiago, marcó una época; al punto de decir sobre él, D. Mariano Gómez Ulla, el gran maestro de la cirugía militar:

"Desde los primeros años de la carrera sentimos afición por esta disciplina que nos cautivó al terminarla, por haber tenido la suerte de ser ayudante de un inolvidable maestro y gran cirujano de aquella época, el doctor Sánchez Freire".

En paralelo con esta actividad, Timoteo Sánchez Freire, hombre recio, de gran religiosidad, soltero y en posesión de una notable fortuna, dedicó grandes esfuerzos a la Beneficencia, siendo el impulsor médico, junto con diversas personalidades civiles y eclesiásticas, de la creación y puesta en marcha del Sanatorio psiquiátrico de Conxo³ en la ciudad Compostelana.

Sánchez Freire era partidario de estimular la función social y terapéutica; ante la dificultad de la

curación de estos enfermos apoyaba los postulados basados en la reeducación, mediante influencias positivas, ya fueran de un origen terapéutico u otro. Incluía entre sus terapias la rehabilitación por el trabajo o laborterapia y otras como la hidrología, por su acción fisiológica sobre los sistemas circulatorio y nervioso; e incluso, el hipnotismo.



Timoteo Sánchez Freire, hacia 1900.
Cortesía de la familia Sánchez Andrade

El hipnotismo en la época

En esta época de nacimiento a nivel internacional de la moderna Psiquiatría y Psicología, diversos fenómenos llaman la atención de médicos, psicólogos y público. Uno de ellos, no exento de polémica por la presencia de muchos charlatanes y embaucadores, y la condena de algunas jerarquías eclesiásticas, lo constituyó el hipnotismo, cuyas propiedades terapéuticas recogía la prensa a diario⁴.

Si bien había algún eclesiástico que tiraba por elevación, de esas gentes siempre dispuestas a condenar lo que no entienden, dichas jerarquías no hablaban *a humo de pajas*, sino que se mostraban preocupadas por la influencia que el hipnotismo tiene sobre el libre albedrío, así como por el mal uso que podría hacerse de él por parte de desaprensivos, como, en algunos casos, sucedió.

Así, vemos denuncias en la prensa de la época en que se busca a unos individuos por haber retenido una noche a una joven que apareció en un severo estado de desequilibrio nervioso, por supuestas prácticas hipnóticas⁵.

Es típico también el elemento melodramático, por ejemplo, uno de los protagonistas de este episodio, perseguido por la policía, se hacía llamar El Dante negro.

Otro estafador famoso, de más altos y tempranos vuelos, fue el llamado Conde Das o doctor Das o Dax, según convenía, que se presentó como representante del gobierno español y médico de Cámara de su majestad la Reina regente, en el

Congreso de Antropología Criminal de Bruselas de 1892, donde su acreditación no fue considerada suficiente, siendo rechazado y expulsado del congreso. Huyó dejando varias deudas, no sin engañar primero a un buen número de personas relevantes⁶.

Este sujeto ya había actuado años antes en Galicia, embaucando a no pocos y, desde la prensa, ya se sospechaba de él pues se advirtió, tras pasar por El Ferrol y La Coruña, que no se atrevería a venir a Santiago a ser observado, descubierto y puesto en evidencia, por los miembros del claustro de la Facultad de Medicina, para que no le dieran, dice textualmente, *con las de alambre*⁷.

Por La Coruña, también merodeaba un individuo, que había maravillado a la gente en Vigo⁸, llamado D. Pedro Indiveri Colucci que se había instalado en el barrio de San Andrés y se titulaba: "Profesor de hipnotismo, magnetismo, terapéutico-sugestiva (sic) y psicoterapia". Procesado por el juez Sr. Mosquera Montes, declaró que no cobraba ni usaba medicación alguna, limitándose a tratar enfermedades nerviosas y mentales⁹.

También se habla de la utilidad del hipnotismo en un caso de confesión de un criminal hipnotizado¹⁰. Y, como medio de prueba, en un resonante caso de homicidio¹¹. En el famoso asunto del asesinato de Fuencarral intervino, o al menos se solicitó su intervención como hipnotizador, el prestigioso Dr. D. Luis Simarro Lacabra¹², primer catedrático de Psicología de España,

que rivalizó con Cajal, quien también hizo sus incursiones en el hipnotismo, durante su etapa valenciana, primordialmente¹³, y Varela de la Iglesia, por la cátedra de Histología de Madrid.

El hipnotismo, en resumen, era objeto de interés por mucha gente de ciencia y del pueblo, encontrándose con frecuencia, anuncios grandilocuentes sobre sesiones de hipnotismo y publicidad de libros infalibles sobre el asunto. Un caso destacado es el del famoso Enrique Onofroff, ubicuo sujeto, que actuó en Chile, Argentina, España y multitud de otros lugares, que llegó a sembrar la polémica con la Iglesia y a ser examinado por la Real Academia nacional de Medicina en 1894¹⁴.

Encontramos numerosos comentarios, versos y artículos satíricos al respecto, algunos con títulos tan pintorescos como *El hipnotismo del cangrejo*¹⁵ o *El hipnotismo y los garbanzos*¹⁶.

Por Galicia, anduvo un célebre hipnotista llamado Donato que incluso dejaba discípulos entre los jóvenes compostelanos, que hacían sus sesiones, al parecer, con fines altruistas¹⁷.

Con estas premisas y anuncios como el que sigue, se comprenderá que había actitudes de todo tipo hacia el hipnotismo: escepticismo, interés científico y papanatismo variado, por lo que es completamente lógico que las autoridades de toda índole procurasen separar el grano de la paja y evitar algunas situaciones, sino abiertamente ilegales, cuando menos, bochornosas. Entre ellas,

había algunas curiosas, como el caso de un joven llamado Renaud, que fue objeto de una sesión de hipnotismo que consistió en someterlo a sueño hipnótico del que después, con gran ansiedad, no eran capaces de sacarlo¹⁸.



D. Timoteo se interesó grandemente por el tema, hasta el punto de que le dedicó el discurso de la inauguración del curso académico de 1888-1889 de la Universidad compostelana, titulado: *La Hipnología en nuestros días*.

Sobre este discurso publicó varios artículos *La Gaceta de Galicia*, firmados por J.S.V. que lo analizó *in extenso*, junto con las opiniones más autorizadas del momento. En el

mismo diario, se publicó noticia de las experiencias hipnóticas del gran neurólogo francés Luys, tratando de una parálisis a un pariente del no menos famoso médico galo Gaucher, relevantes miembros, ambos, de la historia de la medicina europea²⁰.



Un caso de sugestión a distancia

Sánchez Freire no sólo hizo construcciones teóricas y eruditas sobre el tema del hipnotismo, sino que, al parecer, logró notables éxitos clínicos con el mismo. Así, en *La Gaceta de Galicia* de 3 de Julio de 1889, podemos leer una sorprendente noticia sobre el particular titulada: Un caso de sugestión a distancia notabilísima. Dice así:

El sabio profesor de la Universidad de Santiago Dr. D. Timoteo Sánchez Freire, prestaba no hace mucho tiempo su asistencia facultativa a una señora de esta localidad que venía padeciendo una hemorragia uterina rebelde a cuantos medios había empleado el doctor.

Complicada esta afección con un desequilibrio del sistema nervioso de la enferma, vióse esta atacada de un insomnio pertinaz que consumía sus pocas fuerzas y agotaba rápidamente su existencia. Por medio de sugerencias repetidas consiguió el Sr. Sánchez Freire, no sólo obligar a dormir todas las noches a la enferma en cuestión, sino suspender totalmente la hemorragia que venía padeciendo. En este estado las cosas, fue llamado a Madrid el notable clínico, confiando la asistencia y el cuidado de la enferma a uno de sus auxiliares de la ciudad compostelana.

En la ausencia del Sr. Sánchez Freire reprodujose de una manera terrible la hemorragia de que hemos hecho mérito; y no siendo posible al profesor auxiliar cohibir las grandes pérdidas que la enferma experimentaba, escribió al profesor de cabecera, participándole el grave estado de esta y la imposibilidad de que se encontraba de modificarla en lo más mínimo. El distinguido profesor médico procedió entonces a la sugestión a distancia; la

escribió una carta de seguridad y en ella la decía: El día que reciba usted esta carta cesa la hemorragia que usted padece y tenga usted la seguridad de que no volverá a presentarse hasta el día de mi regreso a esa ciudad.

Pocas horas después de enterarse la enferma del contenido de la carta, había cesado por completo la hemorragia que la enferma sufría, volviendo a presentarse con matemática exactitud el mismo día en que el señor Sánchez Freire le hacía su primera visita de regreso.

Esto, con ser sorprendente, no puede interpretarse como fruto de la casualidad o exageración, pues ya en el discurso referido, que dista de estos hechos los nueve meses que constituyen todo un curso académico, ponía de manifiesto la utilidad del hipnotismo, tanto en el insomnio como en trastornos circulatorios, y la posibilidad de producir isquemias o hemorragias. Así, dice:

Por su intervención el médico produce en el acto todos los movimientos de que el sujeto sea susceptible e igualmente parálisis y contracturas, aún de la vida orgánica hasta llegar al estado cataleptoide; ocasiona anestesias e hiperestesias, algesias y analgesias locales y generales; determina isquemias e hiperemias²¹.

Y, en cuanto al insomnio:

Y, esto—el paso de la vigilia al sueño—se consigue frecuentemente por medio de la hipnosis, quedando así muy reducidos los casos de insomnio, esa desdicha de los cerebros enclenques, que hasta ahora era combatida con sustancias narcóticas, no pocas veces ineficaces y con frecuencia perjudiciales, puesto que son agentes de una modorra tan distante del sueño natural como cercana del embotamiento²².

Otro curioso caso de sugestión a distancia, realizado por Ochorowicz²³, implicando a Janet (1859-1947), se recoge en el mismo periódico del 20 de diciembre de 1888²⁴, así como un tercero, en el número del 27 de diciembre²⁵.

La Hipnología en nuestros días

Este discurso tiene una gran riqueza de contenido. Está escrito en un lenguaje claro y poco ampuloso, para la costumbre rebuscada de la época.

Sobre él se ha dicho:

Concibiendo la hipnología como precursora del psicoanálisis, la publicación tiene cierto interés, en ella cita a Charcot y se detiene en comentarios sobre las neurosis. En la historia del pensamiento psiquiátrico gallego se pierde durante años, a partir de aquí la penetración de las teorías de S. Freud²⁶.

Esto cobra especial valor por cuanto, en las memorias que presenta D. Timoteo a la Junta de Gobierno del Psiquiátrico:

Queda patente que lleva un retraso considerable respecto a los últimos trabajos en el campo de la tendencia organicista, sin embargo, que se preocupe por el hipnotismo (del que derivaría la Psicoterapia y gran parte de la tendencia psicologicista) a finales del XIX se sale de los esquemas que dirigen la orientación española²⁷.

Más recientemente, el profesor González de Pablo, parece valorar aún más esta obra diciendo:

Timoteo Sánchez Freire, figura clave en la psiquiatría gallega, publicó *La hipnología en nuestros días*, en donde resalta la validez de la hipnosis como recurso terapéutico indiscutible en las afecciones mentales²⁸.

Sánchez Freire refiere las vicisitudes históricas de la hipnología desde las acertadas formulaciones primeras y el rumbo errático posterior de Mesmer, pasando por la intervención de personas como Franklin, Lavoisier y Jussieu, encargados, en comisión científica, de estudiar el tema; hasta el papel de las escuelas de La Salpêtrière y Nancy, interviniendo: Richet, Charcot, Durang de Gros, Liebault, Bernheim, y Beaunis²⁹.

Conoce también la obra de Ochorowicz y de Abdón Sánchez Herrero³⁰. Con ello es evidente que está completamente al día de la

cuestión, sobre todo por estar al tanto de la obra de Charcot, (1825-1893), a quién parece ser que visitó en su periplo europeo, indiscutible líder mundial, con Duchenne, de la Neurología del momento. No en todos los individuos actúa con facilidad igual la acción de determinado medio hipnógeno: la fijación de la vista en un punto cualquiera es suficiente alguna vez; convendrá en otras sustituirla por un punto brillante, según el procedimiento de Braid; por una luz intensa como hace Charcot; y aún por el aparato de Sánchez Herrero, el cual, según aserto de su autor, vence las más tenaces resistencias³¹.

Muestra, en todo momento, una gran confianza en el hipnotismo como método terapéutico para diversas enfermedades, entre ellas:

El insomnio, el dolor físico, como neuralgias o dolores postraumáticos; las neurosis, los estados convulsivos, las hiperestesias, las perturbaciones circulatorias, las de las secreciones y, cómo no, las afecciones mentales.

Sostiene la teoría de que la hipnosis es el mismo sueño normal provocado por una maniobra ajena al individuo³² y que dado que, según él, la credulidad es el estado natural de la inteligencia³³, es lógico que, en el estado hipnótico, la sugestión sea capaz de modificar determinadas situaciones patológicas:

Aflojados en cierto modo los lazos que unen el alma con el cuerpo, y atenuada la influencia que sobre el

individuo el mundo exterior ejerce, pueden verse con más claridad los caracteres primordiales que a cada cuál pertenecen; deslindarse con facilidad mayor funciones y actos; apreciarse circunstancias y condiciones que de otra suerte pasarían inadvertidas³⁴.

Tras ello, deduce que, si en la hipnosis se pueden aislar hasta cierto punto las facultades psíquicas y variar los grados de su actividad, será cierto que, con una dirección inteligente, podrán corregirse las deficiencias de las unas y la exaltación de las otras; y allí dónde surjan resistencias muy tenaces, deberán motivarlas obstáculos orgánicos, que podrán ser vencidos o bien sólo con la hipnosis o con la ayuda de otros medios terapéuticos.



Aparato hipnotizador
de Abdón Sánchez Herrero

Y termina con la siguiente reflexión:

Y así es como se llega a extinguir hábitos, que ya malean nuestra normalidad moral ya la orgánica; y en último término llegaremos a tener algún día una guía segura del diagnóstico de lesiones, cuya existencia hoy sólo la necropsia demuestra³⁶.

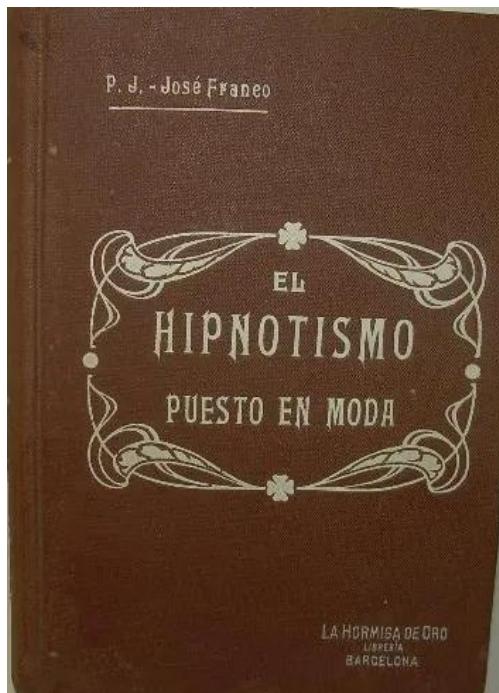
Los postulados de Sánchez Freire y los de Charcot son fuertemente discutidos, años después, por Nóvoa Santos pero, hay que darse cuenta de que, aunque los tres, desde la distancia, nos parezcan más o menos coetáneos, transcurren casi treinta años entre *La hipnología en nuestros días* y las afirmaciones en contra del parecido de la hipnosis al sueño natural (que sostiene Sánchez Freire) o la identidad entre la histeria y la hipnosis (que afirma Charcot) temas ambos que discute Roberto Nóvoa Santos en 1917-1918, año en que edita el segundo tomo de la primera edición de su exitosísimo *Manual de Patología General*³⁷.

D. Timoteo debió utilizar el método hipnótico, al menos con cierta asiduidad, pues tras manifestar la dificultad de hipnotizar al loco, subraya que los resultados obtenidos son muy dignos de ser tenidos en cuenta dado que:

Ya son muchos los casos en que la sugestión ha vuelto a encender la luz de una inteligencia que parecía apagada para siempre y se ha visto anidarse de nuevo en el alma recuerdos y afecciones

que huyeron sin dejar la esperanza de su regreso³⁸.

Hombre de profunda religiosidad, no por ello se dejó influir por las opiniones de algún eclesiástico, ante su convicción del carácter científico y la utilidad del hipnotismo. Así, había en el ambiente afirmaciones como la del Jesuita J. José Franco, que escribió *El Hipnotismo puesto en moda*, donde dice que: el hipnotismo es parte del espiritismo, que todos los fenómenos, hasta los más sencillos dependen de una causa preternatural y que en todos ellos hay una intervención diabólica!³⁹.



Ante estas majaderías, ya había dicho D. Timoteo que: No falta tampoco quien diga que el hipnotismo es una parte del espiritismo. Nada es menos cierto, y solo por imperdonable ligereza puede escribirse tal aserto:

Atribuir al diablo todo aquello que parece salirse de lo

rutinario y cotidiano, sólo es propio de personas de vulgarísima laya e insolventes en achaques de ciencia. Los hombres de recto y sano juicio antes de decidirse en materias que les son más o menos conocidas, procuran enterarse y desvanecer las sombras en que el error los envuelve⁴⁰.

En una aplicación sensata de la sentencia bíblica de al César lo que es del César, páginas más tarde, dice refiriéndose al magnetismo, que: La Iglesia, como madre cariñosa, vela por la pureza de la verdad y la seguridad de las conciencias, a diferencia de lo que con el espiritismo sucede, sólo condenó del magnetismo aquellas manifestaciones que precisamente no admitía la ciencia, y que así pertenecen al hipnotismo como el cornezuelo⁴¹ a la espiga de centeno: tales son la adivinación, la transposición de sentidos, la doble vista y otras más⁴².

Referencias

1. Académico numerario del "sillón" de Historia de la Medicina de la RAMG. Profesor de H^a de la Medicina. Facultad de Medicina. U. Santiago de Compostela.
2. Sobre Sánchez Freire, Vid. Ponte Hernando, F; et al (2012) *La locura y el bisturí: I Centenario de D. Timoteo Sánchez Freire*. Santiago de Compostela. Ed. Seminario Mayor. Universidad de Santiago de Compostela. Asociación cultural Rocha Forte. 251 págs.
3. A este respecto, vid.: Soto Méndez, R. (2022) *Estudio sobre el Pensamiento de la Asistencia Psiquiátrica en Galicia: Historia del Manicomio de Conxo desde su fundación hasta comienzos del siglo XX*. Universidad de Santiago de Compostela. Tesis Doctoral. (Dir.

- F. Ponte) <http://hdl.handle.net/10347/29315>
4. Vid. P.ej. Efectos terapéuticos del hipnotismo, *La Gaceta de Galicia*, 28 de junio de 1887.
 5. Los aficionados al hipnotismo, *El Regional*, 20 de Noviembre de 1924.
 6. *La Gaceta de Galicia* 20 de agosto de 1892.
 7. *La Gaceta de Galicia*, 29 de sept de 1888.
 8. *La Gaceta de Galicia*, 29 de enero de 1910.
 9. *La Gaceta de Galicia*, 25 de febrero de 1910.
 10. *La Gaceta de Galicia*, 5 de abril de 1892.
 11. El asesinato de Gouffé, *La Gaceta de Galicia*, 22 de diciembre de 1890.
 12. *La Gaceta de Galicia*, 10 de mayo de 1889.
 13. Por mi casa, convertida al efecto en domicilio social, desfilaron especies notabilísimas de histéricas, neurasténicos, maníacos y hasta acreditados médiums espiritistas. Ramón y Cajal, S. (1981) *Recuerdos de mi vida. Historia de mi labor científica*. Alianza Universidad. p. 59-61.
 14. Estévez Gil, X; Simón-Lorda, D (2017) et al. Hipnotismo, medicina y psiquiatría en Galicia a finales del siglo XIX y primeros años del XX (del Dr. Sánchez Freire al ilusionista hipnotizador Onofroff) <https://www.agsm-aen.org/artigo.php?id=302>
 15. *La Gaceta de Galicia*, 21 de marzo de 1888.
 16. *El Regional*, 22 de abril de 1910.
 17. *La Gaceta de Galicia*, 31 de diciembre de 1889.
 18. *La Gaceta de Galicia*, 30 de Enero de 1892.
 19. *La Gaceta de Galicia*, 21 de enero de 1905.
 20. *La Gaceta de Galicia*, 19 de Octubre de 1889.
 21. Sánchez Freire, T. (1888). *La Hipnología en nuestros días*: Discurso leído en la Universidad Literaria de Santiago durante la solemne inauguración del curso académico de 1888 a 1889.
 22. Sánchez Freire, T. (1888). *La Hipnología en nuestros días*: Discurso leído en la Universidad Literaria de Santiago durante la solemne inauguración del curso académico de 1888 a 1889. Santiago. Universidad. p.51.
 23. Julian Leopold Ochorowicz (1850-1917) fue un filósofo, psicólogo, inventor, poeta y periodista, principal exponente del positivismo polaco. Estudió Ciencias Naturales en la Universidad de Varsavia, graduándose en 1871. Después continuó en Leipzig con Wundt, doctorándose en 1874, con una tesis titulada: *Sobre las condiciones del inconsciente*. Fue un pionero de la investigación empírica en psicología y estudiosos de la conducta en ocultismo, espiritismo, hipnosis y telepatía.
 24. Sobre la cuestión Magnética e hipnótica (1) *La Gaceta de Galicia* 20 de diciembre de 1888. p.1-2.
 25. Más sobre la cuestión magnética e hipnótica. *La Gaceta de Galicia* 27 de diciembre de 1888. p.1.
 26. González Fernández, E; Simón Lorda, D. (1992) Pensamento Antropolóxico dos médicos Galegos (Apunte Histórico). En: *Espiritados. Ensaios de etnopsiquiatría Galega*. p.100.
 27. González Fernández, E. (1985). O Nacemento da psiquiatría en Galicia. *Siso Saude* n 3-4. Verano-Otoño. p.47.
 28. González de Pablo, A. (2008). La Hipnosis Médica española y sus contextos. (1887-1934). En: Martínez Pérez, J; Estévez, J; Del Cura, M; Víctor Blas, L (Coords). *La gestión de la locura: conocimientos, prácticas y escenarios (España, siglos XIX-XX)*. Cuenca. Edit. UCLM. p.491.
 29. *La hipnología en nuestros días*. p.12.
 30. Médico militar en Cuba, compañero de Cajal y luego catedrático de Patología Médica en Valladolid y Madrid. Autor del tratado: *El hipnotismo y la sugestión: Estudios de fisiopsicología y de psico-terapia*, el más extenso en castellano de la época.

31. La hipnología en nuestros días. p. 14-15.
32. La hipnología en nuestros días. p. 32.
33. La hipnología en nuestros días. p. 34.
34. La hipnología en nuestros días. p. 49.
35. Sánchez Herrero, A. (1905). *El Hipnotismo y la sugestión: Estudios de fisiopsicología y de psico-terapia*. Valladolid. Ed. J. Pastor. 3ª Ed.p.83.
36. *La hipnología en nuestros días*. p 50.
37. Nóvoa Santos, R. (1917-1918) Hipnosis. En: *Manual de Patología General*.1ª Ed. T. II.P.208-212.
38. *La hipnología en nuestros días*. p 56.
39. Comas y Martínez, L. (1895). El Hipnotismo. *Rev. De la Academia Médico-Quirúrgica Compostelana. Santiago*. Año I. 15 de Febrero. P. 36.
40. La hipnología en nuestros días. p 23.
41. Claviceps Purpurea, hongo parásito de algunos cereales como el centeno. Causante del llamado ergotismo. De él se extrajeron sustancias químicas vasoactivas, los ergóticos, y se obtuvo el LSD.
42. *La hipnología en nuestros días*. p 25.

EL HIPNOTISMO

LA SUGESTIÓN

ESTUDIOS DE FISIO-PSICOLOGÍA Y DE PSICO-TERAPIA

SEGUNDOS DE DOS APÉNDICES, Á SABER:

Apéndice 1.º Aplicaciones de la Sugestión hipnótica á la Pedagogía.
Apéndice 2.º La Hipnoscopia judicial y la Sugestión hipnótico-
inquisitiva en el Derecho penal y civil.

CON UNA FIGURA, 8 HELIOGRAFIAS Y 10 FOTOGRABADOS

POREL

DR. ABDON SÁNCHEZ HERRERO

Catedrático por oposición de Patología y Clínica médica en la Facultad de Medicina
de la Universidad de Valladolid. Ex médico mayor primero, por oposición,
del Cuerpo de Sanidad Militar, etc., etc.

OBRA DECLARADA DE MERITO

PARA LOS ADELANTOS DE LA CARRERA DEL PROFESORADO, DE SU AUTOR,
POR REAL ORDEN DE 31 DE MAYO DE 1890,
PREVIO INFORME FAVORABLE DEL CONSEJO DE INSTRUCCIÓN PÚBLICA

TERCERA EDICIÓN

1905

MADRID

Imp. de Antonio Marzo, San Hermenegildo, 22 duplicado,
Teléfono núm. 1.977.
1905

Fernando J. Ponte Hernando

Profesor de la historia de la ciencia (USC) y médico especialista en medicina familiar y comunitaria. Doctor en Medicina, Veterinaria e Historia de la Ciencia. Académico numerario de Historia de la Medicina RAMG. Autor de numerosos tratados.

∞

La utilidad de la hipnosis en el tratamiento de las conductas suicidas

Alicia Torres Lirola

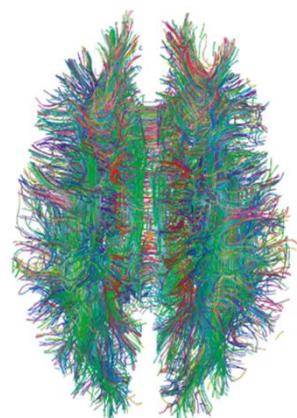
Resumen

En este artículo nos vamos a hacer una pregunta: ¿Es la hipnosis una herramienta adecuada para trabajar con las conductas suicidas, tanto ideación, planificación o intento?

Aunque sabemos que los factores de influencia son tanto exógenos como endógenos y que la aproximación debe hacerse de una forma interdisciplinar, con una mirada bio- psico-social, hemos decidido reflexionar únicamente sobre los factores neurobiológicos que se manifiestan en dichas conductas y en los procesos hipnóticos y si estos últimos inciden en la prevención y el tratamiento.

I. El cerebro y sus funciones

Mucho se ha escrito sobre la diferencia entre mente y cerebro. El hombre siempre ha tratado de entender facultades complejas como memoria, atención, percepción, etc. Se ha intentado identificar de manera errónea una determinada zona con esas potencialidades.



En la actualidad, defendemos la **teoría modular** del cerebro que nos dice qué funciones complejas están repartidas por él, formando un conjunto de redes y nodos que conectan varias partes de éste, creando circuitos, alguno de ellos en puntos muy distantes entre sí.

En estos momentos se está intentando crear el mapa de estas redes, de igual modo que se hizo con el **genoma** sobre el ADN. Se está trabajando en un proyecto denominado **“el conectoma humano”**, apoyándose en un complejo modelo matemático.



Recientemente se ha conseguido, tras un trabajo de 12 años que publica la revista *Science*, “mapear” el conectoma del cerebro de la larva de la mosca del vinagre, *Drosophila melanogaster*. Contempla 3.016 neuronas y todas las conexiones, entre ellas: 548.000. Comprenderemos, por la proporción, la dificultad de la creación del conectoma humano. (1)

Para entender el funcionamiento de nuestro cerebro debemos hacer una aproximación, fundamentalmente desde 3 áreas: Eléctrica, Química y Funcional.

Eléctrica

El encéfalo contiene unos 100.000 millones de neuronas y una cantidad mucho mayor de sinapsis (conexiones neuronales). Cada neurona establece un promedio de unas 1.000 conexiones sinápticas y, probablemente, sobre ella recaen unas 10 veces más.

La comunicación ocurre entre ellas a través de pequeñas corrientes eléctricas que viajan a lo largo de circuitos cerebrales. Cuando todas estas neuronas se activan, producen pulsos eléctricos sincronizados que dan como resultado una onda cerebral.

Podemos distinguir varias frecuencias de ondas: alfa, beta, theta, delta y gamma.

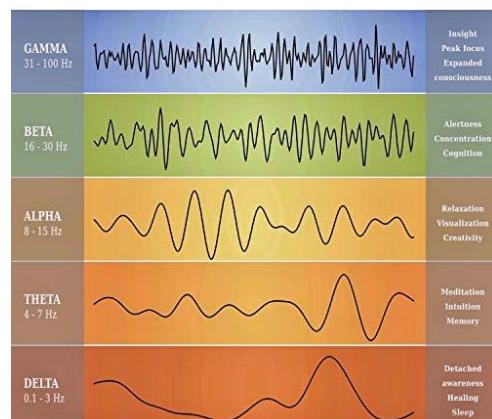
Las Gamma (por encima de 30Hz). Aparecen ante estímulos inesperados e involucran una focalización de la atención máxima y generan estrés. Si se detectara peligro, dispararía la conducta de huida o de agresión. Los estímulos imprevistos generan más actividad neuronal que los predecibles y dicha actividad aparece en la parte más **externa del córtex**. (2)

Las Beta se generan cuando tenemos una actividad mental consciente y estamos disponiéndonos en modo de trabajo o en la realización de un deporte. La persona está enfocada hacia el mundo exterior. Estas ondas tienen

un rango grande y diversas implicaciones:

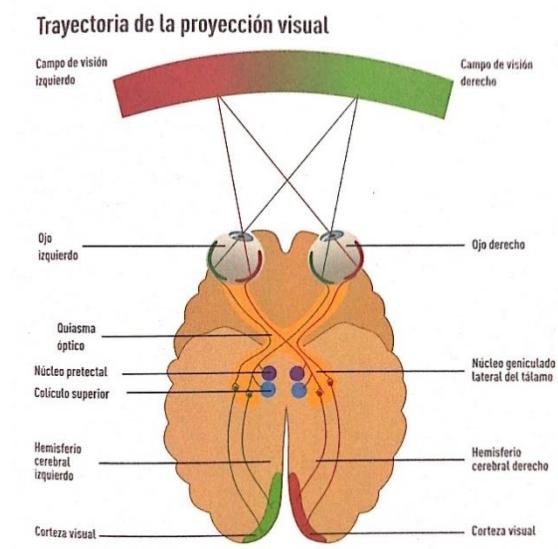
- Low beta (12 a 15 Hz). Cuerpo quieto, mente enfocada. La aparición en abundancia de estas ondas mejora la atención y la relajación. Estamos dispuestos para actuar.
- Mid beta (15 a 18 Hz). Pensamos, somos conscientes del entorno y de nosotros mismos. Nos encontramos activos y alerta, pero sin agitación.
- High beta (18 a 30 Hz). Estado de alerta y agitación, estamos en estrés. Mente y cuerpo activado, por ejemplo, cuando practicamos un deporte.

Las Alfa (entre 8 y 12Hz). Aparecen cuando, después de haber realizado una tarea, nos relajamos y cerramos los ojos. Hay escasa actividad cerebral voluntaria. Ambas ondas cerebrales, alfa y beta de baja frecuencia, se originan en las **regiones cognitivas frontales** del cerebro y, si está decayendo su flujo eléctrico y, por tanto, aplanándose las ondas que muestran sus frecuencias, se estarían produciendo en los **niveles más profundos del córtex**.



Podríamos decir que son el puente entre el mundo interior y el mundo exterior. Ayudan a la integración del cuerpo y la mente y comienzan el trabajo de aprendizaje. En personas que presentan signos de trauma o con adicciones, la amplitud de estas ondas puede ser baja, lo que conlleva una rigidez mental y una tendencia a evitar su mundo interior.

Las Theta (de 4 a 8 Hz). Podemos verlas cuando hay una calma profunda, cuando nuestros sentidos se enfocan en el mundo interior y en la propiocepción, cuando soñamos despiertos, meditamos o estamos en estado hipnótico. Surgen cuando estamos dormidos, durante el sueño REM (movimiento ocular retardado).



Suelen aparecer **en el tallo cerebral**, concretamente en el **núcleo geniculado lateral**, encargado de procesar la información visual que viene de la retina, la corteza visual primaria y la corteza visual de asociación. Como podemos ver está especialmente vinculado a la **creación de la**

imagería que se da durante la hipnosis y la percepción sensorial interna. Están ligadas a memoria, aprendizaje e intuición.

Hay **abundancia** de **acetilcolina** (se encarga de enviar mensajes a otras células nerviosas, musculares y glandulares y está relacionada, entre otras cosas, con el paso del sueño a la vigilia). **Escasez** de **histamina** (hormona que dilata los vasos sanguíneos), **serotonina** (funciona como *neurotransmisor*, es la sustancia que usan los nervios para enviarse mensajes entre sí, y *vasoconstrictor*, que hace que los vasos sanguíneos se estrechen. Se cree que una concentración baja de serotonina es causa de depresión. En su cantidad adecuada, genera sensaciones de bienestar, relajación, satisfacción, aumenta la concentración y la autoestima) y **noradrenalina o norepinefrina** (puede actuar como hormona o como *neurotransmisor*; en este último caso es liberada por las neuronas del sistema simpático, afectando al corazón al incrementar su latido). También podemos notar un bajo tono muscular.

Las Delta (de 1 a 4 Hz.) Son ondas lentas y fuertes. Se generan durante el sueño profundo, sin soñar, en la meditación y en la anestesia. Nos ayudan a regenerarnos y promueven el sistema inmunológico.

Un exceso de estas ondas se da en personas con problemas de aprendizaje, TDAH. Su escasa presencia se relaciona con migrañas o aparecen durante los estados de conciencia, podrían estar relacionados con la intuición, la empatía y la motivación.

Son las que predominan mientras estamos en el útero materno. Tal vez tienen que ver con la producción de serotonina y melatonina (esto está por comprobar).

Un nuevo estudio revela que están presentes en tareas de discriminación y de decisión. (trabajo publicado en el *Proceedings of the National Academy of Sciences, PNAS*) (3)

La hipnosis, es un momento ideal para la reprogramación y trabajo con material traumático, permitiendo acceder a través de sugerencias.

Química

Existe un intercambio de elementos químicos durante un acto denominado sinapsis. Una neurona conecta con otra, para lo cual es imprescindible que sean compatibles; dichas neuronas se unirán a manera de cerradura y llave, es decir que la neurona efectora, deposita en el canal sináptico productos que sean compatibles con la neurona receptora. A través de esta actuación se van creando redes neuronales que son las causantes de nuestras conductas, emociones y sensaciones, además del funcionamiento de los órganos.

Ahora vamos a fijarnos en los **neuropéptidos** que intervienen viajando por nuestro organismo. Algunos son básicos, abren y cierran los canales iónicos a manera de *switch* o interruptor; el ácido **GABA** (ácido gamma-aminobutírico) es un *inhibidor* del Sistema Nervioso Central y su antagonista, el **Glutamato**, es el neurotransmisor

excitador con una presencia más abundante en el cerebro.

Existen multitud de neuropéptidos. Son sustancias químicas que están compuestas por cadenas cortas de aminoácidos; algunos funcionan como **neurotransmisores** (mensajeros químicos que transportan, impulsan y equilibran las señales entre las neuronas y las células diana, a través de todo el cuerpo), otros como **neuromoduladores** (sustancias químicas neorreguladoras que actúan ampliando o reduciendo una neurotransmisión) y otros, como **neurohormonas** (hormonas sintetizadas que son segregadas por neuronas).



Funcional

Los últimos avances tecnológicos en neuroimagen han permitido cumplir el sueño de los investigadores de tiempos anteriores: "ver un cerebro trabajando, en funcionamiento". Hasta este momento solo se podía trabajar con cerebros muertos y ello nos impedía averiguar las condiciones más importantes de este órgano, es decir, las funciones que cumplen.

A nivel funcional, podemos hablar de vías neuronales, dentro de lo que llamamos Teoría Modular que nos

dice qué funciones complejas están repartidas por el cerebro, conectadas por un conjunto de redes y nodos que unen varias partes, creando circuitos.

Durante las primeras fases del desarrollo del cerebro, se crean redes neuronales. Las células nerviosas, por un lado, **crecen** y, por otro, tienen la capacidad de **migrar**; así es como se forman conjuntos sinápticos que llamamos **módulos** y que van conformando el cerebro.

La modularidad de la red permite subdividir una función en partes más pequeñas y así abordan funciones concretas de una manera más eficaz. Si una sinapsis sobrepasa su capacidad de conectar y recibir conexiones, se autorregula, deja de crecer y así consigue reducir el tamaño de la red neuronal; de este modo la enfoca en su trabajo específico, en la tarea que le ha sido asignada y evita "distracciones" con otras tareas. Se regula a través de un canal de Calcio que mantiene el equilibrio entre **crecimiento o sobrexcitación**. (4).

II. Redes atencionales

El neurocientífico Mark Waldman, nos explica que, a partir del 2004, la investigación neurocientífica se enfoca mucho más en las Redes Neuronales que en la anatomía del Sistema Nervioso, es decir, nos importan más las conexiones neuronales que las estructuras cerebrales en sí.

Para el tema que más adelante queremos abordar, que es la utilidad

de la hipnosis en las conductas autolíticas y, especialmente, las suicidas, nos es imprescindible hablar de las redes atencionales, ya que la hipnosis está especialmente basada en dirigir la atención. Por otro lado, las conductas autolíticas tienen que ver con autodiálogo negativo y desesperanzado que absorbe toda nuestra atención y genera pensamientos recurrentes y rígidos.

Si nos preguntamos qué es la atención, podemos respondernos que es "la capacidad de enfocarnos hacia sucesos, tanto internos como externos, pudiéndolos monitorizar, inhibir o seleccionar. Esto nos permite dirigir nuestros pensamientos, percepciones y emociones y orientarnos hacia nuestros objetivos".

Parte de estas redes, de las que hablábamos en el apartado anterior, son las atencionales. Vamos a explorar un poco su funcionamiento apoyándonos en el modelo neurocognitivo de Petersen & Posner (2012), uno de los modelos de atención que más impacto ha tenido dentro de la Psicología Experimental:

Red de Alerta: nos ayuda a mantener el estado de vigilancia.

Red de Orientación: dirige nuestra mente hacia cualquier evento, ya sea externo o interno. Se puede activar voluntaria (la dirigimos) o involuntariamente (algo capta nuestra atención).

Red de Atención Ejecutiva: nos ayuda a regular nuestra conducta, cognición y emociones, de manera

que podamos dirigirnos a nuestros objetivos e inhibe la información que nos distrae. (5).

Estudiando la creatividad, Roger Beaty, experto en Neurociencia Cognitiva de la Universidad de Harvard, ha podido ver zonas en el cerebro que se activan con pensamiento controlado, otras con pensamiento espontáneo y otras que nos permiten evaluar si esas "locas ideas" pueden servir en el mundo real. Esta cuestión nos resultará especialmente significativa para entender el manejo de la hipnosis. Podemos hablar de 3 tipos:

1. La red neuronal por **defecto**, que se utiliza cuando el cerebro está divagando
2. La red de **control ejecutivo**, que se activa para tomar decisiones y
3. La red de **prominencia**, utilizada para discernir la importancia de una cosa. Funciona como un interruptor entre las otras dos redes.

Nuestro cerebro está diseñado para enfocarnos y distraernos, cambiando de manera espontánea el uso de una red por otra. Se cree que necesitamos activar la red por defecto cada 10 a 20 minutos para poder descansar.

Vamos a explorar estos 3 tipos de redes:

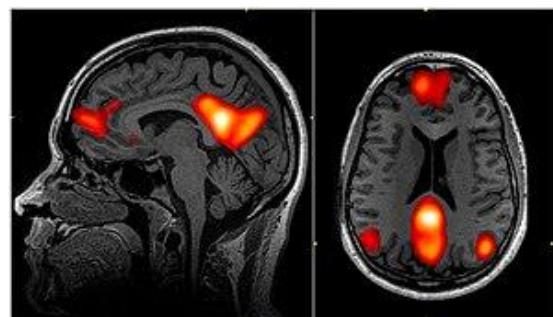
1. Red por defecto (RND):

También llamada **de modo predeterminado**. Una vez más se descubrió, a través de una serendipia, mientras se realizaban estudios del cerebro por tomografía por emisión de positrones (PET). Estaban comparando tareas nuevas que demandaban la atención con

situaciones de reposo con los ojos cerrados o con una abstracción visual con los ojos abiertos (mirando sin mirar).

Descubrieron una red que funciona como un piloto automático que responde a lo que podríamos llamar un **vagabundeo** mental, sin objetivo concreto; cuando decimos que una persona está "soñando despierta". Estas tareas resultan muy recomendables para el ser humano porque alimentan el sentido del yo y reducen tensiones. También podemos entenderla como la vida interna del cerebro, surge de manera espontánea cuando las tareas se hacen cognitivamente complejas y el cerebro decide desconectarse de ellas a modo de descanso.

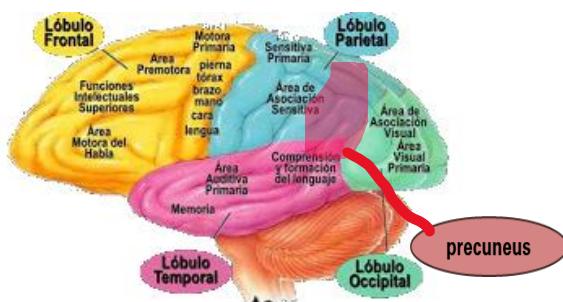
Esta red decae ante actividades en las que se abre la percepción o se realizan tareas motoras. Cuando dirigimos la atención se desactiva, por ejemplo, en la meditación y durante la hipnosis. En ambas actividades dirigimos voluntariamente nuestra mente a un objetivo, aunque aparezca relajamiento. (6)



Conlleva un gran gasto metabólico. Las alteraciones en esta red, podrían ser la causa subyacente de enfermedades como el Alzheimer y

la depresión. En esta última el vagabundeo mental hace aparecer pensamientos rumiantivos (circulares y repetitivos).

La red discurre por estructuras pertenecientes al cerebro posterior y anterior: corteza cingulada posterior y anterior; corteza prefrontal, medial y orbitofrontal; lóbulo temporal medial (corteza parahipocámpica e hipocampo), corteza retrosplenial; lóbulo parietal inferior y un especial funcionamiento del precúneo, del que hasta hace poco no se sabía demasiado.



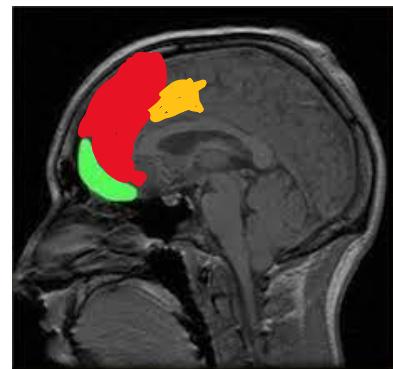
Las funciones cognitivas asociadas al **precúneo** contribuyen a integrar las informaciones cerebrales (internas) con las informaciones ambientales (externas). Está vinculado con la memoria episódica y representa, por tanto, un nudo importante para los procesos que generan **autoconciencia y mente**. "Queda por evaluar si tales variaciones morfológicas del precúneo pueden estar asociadas con variaciones en las capacidades cognitivas". (7)

2. La Red de Control Ejecutivo

Se encarga de regular nuestra conducta y cognición. Inhibe información que nos distrae, nos ayuda a adaptarnos a las circunstancias; por esta razón, la atención es un sistema importante

que colabora para dirigir la conducta, pensamientos y emociones, de manera que podamos lograr nuestros objetivos. "Es responsable de resolver el conflicto entre respuestas que compiten entre sí y está involucrada en operaciones complejas como la planificación, toma de decisiones, detección de error, respuestas nuevas o no bien aprendidas" (Fan, McCandiss, Summer, Raz & Posner, 2002).

Esta red discurre, sobre todo, por las áreas frontales del cerebro con gran implicación de la **corteza cingulada anterior** (amarillo) (Petersen y Posner, 2012).



Especialmente en las respuestas autonómicas y endocrinas de la emoción y el almacenamiento de la memoria; por su posición, parece ser un n úcleo de regulación, filtración y redistribución de las informaciones entre los dos hemisferios y la **Corteza dorsolateral prefrontal** (rojo); permite el desarrollo y la ejecución de planes de acción, además de implicar a la memoria de trabajo, necesaria para la mayoría del procesamiento cognitivo y constituye el motor de lo que denominamos funciones ejecutivas. La Corteza

orbitofrontal (verde), se relaciona con el procesamiento cognitivo de la toma de decisiones.

3. Red de Prominencia

Tiene una función clave para alternar entre el mecanismo de generación de ideas y el de evaluación de éstas.



Es utilizada para discernir la importancia de una cosa. Funciona como un interruptor entre las otras dos redes. Normalmente estas redes no se activan al mismo tiempo. Por ejemplo, cuando se activa la Red de Control Ejecutivo, la Red Neuronal por Defecto tiende a disminuir.

Harvard está realizando una investigación ya que creen que "las personas creativas tienen una mayor habilidad para coactivar redes neuronales que habitualmente trabajan por separado", explica Roger Beaty. (8)

III. Neurobiología de la hipnosis

Durante la hipnosis se detecta un aumento de la conectividad en diversas zonas y un cambio en la organización de las redes; el cerebro se reconfigura para recibir las distintas señales. Todo ello es debido a lo que hemos dado en llamar **plasticidad neuronal**, que consiste en la posibilidad de reorganizarse y crear nuevas conexiones. Esto es la base de nuestra flexibilidad mental y

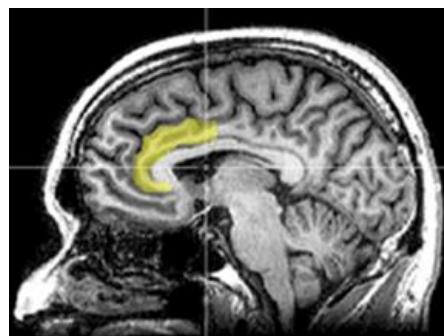
capacidad de adaptación, permitiéndonos nuevos aprendizajes hasta el final de nuestros días.

Cuando hablamos de fenómenos hipnóticos, nos referimos a un proceso por el que podemos pasar por varias situaciones, durante las cuales realizaremos operaciones distintas, en el que se implicarán diversas redes cerebrales y, por tanto, realizarán distintas conexiones en diversos lugares del cerebro. (Gruzelier, 2005; Pekala y Kumar, 2007). (9)

La hipnosis produce:

- **Disminución** de actividad en:
 - ✓ **La corteza cingulada anterior.**

Está situada en los dos hemisferios cerebrales, por encima del cuerpo calloso (parte que conecta los dos hemisferios). Constituye la corteza límbica perteneciente al Sistema Límbico. Tiene relación con las emociones y el almacenamiento en la memoria a largo plazo, para lo que es imprescindible que la información sea subrayada por una emoción significativa.

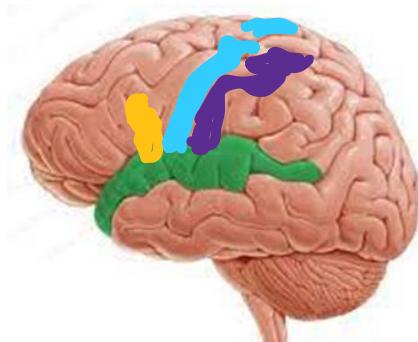


Toma parte en el monitoreo y resolución de los **conflictos emocionales**, suprimiendo la actividad de la amígdala, lo

cual debilita las respuestas automáticas simpáticas (alerta, ataque defensa y huida).

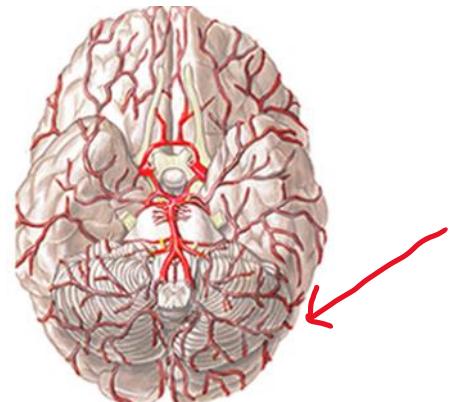
Cuando nos encontramos inquietos o **ansiosos**, es nuestro giro cingulado el que actúa, nos ayuda a expresar nuestro estado emocional a través del **gesto, la postura y el movimiento**.

También está muy relacionada con las respuestas automáticas (respiración, latido cardíaco, etc.), se articula en su conexión con el nervio vago-dorsal.



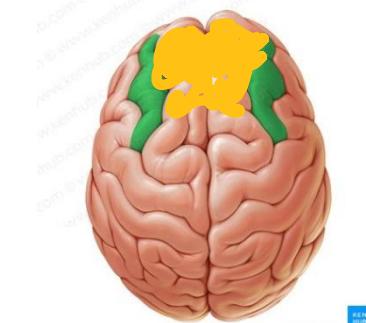
- ✓ **Giro superior temporal.** Comprensión del lenguaje oral (verde)
- ✓ **Giro frontal medio izquierdo.** Funciones cognitivas y el control de la actividad o el movimiento voluntario (amarillo).
- ✓ **El lóbulo parietal** procesa información relacionada con la temperatura, el gusto, el tacto, en el córtex motor (morado) y el movimiento en el córtex somatosensorial (azul).

- ✓ **Aumento** de: **flujo sanguíneo en la corteza occipital bilateral** donde podemos observar la emisión de ondas delta (meditación profunda estado 3 y 4 de sueño).



El lóbulo occipital es el responsable de la visión. Disminuye la atención hacia estímulos externos no relevantes durante la hipnosis y participa en la creación de la visión interna que produce la imaginaria, un gran recurso durante la hipnosis.

- ✓ **Disociación** de funcionamiento:
✓ **Corteza frontal,**



Encargada de la solución de problemas, la espontaneidad, la memoria, la atención ejecu-

tiva, el lenguaje, el juicio, el control del impulso y el comportamiento social y sexual. También la regulación del SELF - sentido de la propia existencia- (amarillo).

- ✓ **Corteza cingulada anterior**, que como ya dijimos, se encarga de monitorear los conflictos. Esta disociación puede significar un desplazamiento de la actividad hacia la **Corteza fronto parietal derecha** que podría relacionarse con el aumento de flujo en la creación de imágenes mentales (verde derecho).

• Modificación en las ondas cerebrales

Las ondas son un reflejo de la actividad y las funciones del Sistema Nervioso Central. Cuando éste sufre un desequilibrio o un cambio, se puede observar una alteración en su actividad.

- ✓ **Disminuyendo las ondas Beta** que son las que producimos durante la actividad consciente, deportiva y mental.

Las **Gamma**, momentos de suma atención, concentración, creatividad, intuición, de extrema alerta y agitación.

Las **Delta**, etapa 3 de transición al sueño profundo, 2-3 minutos de duración y etapa 4, sueño profundo propiamente dicho; este ciclo dura unos 20 minutos y se origina en el tálamo o en la corteza.

- ✓ **Aumentando las Alfa.** Se emiten cuando estamos rela-

jados y se suele cerrar los ojos, aunque se permanece con cierto nivel de conexión y alerta hacia el mundo exterior. Se originan mayoritariamente en el lóbulo occipital, donde se construye la imaginaria interna o visión de los ciegos.

Las Theta, se asocian con la etapa 1 y 2 del sueño que podríamos denominar ensoñación. En la etapa 2 se pueden producir alucinaciones muy vívidas. También aparecen durante la meditación. En vigilia se producen frente a actuaciones mecanizadas.

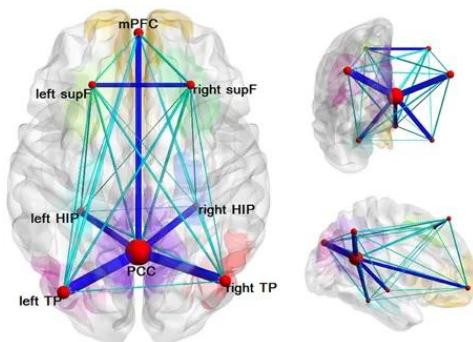
Proceso hipnótico

Durante la hipnosis, podemos realizar varios procesos y vamos a explorar qué repercusión tienen en nuestro organismo:

- A. Inducción:** puede ser auto o heteroinducida, según hablamos de hipnosis o autohipnosis. "Se produce una alteración funcional transitoria de la conectividad de la corteza" Fingelkarts y otros. (2007) (10 y 11).

La inducción de la hipnosis puede reducir la actividad de la red por defecto pues, aunque estemos en relajación, no estamos divagando, si no siguiendo instrucciones para fijar la atención. En sujetos altamente sugestionables, se ha demostrado que la inducción hipnótica produce una disminución de la actividad cerebral en las **partes anteriores de la Red por**

Defecto (McGeown et al., 2009).
(12)



Existen muchos métodos para entrar en ese estado que es diferente al sueño y a la vigilia. Debemos señalar que hay autores que no consideran la existencia de un estado de conciencia, si no **respuestas subjetivas** a las sugerencias y que, por tanto, no sería una experiencia generalizable. Ocurrirían cosas diferentes relacionadas con el grado de profundidad y del procesamiento. (Lynn, Kirsch y Hallquist, 2008). (13)

Tenemos un estudio de 2021 muy interesante, de Afik Faerman y David Spiegel, sobre la **hipnotizabilidad** que se puede definir como la capacidad de una persona para experimentar fenómenos fisiológicos, sensoriales, conductuales y emocionales en respuesta a dichas sugerencias. (14)

Se observó que las personas altamente hipnotizables presentaban:

- ✓ Mayor flexibilidad cognitiva
- ✓ Mayor facilidad para aceptar sugerencias (sustituir una re-

gla lógica por otra nueva), relacionadas con el **prefrontal** y sus funciones ejecutivas.

- ✓ Facilidad para el cambio de set atencional, relacionado con la **corteza dorsolateral izquierda**
- ✓ Uso de la red de Prominencia, especialmente en la región **dorsal de la corteza** cingulada anterior
- ✓ Mayor automatismo en el procesamiento verbal
- ✓ Una mayor concentración de GABA, un neurotransmisor inhibidor del SNC. Esto significa que el cuerpo usa GABA para poder rebajar la actividad nerviosa del cerebro, por lo que aporta relajación y calma.
- ✓ Khodaverdi-Khani y Laurence encontraron que la hypnotizabilidad se correlaciona negativamente con **la memoria de trabajo**. (15)

B. Relajación.

Como ya hemos visto, tanto en la meditación como en la hipnosis, se puede percibir una gran sensación de calma y relajación, debido a una mayor concentración de **GABA**. Esto significa que el cuerpo lo está usando para poder rebajar la actividad nerviosa del cerebro. Asimismo, da paso a la puesta en marcha del Sistema Nervioso **Parasimpático** (se encarga de la calma, digestión, orgasmo...) y la inhibición del **Simpático** (a cargo de las alertas y las respuestas de ataque-huida).

C. Concentración.

Para evitar la distracción, se disminuye la conectividad entre la red frontoparietal **derecha** y la

red frontoparietal **ventral**, encargadas de reorientar la atención a estímulos ambientales inesperados, que también propiciará una disminución del pensamiento deliberativo, propio del prefrontal (Rainville and Price, 2003). (16)

D. Profundización.

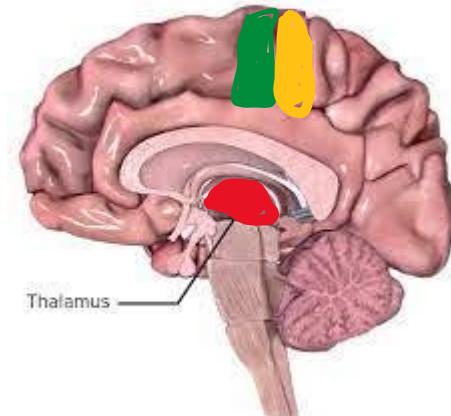
Las terminaciones sensoriales nos envían información tanto de las percepciones provenientes del exterior como de la información interna de nuestro organismo. Durante la hipnosis podemos recrear esa información; ya sabemos que cuantos más sentidos implicamos en un proceso hipnótico, más eficaz y verosímil resultará para nuestro cerebro y así podemos modificar las memorias emocionales a través de las sugerencias y la neo-vivencia del paciente. Debemos averiguar el estilo perceptivo de la persona, para incidir más sobre la vía preferida (visual, auditiva, cinestésica).

Los núcleos del tálamo transportan y modulan la información proveniente de la periferia hacia la corteza cerebral. Casi todas las vías neurales ascendentes, primero hacen sinapsis en un **núcleo talámico** (son unos núcleos formados por tejido nervioso situados en ambos hemisferios, por encima del hipotálamo e intervienen en la regulación de la sensibilidad y de la actividad de los sentidos), donde la información es ordenada, integrada y analizada, antes de ser enviada a la corteza cerebral. Este hecho hace que al tálamo se le llame "**puerta de entrada**" a

la corteza cerebral, para las modalidades **límbicas, motoras y sensitivas**, incluyendo la visión, la audición, el gusto y la sensibilidad somática. La única vía sensitiva del Sistema Nervioso que no reporta al tálamo es el olfato que posee un circuito propio muy antiguo en la evolución.

Finalmente, la corteza entenderá la nueva situación y modulará las conductas a la luz de los nuevos hechos.

Así habremos conseguido instalar, con la colaboración y aceptación de la persona, una nueva explicación y sensación del mismo hecho.



La **propiocepción** o información interna de nuestro organismo también puede ser intervenida y ello nos dará una gran puerta de entrada, como veremos más adelante, para trabajar con el dolor, bien sea a modo de anestesia o de analgesia.

E. Disociación.

La percepción del tiempo, la sensación de **disociación** y el nivel de **abstracción**, se

correlacionan con el nivel de sugestionabilidad.

Este aumento de la conciencia interna durante la hipnosis está relacionado con una **mayor conectividad** en la llamada red neuronal por **defecto** que comprende la corteza cingulada posterior y el precúneo, las circunvoluciones angulares bilaterales, temporales inferiores y frontales medias, como vimos anteriormente; así como una **disminución en la conectividad** de las estructuras media posterior y las estructuras parahipocampales (memoria y estrés) (Demertzi et al., 2011). (17)

Ante la disociación, podemos observar menor conectividad con la información somatosensorial periférica, eso nos permite influir sobre la información corporal y el dolor (frontoparietal derecha y la estriatalámica derecha) (Vogt, 2005). (18)

Con esta misma finalidad, la circunvolución frontal inferior flexibiliza la atención, lo que conecta más la red de modo predeterminado (incluyen la red de prominencia y la red de control ejecutivo).

F. Realización de sugerencias

Analgesia. Vemos mayor flujo sanguíneo en la corteza cingulada anterior y los núcleos talámicos (Faymonville et al., 2000). La red se proyecta hacia la corteza prefrontal, la corteza insular anterior, la amígdala, el hipotálamo y varios núcleos en el mesencéfalo y el tallo cerebral,

como parte de la red autónoma central (Cersosimo and Benarroch, 2013). (19) Esta región controla las funciones simpáticas y parasimpáticas que intervienen en las vías neuro moduladoras, incluidos los sistemas de tipo opioide, serotoninérgico y noradrenérgico (Paus, 2001). (20)

Anestesia. Los efectos anestésicos de la hipnosis que influyen anulando las señales nociceptivas, están mediados por la corteza cingulada anterior. Sabemos que están muy relacionados con el nivel de hipnotizabilidad y, por tanto, con lo que en hipnosis llamamos profundización (reducción de la percepción consciente, rechazo de los estímulos dolorosos, relajación y estado de abstracción) (Rainville et al., 1997). (21)

IV. Bases neurobiológicas de la conducta suicida

Las causas del suicidio son multifactoriales, por lo que tendremos que estudiarlas sobre el modelo bío-psico-social. Depende tanto de factores exógenos como endógenos. Deberemos poner especial atención en los factores de riesgo y en los de protección.

El suicidio debe ser investigado desde una perspectiva multidisciplinar, en la que se incluyan aspectos asociados a la neurotransmisión, trastornos emocionales, escasas habilidades sociofamiliares para resolver problemas, además de eventos

traumáticos, dependencia de substancias, elementos de tipo biográfico etc.

En este apartado vamos a poner la atención en las implicaciones neurobiológicas que, aunque todavía no se han esclarecido totalmente, comienza a haber muchos estudios que, de manera parcial, van dando explicaciones, sobre todo, en los casos relacionados con depresión y con impulsividad.

1. Serotonina

Se han detectado disfunciones en el **sistema serotoninérgico**. La serotonina es un neuropéptido, vinculado a los estados de ánimo que, actúa como neuromodulador. Los neuromoduladores tienen como misión modular la síntesis y liberación de un neurotransmisor. El 90 % de la serotonina que utilizamos procede del tracto gastrointestinal y de las plaquetas. El resto tiene su origen en las neuronas del sistema nervioso. (22) En personas que han tenido **intentos** de suicidio, se pueden encontrar niveles del ácido 5-hidroxindol-acético en el líquido cefalorraquídeo, este ácido es el principal metabolito de la serotonina.

2. BDNF

También se ha hallado disminución de la presencia de BDNF, Brain Derived Neurotrophic (Factor neurotrófico derivado del cerebro), estas moléculas regulan la supervivencia y plasticidad neuronal. Parece ser un sustrato molecular de estrés y, por lo tanto, su **escasez de segregación** sería un factor de riesgo importante en la depresión. Con este factor se activan una serie

de genes que desarrollan nuevas células y vías cerebrales.

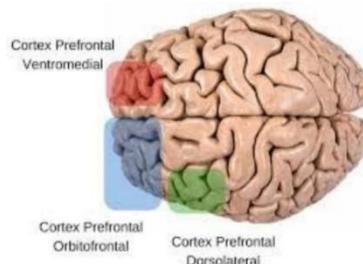
Tanto los **tratamientos** antidepresivos como el **ejercicio físico** están implicados en la liberación de BDNF que, a su vez, está involucrado en la protección y la producción de neuronas en el hipocampo y el aumento de volumen de éste. Fortalecen las sinapsis cerebrales, la interconexión de las neuronas. Cuanto más se ejercita, más BDNF se libera y más neuronas crecen en el cerebro, cosa que ocurre al contrario durante períodos de estrés o la depresión (23)

3. Ácido GABA (Ácido Gamma Aminobutírico)

Un estudio encontró que, aunque la depresión se relaciona con el aumento o disminución de la concentración de Noradrenalina y serotonina, es el neurotransmisor **GABA** el que determina un proceso conjunto de inhibición biopsicosocial. Ello aumenta los factores de riesgo de suicidio en personas vulnerables biológica y socialmente. Afecta la actividad de áreas del cerebro implicadas en la toma de decisiones y la resolución de conflictos. (24)

4. La Corteza Prefrontal. El Hipocampo. La(s) Amígdala(s). El Núcleo Septal Lateral.

Se han observado anomalías en algunos sistemas celulares que están disminuidos:



La Corteza Prefrontal

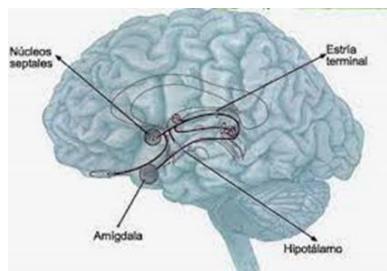
Está implicada en la regulación del estado de ánimo. Se han encontrado alteraciones en algunos receptores de la corteza **prefrontal ventromedial** e hipofuncionamiento que se ha asociado con el **planeamiento de intentos**, también se asocian con suicidios de **tipo impulsivo**, agresivo o con otras formas de autoagresión.

El Hipocampo. Se ha relacionado con la cognición, especialmente con la memoria y, además, es una estructura que participa en el estrés.

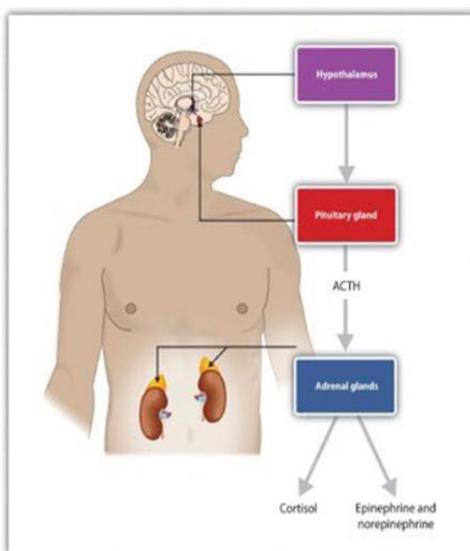


La Amígdala. Es vital en las respuestas ante el peligro, la ansiedad y la agresión. Algunos estudios sugieren la aparición de anomalías estructurales en casos relacionados con las conductas suicidas.

El Núcleo Septal Lateral se ha implicado en la desesperanza y falta de visión en el futuro.



5. Eje Hipotálamo-Hipófisis-Adrenal

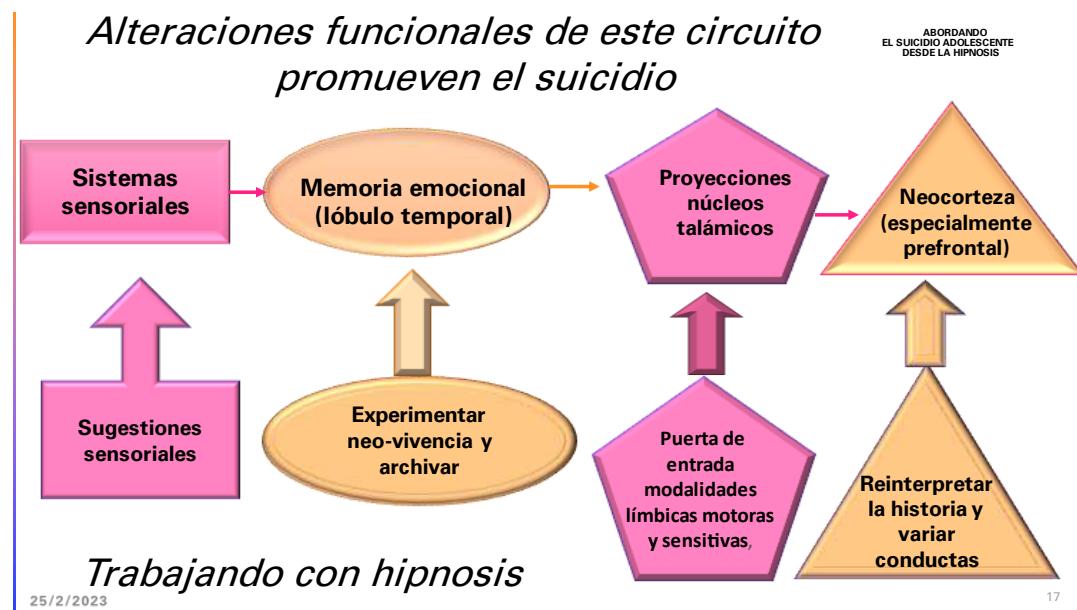


Tanto en los trastornos afectivos, como en las conductas suicidas, se puede observar hiperactividad en este eje, confirmado por un **incremento** de la hormona **adrenocorticotrópica** y una **disminución** de los **receptores** para esta hormona en la corteza prefrontal. Esta parte del cerebro es fundamental en la racionalización de las emociones, en su percepción, modulación y manejo.

En el **hipotálamo** también se puede observar una disminución de la **oxitocina**, hormona de la felicidad, de los vínculos y el cuidado. Así como un aumento de la presencia del factor de liberación de la adrenocorticotropina **CRH**, que estimula la **hipófisis** en la secreción del **ACTH**, afecta a la coordinación de la respuesta neuroendocrina, la inmune y comportamental frente al estrés; a su vez ésta estimula a las **glándulas adrenales** para que generen glucocorticoides, el más importante en este proceso es el

cortisol, que ayuda a regular las funciones cardiovasculares, metabólicas, inmunológicas (las suprime transitoriamente) y homeostáticas; aumenta los azúcares en el torrente sanguíneo, mejora el uso de glucosa en el cerebro e incrementa la disponibilidad de sustancias que reparan los tejidos; también están implicados en la consolidación de la memoria a largo plazo, a través de la activación de varios genes relacionados con la síntesis de proteínas. Cuando su aparición se prolonga en el tiempo, como respuesta al estrés puede producir ansiedad y depresión. (25)

V. Un modelo teórico para intervenir a través de la hipnosis



Las alteraciones funcionales del circuito que vamos a describir, aunadas a factores ambientales adversos, parecen promover el acto suicida.

En el suicidio participan estructuras cerebrales integradoras del estado afectivo, la memoria emocional, la impulsividad y la toma de decisiones.

El hecho de que una persona lleve una intención suicida a la acción, requiere de un pensamiento previo. Es decir, que la ideación precede al acto aunque éste sea de origen impulsivo. Trabajar en la modificación de ese pensamiento es fundamental y la hipnosis manifiesta unas magníficas características para inducir a ese cambio, pudiendo intervenir en una fase de prevención.

A través de un tratamiento hipnótico, podemos influir, modificando las percepciones que se tienen del **ambiente**. También podemos hacerlo en la **narrativa** que tiene la persona sobre sus propias vivencias, presentándole una nueva interpretación y organización, así conseguiríamos cambiar su memoria emocional.

Modificando estos dos *input*, la información pasará a los **núcleos talámicos** con una forma diferente que cambiará los elementos, tanto lógicos como emocionales, los cuales influyen en la toma de decisiones y en la regulación del estado de ánimo.

Ya refiriéndonos a la neurobioquímica, vamos a describir

una vía que integra la percepción del ambiente, que hacemos fundamentalmente desde los **sentidos**; esta información es contrastada en los circuitos de la memoria emocional que se alberga en el **lóbulo temporal**. Los **núcleos del tálamo** transportan y modulan la información proveniente de la periferia hacia la **corteza** cerebral. Casi todas las vías neurales ascendentes primero hacen sinapsis en un núcleo talámico, donde la información es ordenada, integrada y analizada. Desde ahí pasa a la toma de decisiones que se realiza, principalmente, en **prefrontal de la corteza cerebral**. A ello habría que añadir la **diátesis** que es la tendencia del organismo a tener una cierta enfermedad o trastorno o rasgo de personalidad. (26)



En las situaciones que pueden acarrear una conducta suicida podemos encontrar las siguientes funciones alteradas:

1. Disminución del tono amigdalino

Como vimos, el estado hipnótico disminuye la activación de la **amígdala**, vinculada a la percepción de amenaza y generadora de la emoción del miedo.

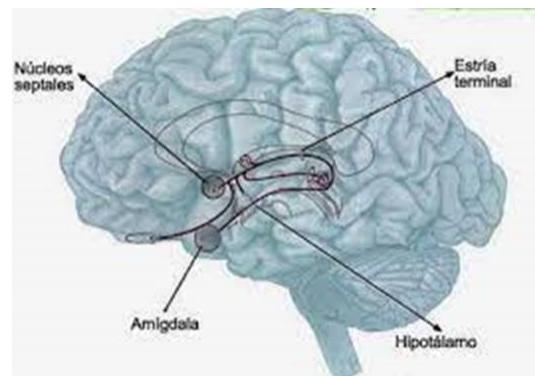
Posteriormente se activa la **corteza cingulada anterior** que es responsable de subrayar las emociones para almacenar los eventos en la memoria a largo plazo. A través de las **sugestiones hipnóticas** podemos crear una valencia diferente en las memorias emocionales y atenuar los estados ansiosos que activan nuestro Sistema Simpático por exceso de alerta. Las sugerencias pueden atenuar la agresividad y la impulsividad. Sabemos que hay un tipo de suicidio impulsivo y cualquier método que se interponga en esa impulsividad será un factor de protección.

En el proceso de la hipnosis, como vimos en el anterior capítulo, podemos utilizar la **disociación**. La **corteza cingulada anterior** (monitoreo de conflictos) puede significar un desplazamiento hacia la **corteza fronto parietal derecha** que tendría que ver con la creación de imágenes mentales complejas, la audición y el lenguaje. Durante la hipnosis, con la palabras preferentemente metafóricas, ayudamos a formar dichas imágenes. Éstas nos pueden ayudar a modificar recuerdos producidos en un estado emocional alterado y sustituirlas por una nueva que, sobreescriturará el recuerdo anterior produciendo un relato menos traumático.

2. Actividad septal lateral

Los núcleos septales, también conocidos como área olfatoria medial, conectan el Sistema Límbico con estructuras subcorticales de la región del diencéfalo, con lo cual permiten que se produzca un

intercambio de impulsos nerviosos entre éstas. En concreto, las áreas subcorticales: el hipocampo, la amígdala y el hipotálamo.



El fórnix es una estructura en forma de arco que conecta los núcleos septales con el hipocampo y es fundamental para la consolidación y la recuperación de recuerdos, así como para la percepción del espacio.

Cuando la persona se encuentra deprimida suele presentar anhedonia, desesperanza y falta de visión de futuro.

Cuando se aumenta el trabajo de los núcleos septales la respuesta es de placer e inhibición del miedo. A través de la hipnosis podemos incrementar ese funcionamiento.

3. Elevación del tono gabaérgico.

Una de las acciones que se puede observar durante la hipnosis es el aumento de la producción de **Ácido Gaba** que, como ya vimos, es un inhibidor del Sistema Nervioso Simpático y, por el contrario, fomenta la activación del **Sistema Nervioso Parasimpático** responsable, entre otras cosas, de la relajación del organismo.

También recordar que su escasez determina un conjunto de conductas de inhibición bio-psico-social, haciendo más vulnerables a las personas en riesgo.

4. Disfunción de la corteza central y el hipocampo

En esta zona es donde somos conscientes de nuestras emociones, donde gobernamos nuestra forma de actuar, donde tomamos las decisiones, solucionamos problemas, controlamos los impulsos y donde se crea el sentido de nuestra existencia. En personas en riesgo de suicidio se producen alteraciones conductuales, alteración de la toma de decisiones y dificultades de adaptación a situaciones adversas.

A través del cambio de información que se produce con las sugerencias, finalmente, la corteza entenderá la nueva situación y modulará las conductas a la luz de los nuevos hechos.

Así habremos conseguido instalar, con la colaboración y aceptación de la persona, una nueva explicación y sensación del mismo hecho.

A través de la hipnosis podemos conseguir relajación, pero también podemos modificar la autopercepción y, por tanto, la restauración de la autoestima, a través del cambio de interpretación de nuestra propia vida y la incorporación de nuevos recursos. Podemos trabajar con el atender o no atender a las señales nocioceptivas e incluso llegar a una anestesia. Trabajamos también con trastornos de origen psicosomático producidos por una exacerbación en

la información de las terminaciones nerviosas.

A manera de resumen podemos ver, de manera comparada, los cambios neurobiológicos que se pueden producir utilizando hipnosis en los casos de conductas suicidas:

CONDUCTAS SUICIDAS	PROCESOS HIPNÓTICOS
1. Disminución del GABA	1. Aumento del GABA
2. Activación del SNC	2. Inhibición el SNC, activándose el parasimpático
3. Activación de la alerta a través de la amígdala	3. Activación de la corteza cingulada anterior produciendo emociones relajantes y agradables
4. Activación de la amígdala y disminución de en los núcleos septales produciendo anhedonia y desesperanza	4. Aumento de los núcleos septales produciendo placer e inhibición del miedo

Finalmente podemos hablar de un estudio de Ernest Rossi, traducido excepcionalmente por nuestro compañero Jorge Cuadros, que nos habla de la psicoterapia y en especial de la hipnosis, aplicando su método del Proceso Creativo de 4 Estadios como un "diálogo creativo con nuestros genes" fundamentado en la Genómica Psicosocial. (27)

Conclusiones

Parece que la hipnosis, desde el punto de vista neurobiológico, se presenta, tanto como una buena forma de tratamiento, como una buena forma de prevención para las conductas suicidas.

Nos permite incidir en estados de agresividad, impulsividad, anhedonia, desesperanza, ansiedad, dificultades en la toma de decisiones y en el desarrollo de conductas más adaptativas.

También se está investigando actualmente que el uso continuado de la hipnosis puede producir modificaciones a nivel genético, es decir, lo que llamamos epigenética,

lo cual demostraría que puede influir en la diátesis.

Referencias bibliográficas

1. Michael Winding et al. "The connectome of an insect brain." *Science* (Marzo, 2023)
2. Layer and rhythm specificity for predictive routing. André M. Bastos et al. *PNAS*, November 23, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1073/pnas.2014868117>
3. Proceedings of the National Academy of Sciences (PNAS 10 de septiembre), "Coherente delta-band oscilaciones between cortical areas correlate with decision making", Verónica Nácher, Anders Ledberg, Gustavo Deco (jefe del Centro de Cognición y Cerebro (CBC) e investigador en la Universidad Pompeu Fabra).
4. Self-organization of modular network architecture by activity-dependent neuronal migration and outgrowth. Samora Okujeni, Ulrich Egert. *eLife* 2019;8:e47996. DOI: 10.7554/eLife.47996
5. Petersen, S. E., & Posner, M. I. (2012). The attention system of the human brain: 20 years after. *Annual Review of Neuroscience*, 35, 73-89. doi:10.1146/annurev-neuro-062111-150525
6. Annu Rev Neurosci .8 de julio de 2015; 38: 433-47. doi: 10.1146/annurev-neuro-071013-014030. Epub 2015 4 de mayo.
7. Emiliano Bruner, Gizéh Rangel de Lázaro, José Manuel de la Cuétara, Manuel Martín-Loeches, Roberto Colom, Heidi I. L. "Midsagittal Brain variation and MRI shape analysis of the precuneus in adult individuals". Jacobs. *Journal of Anatomy* DOI: 10.1111/joa.12155. 8 de enero de 2014
8. RE Beaty, M Benedek, PJ Silvia, DL Schacter Cognición creativa y dinámica de redes cerebrales. *Tendencias en ciencias cognitivas* 20 (2), 87-95
9. Ronald J. Pekala, VK Kumar, Ronald Maurer, Nancy Elliott-Carter, Eduardo Luna&Karen Mullén. Páginas 275-290 | Publicado en línea: 21 de septiembre de 2011. *Revista americana de hipnosis clínica* Volumen 52, Número 4 Sugestionabilidad, Expectativa, efectos del estado de trance y profundidad hipnótica: I. Implicaciones para comprender el hipnotismo. <https://doi.org/10.1080/00029157.2010.10401732>
10. Andrew Fingelkurts, mayo de 2007 *Neuropsicología* 45(7):1452-62 DOI: 10.1016/j.neuropsychologia.2006.11.018
11. Fingelkurts A, febrero 2.016 Alteración duradera del rasgo de la red de modo predeterminado del cerebro en meditadores experimentados y la individualidad experiencial, *Research gate*, V. 15, No 4, P. 381-393.)
12. McGeown WJ, Mazzoni G, Venneri A, Kirsch I. Hypnotic induction decreases anterior default mode activity. *Conscious Cogn.* 2009 Dec;18(4):848-55. doi: 10.1016/j.concog.2009.09.001. Epub 2009 Sep 25. PMID: 19782614.
13. Lynn, SJ, Kirsch, I. y Hallquist, MN (2008). Teorías cognitivas sociales de la hipnosis. En MR Nash & AJ Barnier (Eds.), *El manual de hipnosis de Oxford: Teoría, investigación y práctica* (págs. 111-139). Prensa de la Universidad de Oxford.
14. Afik Faerman y David Spiegel. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*. Volume 69, 2021 - Issue 1: Hypnotizability: Theory, Research, and Future Directions
15. Khodaverdi-Khani, M. y Laurence, J.-R. (2016). Memoria de trabajo e hipnotizabilidad. *Psicología de la conciencia: teoría, investigación y práctica*, 3 (1), 80-92. <https://doi.org/10.1037/cns0000058>
16. Rainville P, Price DD. Hypnosis phenomenology and the neurobiology of consciousness. *Int J Clin Exp Hypn.* 2003 Apr;51(2):105-29. doi: 10.1076/iceh.51.2.105.14613. PMID: 12908747
17. Demertzis, A. et al. (2015) 'Hypnosis modulates behavioural measures and subjective ratings about external and internal awareness', *Journal of Physiology-Paris*. Elsevier, 109(4-6), pp. 173-179
18. Vogt, B. (2005) Interacciones entre dolor y emoción en las subregiones del giro

- cingulado. *Nature Review Neurociencia*, 6, 533-544. <http://dx.doi.org/10.1038/nrn1704>
19. María G. Cersosimo, Eduardo E. Benarroch. *Neuroscience for Clinicians: Basic Processes, Circuits, Disease Mechanisms, and Therapeutic Implications*, ed Oxford
20. Paus T y otros. EJN Y FENS. Cortico-cortical connectivity of the human mid-dorsolateral frontal córtex and its modulation by repetitive transcranial magnetic stimulation. Volúmen 58, Número 7 octubre 2023
21. Pierre Rainville P, H. Duncan G, D. Price D, Carrier B, Bushnell MC. "Pain Affect Encoded in Human Anterior Cingulate but Not Somatosensory Córtex". *Science* 15 de Agosto de 1997 Vol. 277, Edition 5328 págs. 68 - 971 DOI: 10.1126/science.277.5328.9
22. Maurice M. Rapport; Arda A. Green; Irvine H. Page (1948). «Serum vasoconstrictor (serotonin). IV. Isolation and caracterización». *J. Biol. Chem.* 176 (3): 1243-1252.
23. Daniel Silva, Benjamín Vicente y Mario Valdivia Silván, Daniel; Vicente p, Benjamín y Valdivia p, Mario. Factor neurotrófico derivado del cerebro como marcador de conducta suicida en pacientes con trastorno depresivo mayor. *Rev. niño. neuro-psiquiatr.* [en línea]. 2015, vol.53, n.1 [citado 2023-10-06], pp.44-52.
24. Andrade Salazar JA, Rodríguez Romero A, Campos Ramírez JA. Gaba, depresión y suicidio: aspectos epigenéticos asociados. *Psicología.com* [Internet]. 2014 [citado 07 Ago. 2014]; 18:1. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10401/6589>
25. y 26. Gutiérrez-García, Ana G. y Contreras, Carlos M. El suicidio y algunos de sus correlatos neurobiológicos. Primera parte. *Salud Ment* [online]. 2008, vol.31, n.4 [citado 2023-10-06], pp.321-330. <https://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v31n4/v31n4a9.pdf>.
27. Ernest Lawrence Rossi E. Rossi K. "La nueva neurociencia de la psicoterapia, la hipnosis terapéutica y la rehabilitación: un diálogo creativo con nuestros genes". Autopublicado por los autores. <https://www.ernestrossi.com/~ernestro/documents/librogratis-2.0-r081118.pdf>

Alicia Torres Lirola

Licenciada en Filosofía y Ciencias de la Educación con Posgrado en Neuropsicología del Aprendizaje y las Emociones, por la UCM. Especializada en Hipnosis asistida por caballos. Comprometida con el cambio educativo a través de la Educación Emocional. Miembro de la Sociedad Hipnológica Científica.



La Técnica de las Imágenes Ideorretinales (TEID®). Características propias y aplicaciones prácticas

Carlos Ramos Gascón

The Ideoretinal Imaging Technique (TEID®). Own characteristics and practical applications

Introduction

The reference point of TEID® is its comparison and contrast with classic clinical hypnosis, taking into account the variety of techniques it encompasses.

In general terms, the usual practice of hypnosis is based on the suggested - that is, guided - visualization of a succession of images or mental film aimed at inducing a trance state in the patient with a specific therapeutic purpose.

In a previous publication of ours we noted the close relationship between hypnosis and the different dissociation processes. (1)

Specifically, we define the nature of hypnotic trance as follows:

"In this work we conceive hypnosis as a set of phenomena based on mental dissociation and association. Dissociation, or the action of separating through hypnosis mental processes that normally occur integrated, is based on the fact that during

the trance state the person selectively focuses attention on the therapist's suggestions. This selective character constitutes the essence of dissociation.

(...) Strictly speaking, we should consider hypnosis as a process, alternating and sometimes combined, of dissociation and association. This means that hypnosis does not only consist of the process of selective separation (dissociation), but that mental aspects that normally have no direct connection can also be selectively related (association)." (2)

Likewise, the close relationship between dissociation and hypnosis has been highlighted by numerous authors. (3)

Although when we wrote the aforementioned work we had not yet developed the Ideoretinal Imaging Technique (TEID®), we made an initial presentation, although rudimentary, as an effective hypnotic induction procedure. (4)

Focusing on the current moment in the development of these issues, the fundamental difference between

classical hypnosis and the TEID® technique lies in the distinction between both processes and, particularly, between the mental image and the ideoretinal image.

We have to make it clear that TEID® is also a hypnotic process, although of a completely different nature from the classic one, based on ideoretinal images. This is a fundamental point.

Both are based on dissociation phenomena, and with both, deep trance states can be achieved. However, as we will explain in the following lines, the development that is followed through the use of TEID® has distinctive characteristics that we do not find in any other hypnotic procedure.

The key lies in the very nature of the ideoretinal images that emerge in the TEID® process, with dynamics and characteristics very different from mental images.

In this article we do not intend to address the topic exhaustively, but rather to clarify its fundamental points - in relation to our therapeutic practice and current state of research - in order to understand its scope and possibilities in the field of clinical hypnosis. It will serve as support for deeper readings in subsequent publications.

With this purpose, and to have a better overall perception, we are going to develop our article in the following points:

1) The differentiation between mental images and ideoretinal images.

2) Main characteristics of TEID®.

3) The therapeutic importance of TEID®.

4) Preliminary phase of the TEID®: Establishment of ideomotor responses.

5) How the TEID® therapy develops. Its phases.

6) Clinical applications of TEID®.

Introducción

El punto de referencia del TEID® es el de su comparación y contraste con la *hipnosis clínica clásica*, teniendo en cuenta la variedad de técnicas que engloba.

En términos generales, la práctica habitual de la hipnosis se basa en la visualización sugerida -es decir, guiada- de una sucesión de imágenes o película mental tendente a inducir en el paciente un estado de trance con una determinada finalidad terapéutica.

En una publicación anterior nuestra hicimos notar la estrecha relación entre la hipnosis y los diferentes *procesos de dissociación*. (1)

Concretamente, definimos la naturaleza del trance hipnótico como sigue:

“En la presente obra concebimos la hipnosis como un conjunto de fenómenos basados en la dissociación y asociación mental.

La dissociación, o acción de separar mediante la hipnosis procesos mentales que

normalmente transcurren integrados, se basa en el hecho de que durante el estado de trance la persona enfoca selectivamente la atención en las sugerencias del terapeuta. Este carácter selectivo constituye la esencia de la disociación.

(...) En rigor, deberíamos considerar la hipnosis como un proceso, unas veces alternante y otras combinado de disociación y asociación. Esto quiere decir que la hipnosis no consiste únicamente en el proceso de separación selectiva (disociación), sino que también pueden relacionarse selectivamente aspectos mentales que normalmente no tienen conexión directa (asociación)". (2)

Igualmente, la estrecha relación entre disociación e hipnosis ha sido subrayada asimismo por numerosos autores.

Si bien cuando escribimos la obra antes citada aún no habíamos desarrollado la Técnica de las Imágenes Ideorretinales (TEID®), hicimos una presentación inicial, aunque rudimentaria, como un eficaz procedimiento de inducción hipnótica. (3)

Centrándonos en el momento actual del desarrollo de estas cuestiones, la diferencia fundamental entre la hipnosis clásica y la técnica del TEID® radica en la distinción entre ambos procesos y, particularmente, entre la imagen mental y la imagen ideorretinal.

Tenemos que dejar claro que el TEID® es asimismo un proceso hipnótico, aunque de naturaleza completamente distinta al clásico, basado en las imágenes ideorretinales. Es este un punto fundamental.

Tanto uno como otro se basan en fenómenos de disociación, y con ambos pueden lograrse estados de trance profundos. Sin embargo, como iremos desgranando en las siguientes líneas, el desarrollo que se sigue mediante el empleo del TEID® tiene unas características distintivas que no encontramos en ningún otro proceder hipnótico.

La clave radica en la propia naturaleza de las *imágenes ideorretinales* que afloran en el proceso del TEID®, con una dinámica y características muy diferentes a las *imágenes mentales*.

En el presente artículo no pretendemos abordar de forma exhaustiva el tema, sino clarificar sus puntos fundamentales –en relación con nuestra práctica terapéutica y estado actual de investigación- con la finalidad de comprender su alcance y posibilidades en el campo de la hipnosis clínica. Servirá de apoyo para lecturas de un mayor calado en publicaciones posteriores.

Con este propósito, y para tener una mejor percepción de conjunto, vamos a desarrollar nuestro artículo en los siguientes puntos:

1) La diferenciación entre las imágenes mentales y las imágenes ideorretinales.

- 2) Principales características del TEID®.
- 3) La importancia terapéutica del TEID®.
- 4) Fase preliminar del TEID®: Establecimiento de las respuestas ideomotoras.
- 5) Cómo se desarrolla la terapia con el TEID®. Sus fases.
- 6) Aplicaciones clínicas del TEID®.

1) La diferenciación entre las imágenes mentales y las imágenes ideo-retinianas

En una comparativa, y con la finalidad de clarificar conceptos, podemos diferenciar las *imágenes ideo-retinianas* que se activan en la práctica del TEID® de las *imágenes mentales* habituales en la hipnosis clásica, como sigue:

Las imágenes mentales son de naturaleza:

- Provocada.
- Voluntaria.
- Controlable.

Con estas notas queremos subrayar que, en el contexto del proceso hipnótico, las imágenes mentales son *intencionales* y poseen la cualidad de ser *modulables* tanto en la *interacción terapeuta-paciente* como en el propio ejercicio de autohipnosis que pueda desarrollar el paciente, ya sea en el contexto de la terapia o por su cuenta como *autohipnosis*. En cualquier caso, consideramos que la naturaleza intencional, en uno u otro sentido, de las imágenes mentales, así como

de la *película mental* de la que forman parte, constituyen su verdadera esencia.

El caso de las *imágenes ideo-retinianas* es completamente distinto al anterior, siendo de naturaleza:

- Espontánea.
- Involuntaria.
- Incontrolable.

En la práctica clínica, y tratándose de pacientes que ya tienen una experiencia previa con la hipnosis clásica suele ser útil y clarificador explicarles que, en cuanto a las *imágenes hipnóticas*, existen dos ámbitos o planos: el de las imágenes mentales, que es el habitual en la hipnosis clásica, y el de las *imágenes ideo-retinianas* – completamente distinto al anterior – que es el que se activa sistemáticamente en la práctica del TEID®.

Expresado con otras palabras, el proceso hipnótico que tiene lugar mediante la técnica del TEID® es *de naturaleza completamente distinta* debido a que las *imágenes ideo-retinianas* que afloran durante su desarrollo son imprevisibles y, como acabamos de explicar, tienen una connotación de incontrolables. Al menos en nuestra experiencia hasta el momento actual, no nos hemos encontrado con ningún paciente o sujeto de experimentación que logre intencionalmente provocar imágenes ideo-retinianas. Es más: si lo intenta, se produce un fenómeno en sentido contrario haciendo todavía más difícil que se produzca una imagen ideo-retinal determinada.

Si, por ejemplo, estamos ante la imagen mental de un árbol, o bien, una secuencia como la que sugería Fezler, entre otras, de la secuencia de una playa, desde el punto de vista mental se consigue con gran facilidad. Sin embargo, desde el proceso que se desarrolla con la Técnica de las Imágenes Ideorretinales (TEID®), resulta imposible provocarlas adrede.

Una cuestión interesante, potencialmente de gran calado, es la de la conexión e interdependencia entre las imágenes mentales y las imágenes ideorretinales. ¿Qué podría haber por medio? En relación con estos procesos -aún no suficientemente explorados, e independientemente de términos freudianos- las imágenes mentales corresponderían a un plano consciente e intencional, en tanto que las imágenes ideorretinales operarían en un nivel mucho más inconsciente y completamente involuntario.

2) Principales características del TEID®

El TEID® es una técnica alternativa de hipnosis escasamente conocida. Se basa en las imágenes ideorretinales que, como acabamos de explicar, son de naturaleza completamente distinta de las imágenes mentales que se emplean en las técnicas hipnóticas clásicas.

Si bien la descripción del TEID® puede parecer en principio hasta cierto punto complicada, en la práctica resulta una técnica sencilla de aplicar, muy flexible y creativa, inspirando curiosidad y resultando

agradable para la mayoría de los pacientes y sujetos de experimentación.

En nuestra experiencia, no hemos encontrado ningún paciente que haya mostrado una resistencia significativa a la aplicación del TEID®, como sí en ocasiones ha sucedido con otras técnicas hipnóticas. Al contrario, el tratamiento con esta técnica favorece una estrecha colaboración entre el paciente y su terapeuta, la denominada *alianza terapéutica*.

Por lo que venimos comentando, el TEID® es una técnica que resulta especialmente adecuada para la *terapia de tiempo limitado*, en la que, dentro de unos términos flexibles, se acuerda la duración del tratamiento. En nuestra práctica clínica - y como una indicación aproximada- la hemos empleado con frecuencia para trastornos de ansiedad, estados depresivos, insomnio y disfunciones sexuales, a lo largo de tres meses (unas 12 sesiones), en general con buenos resultados.

Dado que esta técnica se basa en el cierre natural de los ojos y en la contemplación del panorama visual que se despliega a continuación -y al que hasta ahora no había prestado atención- el sujeto que la experimenta reacciona asimismo de forma natural, desarrollándose de forma espontánea y rápida el estado de trance hipnótico.

En la práctica del TEID® se emplean muy pocas sugerencias y de manera puntual. En el caso concreto de *las sugerencias respiratorias*, y hasta donde hemos experimentado en la

actualidad, no es posible emplearlas con esta técnica, debido a que *la actividad ideo-retinal en general, (y en concreto, las imágenes ideo-retinales)*, se muestran independientes de la actividad respiratoria.

En función de lo que venimos exponiendo, se comprende fácilmente que en la práctica del TEID® no suelen impartirse, por innecesarias, sugerencias de relajación, tranquilidad o profundidad. Aparecen *de forma espontánea a través de la contemplación del proceso ideo-retinal*.

La técnica del TEID® induce un estado de trance particularmente absorbente, incluso en aquellos casos que manifiestan no ver ninguna imagen en particular.

En la práctica del TEID® es esencial combinarlo con la *actividad ideomotora*, tal como se explica en el presente artículo.

Según nuestra experiencia, el establecimiento poshipnótico de las respuestas ideomotoras mediante el TEID® se realiza con la misma eficiencia, e incluso mayor, que con las técnicas hipnóticas clásicas basadas en imágenes mentales y actividad sugestiva.

3) La importancia terapéutica del TEID®

En consecuencia, resultando que el proceso del TEID® tiene una naturaleza incontrolable, ¿qué utilidad terapéutica puede tener? Es

esta una cuestión de importancia crucial.

Sucede que en nuestra experiencia en el campo de la psicología clínica nos encontramos en la mayoría de los casos que cuando acude 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 uno de los puntos fundamentales de la *Técnica de las Imágenes Ideorretinales (TEID®)* es que conecta *el carácter involuntario e incontrolable del problema* motivo de consulta - una fobia o una disfunción sexual, por ejemplo- con *la dinámica asimismo involuntaria e incontrolable de estas imágenes ideo-retinales y su desarrollo en el contexto hipnótico que le es propio*.

A diferencia del proceder habitual en la hipnosis clínica clásica, con la técnica del TEID® apenas se imparten sugerencias. En la práctica de la hipnosis tal como la conocemos, son habituales las sugerencias de relajación, calma, respiración sosegada y de sueño profundo. Es más: en un libro anterior -ya citado más arriba-, *Hipnosis y psicoterapia* (5) expusimos sistemáticamente el empleo de una diversidad de técnicas sugerivas en combinación con *el ritmo respiratorio* espontáneo del paciente, denominándolas posteriormente *Sugerencias Respiratorias*. La experiencia nos enseñó que impartir las sugerencias siguiendo *la cadencia respiratoria* – particularmente en trastornos de ansiedad- tenía en el paciente un efecto terapéutico notablemente mayor que con las diferentes

técnicas hipnóticas sin seguir este ritmo psicofisiológico.

Hay que hacer notar que dadas las especiales características de la técnica hipnótica del TEID® no es posible –prácticamente, no tiene sentido– utilizar las sugerencias respiratorias en este contexto. *La razón estriba en que estas sugerencias respiratorias se modulan intencionalmente*, lo cual resulta incompatible con la emergencia involuntaria e incontrolable de las imágenes ideo-retiniales.

4) Fase preliminar del TEID®: Establecimiento de las respuestas ideomotoras. (4)

Conviene explicar que en la práctica del TEID® hay un paso previo de la mayor importancia, como se comprobará en su desarrollo posterior y en su aplicación en la vida diaria.

Nos referimos al establecimiento preliminar de *las respuestas ideomotoras*. Se trata de un proceso que, aunque pueda resultar novedoso para el paciente, hemos comprobado que suele ser aceptado con naturalidad por la mayoría de los sujetos a quienes a continuación se les va a aplicar la técnica del TEID®.

Para nuestro propósito –una práctica eficiente de esta técnica de hipnosis– lo mejor es ayudar al paciente o sujeto de experimentación a establecer una o varias respuestas ideomotoras lo más sencillas posible. Y dada la estrecha relación entre la mano y el cerebro, nuestro proceder

más frecuente es pedirle al sujeto que ponga encima de la mesa de nuestro despacho *la mano no dominante*, con los dedos extendidos y relajados de forma natural.

El establecimiento de la lateralidad propia del paciente o sujeto de experimentación puede ser más complejo de lo que en principio podría parecer. El ideal, a efectos de la aplicación del TEID®, sería una lateralidad homogénea (mano-ojo-pie) diestra o zurda, pero la realidad es que es frecuente que se presente la lateralidad cruzada en cualquiera de sus variantes. Para el proceso para determinar la lateralidad auditiva es más complejo, existiendo la prueba de *Escucha Dicótica de Broadbent*, tema en el que no podemos entrar ahora.

En consecuencia, para aplicar de la forma más directa y sencilla la técnica del TEID®, trabajaremos con la mano izquierda si el sujeto es diestro, o la derecha si es zurdo, diciéndole lo siguiente:

"Ahora, hágase consciente de las diferentes sensaciones que puede percibir en cada uno de los dedos. Notará que uno de ellos se mueve con más facilidad, espontaneidad. Permita que el movimiento se manifieste libremente en ese dedo."

Normalmente, por razones anatómicas, el dedo que más frecuentemente se mueve es el correspondiente índice. Puede darse el caso, aunque no es frecuente, de que escoja dos o más dedos. En cualquier caso, una vez establecida la movilidad del dedo, o dedos, que

el paciente haya escogido -al principio será un leve temblor y segundos después, un discreto movimiento reflejo, más claro y definido- le diremos:

"A partir de este momento este dedo se moverá y vibrará de forma cada vez más espontánea, refleja, para indicar cualquier sensación o imagen que surja durante el proceso hipnótico que vamos a desarrollar mediante la técnica del TEID®."

En el caso de que el sujeto no desarrolle con facilidad la respuesta ideomotora de uno de los dedos de la mano no dominante, una buena alternativa es inducirle a desarrollar una respuesta ideomotora de esa misma mano en conjunto, siempre que se trate de una reacción refleja, espontánea, que pueda ir sincronizando con las imágenes ideorretinales que vayan surgiendo.

Lo importante, para el desarrollo posterior de los efectos poshipnóticos del TEID® en la vida diaria, es que la reacción ideomotora de que se trate (ya de un dedo, o de la mano en su conjunto), además de su carácter reflejo sea discreta - para no llamar la atención y que el sujeto la pueda activar libremente- y habiendo sido debidamente condicionada, sincronizándola sistemáticamente con la afloración de las imágenes que surgen a lo largo del proceso ideorretinal de nuestra técnica.

En este punto, es interesante que realicemos un inciso: En el caso de las personas ambidiestras (dominancia manual equiparable en

una y otra mano), procederemos de manera similar, pero trabajando con las dos manos a fin de establecer el dedo dominante que utilizaremos en lo sucesivo *como respuesta ideomotora*. Por cierto, queremos hacer notar que en nuestra práctica de la hipnosis nos hemos encontrado que las personas ambidiestras tienden a ser mejores sujetos hipnóticos, más sensibles y creativos, que quienes tienen una dominancia manual definida, sea zurda o diestra.

Como advertimos al principio de este apartado, el establecimiento de la respuesta *ideomotora*, tal como acabamos de explicar, será de gran utilidad tanto para el desarrollo del estado de trance mediante el TEID® como su aplicación poshipnótica en la vida diaria, estableciendo así una continuidad en la práctica con la Técnica de las Imágenes Ideorretinales (TEID®).

Según nuestra experiencia, la activación de la respuesta -o bien, respuestas- ideomotora, *de forma discreta y sobre la marcha y en la mayoría de las actividades de la vida diaria* que se establece mediante la técnica del TEID® es, en muchos casos, más operativa y eficiente que la práctica habitual de recomendar al paciente que se aísla para practicar media hora de relajación hipnótica. *Consideramos mucho más eficaz y auténtica la activación ideomotora sobre la marcha*, previamente condicionada mediante el TEID® al mismo tiempo que se está realizando cualquier actividad cotidiana, con la salvedad de cuando se está manejando maquinaria peligrosa que requiere la plena

atención, como lo es conducir un coche.

5) Cómo se desarrolla la terapia con el TEID®: Sus fases. (5)

Como en cualquier terapia, el primer paso consiste en realizar un diagnóstico del problema a tratar mediante el proceso hipnótico, fijar los objetivos a conseguir e indagar el grado de motivación del paciente. Es importante aclararle que es necesaria su *implicación y colaboración* en el proceso terapéutico. Advertimos este último punto porque hemos comprobado en bastantes casos que cuando se va a emplear la hipnosis, en cualquiera de sus variantes técnicas, muchos pacientes guardan la secreta y cómoda creencia de que el profesional que utiliza la hipnosis *lo hará todo, sin mayor esfuerzo*.

Es importante detectar y desactivar desde el principio de la terapia tal creencia, sobre todo cuando se va a aplicar en la terapia el TEID®. La razón se debe a que, precisamente esta técnica recurre a unos procesos psicológicos –las *imágenes ideorretinales*, como explicamos anteriormente– de naturaleza espontánea e involuntaria que, en general, se hallan lejos de la dinámica de las *sugerencias intencionales* que suelen emplearse en la hipnosis clásica.

Por otra parte, y siempre en nuestra experiencia con el TEID®, se trata de una técnica especialmente indicada para la terapia de tiempo limitado, alrededor de unas 12 sesiones o 3 meses. Aunque no siempre sea posible, en muchos casos una

terapia con un tempo conformado con flexibilidad desde el principio –sabiendo cuándo comienza y, aproximadamente, cuándo termina– suele redundar en un mejor provecho del esfuerzo terapéutico. En términos generales, si pasados 3 meses de terapia, con cualquier técnica hipnótica, no se logran progresos significativos, lo más aconsejable es emprender otros caminos.

La Técnica de las Imágenes Ideorretinales (TEID®), tal como la aplicamos en la actualidad, comienza simplemente cuando le pedimos al sujeto que cierre suavemente los ojos y preste atención al campo visual interno que se le despliega con naturalidad y que un paciente denominó con acierto el *firmamento estrellado*.

Le podemos decir al paciente:

"Con los ojos cerrados, fíjese en el espacio interior. Seguramente percibirá una multitud de puntos brillantes sobre el fondo oscuro. Cuando los perciba, como indicación, deje que se produzca la respuesta ideomotora que hemos activado al principio."

Una vez se haya producido la respuesta ideomotora, que se suele producir en breve tiempo, pasaremos a la siguiente fase, caracterizada por la aparición de las *imágenes ideorretinales*.

Conviene, sin embargo, realizar tres advertencias:

a) Si bien lo habitual es que, una vez efectuado el cierre ocular, el

paciente perciba los *puntos brillantes* sobre el fondo oscuro en su campo visual interno, también es hasta cierto punto frecuente –en sujetos más extravertidos y emotivos- que en su lugar perciba *manchas o nubes* que se van modificando y desplazando, adoptando diversas formas, o incluso apareciendo *imágenes ideorretinales* de formas concretas.

b) Determinadas personas (generalmente caracterizadas por su rigidez mental y falta de imaginación) manifiestan no ver absolutamente nada. Sin embargo, suele darse la curiosa coincidencia de que esos mismos pacientes, o sujetos de experimentación, tienden a caer –y a pesar de ello, en un profundo estado de trance hipnótico del que emergen al despertar con una notable amnesia de lo que se les ha dicho o ha sucedido durante la sesión.

Continuando con esta primera fase del TEID®, el *firmamento estrellado*, es oportuno citar al respecto nuestra observación en el trabajo inicial que publicamos sobre el tema:

"... del análisis realizado por Rudolf Arnheim (1980) en su obra 'Hacia una psicología del Arte. Arte y entropía', (Alianza) es la textura que implica una figura punteada, haciendo notar que la convexidad favorece la figura, la concavidad el fondo."

O lo que es lo mismo en esta primera fase, el *contraste visual y relieve* entre el plano de la multitud de puntos brillantes sobre la concavidad del fondo oscuro.

Una vez experimentada por el paciente esta primera fase, con la correspondiente señalización ideomotora, pasamos a la siguiente y principal del TEID® que viene marcada por la *emergencia involuntaria de las imágenes ideorretinales*.

Para abordar esta segunda fase, le podremos decir al paciente:

"A continuación, siga contemplando los puntos brillantes (o el firmamento estrellado). Observará que se producen de manera constante una serie de fluctuaciones y ese firmamento va cambiando de forma... Si aparece alguna forma que capte especialmente su atención, permita que surja la respuesta ideomotora... En cualquier momento, observará que los puntos brillantes se irán agrupando hasta formar imágenes concretas de cualquier tipo... son las imágenes ideorretinales que provocarán nuevas respuestas ideomotoras..."

Una vez el paciente ha adquirido cierta práctica con la Técnica de las Imágenes Ideorretinales (TEID®), lo que suele conseguirse con bastante facilidad, logrando con frecuencia imágenes ideorretinales más concretas, podremos pasar a la tercera fase.

Esta tercera fase es la que entraña mayor importancia terapéutica. La razón se debe a que se le va a sugerir al paciente que a partir de ese momento las imágenes

ideorretinales que van a aparecer espontáneamente tendrán relación, de una u otra forma, con la *solución o mejora* del problema por el que solicita terapia, o bien con cualquier otro propósito, como puede ser el desarrollo de la creatividad, la mejora de las condiciones mentales (concentración, memoria), etc.

Para abordar esta fase, y adaptándola a cada caso concreto, recomendamos impartirle al paciente sugerencias como las que siguen:

"A continuación las imágenes ideorretinales que se le presenten van a tener una relación... una conexión... más íntima con el motivo de su consulta...

Serán imágenes ideorretinales que también aparecerán de forma involuntaria y que directa o inconscientemente con el tema X que usted desea abordar y mejorar... a partir de ahora, cuando cualquier imagen le llame la atención de forma especial, aunque no sepa por qué, deje que le guíe su intuición y permita que surja la correspondiente respuesta ideomotora para señalar su aparición ...

Así irá comprobando espontáneamente que X (motivo de consulta) va mejorando. Esto se debe a que de la misma forma que X no lo puede controlar, tampoco puede controlar las imágenes que van aflorando. Con la diferencia de que estas imágenes ideorretinales son de naturaleza curativa y en la medida que también les

acompañan las respuestas ideomotoras su efecto será mayor."

Un inciso sobre los casos que hemos comentado más arriba (muy pocos en nuestra experiencia, pero curiosos) que manifiestan no ver absolutamente nada. Obviamente con ellos no se puede seguir el procedimiento habitual que estamos describiendo a propósito del TEID®. Con estos pacientes o sujetos de experimentación, la mejor táctica es decirles algo similar a lo que sigue:

"Muy bien... Con los ojos suavemente cerrados céntrese en... 'no ver absolutamente nada'... como si estuviera flotando en su interior... y notará en ocasiones, por algún motivo, que le brota el movimiento de la respuesta ideomotora... sin saber por qué... y ese movimiento tendrá relación con la mejoría en X."

Como ya hemos señalado, suele tratarse de personas con escasa imaginación, y esquemas mentales de cierta pobreza y rigidez. Y en efecto, es frecuente que desarrollen un estado de trance paradójicamente intenso del que despiertan con cierta dificultad y con amnesia poshipnótica. Ahora bien, si tampoco se consigue la realización de las respuestas ideomotoras durante el trance, lo mejor es emplear con ellos técnicas hipnóticas tradicionales o cualquier otro tipo de enfoque terapéutico.

Finalmente, antes de terminar la sesión con el TEID® es importante impartirle al paciente *sugerencias*

posthipnóticas relacionadas con las respuestas ideomotoras como explicamos a continuación:

"Ya, en breves minutos, va a despertar de su estado de trance... Hemos realizado una excelente labor con las imágenes ideoorretinales que han surgido a lo largo del proceso ideoorretinal, sincronizadas (o acompañadas) por las respuestas ideomotoras..."

"A partir de ahora... cuando despierte... su sensibilidad recordará las respuestas ideomotoras... sin necesidad de recordar las imágenes ideoorretinales que las han provocado..."

"Estas respuestas ideomotoras surgirán... discretamente y con frecuencia... a lo largo de su vida diaria, sobre la marcha... con un sentimiento agradable en sí mismas... En combinación con la actividad que esté desarrollando en ese momento: Andar, moverse de cualquier forma, hablar y comunicarse con otras personas, escuchar música, leer o escribir, etc..."

"Y cada vez que le sobrevengan estas respuestas ideomotoras... sentirá una mayor sensación de bienestar y mejoría en X..."

Una vez ha concluido cada sesión con el TEID® es aconsejable:

a) Pedirle al paciente realice dibujos de las imágenes ideoorretinales que ha visto durante la sesión. Esta medida es muy interesante porque la experiencia nos enseña que de

esta forma se favorece la producción, siempre espontánea, de otras imágenes de la misma naturaleza en sesiones posteriores, así como su vinculación emocional con ellas. Expresado de otra forma, plasmar estas imágenes en dibujos – aunque sean esquemáticos, y con todas las limitaciones que tenga este procedimiento- favorece el proceso ideoorretinal en el desarrollo de la terapia mediante el TEID®. Ejemplos de estos dibujos –ejecutados por pacientes y sujetos de experimentación-, así como de imágenes virtuales que dan una idea bastante aproximada del estilo visual con el que se presentan internamente las imágenes ideoorretinales las hemos expuesto en dos publicaciones anteriores. (6) y (7).

b) Por la misma razón, es interesante aplicarle al paciente, sobre todo al final de las primeras sesiones con el TEID®, el *Cuestionario Imágenes Ideorretinales* que elaboramos al efecto (8) y que, además, nos permite un seguimiento más preciso sesión a sesión.

6) Aplicaciones clínicas del TEID® (9)

Tratándose el TEID® de una técnica muy flexible, sus aplicaciones terapéuticas son numerosas y con facilidad de adaptación a cada caso concreto.

Debemos advertir, sin embargo, que en el estado actual de su desarrollo –como, por lo demás sucede con la hipnosis clínica en general- desaconsejamos su utilización en

casos de enfermedades y lesiones neurológicas cerebrales, así como estados límite y trastornos psicóticos.

Hasta la fecha, hemos aplicado la Técnica de las Imágenes Ideorretinales (TEID®) en diversos problemas de ansiedad, particularmente los siguientes problemas:

- Timidez, fobia social y problemas de comunicación en las relaciones humanas en general. El TEID® se muestra particularmente eficaz, con excelentes resultados, especialmente en el tratamiento de la timidez en mujeres. La fobia social, y siempre en nuestra experiencia, se presenta con mucha mayor frecuencia en hombres, tratándose de una dificultad muy superior a los problemas en los que el motivo de consulta y terapia es la timidez y requiriendo -en estos casos de fobia social- un tratamiento más largo, aunque con el proceso ideorretinal se pueden asimismo lograr buenos resultados para el control de la ansiedad social.

- Disfunciones sexuales: Disfunción eréctil, eyaculación precoz, deseo sexual inhibido (DSI), anorgasmia y vaginismo secundario (a raíz de experiencias traumáticas derivadas de abusos y agresiones sexuales). En los casos de disfunciones sexuales en hombres - particularmente la disfunción eréctil o impotencia- suele ser sentida con notable ansiedad anticipatoria, como también la eyaculación precoz. Al no poder controlarlas, el paciente que las experimenta se ve envuelto en una dinámica obsesiva de la que le resulta muy difícil salir. En este

sentido, cuando se logra conectar estas disfunciones u otras con la incontrolabilidad del proceso ideorretinal que implica el TEID®, se le abre un camino alternativo para aliviar su ansiedad y encontrar otras posibilidades para mejorar su estado de ánimo e incrementar su seguridad en el plano sexual.

En cuanto a las mujeres, suelen reaccionar ante su disfunción -sobre todo en los casos de bajo deseo sexual- con resignación y un cuadro depresivo. El vaginismo secundario suele estar asociado a experiencias que han provocado un cuadro de estrés postraumático. En términos generales, hemos observado que el hombre tiende a disfunciones más endógenas, autónomas y directamente derivadas de sus problemas psicológicos, en tanto que las que presentan las mujeres suelen ser de tipo relacional. De hecho, en los casos de bajo deseo sexual en nuestra práctica del TEID® tendemos a enfocar el tratamiento no tanto hacia su problemática sexual, sino a la mejora de sus habilidades sociales: con frecuencia hemos comprobado que cuando la mujer cambia de pareja su inapetencia sexual se resuelve con sorprendente facilidad, aunque llevase a sí largo tiempo.

- Cuadros depresivos. Particularmente, tratamos con buen resultado (exclusivamente con la técnica del TEID®) un grave caso de depresión por duelo de una mujer a raíz del fallecimiento de su hijo, aquejado de una grave enfermedad neurológica.

- Analgesia. En este punto, queremos subrayar la importancia

de las respuestas ideomotoras, activadas en la vida diaria para producir el efecto analgésico en problemas de fibromialgia, neuralgias o problemas dentales.

- Insomnio. El TEID® se ha revelado como una excelente técnica para tratar cuadros de insomnio. En este punto, hay que dejar claro que la estrategia más acertada, no es abordar directamente la necesidad de dormir. En general, aconsejamos el siguiente proceder, en dos fases:

- a) Ya en la cama y a oscuras, el sujeto se dejará invadir, sin ninguna intención especial, por las primeras fases del TEID® (el "firmamento estrellado" y las imágenes ideo-retinianas que vayan surgiendo).
 - b) A continuación, se centrará en desarrollar un estado de bienestar (despreocupándose de la necesidad de sueño) asegurándose que las siguientes imágenes ideo-retinianas que afloren favorecerán dicha vivencia agradable. En nuestra experiencia, es importante que se active a cada nueva imagen la respuesta ideomotora. Tal proceder suele favorecer, para sorpresa posterior de las personas que así lo practican, un sueño reparador.
- En la actualidad, estamos realizando diversas investigaciones en relación al alcance que pueda tener la técnica del TEID® en el

tema de la relación cuerpo-mente en aspectos como:

EPOC (y en concreto, ronquidos).

Mareos y vértigos.

Fibromialgia. En este punto tenemos el proyecto de aplicar específicamente la técnica del TEID® a casos de fibromialgia. Sobre el tratamiento de la fibromialgia mediante hipnosis existe una interesante bibliografía que adjuntamos. (10) y (11)

- Queremos asimismo llamar la atención sobre la gran utilidad que puede tener el TEID® como forma de autoterapia en nuestros contextos clínicos pues –como es sabido, aunque escasamente comentado aún entre profesionales de la salud mental- el estrés y coste emocional que nos supone el ejercicio de nuestro ejercicio clínico nos hace muy necesario recurrir por nuestra cuenta a todo un arsenal terapéutico que nos sirva de reparación interna. Dicho lo anterior, en combinación con apoyo psicológico y emocional que nos pueda brindar periódicamente la relación terapéutica de apoyo con otros colegas. Por ello animamos a los profesionales de la salud mental – para su propio beneficio- a conocer de manera fiable la técnica del TEID®, en lo que tiene de valor terapéutico, en todos los sentidos que venimos comentando, su verdad y autenticidad.

-Como último apunte, queremos subrayar que la Técnica de las Imágenes Ideorretinianas (TEID®), y más allá de sus aplicaciones terapéuticas, constituye por sí

misma un excelente medio para el desarrollo de las facultades mentales, y en concreto, la concentración -con una eficacia similar a la de determinadas técnicas del Yoga y otros métodos de meditación-, la memoria - particularmente la memoria a corto plazo- y en términos más amplios, favoreciendo asimismo procesos creativos (12) en combinación con la característica espontaneidad e imprevisibilidad del proceso ideo-retinal sincronizado con las respuestas ideomotoras.

Referencias bibliográficas

1. Ramos Gascón, C. (2000). Hipnosis y psicoterapia. Ed. EDAF. Madrid.
2. Ramos Gascón, C. (2000). Op. Cit., p. 24.
3. Ramos Gascón, C. (2000). Op. Cit., p. 76 ss.
4. Santos Leal, M. (VVAA). (2012). Hipnosis en la Práctica Clínica. Volumen I: Técnicas generales. Cap. 10: Fenómenos hipnóticos de naturaleza motora. P. 197 ss. Ed. EOS Psicología. Madrid.
5. Ramos Gascón, C. (VVAA). (2014). Hipnosis en la Práctica Clínica. Volumen II. Cap. 11: La Técnica de las Imágenes Ideorretinales. P. 267 ss. Ed. EOS Psicología. Madrid. (2022).-(2022). Deconstruyendo la hipnosis. Sociedad Hipnológica Científica. Madrid. -(2023). Variaciones en torno a la hipnosis clínica y la creatividad. Sociedad Hipnológica Científica. Madrid.
6. Ramos Gascón, C. (VVAA). (2014). Op. Cit. P. 281 ss.
7. Ramos Gascón, C. (2023). Variaciones en torno a la hipnosis clínica y la creatividad. Sociedad Hipnológica Científica.
8. Ramos Gascón, C. (VVAA). (2014). Op. Cit. P. 290 ss.
9. Ramos Gascón, C. (2000). Op. Cit. - (2014). Op. Cit. Cap. 11.
10. Cuadros, J. y Vargas, M. (2009). Protocolo para el tratamiento de fibromialgia mediante el proceso creativo de 4 estadios. Sociedad Hipnológica Científica. Madrid. Cuadros, J. et al. (2010). Nuevo enfoque Mente-Cuerpo para la curación total de la fibromialgia. Seguimiento a los 4 años de un reporte de caso. Sociedad Hipnológica Científica. Madrid. Cuadros, J. (2017). Reseña Fibromialgia e Hipnosis. Sociedad Hipnológica Científica.
11. Pérez Hidalgo, I. et al. (2010). Tratamiento de fibromialgia mediante hipnosis. Sociedad Hipnológica Científica. Madrid.
12. Ramos Gascón, C.: Variaciones en torno a la hipnosis clínica y la creatividad. Sociedad Hipnológica Científica. Madrid.

Carlos Ramos Gascón

Psicólogo clínico. Hipnoterapeuta, grafólogo y escritor. Vicepresidente por Madrid de la Sociedad Española de Grafología. Miembro de la Sociedad Hipnológica Científica.



La relación psicoterapéutica que sana

Consuelo C. Casula

Premisa

El objetivo de este artículo es identificar algunos ingredientes que transforman la relación terapéutica en una relación curativa necesaria para ayudar a los pacientes a ayudarse a sí mismos.

Estos ingredientes han sido identificados desde el siglo XVIII por numerosas investigaciones destinadas a comprender lo que hace que la psicoterapia sea eficaz, independientemente del enfoque terapéutico.

Así, la investigación ha demostrado que la eficacia terapéutica viene dada no por el enfoque adoptado, sino por cómo se comporta el terapeuta con cada cliente individual, por una actitud de confianza, respeto y esperanza de resolver el problema. El terapeuta, a través de la comunicación verbal y analógica para conectar la mente consciente e inconsciente, crea confianza cuando escucha a sus pacientes con interés compartido; muestra respeto al aceptar también su vulnerabilidad; refuerza la esperanza en una actividad de empoderamiento (Casula C., 2011).

El cliente siente que puede confiar en el terapeuta cuando tiene la sensación de ser aceptado y comprendido, cuando percibe la sintonía del terapeuta en quien confía y a cuyos cuidados se encomienda. Una vez ganada la confianza, el terapeuta la mantiene resonando con las emociones de los

clientes, calmándoles cuando es necesario, ayudándoles a mejorar sus funciones ejecutivas, y mitigando el miedo al futuro (Porges S.W., 2014).

En general, los terapeutas expertos son también sensibles al cuidado de la relación: conocen la importancia de la congruencia entre comunicación verbal y analógica, experimentan la relevancia de la agudeza perceptiva y la fluidez lingüística. Son estos ingredientes, entre otros que veremos en el texto, los que fortalecen la relación y facilitan la consecución del objetivo terapéutico.

El artículo, tras un breve análisis de las investigaciones que atestiguan la importancia de la atención relacional, examina sus ingredientes esenciales e introduce la hipnosis ericksoniana, esbozando algunas características de su contribución específica a la atención relacional.

1. La relación terapéutica eficaz y la atención relacional: sugerión e imaginación

Uno de los primeros casos en los que se descubrió que la relación entre el terapeuta y el cliente es fundamental se refiere al magnetismo de Franz Mesmer, que consistía en obtener efectos terapéuticos gracias a la aplicación de imanes en partes enfermas del cuerpo del paciente.

En 1784, una comisión de la Real Academia de Ciencias encargada por

el rey Luis XVI de Francia de examinar el fenómeno del magnetismo, descubrió que no eran los imanes los que curaban sino el proceso psíquico relacionado con las sugerencias enviadas por Mesmer que despertaban la imaginación de los clientes. A los experimentos de Mesmer sobre el magnetismo se debe el descubrimiento del inconsciente (Ellenberg, 1936).

Desde entonces, otras numerosas investigaciones han confirmado que la eficacia del tratamiento psicoterapéutico no viene dada por la disciplina o por los métodos utilizados, sino por la relación que el clínico establece y mantiene con el cliente que se dirige a él con confianza.

Es con Hippolyte Bernheim y la escuela de Nancy que la sugerión se considera un fenómeno natural, sin relación con la patología anteriormente atribuida a la sugestionabilidad de los clientes.

Para los adeptos de la escuela de Nancy, los fenómenos de sugerión se caracterizan por la falta de conciencia del cliente.

Posteriormente, el neurólogo Pierre Janet define la sugerión como la influencia que una persona ejerce sobre otra, sin la mediación del consentimiento voluntario. Esta sencilla definición también podría atribuirse a los expertos en manipulación que, con habilidades comunicativas, consiguen obtener del interlocutor algo que les beneficia en detrimento de la ventaja del manipulado. En cambio, la sugerión ejercida por el terapeuta tiene lugar en el ámbito

clínico y está orientada al bienestar del cliente. El objetivo del terapeuta es ayudar al cliente a sentirse mejor de lo que estaba antes de acudir a él.

Pierre Janet sostiene que tanto la percepción externa como la propiocepción se refieren a una experiencia terapéutica de quien es capaz de deliberar y elegir (Janet, 1889). Según Janet, la autoconciencia tiene una capacidad limitada y es incapaz de gobernar ni la voluntad ni las decisiones, sino sólo las formas inferiores y automáticas. William James cree que la psicoterapia ofrece a los clientes la capacidad de cambiar cultivando en ellos la esperanza revolucionaria y el sentido de la responsabilidad (Short, 2019). En un artículo sobre la carga de la responsabilidad en la psicoterapia eficaz, Milton Erickson también sostiene que el terapeuta debe transferir al cliente la responsabilidad tanto de la definición del problema como de los resultados que le gustaría alcanzar, ofreciéndole la oportunidad de ejercer su libre elección. De este modo, Erickson enviaba indirectamente su sugerencia más importante: el cambio es posible y está en sus manos.

Saul Rosenzweig (1936) también descubre que en la base de la eficacia de las diversas formas de psicoterapia está la influencia de factores implícitos y no verbalizados, como la catarsis, la personalidad del terapeuta, su ideología respecto a la formulación alternativa de los acontecimientos psicológicos y la interdependencia de los factores de personalidad.

A lo largo de los años, la investigación sobre la naturaleza del poder terapéutico se ha ido desplazando cada vez más hacia la observación de la personalidad del terapeuta, su coherencia formal y su capacidad para leer creativamente los acontecimientos psicológicos interdependientes con la organización de la personalidad del cliente. El impacto de la relación asistencial se sirve de prácticas colaborativas, en las que la experiencia interpersonal con el terapeuta se convierte en correctiva en sí misma, también gracias a procesos de identificación o asimilación a sus esquemas cognitivos en el pacto para el cambio y en la modificación de los esquemas de apego a través de la alianza terapéutica.

La relación de cuidados ofrece experiencias emocionales correctivas (Franz Alexander, 1946) que curan las heridas relacionales debidas a vínculos inseguros, negligencia, abuso, desapego emocional de los cuidadores. La relación curativa ofrece al cliente la oportunidad de descubrir que, por un lado, se le puede reconocer y aceptar por lo que es y, al mismo tiempo, se le ayuda a sacar a la luz las mejores partes de sí mismo, precisamente las que antes se habían descuidado o ignorado. La relación asistencial modifica actitudes y comportamientos disfuncionales previamente basados en la desconfianza y el recelo y permite experimentar la calidez de la confianza mutua gracias a la regulación afectiva y fiable con el terapeuta. El terapeuta que cuida la relación reconoce el valor de implicarse, de abrirse a comprender

al otro en su complejidad psicológica, en sus zonas de luz y de sombra, en su ambigüedad y ambivalencia, en sus vacilaciones y dudas. La relación asistencial se convierte en la base de la atención al cliente que sólo se consigue con quien colabora y está motivado para lograr su propio bienestar evolutivo.

Bruce Wampold (2015), también sostiene que la eficacia de un terapeuta es independiente de su orientación. Para Wampold, los factores que tienen en común los terapeutas eficaces crean un vínculo emocionalmente fuerte con el cliente, que se fortalece en el entorno asistencial coherente con la terapia, y con dar explicaciones psicológicamente conectadas con el problema, adaptables, comprendidas y aceptadas por el cliente.

Scott Miller en su investigación descubre que los terapeutas más apreciados por sus pacientes son los que piden *feedback*. No sólo al final de cada sesión, con un cuestionario escrito, sino también durante cada sesión con preguntas como: "¿Qué reflexiones le han surgido tras nuestro encuentro anterior?"; "¿Hay algo que le hubiera gustado contarme pero que por alguna razón no ha podido y le gustaría decirme hoy?"; "¿Qué efecto ha tenido mi intervención en usted?"; "¿Tiene sentido para usted lo que le he dicho?". O, antes de terminar la reunión, hacen preguntas como: "Hoy, ¿habrías preferido que hubiéramos tratado otro tema?"; "¿Ha habido algún comportamiento mío que no te haya gustado?"; "¿Tienes ya una idea del tema que te gustaría tratar en la próxima sesión?" (Miller, 2006).

En la misma línea, a los psicoterapeutas que deseen mejorar su relación con los pacientes, Tony Rousmaniere les sugiere una práctica deliberada que consiste en seleccionar algunas frases dirigidas a pacientes de los que se ha comprobado que tienen poca empatía y sustituirlas por frases alternativas que muestren empatía afectiva y comprensión cognitiva, hasta que las nuevas frases se incorporen para que surjan espontáneamente en el futuro. Rousmaniere sugiere recitar las nuevas frases eligiendo las palabras y los tonos más adecuados una y otra vez con variaciones hasta obtener un resultado satisfactorio. En sus libros también sugiere prácticas de entrenamiento para la lectura de emociones a través del visionado de películas (Rousmaniere 2016).

En cuanto a la importancia de pedir *feedback* al cliente, recuerdo que al día siguiente de una sesión en la que me di cuenta de que había estimulado la susceptibilidad del cliente, éste me escribió un mensaje informándome de que estaba desorientado desde la última sesión y que prefería tomarse un descanso para reflexionar. Aproximadamente un mes después, le escribo al cliente pidiéndole una sesión para que me ayude a averiguar qué le pasaba. Durante esta sesión el cliente me dice que su desorientación se debía a haberme percibido como un aliado de su pareja, en su contra. Recuperamos juntos los recuerdos de las frases intercambiadas. Mi memoria se remonta a cuando él dijo que esa noche no quería hacer el amor con su pareja porque le daba asco. Reacciono diciéndole que

esa expresión fue fuerte y que lo adecuado hubiera sido que no revelara esos sentimientos que podrían haber humillado a su pareja. La versión del cliente es que había utilizado esas palabras, pero que no era tan estúpido como para revelar lo que me había explicado. Básicamente, había advertido que yo quería proteger a su pareja, en lugar de ayudarle a defenderse mejor de las manipulaciones erótico-afectivas de ésta.

2. Características de los terapeutas experimentados

Los terapeutas experimentados son capaces de establecer una relación colaborativa, de cultivar la alianza terapéutica con una amplia gama de clientes, no sólo con clientes fáciles, motivados y seguros de sí mismos, sino también con agresivos, desafiantes y antisociales. Los terapeutas eficaces tienen una notable fluidez y soltura lingüística, son hábiles en la reformulación y reestructuración de palabras y frases, capaces de describir el trastorno con palabras sencillas y claras, de explicar la lógica del tratamiento con una síntesis de unas pocas frases precisas y coherentes.

Los terapeutas eficaces han desarrollado tanto la inteligencia emocional intrapsíquica como la interpersonal. La intrapsíquica les ayuda a definir atribuyendo nombres precisos a las sensaciones y emociones, a reconocer su pertinencia y función, a atenuarlas si son demasiado intensas y a suavizarlas si son inadecuadas al contexto. La inteligencia emocional interpersonal les ayuda a leer los estados emocionales de los clientes

incluso cuando los simulan o intentan ocultarlos, cuando reprimen algunas emociones que no han aprendido a expresar de forma funcional y constructiva. O cuando nombran ciertas emociones sin sentirlas, sin reconocer sus matices sensoriales, sabor, olor, colores y calor, localización en el cuerpo.

Un buen terapeuta es capaz de resonar con las emociones del cliente sin contagiarse de ellas, sabe soportar incluso los sentimientos negativos suscitados por el cliente sin deshacerse precipitadamente de ellos y manteniendo la sana distancia del papel indispensable para ayudar al cliente a ser más inteligente emocionalmente. Se conmueve, siente compasión, ira, disgusto, decepción, culpa, gratitud, separando cada vez la cuota inducida por el cliente de la evocada visceralmente por su propia herida aún no suficientemente elaborada. Típico es el caso de un cliente que acude a un terapeuta por un duelo que aún no ha elaborado el suyo.

El terapeuta eficaz no se limita a los conocimientos de la disciplina en la que está especializado, sino que mantiene la curiosidad y sigue actualizándose explorando también las aportaciones de otros enfoques. Dirige su atención al estudio de las experiencias interpersonales, cómo éstas moldean el desarrollo del cerebro y sus conexiones nerviosas a través de las cuales la mente desarrolla la capacidad de procesar con precisión la nueva información. Plasticidad psicobiológica significa maleabilidad general y agilidad tanto física como imaginativa: susceptibilidad a las influencias externas, apertura mental tanto en

el ámbito cognitivo como en el emocional.

3. Ingredientes básicos de la relación terapéutica que sana

Entre los numerosos factores que sientan las bases de la relación terapéutica, podemos situar en primer plano la negociación sobre los objetivos terapéuticos y la definición de las responsabilidades del paciente. Otros elementos que caracterizan el tratamiento de la relación y que me limitaré a presentar aquí son el entorno, el momento y el lugar del tratamiento, la alianza terapéutica, la confianza mutua, la empatía, la flexibilidad del terapeuta y la identidad del paciente. Todas ellas son formas de hacer que el cliente se sienta seguro, escuchado, visto, respetado, acogido y ayudado a resolver sus problemas. Con estas bases, el cliente se siente situado en el centro de atención, empieza a sentirse a gusto, en un lugar seguro desde el que puede explorar un mundo nuevo, y se prepara para buscar la integración entre sus partes consciente e inconsciente, reparar viejas heridas y construir un locus de control interno.

A este respecto, se me ocurre el caso de una clienta que, en los primeros días de enero de 2023, me expresó su gratitud. Por fin, después de tres años de convivencia con su nueva pareja, había conseguido pasar la Nochebuena con la familia de él. En años anteriores, mi clienta pasaba la Nochebuena con su hermana, mientras que su pareja estaba en casa de su hermano, donde también estaba su exmujer. ¿De qué me da las gracias en

concreto, le pregunto a la cliente? Del hecho de que, en las primeras sesiones, durante la fase de negociación de los objetivos terapéuticos, ella había expresado el deseo de que su pareja ya no pasara la Nochebuena con su exmujer. A esto yo había comentado que esa formulación de objetivos no le concernía directamente: ella deseaba que ya no sucediera algo que hasta ese momento había sucedido por tradición decenal en la familia de su actual pareja. Sugiero a la cliente que, en su lugar, exprese algo para sí misma y le pregunto cómo le gustaría pasar las Navidades de 2022. La cliente se toma un tiempo para ponerse en contacto con sus deseos más profundos. Cuando le pregunto si le gustaría que la invitaran a casa del hermano de su pareja en Nochebuena, responde con un rápido "sí, por supuesto". Pero antes no se había atrevido a decirlo ni siquiera a sí misma, en voz baja. Cuando hipoteticé ese nuevo escenario, la cliente pudo reconocer la legitimidad de su deseo de pertenecer a la familia de su pareja y su papel en su pareja. Un suave empujón para una redefinición clara de los objetivos que promovió un cambio importante para la cliente por el que quiso darme las gracias.

3.1 El setting

Cada enfoque psicoterapéutico da indicaciones específicas sobre el *setting*, ese lugar físico donde tiene lugar el encuentro entre terapeuta y cliente que se convierte también en un lugar mental de fantasías y proyecciones por parte de ambos actores implicados y, sobre todo, en un lugar seguro donde el cliente

experimenta los primeros pasos hacia el cambio. El *setting* es algo "no dicho" presente en el *hic et nunc* de cada encuentro, con sus ritos y rituales de principio y fin: proporciona un marco espacio-temporal que contiene una dimensión lógica dentro de la cual se establecen algunas reglas relativas a las condiciones de connaturalidad del encuentro entre dos personas, entre un terapeuta y un cliente que pretenden llevar a cabo juntos un trabajo terapéutico. La lógica del *setting* define el conjunto de aspectos que regulan la relación terapéutica asimétrica y complementaria, los tiempos, la frecuencia de las sesiones, la duración de la terapia, el coste y la forma de pago, la naturaleza y las dimensiones del poder de los dos actores implicados.

El poder del terapeuta es reconocido y ratificado por el entorno, está ligado al papel de cuidado que ejerce con sus limitaciones deontológicas y personales; el poder del cliente está ligado a su derecho a resistir, a no aceptar interpretaciones arbitrarias o juicios subjetivos, a interrumpir cuando ya no está satisfecho. El cliente acude a terapia con una expectativa clara: la de tener una relación de cálida cercanía con el terapeuta que le ayude a alcanzar los objetivos acordados, que suelen referirse al bienestar y a la evolución personal y profesional.

En el *setting*, el terapeuta mantiene el contacto con la realidad del paso del tiempo, gobierna cualquier factor perturbador, o acontecimiento externo, evaluando cuáles pueden ser incorporados a la interacción

terapéutica por adhesión al contexto terapéutico, cuáles son desatendidos.

3.2 El momento y el lugar de la cura

El tiempo de tratamiento se basa en la relación variable entre el rendimiento profesional y la relación personal, entre Cronos y Kairòs. Cronos, dios del tiempo que marca objetivamente el paso del tiempo, garantiza el cumplimiento de los tiempos acordados para el inicio y el final de la reunión, la frecuencia y la duración. Kairòs en cambio, dios de la oportunidad y de la elección humana, genera ocasiones que hay que aprovechar con prontitud, ofrece episodios para elaborar que no terminan en una sesión, ofrece continuidad durante intervalos semanales o plurisemanales, sabiendo que el vínculo se mantiene incluso en la distancia. Kairòs valora el tiempo fraccionado, diluido según tiempos marcados tanto por las expectativas, necesidades, urgencias, deseos de los clientes, como por la receptividad y disponibilidad del terapeuta.

Si el tiempo de la terapia es un encuentro armonioso entre Cronos y Kairòs, el lugar del tratamiento es más Temenos que ágora, es más un recinto sagrado reservado y exclusivo que una plaza, un lugar abierto y accesible a todos donde cada uno tiene derecho a pasar deprisa y a detenerse cuanto quiera. En el Temenos de la consulta del terapeuta se ofician ritos de expiación y compensación, de reconocimiento de los propios deberes y reapropiación de los propios derechos, de despertar y renacer, un lugar de curación a

través de palabras benditas y benéficas, enfatizadas por miradas que acarician y gestos que contienen, subrayadas por pausas y silencios. Porque cuando las palabras ya no bastan, el terapeuta puede conceder breves pausas o largos silencios en los que propone al cliente escuchar su diálogo interno y ponerse en contacto con sus recursos y necesidades.

El momento y el lugar de la atención es un contexto en el que el cliente se siente visto, escuchado, acogido, con derecho a pedir lo que necesita y libre de tomar sus propias decisiones.

3.3 La alianza terapéutica

Para Edward Bordin (1979) la alianza terapéutica se basa en tres prácticas de colaboración: la negociación con respecto a los objetivos; el acuerdo sobre las tareas, competencias y responsabilidades respectivas y recíprocas; el desarrollo de la relación centrada en los sentimientos positivos mutuos, la confianza y el respeto. Con el compromiso de centrar sus energías en la consecución del objetivo acordado.

Cuando el cliente llega a terapia ya está motivado para crear una alianza, y espera un terapeuta que sepa acogerle con amabilidad y profesionalidad y desea esa consideración positiva incondicional como factor esencial para el cambio terapéutico (Rogers, 1974)

La expectativa y la motivación del cliente le llevan a elegir un terapeuta en el que pueda confiar.

Una vez elegido el terapeuta, el cliente está preparado para aceptar la posición de cliente y enfrentarse a una experiencia que a veces puede ser dolorosa, desafiante, a veces decepcionante, pero que vale la pena intentar. Será la experiencia terapéutica la que le permita vivir experiencias emocionales correctivas en las sesiones y, al mismo tiempo, reconocer en la vida real esas experiencias correctivas que preparan para el cambio.

Hablando de experiencias emocionalmente correctivas, recuerdo a una clienta que se sentía culpable por haber sido agresiva con el hombre al que amaba, que había reaccionado alejándose y no volviendo a saber de él. El orgullo de la clienta le impidió dar el primer paso de acercamiento y disculparse, temiendo su rechazo. Cuando la clienta declara que sigue estando agradecida al hombre que ama, aprovecho la ocasión y le propongo que le escriba una carta de agradecimiento. Ella lo hace, él responde y, al cabo de un tiempo, vuelven a verse.

El terapeuta experto es consciente del proceso de influencia recíproca y de las limitaciones de su papel asimétrico en el que debe mantener la distancia adecuada, ni demasiado cerca para no parecer demasiado amistoso, ni demasiado lejos para no ser percibido como frío y aséptico; ni demasiado dispuesto para no parecer complaciente, ni demasiado rígido para no ser evaluado como dogmático.

Los terapeutas que se ocupan de la relación desarrollan el pensamiento dialógico y la práctica colaborativa

para poner sus habilidades al servicio del cliente respetando sus necesidades y su dignidad, con gracia y gravitas. La gracia se caracteriza por la amabilidad de los modales, la ternura de la mirada, la suavidad de las palabras; la gravitas por la profundidad de las intervenciones terapéuticas centradas en las necesidades del cliente.

3.4 Confianza mutua

Cuando la alianza terapéutica se construye sobre una relación basada en el vínculo y la confianza, los pacientes empiezan a sentirse capacitados para utilizar sus puntos fuertes y sus recursos sin ignorar su vulnerabilidad. Pasan del guión de víctimas al de personas resilientes dispuestas a levantarse cada vez que caen, manteniendo viva su esperanza planificadora de poder contribuir a una vida mejor en un mundo mejor (Short, Casula, (2004)).

La atención al entorno y a la alianza terapéutica genera y refuerza la confianza, lo que a su vez ayuda a los pacientes a desarrollar la autonomía y a encontrar el locus de control interno que corrobora la autoestima y la autoeficacia, la independencia y la interdependencia. Los clientes que han confiado su sufrimiento al terapeuta y se han encomendado a sus cuidados también aprenden a confiar en sí mismos y a transformar los recursos que han despertado en competencia. De este modo, pueden abandonar gradualmente su anterior papel de víctimas para construir un nuevo plan de vida en el que adoptan el papel activo de solucionadores de

problemas. En este nuevo papel mejoran la capacidad de utilizar el pensamiento crítico y estratégico, apoyado en la imaginación creativa que planifica cómo promover y consolidar los cambios evolutivos.

Cada cliente descubre que en su interior hay capas de diversos dolores, algunos lejanos y remotos, otros recientes y cercanos. También descubre que entre las capas de heridas se esconden los recursos que se han desarrollado precisamente para curar las heridas. Al compartir sus dolores, los clientes cuentan una historia de sufrimiento, pero también de redención, de límites y vulnerabilidad, pero también de resiliencia y determinación. Algunos dolores pertenecen a la memoria de la mente, otros a la memoria del cuerpo, otros a la memoria del corazón (Levine, 2014; van Der Kolk, 2015). Los terapeutas acogen sin juzgar cualquier tipo de dolor, cualquier tipo de recuerdo traumático y devuelven amablemente a los pacientes la aceptación de lo que no se puede cambiar y la conciencia de que, durante y después de la terapia, pueden contar su historia con una nueva conciencia de los recursos emergidos que encuentra nuevas palabras endulzadas por emociones cálidas y suavizadas por pensamientos alentadores (Seigel, 2018).

La confianza estimula la curiosidad y la esperanza en el futuro, emociones epistémicas que inician un proceso de exploración y conocimiento del mundo circundante y que actúan como antídoto. La confianza es un antídoto contra la ansiedad, la

incertidumbre, la ambigüedad; la curiosidad es un antídoto contra el miedo y el estancamiento; la esperanza es un antídoto contra la impotencia y el engaño. Confianza, curiosidad y esperanza son ingredientes indispensables que nos animan a dejar lo seguro por lo incierto, a desear lo nuevo, a ir hacia lo desconocido, hacia la incertidumbre que toda apertura conlleva, a organizar programas alternativos, dispuestos a dejarse sorprender.

La confianza estimula la búsqueda para profundizar en el conocimiento de lo que ayuda a sentirse bien: para que los pacientes comprendan que reconocer las vulnerabilidades los lleva a aceptar también sus fortalezas; que situar el pasado en el pasado es una forma de sintonizar con el presente; que vivir plenamente el presente significa adquirir conciencia de que avanzan hacia ese yo futuro que van construyendo con sus propios tiempos y ritmos, paso a paso (Casula, 2017).

3.5 Empatía

Otro factor que caracteriza a la terapia como atención relacional tiene que ver con la empatía, sentir lo que siente el cliente, resonar con sus emociones, no simplemente con la pura compasión. La resonancia empática con el cliente tiene que ver con la sensibilidad y autenticidad del terapeuta y su disposición a comprender los pensamientos, emociones, preocupaciones desde el punto de vista del cliente. La empatía es adoptar la perspectiva del cliente, ver el mundo a través de sus ojos, alcanzar una comprensión

cognitiva, imaginar la experiencia perceptiva del cliente y mentalizar los significados que atribuye a lo que ocurre en él, en los demás y en el mundo. La empatía es también preocuparse, anticiparse a los riesgos y advertir al cliente, es ocuparse de su bienestar.

A este respecto, recuerdo a una clienta que vino a algunas sesiones durante las cuales intenté hacerle percibir el riesgo de seguir la estrategia que me estaba comunicando. Cada vez que expresaba mis dudas ella decía "Sí, lo sé". Unos meses después de nuestro último encuentro, me escribió un mensaje diciéndome que yo tenía razón en todo: había sucedido lo que yo había previsto, o incluso algo peor.

Por desgracia, a veces no conseguimos ayudar a algunos clientes.

Por último, la empatía es también alegría simpática: alegrarse por la felicidad, la satisfacción y el éxito del cliente. En este sentido, recuerdo el caso de un cliente que modestamente me informa que su empresa le ha dado un premio de 5.000 €. Le expreso mi felicidad, lo felicito, agrego que su esposa también estará feliz y le pregunto cómo se preparan para celebrar este merecido reconocimiento. El me mira un poco perplejo y me pregunta por qué estoy tan feliz. Le pregunto cuántas personas han sido premiadas junto con él: cuatro, responde. Y cuántos empleados trabajan en su empresa: poco menos de dos mil, responde. Le pregunto qué significado le da a estos números, cómo los evalúa,

¿qué significan para la empresa? Que hice un buen trabajo, reconoce. Después de un largo silencio añade: mi padre nunca me ha hecho un cumplido, nunca se ha interesado por mis resultados escolares, ni siquiera cuando me gradué con honores. Aquí hay otra experiencia emocional correctiva típica de la que habla Alexander.

Una relación afectuosa ayuda a desarrollar la autorregulación de emociones demasiado intensas y la capacidad de calmarse. El terapeuta transfiere habilidades terapéuticas a las manos y al corazón de los pacientes con tacto y ternura, para que puedan encontrar la energía proactiva que legitima una vida de autorrespeto y amor, requisito previo para respetar y amar también a los demás.

3.6 La flexibilidad del terapeuta

Es parte del cuidado de la relación adoptar un enfoque estratégico, especialmente para ayudar al cliente a desarrollar más flexibilidad cuando hay una rigidez excesiva.

Para James, el malestar mental es producto de la rigidez de las percepciones estereotipadas, mientras que, para Erickson, el sufrimiento de las personas es resultado de su rigidez perceptiva, emocional, cognitiva, conductual, identitaria, relacional y contextual (Short, 2019, Yapko, 2021).

Desde las primeras entrevistas puede ser útil para el clínico centrar la atención en las zonas de mayor rigidez que necesitan intervención inmediata y cuáles pueden tratarse más adelante. Así como conviene

investigar dónde acecha la rigidez, dónde el tronco se ha encallado impidiendo que fluya el río de la vida. Se puede explorar si las lentes oscuras y distorsionadas impiden una percepción y evaluación claras de los fenómenos; si una emoción disfuncional, demasiado intensa y orientada al pasado impide disfrutar del presente; si las creencias limitantes, los errores lógicos o las falacias interpretativas bloquean el razonamiento complejo de causalidad circular. También se puede observar si conductas estereotipadas y repetitivas provocan reacciones impulsivas en lugar de respuestas consideradas; si una definición vaga y opaca de uno mismo, debido a atribuciones recibidas de otros, frena el proceso de autonomía e integración; si las relaciones interpersonales atrapadas por la manipulación y el abuso dificultan el reconocimiento de reglas situacionales implícitas o explícitas que respetar o contra las cuales rebelarse.

Michael Yapko sugiere que una vez identificada el área que necesita más flexibilidad, se pueden hacer sugerencias de procesos que ayuden a los clientes a reconocer la ambigüedad y crear expectativas realistas, discriminar y gestionar mejor los impulsos, definir responsabilidades, adoptar acciones significativas y visiones prospectivas y con visión de futuro (Yapko, 2021).

4. La relación de cuidado y el enfoque naturalista de Milton Erickson

M. Erickson, psicólogo y psiquiatra, ha revivido la hipnosis proponiendo una versión naturalista, permisiva e

indirecta en la que no es imprescindible seguir los procedimientos formales de inducción al trance. Donde por trance entendemos ese fenómeno relacional en el que prevalecen la bilateralidad y la capacidad de respuesta, en el que la relación selectiva y exclusiva se caracteriza por el enfoque mutuo y la absorción con una reducción simultánea de la conciencia periférica.

Debido a que utiliza el poder de la comunicación y la relación, la hipnosis se considera una herramienta válida para influir en la plasticidad psicobiológica. El trance es un proceso dinámico de aflojamiento de conexiones, interrumpiendo lo que creías saber, es un proceso, no un estado, de cambio fluido y temporal que crea plasticidad. Es un medio para comunicar ideas, enviar sugerencias terapéuticas de contenido y proceso, ofreciendo al cliente una experiencia multisensorial efectiva, invitándolo a realizar proyecciones hacia el futuro, que se basan en un refuerzo de los recursos presentes y en una definición clara de objetivos. En estos casos, la imaginación creativa de la inteligencia inconsciente crea un contexto preparatorio para lograr el cambio deseado, ayuda al cliente a darle fuerza a la proyección hacia el futuro en el que se imagina luego de haber alcanzado sus objetivos.

Para Erickson, estar en relación significa reconocer que uno está en función del otro, en un vínculo de funcionalidad mutua, consciente de la asimetría de la relación. Dentro de esta relación, el terapeuta es responsable del proceso, de los sentimientos positivos y negativos

que experimenta, de su propio rol y de la evolución de la relación que observa con constante curiosidad, especialmente durante la danza del trance interactivo sincrónico.

En la relación curativa hay bilateralidad y consensualidad, en la que el terapeuta es más consciente de su propio estilo de comunicación y de las sugerencias que utiliza, y pretende combinar la perspectiva ética, centrada en lograr el bien del cliente, con la perspectiva estética, conectada a percepciones, sentimientos y experiencias. De esto se desprende que los terapeutas ericksonianos tratan los diversos componentes de la comunicación verbal, en la elección de palabras y frases, y la comunicación analógica, no verbal, de los movimientos corporales y la modulación de la voz, paraverbal. Desde el proceso comunicativo, el terapeuta presta atención a su postura y proxémica en relación con la del cliente, a los gestos, al contacto visual, así como a la prosodia, el tono, el tempo, el timbre y volumen de la voz, las pausas y los silencios.

La observación y la escucha son indispensables para comprender lo no dicho, incluso con un diálogo destinado a hacer explícito lo implícito, a eliminar la ambigüedad, con el fin de lograr suficiente claridad y compartir intercambios bilaterales de significados. El encuentro terapéutico se compone de diálogo, escucha, reciprocidad, bilateralidad, compartir, consenso, intercambio de significados.

El enfoque naturalista ericksoniano considera el inconsciente como el lugar secreto lleno de recursos que

el trance puede explorar y despertar, y la hipnotizabilidad como un rasgo adaptativo asociado a un mayor bienestar general. Se concibe al cliente como portador no de problemas sino de recursos, quizás todavía latentes. La teoría naturalista considera el trance una forma particular de concentración en estímulos más internos que externos: como tal, es una experiencia familiar, común y cotidiana, no un estado inducido por el terapeuta gracias a sus sugerencias que estimulan la imaginación creativa, como ya se reconoce (Piaget, 1898).

Hoy en día se reconoce que el trance más que inducirse debe ser suscitado, sacado a la luz espontáneamente, como todo proceso fisiológico, natural y funcional. En este estado de trance naturalista, la hipnosis permite perder la orientación hacia la realidad externa habitual para desviar la atención hacia una orientación, hacia una nueva realidad posible y positiva (Erickson, 1964). La tarea del terapeuta consiste, por tanto, en facilitar la reorientación y reactivar en el cliente la posibilidad de reasociar y reorganizar la complejidad psicológica y aprovechar recursos personales hasta ese momento no accesibles al nivel consciente. La resistencia también debe aceptarse como una comunicación esencial que indica al terapeuta las estrategias a modificar calibrando mejor las necesidades del cliente, cuyo comportamiento es una ayuda, un componente esencial del proceso, no una molestia connotada como resistencia o desafío. Ante la resistencia, se invita al clínico a

mostrar su flexibilidad adaptando las intervenciones posteriores al cliente. El terapeuta ericksoniano tiene y mantiene un papel activo y proactivo, ni autoritario ni dominante, sino comprometido y concentrado en identificar y despertar los recursos latentes del cliente, firmemente convencido de que cada persona tiene su propio cociente de resiliencia que le ayuda a superar las dificultades de la vida, y que todo pasa, todo cambia en la vida. Se erige como una guía inteligente que se adapta al cliente utilizando lo que aporta a la terapia, con un trato personalizado, calibrado a medida, diferente para cada cliente individual. A Erickson se le atribuye el dicho de que es como si tuviéramos que inventar una nueva terapia en todo momento con cada nuevo cliente porque cada uno es un individuo único y especial.

Para Erickson es fundamental evocar los recursos latentes del cliente centrándose en sus puntos fuertes, en la normalidad cotidiana, no en la patología: partidario del potencial humano, Erickson creía en un inconsciente positivo, lleno de recursos que hacían imprescindible aceptar y utilizar lo que el cliente trae a terapia para ayudarlo a ayudarse a sí mismo, generando así el cambio deseado y sobre el cual actúa el cliente, no impulsado por el terapeuta. Y a partir de esta convicción suya, entre muchas otras, creó las dos modalidades relacionales que aquí presento: *rapport* y *tailoring*.

4.1 El *rapport*

El sincronismo en trance, formal o conversacional, facilita y mantiene

ese fenómeno interactivo que Erickson ha llamado *rapport*, para subrayar la importancia de la bidimensionalidad de la relación y centrar la atención en la circularidad de la comunicación interpersonal. La relación se manifiesta en forma de apego interpersonal caracterizado por emociones de aprecio, confianza, respeto y compatibilidad mutua. La relación centra la atención del cliente en los estímulos del terapeuta, mejora su capacidad de respuesta y ayuda al terapeuta a conectarse con el mundo del cliente, a aceptarlo y a captar sus recursos que pueden reducir la patología de la que se queja en la primera sesión. La relación se basa en una confianza profunda y en el pleno respeto de la persona y su singularidad, caracterizada por el sincronismo, la atención y la capacidad de respuesta mutua con una reducción de la atención hacia la realidad externa y una mayor concentración y absorción mutua. La atención receptiva, factor indicativo de la susceptibilidad y el grado de absorción del cliente, favorece la modificación terapéutica del cliente, mientras que la distracción reduce la atención y la actividad hacia la realidad externa (Erickson, Rossi 1976).

Rapport reconoce la relación terapeuta/cliente de respuesta mutua, en la que el trance es un fenómeno relacional, que activa al cliente a comprometerse a lograr sus objetivos terapéuticos. La relación destaca el sincronismo interactivo clave de la característica bidimensional de la relación terapéutica, en la que en el espacio y el tiempo de atención el cliente experimenta el cambio tal como él

imagina que sucede. *Rapport* indica la capacidad de respuesta mutua exclusiva, la armonía relacional creada por la hipnosis conversacional, en la que tanto el terapeuta como el cliente utilizan cada uno su propia intuición, unidos de forma selectiva y exclusiva. El enfoque y la absorción dan como resultado un estado en el que el terapeuta dirige la concentración y la conciencia del cliente hacia ciertas situaciones disociándolas de otras (Erickson, 1984).

Rapport mejora la sensibilidad mutua a señales verbales y analógicas mínimas, creando una co-regulación emocional, basada en el *mirroring* que el terapeuta implementa con el cliente. *Rapport* es una relación de colaboración que alimenta la inteligencia de los actores involucrados, quienes se vuelven más receptivos a estímulos indirectos transmitidos por historias, anécdotas, metáforas, mensajes no verbales implícitos, silencios, pausas.

4.2 Tailoring

Los terapeutas ericksonianos, al considerar que ya no es necesario activar el trance de manera formal, hacen uso de la hipnosis conversacional creando un contexto de colaboración no sólo entre terapeuta y cliente sino también entre los hemisferios derecho e izquierdo, entre la parte lógica racional y la emocional e intuitiva, con el fin de integrar la creatividad con la finalidad terapéutica. La actividad intencional del cliente se reduce a favor de una actividad espontánea e involuntaria. La atención es receptiva y se centra en los mensajes enviados por los

clientes que merecen validación, refuerzo o se ignoran intencionalmente.

La autoobservación continua del terapeuta mantiene una actitud protectora hacia el cliente para conseguir que se produzca una recuperación progresiva de su capacidad de autocontrol. El terapeuta refuerza las decisiones e ideas previamente expresadas por el cliente y las enriquece añadiendo las emociones que faltaban (Janet 1898).

El terapeuta observa cómo se expresa el cliente, escucha atentamente sus palabras, frases, metáforas, observa gestos emblemáticos y luego los utiliza, quizás dispersos durante intervenciones o sugerencias posteriores, en un preciso proceso de adaptación. Por adaptación entendemos la modificación del tratamiento para adaptarlo a las necesidades y capacidades del cliente, con especial atención al cliente individual con el que se trabaja, enriquecido por reestructuraciones y connotaciones positivas, con un lenguaje sensorialmente especificado que evoca recuerdos y hace imaginar nuevas experiencias, con una comunicación indirecta, rica en implicaciones semánticas y pragmáticas, orientadas a sembrar ideas generativas y activar conexiones con recursos despiertos.

Así como Erickson invita a los psicoterapeutas a centrarse en la singularidad, la individualidad y el respeto de cada persona, con un enfoque estratégico orientado a la resolución de problemas, la terapia dura hasta que el cliente ya no tiene

interferencias que afecten su evolución personal y profesional, y cultiva una mentalidad positiva alimentada por una esperanza que impulsa la creación de un nuevo yo futuro.

Así como la naturaleza nos enseña a amar las diferencias, los cambios y los misterios de la naturaleza, el enfoque naturalista ericksoniano también recuerda a los clientes que cada criatura es única y especial, que todo cambia y se transforma, y que todos pueden sorprenderse y descubrir lo que antes parecía inaccesible, pero sólo estaba escondido en lo más profundo de su interior. Erickson considera el cambio como el resultado de un proceso de aprendizaje continuo, hecho de pequeños pasos a la vez hasta llegar a la cima hacia la que se orientan los pasos. El cambio puede ser promovido por una pequeña semilla quizás esparcida en una sugerión múltiple del terapeuta e incubada por la mente inconsciente durante el tiempo necesario hasta que el cliente se dé cuenta de que algo ha cambiado. Es importante aceptar el cambio y cultivarlo, y no es necesario hacer consciente el inconsciente; al contrario, a veces, si el terapeuta explica al cliente el proceso que ha inducido el cambio, éste corre el riesgo de ser interrumpido.

5. La terapia que cura con el cuidado de la relación

La terapia que cura con cuidados relacionales cuestiona la descripción rígida y repetitiva del cliente, centrándose su atención en el presente cambiante, perturbando la narración de guiones repetitivos, con la

inserción de preguntas, dudas, curiosidades que invitan a explorar cómo interrumpir la secuencia disfuncional que alimenta el problema. Gracias a las sugerencias y a la imaginación creativa estimuladas por el terapeuta, el cliente experimenta una realidad compartible que permite un progreso evidente de la autoconciencia con los consiguientes cambios ratificados o implementados por el terapeuta.

En terapia es útil explicar qué hace el cliente para mantener el síntoma y preguntarle quéaría hacer de manera diferente a lo que nunca antes ha hecho para promover el más mínimo cambio útil que lo conduzca con agilidad hacia la meta deseada. Especialmente si el cliente se deja condicionar por ideas zombis, considera su propia terquedad cognitiva una manifestación de coherencia y no le gusta que lo contradigan o que lo exploren en busca de la falsificación de sus ideas perfectas (Cecchin).

5.1 Lenguaje de la hipnosis conversacional

La hipnosis es una disciplina comunicacional que facilita un proceso de plasticidad psicobiológica que llamamos trance. La conversación hipnótica estimula la sorpresa, la novedad, la ligereza para atraer la atención, dirigirla hacia lo pertinente y posible, interrumpir patrones de conducta disfuncionales y reorganizar la memoria sensoriomotora.

La hipnosis conversacional es una herramienta que permite al terapeuta aprovechar al máximo sus

habilidades clínicas y comunicacionales con creatividad, gracias a la ductilidad de sus herramientas: *rapport*, adaptación, utilización, reestructuración, sugerencias permisivas y sugerencias múltiples son todas herramientas para estimular la mente inconsciente y hacerla más receptiva a la experiencia terapéutica. El dominio en el uso de las palabras terapéuticas hace que las intervenciones sugerentes sean capaces de suscitar nuevas emociones que el cliente necesita para avanzar hacia un futuro de bienestar.

El lenguaje de la hipnosis conversacional va en busca de poesía con variaciones de prosodia, con juegos de palabras, asonancias y consonancias, con términos evocadores, metafóricos, sensorialmente especificados, capaces de crear sintonía inconsciente y conexión intuitiva.

La habilidad hipnótica no se trata sólo de cómo hablar sino también de cómo escuchar. La escucha participativa permite al clínico capturar y luego utilizar las palabras clave del cliente, identificar sus metáforas y luego difundirlas en sugerencias posteriores: las palabras clave también pueden usarse para construir historias terapéuticas que reestructuren la experiencia y propongan intervenciones decisivas. También es útil acostumbrarse a transformar las hipótesis interpretativas de algún fenómeno observado en una pregunta autorreferida como..."Me preguntaba si..."; "Creo que me di cuenta de que..."; o con alguna implicación como...; "¿Se dio cuenta de que...?"

En este sentido, recuerdo el caso de una clienta, acostumbrada a transformar sus emociones de decepción o disgusto en ira, a quien le cuento que la literatura afirma que es más fácil expresar ira que tristeza: es como si la ira nos hiciera sentir fuertes y poderosos, mientras que la tristeza nos hiciera sentir débiles y pasivos. Y después dije: "Me preguntaba si estás de acuerdo con esta afirmación, si a usted también le pasó transformar la tristeza en ira".

Además de escuchar las expresiones verbales del cliente al narrar sus vicisitudes, el cuidado de la relación presta atención al acompañamiento no verbal y paraverbal: postura y proxémica respetuosa, bondad firme de los gestos, ternura de la mirada, interrogación más que imponente. Y notar si a los clientes se les quiebra la voz movidos por la emoción, si los ojos se humedecen con lágrimas que quedan suspendidas entre las pestañas para aprovechar para darles permiso para dejar correr por sus rostros esas nuevas lágrimas de un viejo dolor. Otras veces es un gesto espontáneo y significativo del cliente que debe ser comprendido, con una invitación a repetirlo (prescripción del síntoma) y a prestar atención a las sensaciones, emociones, pensamientos relacionados.

En este sentido, recuerdo a una clienta que para describir el sentimiento de ansiedad que la bloqueaba, trazó una espiral en la zona del estómago con la mano derecha. Le pido que repita intencionalmente ese gesto y que se concentre en las sensaciones que percibe; después de un rato le

sugiero que invierta el orden de la espiral y perciba la diferencia de sensaciones. La inversión del movimiento de la espiral tuvo el poder de calmarla: desde entonces la cliente la utiliza para calmarse.

En otras ocasiones, algunos clientes mueven sus dos manos como si fueran dos platos de una balanza, dispuestos a sopesar incertidumbres o dudas sobre una decisión a tomar. En esos casos, le pido al cliente que se imagine colocando una hipótesis en la palma de una mano y la alternativa en la otra palma. Invito al cliente a concentrarse en una mano a la vez para discriminar las sensaciones cinestésicas, imágenes, asociaciones auditivas que emergen espontáneamente de cada mano/alternativa, conectadas con pensamientos, recuerdos y deseos. Una vez completada la exploración de las reacciones de una mano, propongo una pausa para luego trasladar la atención a la otra mano y observar las diferentes reacciones cinestésicas, visuales y auditivas que provoca la otra opción, con sus correlatos emocionales y cognitivos. Este trabajo permite al cliente alcanzar una claridad previamente deficiente y nebulosa y se convierte en la base para conocimientos posteriores con otras estrategias terapéuticas.

La terapia es un viaje por etapas, un viaje con un inicio y un destino, con paradas para hacer balance de la situación y recargar pilas. En ocasiones, durante los descansos puede ser apropiado comprobar la evolución de la motivación para el cambio terapéutico y realizar los cambios estratégicos necesarios.

A veces es necesario redefinir no sólo el objetivo sino también el papel terapéutico y pedir a los clientes que eliminan la ambigüedad de algunas frases. Esto ayuda a no volvemos cómplices de conductas, actitudes o valores que no compartimos. Como cuando le pregunté a una cliente que muchas veces repetía "no puedo más, quiero morir", si pensaba en suicidarse. Su respuesta negativa me hizo entender que era una figura retórica. Para mí era imperativo que ella también lo reconociera.

5.2 El uso de la metáfora terapéutica

La hipnosis conversacional utiliza metáforas, tanto en su significado retórico, como símil abreviado, en el que se emplea un término concreto y familiar en lugar de uno abstracto y lejano, como en el sentido de relato, anécdota, narrativa terapéutica.

El uso de la metáfora terapéutica como narrativa a veces asimilada al viaje del héroe ha resaltado su poder terapéutico y permite la inserción de sugerencias creativas que mueven el proceso de cambio útil en esa fase de la vida del cliente. La metáfora, reina de la comunicación indirecta, tiene también un valor terapéutico para expresar valores que se desea evocar, pero no explicitar, sembrando en el inconsciente creativo del cliente propuestas de solución que serán incubadas hasta que el cambio surja de forma natural y espontánea, cuando el cliente está listo (Casula, 2001).

Recuerdo el caso de una clienta que al describir cómo se sentía cuando discutía con su marido relataba que se sentía como una medusa sacudida por las olas. Metáfora de la pasividad y el desamparo. Propongo a la clienta explorar nuevas metáforas que podrían ser más apropiadas y más isomorfas a las peleas con su marido que ahora se han vuelto repetitivas y predecibles. En lugar de la imagen de la medusa pasiva, la clienta elige la de un experto surfista proactivo, que se prepara para surfear la ola que está a punto de llegar.

La hipnosis conversacional también es eficaz para ayudar a los clientes a identificar los factores internos y externos que influyen en el sistema emocional, con sus sensaciones físicas, pensamientos asociados, conductas prohibidas o permitidas, valores y virtudes que pueden atenuar o acentuar su intensidad, alargar o acortar su duración, cambiar su modalidad y sobre todo reconocer su función. Es parte del cuidado de la relación terapéutica invitar al cliente a identificar qué componente fisiológico, cognitivo, conductual y espiritual de la emoción tiene el poder de iniciar el proceso de cambio. Y a partir de ahí podrá comenzar otra fase de la intervención terapéutica.

Conclusión

Para terminar, hemos querido resaltar la relación que cuida en su doble función:

Enseña al terapeuta cómo mover el tronco que bloquea el flujo del río de la vida y utilizar el más mínimo cambio emocional, cognitivo y de

comportamiento del cliente para actuar según su impulso evolutivo natural. Al cliente le ofrece la oportunidad de ser visto con atención por un terapeuta que también hace visibles sus heridas ocultas y sobre todo sus recursos olvidados. La relación curativa invita a la pareja terapeuta/cliente a avanzar en los tiempos adecuados hacia el bienestar del cliente, a confiar el cambio a la inteligencia inconsciente que activa un proceso de incubación interna en el que los recursos despertados ayudan a encontrar soluciones incluso fuera de conciencia.

La relación que cuida subraya la importancia de acoger al cliente en un clima de aceptación, con atención al lenguaje utilizado por el terapeuta, compatible con el del cliente.

Una vez que el terapeuta se ha asegurado de que se ha establecido una relación con el cliente, puede dedicarse a la relación con el compromiso de generar y mantener colaboración y confianza mutua, cultivando la flexibilidad propia y la del cliente, fortalecer a este último y legitimar su viaje de autocuración.

Al inicio de la relación terapéutica, el cliente está atrapado en un círculo vicioso con emociones enroscadas, pensamientos reducidos, comportamientos robóticos.

Para restaurar respuestas flexibles activas, el terapeuta interrumpe el ciclo vicioso, creando un círculo virtuoso que ayuda a reducir la sensación de alerta y aumentar la sensación de sentirse en un lugar seguro (Temenos). También ayuda a recrear una sensación de confianza

en un mundo lleno de volatilidad, incertidumbre, complejidad, ambigüedades y misterios, además de despertar los recursos del momento presente, colocando experiencias pasadas en el pasado.

Se muestra la aceptación del cliente y lo que transmite en la terapia a nivel analógico con mensajes como: "Te veo, te escucho, estoy aquí contigo; estás a salvo aquí, este es un lugar seguro; cuéntame tu historia; estoy aquí para ayudarte a calmarte, cuidarte, amarte, darte permisos evolutivos. Y para hacer eso los demás también deben respetar tus derechos, sin juzgarte".

Por lo tanto, es importante subrayar que cada enfoque reconoce su importancia respecto al entorno, atención a la singularidad del cliente con quien crear y mantener la alianza terapéutica, durante la cual la empatía actúa como apego seguro emocional cognitivo y basado en valores. Cada profesional de la salud se nutre de normas éticas y deontológicas, de pautas en la relación con el cliente y encuentra una manera de crear una sincronía y armonía que guíe al cliente hacia la dirección evolutiva para la cual pidió ayuda.

Referencias bibliográficas

Alexander F., French T.M., (1946) *Psychoanalytic Therapy: Principles and Application*, New York, Ronald Press.

Bernheim I., (1884) *De la suggestions dans l'état hypnotique et dans l'état de veille*, Paris

Bordin E.S., (1979) The Generalizability of the Psychoanalytic Concept of the Working

Alliance, in *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 16(3), 1979, p. 252 ss.

Casula C. (2011). *La forza della vulnerabilità. Utilizzare la resilienza per superare le avversità*. Milano: Franco Angeli.

Casula C. (2020) Come costruire fiducia attraverso il rapporto: presenza, sintonizzazione e risonanza in Mammini C., Mazzone E., Paganelli M. (a cura di). *Il rapporto: una relazione speciale che cura: Responsività, reciprocità, e sincronismo nella psicoterapia naturalistica ericksoniana*. Milano: Franco Angeli.

Ellenberg H. F., (1970), *The Discovery of the Unconscious: The History and Evolution of Dynamic Psychiatry*, Basic Books

Hubble, M. A., Duncan B.L., Miller S. (2006) *The Heart & Soul of Change. What Works in Therapy*, American Psychological Association, Washington, DC.

Janet P., (1889), *L'automatisme psychologique*, Paris,

Norcross J.C. (Ed.) (2011) *Psychotherapy Relationships that Work. Evidence-based Responsiveness*, 2^a ed., Oxford,

Porges S. W. (2011). *The Polyvagal Theory: Neurophysiological Foundations of Emotions, Attachment, Communication, and Self-regulation*, WW Norton,

Rogers C.R., (1951) *Client Centered Therapy*, Boston

Rosenzweig S. (1936). Some Implicit Common Factors in Diverse Methods of Psychotherapy: "At last the Dodo Said, 'Everybody has Won, and all Must have Prizes'". *American Journal of Orthopsychiatry*, 1936, vol. 6, issue 3, p. 412 ss.

Rousmaniere T. (2016), *Deliberate Practice for Psychotherapists: A Guide to Improving Clinical Effectiveness*, New York: Routledge

Short D., (2020). *From William James to Milton Erickson. The Care of Human Consciousness*. Archway Publishing

Sugarman L., I.; Linden J.H.; Brooks L., W., (2020) *Changing Minds with Clinical Hypnosis*, New York: Routledge

Wampold BE, Imel ZE. (2015). *The Great Psychotherapy Debate: The Research Evidence for what Works in Psychotherapy*, 2nd ed. New York: Routledge.

Consuelo C. Casula

Psicoterapeuta, consultora y formadora en el campo de la comunicación interpersonal. Profesora contratada de Comunicación Interpersonal, Universidad IULM, Milán. Exresidenta de la *European Society of Hypnosis*. Miembro de Honor de la Sociedad Hipnológica Científica.



El túnel mágico y Filin

Juana María Peláez Pérez

Cerca del río había un largo, larguísimo túnel con una pequeña apertura en su entrada. Pero no era un túnel normal y corriente, este túnel era un túnel muy especial, todos los habitantes de la zona conocían la especial y mágica naturaleza del túnel. Era un túnel mágico, aquél que recorría el túnel completo, aquél que llegaba al otro lado del mismo salía transformado en aquello que anhelaba ser. Al atravesar el túnel su magia concedía el deseo de transformarse en lo que se desease ser. Pero no era un recorrido sencillo, decían aquellos que lo habían atravesado, que el recorrido era largo y oscuro. No todos se atrevían a atravesar el recorrido y cumplir así sus deseos. Lo que pudiese suceder dentro del túnel, largo y oscuro, frenaba a muchos que se quedaban fuera mirando la pequeña apertura.

Cerca del río también vivía en una linda casita un niño, llamado Filin. Filin era un niño rubio de grandes ojos negros. Filin era un niño que deseaba ser muy valiente. Filin deseaba ser un valiente como Spider-Man o un atrevido como Super-Man. A sus oídos habían llegado las fantásticas historias del mágico túnel capaz de transformarte en aquello que deseabas ser. Más de una vez se acercaba a la pequeña apertura del túnel, pero como era un niño muy prudente, nunca se atrevía a recorrer el camino que le llevaría al otro lado y le permitiría transformarse en un valiente héroe.

Una tarde decidió adentrarse dentro del túnel. Despacio dio los primeros pasitos y cruzó la pequeña apertura de entrada al mágico túnel. Una vez dentro una tremenda oscuridad inundaba todo, no podía ver el final del túnel, y tampoco podía ver nada a su alrededor. Curioso como estaba, a punto estuvo de dar la vuelta y salir del túnel por donde había entrado, al ver que la luz había disminuido. Pero decidió llegar al otro lado y transformarse en un valiente y atrevido héroe, así que corrió y corrió. Corriendo se le haría más rápido el camino y llegaría antes al otro lado. Filin corrió y corrió tan rápido como pudo. Cuando llevaba un rato corriendo aquel túnel mágico, que en lugar de mágico parecía interminable, le pareció escuchar un misterioso ruido que le hizo detenerse. Muy despacio, se detuvo y escuchó con atención, escuchaba un golpe seco y repetitivo. No podía ver nada a su alrededor y ahora estaba lejos de la entrada, pero tampoco veía el final del túnel.

Se acercó hacia el lugar de donde venía el ruido y pudo comprobar que no tenía nada que temer, solo eran gotas de agua cayendo y golpeando el suelo. El eco del túnel las hacía sonar como tambores. Continuó su camino, esta vez más despacio, ya se había acostumbrado a la oscuridad y a los ruidos que el eco del túnel hacían sonar como una fuente de agua.

El último trayecto del túnel lo hizo caminando tranquilamente. El camino le hizo conocer sus poderes, supo que muchas veces pensaba que no podía hacer lo que deseaba sin razones para ello.

Finalmente, tras un largo camino, que había comenzado corriendo y con mucha curiosidad, llegó al otro lado tranquilo y feliz de haberlo logrado. Al atravesar la apertura de salida, se sintió valiente, ya que era mucho lo que había aprendido sobre sus poderes. Salió además pensando que debía ser un Superhéroe. Rápidamente se acercó al río para ver su imagen de Superhéroe reflejada en el agua, pero al asomarse comprobó que seguía siendo un niño, el niño Filin.

Filin no entendía nada, pero entonces se dio cuenta de que podía hacer cosas que antes eran impensables. Se sentía valiente. Al atravesar el túnel se había transformado en un niño valiente, ya no necesitaba ser algo que no era para ser valiente, porque el mismo era valiente.

Juana María Peláez Pérez

Ph.D. Anesthesia, critical care, and pain therapeutics. University Diploma in Traditional Chinese Medicine. University Diploma in Medical Hypnosis. Reina Sofía, University Hospital of Córdoba. Spain

∞

Hipnosis Clínica Aplicada. Sistema Estomato-Gnártico

Marcello Romei

Construir el Espacio Terapéutico

Desde la moderna teoría del Paradigma de la Complejidad, la cual sustenta el actual concepto de Ciencia y desde la innovadora Física Cuántica alineada a la noción anterior, resurge una máxima que se viene sosteniendo desde la antigüedad; "todo el Universo y los seres que lo habitan, están íntimamente conectados e interrelacionados."

Desde esta visión, es necesario considerar la existencia de conexiones individuales y grupales, fenómenos que actúan sobre el ser, estímulos exteriores que nos condicionan y que son parte de los aprendizajes y experiencias adquiridas a través de la familia, sociedad, la cultura, el país y/o el continente.

Somos seres vivos, luchando en la tarea de lograr un equilibrio cerca del equilibrio, en la integración armónica de cuerpo, alma, espíritu y mente en tanto sumergidos en el inmenso océano de nuestras conexiones.

Nos resulta claro que, si sólo alcanzara con nuestra voluntad para cambiar o reestructurar una conducta, toda persona sería capaz de resolver cualquier situación por sí misma; lo que sucede, es que las conductas son aprendidas y luego con la repetición de éstas a través

del tiempo, son automatizadas a nivel inconsciente.

La aplicación de la Hipnosis Clínica como herramienta Psicoterapéutica Médica u Odontológica en este caso, es capaz de generar los cambios necesarios a nivel subconsciente para la reestructuración de las disfunciones conductuales, mediante la adquisición de nuevos aprendizajes, que permiten al individuo convivir en armonía consigo mismo y con los demás.

Hipnosis Clínica y Sistema Estomatognártico

La hipnosis en el entorno clínico es una recreación artificial de un proceso al que la mayoría de nosotros ingresamos varias veces al día.

Por ejemplo, si te pidiera que pensaras en cuántas veces cambiaste de marcha en tu camino al trabajo esta mañana, lo más probable es que no tuvieras idea. Esto se debe a que, para la mayoría de los conductores experimentados, cambiar de marcha es una tarea completamente inconsciente.

La odontología tiene ingredientes de esa combinación natural para la hipnosis clínica.

Las características y requisitos especiales de los diagnósticos y tratamientos dentales ofrecen

oportunidades diarias para que dentistas y pacientes controlen ansiedad, dolor y aspectos relacionados.

Dicho esto, durante décadas, un número relativamente pequeño de profesionales de la salud ha mantenido vivas las habilidades hipnóticas médicas y dentales; más aún el número que realmente utiliza estas habilidades efectivas es notablemente bajo considerando lo que sabemos.

Hay otras razones por las que los dentistas se resisten a considerar la inclusión de la hipnosis clínica en sus prácticas. Los talleres de hipnosis clínica de hipnotistas de escenario, legos e improvisados en la materia tampoco colaboran dejando más dudas y falsos conceptos a su paso. La idea de que alguien esté profundamente en trance en entornos complejos desde lo sensorial parece ridícula para el dentista desinformado e inexperto.

Muchos pacientes se muestran cautelosos y temerosos durante algunas o todas sus visitas al dentista, a pesar de los anestésicos modernos y las distracciones tecnológicas intencionales (como auriculares, audífonos, pantallas de películas, etc.).

El concepto de alcanzar la calma, y mucho menos la relajación profunda, parece, por tanto, aún más remoto. Stolzenburg (1961) afirmó: "El practicante que esté capacitado competentemente en hipnosis encontrará que hay una menor necesidad del uso de la hipnosis *per se*, en la mayoría de sus pacientes".

La razón detrás de esta afirmación es que, al estudiar la relación, el lenguaje, la comunicación y la sugestión para una hipnosis efectiva, el practicante descubre que a menudo estas habilidades son suficientes, incluso sin "trance", para ayudar a crear cambios en muchas situaciones. Quienes han estudiado el trabajo del Dr. Milton Erickson, saben que éstas son probablemente las habilidades clínicas más importantes que jamás se puedan aprender y desarrollar (Gow, Mike, 2016).

En la práctica diaria del sillón odontológico, es más probable que empleemos lenguaje hipnótico que inducciones y profundizaciones hipnóticas complejas.

Lamentablemente, esta opción de tratamiento más integral solo está disponible de manera realista para quienes tienen mucho tiempo o cobran honorarios privados.

En una revisión, de la literatura, Chaves indicó que además de ayudar a los pacientes a afrontar los procedimientos dentales estresantes y reducir la ansiedad fóbica a las inyecciones y otras intervenciones dentales, la hipnosis puede ser importante en las siguientes áreas de la práctica odontológica:

Mejora de la tolerancia de Prótesis; modificación de los hábitos orales no adaptativos; reducción del uso de la medicación anestésica, analgésica y sedante; complementación o sustitución de la medicación previa a la cirugía; control de la salivación y el sangrado; intervención terapéutica en síndromes de dolor facial crónico (por ejemplo, los

trastornos Témporo-mandibulares); como complemento al uso del óxido nitroso; y aumento de la adherencia a las recomendaciones de higiene personal (Chaves, 1997).

Los mencionados desórdenes Témporo-mandibulares están considerados como una disfunción bio-psico-social, y se asume que están producidos por patrones nocivos de apretar y frotar las piezas dentarias, (situación a menudo inconsciente en el paciente)

El disparador, suele ser estrés psicológico (Simon y Lewis, 2000). Su tratamiento médico y odontológico habitual es útil para la mayoría de los pacientes, pero un gran porcentaje recidiva o fracasa, siendo entonces la hipnosis el último eslabón de la cadena de tratamiento.

El capítulo más representativo de los últimos tiempos es sin duda el afrontar el fenómeno de las fobias.

Al exponer al paciente en forma progresiva y sistémica al objeto fóbico, tanto la mente inconsciente como la mente consciente generan una aceptación de la experiencia en ausencia de peligro y por tanto el hipocampo (estructura cerebral que tiene que ver con la memoria de supervivencia) comienza a aprender que la experiencia es inofensiva. El mismo proceso es analizado por la porción frontal del Neo-córtex (parte más moderna del desarrollo evolutivo del cerebro) llamada corteza Pre-frontal, cuya función es entre otras el procesamiento consciente de las emociones. Estas dos estructuras (hipocampo y corteza Pre-frontal, cuentan con la

capacidad de inhibir la amígdala, la cual es parte del cerebro antiguo (Arquicórtex) encargada de reacciones automáticas que tienen que ver con la supervivencia, (reacción de lucha o huida), del objeto o animal que interpretativamente pone en peligro nuestra vida.

Otro punto alto es la muy frecuente resistencia que ofrecen algunos pacientes.

En ese sentido, un enfoque válido para el tratamiento de pacientes que se resisten a la hipnosis sería pedirles que imaginen una situación, en lugar de representarla mentalmente. Si acaba de tener que volver a leer esa última afirmación porque no puede notar la diferencia, está en lo cierto. No hay diferencia entre seguir los pasos de una inducción hipnótica e imaginar que los estás siguiendo. Esta es una pequeña táctica inteligente para dejar que el paciente piense que se está resistiendo a sus técnicas, cuando en realidad está llevando a cabo sus instrucciones tal como a usted le gustaría.

A medida que avanza el tratamiento, se pueden realizar ajustes y modificaciones según sea necesario clínicamente, y se observarán hasta su finalización, mediante cambios sutiles en la expresión facial, señales ideo-motoras y/o señales audibles. Por ejemplo:

“Quiero que imagines que vas a relajarte y exhalar profundamente. Con cada respiración quiero que te imagines cada vez más relajado”.

En lo que se refiere a reflejo deglutorio, por ejemplo, la herramienta hipnótica se precia

como complemento en la desensibilización sistemática. Robb y Crothers (1996) Esto puede permitir que el paciente controle el reflejo y mantenga la calma durante el tratamiento dental. Este enfoque es la base de las recomendaciones de Barsby (1994, 1997a).

Zach (1989) también describió un caso de hipnosis en el que ayudó a un paciente a controlar su respuesta de náuseas utilizando un interruptor imaginario.

En cirugía, por ejemplo, la hipnosis no sólo disminuye el dolor y la ansiedad de los pacientes, sino que también acorta el tiempo quirúrgico y reduce las complicaciones del procedimiento. (Lanceta, 2000)

Conclusiones

Odontología e Hipnosis Clínica en Latinoamérica

En lo que respecta a la utilización de la herramienta hipnótica en LatinoAmérica, y especialmente en mi querido País Uruguay, aún las cosas están en pañales debido primeramente a lo reducido de la población y luego ya por un tema conocido por nosotros que es la abundante falta de información y/o falsa concepción del tema que además genera negativamente temores infundados por el mundo del espectáculo.

Dicho esto, no nos amilanamos y hemos conseguido grandes resultados proponiendo regularmente año a año un curso lectivo compuesto por tres módulos bien diferenciados.

A saber, un Primer Módulo que sintetiza los primeros conceptos de Lenguaje Corporal, *Rapport* e Introducción a la Herramienta Hipnótica siendo este complementado por varios Workshops intercalados y actividades intensas pero efectivas vía Zoom que han tenido una convocatoria exitosa en varios colegas considerando todo lo anterior.

Un segundo Módulo, que engloba lo medular del acercamiento al paciente enfatizándole al colega y/o facultativo del ramo Médico u Odontológico las primeras fases de Diagnóstico, Sesiones de prueba de sugestionabilidad, fases inductivas y de tratamiento propiamente dichas junto con el cierre del mismo, en cuánto a sugestión poshipnótica y sesiones posteriores.

El tercer y último Módulo es quizás, el más completo en lo que se refiere a la Odontología; donde se visualizan y plasman en una jornada teórico-práctica intensa los distintos tipos de abordajes, estrategias y técnicas para consolidar una atención distinta a todo lo conocido hasta ahora en el rubro.

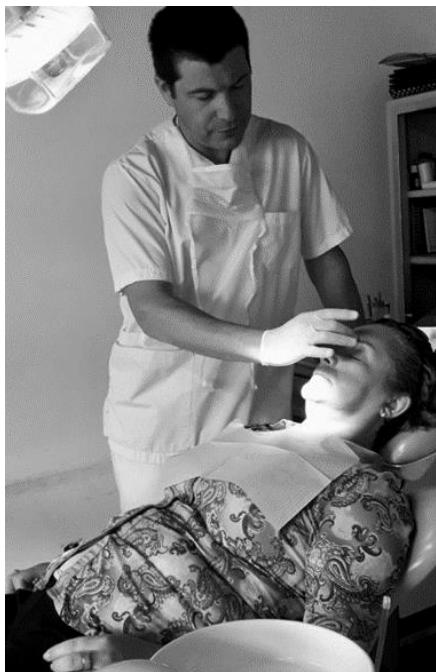
Vale decir que, no nos arrogamos la titularidad de ninguna técnica conocida hasta ahora; pero tampoco nos privamos de modificaciones, atajos clínicos para lograr los resultados deseados siempre considerando la voluntad y cooperación del paciente lo cual es medular.

Resta entonces conectar mejor con algunas instituciones de las cuales ya formamos parte, como la *International Society of Hypnosis* y la *European Society of Hypnosis*

(debido a mi doble ciudadanía Italiano-Uruguayo) que han abierto de par en par sus puertas a mi gestión para poder traer definitivamente la herramienta a estas latitudes.

Cabe recordar que, aquí no existen aún Sociedades debidamente constituidas y tampoco existe un programa universitario anexado a ninguna disciplina médica-hospitalaria. El esfuerzo ha sido monumental pero ampliamente gratificante.

Descontamos que este sea el puente de entendimiento y colaboración entre los hermanos españoles en una fluida comunicación, como ha sido el caso con nuestros hermanos de México y otros Países de habla hispana.



Dr. D.M.D Marcello Vinicio Romei
Universidad de la República, Montevideo,
Uruguay.

Un caso que muestra el trabajo especial en el que fluye la energía entre el Dr. Romei y el paciente para generar *rapport*.

Referencias bibliográficas

Holden A. The art of suggestion: The use of Hypnosis in Dentistry. British Dental Journal Volume 212 NO. 11 JUN 9 2012

Barsby M (1994). The use of hypnosis in the management of 'gagging' and intolerance to dentures. British dental Journal 176: 97-102.

Barsby M (1997a). Hypnosis in the management of denture intolerance. Hypnosis international Monographs, no. 3: Hypnosis in dentistry, pp. 71-78.

Bartlett KA (1971). Gagging: A case report. American Journal of Clinical Hypnosis 14: 54- 56.

Lance M. Rucker (2019) Introducing Clinical Hypnosis to Dentists: Special Challenges and Strategies, American Journal of Clinical Hypnosis, 61:3, 276-289, DOI: 10.1080/00029157.2017.1404961

Allison, N. (2015). Hypnosis in modern dentistry: Challenging misconceptions. Faculty Dental Journal, 6 (4), 172-175. doi:10.1308/rcsfdj.2015.172

Hilgard E R. A Neodissociation interpretation of pain reduction in hypnosis. Psychol Rev 1973; 80: 396-411

Erickson M, Rosen S. My voice will go with you: the teaching tales of Milton H. Erickson. London: W. W. Norton & Company, 1991.

Kirsch I, Lynn S J. Altered state of hypnosis: changes in the theoretical landscape. Am Psychol 1995;50: 846-858.

Lipton, B. Epigenética & Hipnosis

Gallwey, T. "Inner game of stress"
ASCH American Society of Clinical Hypnosis

Braden, G. "Hipnosis Básica".

Spiegel & Lowenstein Hipnosis.

Eimer & Freeman "Autohipnosis" Fritz Perls, Manuscritos básicos

Jensen M. Hypnosis for Chronic Pain Management: Therapist Guide (Treatments That Work)", "Hypnosis for Chronic Pain Management: Workbook (Treatments That Work).

Neill, K. Hypnotherapy, An Alternative Path to Health and Happiness.

Spiegel, H., Spiegel, D. Trance and Treatment: Clinical Uses of Hypnosis 2nd Edición.

Hammond, Corydon D. ed., Hypnotic Induction & Suggestion: An Introductory Manual, ASCH, 1992.

Hammond, Corydon D., ed., Handbook of Hypnotic Suggestions and Metaphors, ASCH Book. W.W.Norton & Co., 1990.

Thompson, K.F. The Art of Therapeutic Communication Collected Works. CrownHouse Publishing ,2012.

Marcello Romei

Odontólogo. Diplomado en Hipnosis Dental. Hipnólogo clínico médico. Conferencista y miembro de la I.S.H (International Society of Hypnosis) y la ESH (Sociedad Europea de Hipnosis).

∞

Tratamiento del 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 conciencia, y amnesia retrógrada. Realizamos un diagnóstico diferencial con la epilepsia, al presentar toda la sintomatología asociada.

Se añadía a esta sintomatología 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 neurólogo 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 o 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 dirigir 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 la 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 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 realizando 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.

Referencias bibliográficas

- Bental, et al: Modelos de Locura. Ed. Herder. 2006. Barcelona.
- Hawkins P. J: Hipnosis y estrés. Ed Desclée de Brouwer. Bilbao. 2006.
- Allen, R. P: Guiones y estrategias en hipnoterapia. Bilbao. 2002

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

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

Ignacio Hernández Cosme

Psicólogo experto en Modificación de Conducta. Col nº: CL4167. Con 25 años de experiencia en el ámbito clínico en el Plan de Atención a personas con Enfermedad Mental Grave y Duradera de la Comunidad de Madrid. Trabajo en consulta privada desde el año 2014. Experiencia en trabajo con menores en situación de riesgo y desamparo. Amplia experiencia en formación clínica y de diferentes ámbitos y trabajo en el ámbito de la hipnosis desde el año 2018.



Terapia concreta

Joe A. Rosa

Introducción

La terapia concreta es una técnica hecha por profesionales para profesionales. Está realizada de una manera muy sencilla para que cualquier profesional de la conducta humana pueda incluirla en sus consultas. Los profesionales de la conducta humana tendrán la oportunidad de ofrecer a sus clientes y/o pacientes una alternativa de intervención no tradicional con el propósito de solucionar sus conflictos y que puedan alcanzar la felicidad. A través de la terapia concreta se impactan tres áreas vitales del desarrollo humano: personal, social y educativa con la intención de mejorar parcial o totalmente la condición presentada al momento de la consulta.

¿Qué es la terapia concreta?

La terapia concreta es una técnica que consiste en mostrarle al cliente y/o paciente un objeto en específico. Una vez mostrado el objeto se le explica la función y la correlación con su problema. Se utiliza para que el cliente y/o paciente pueda ver concretamente su problema y analizar la complejidad o simplicidad de este. En otras palabras, es simplemente trabajar el problema o la situación presentada combinándolas con uno o más objetos concretos. Esta técnica es muy parecida a las famosas expresiones populares, "Abriste la caja de pando-rá", "La bola está en tu cancha", "La pregunta del millón", etc. Es muy probable que tú, como profesional de la conducta humana, la hayas utilizado en algún momento en tus

consultas y ni siquiera te hayas dado cuenta. La terapia concreta se puede ofrecer tanto individual como grupal siempre y cuando el grupo esté pasando por la misma situación o conflicto.

Beneficios de la terapia concreta

A lo largo de los años practicando dicha técnica he podido ver en los clientes y/o pacientes los siguientes beneficios:

- La empatía con el cliente y/o paciente ha sido más sólida.
- El cliente y/o paciente capta mejor el mensaje que le lleva el profesional de la conducta humana.
- El cliente y/o paciente está más receptivo a la terapia.
- El cliente y/o paciente se siente más cómodo y entusiasmado al recibir la terapia.

Población

La terapia concreta se puede aplicar desde adolescentes de 13 años hasta ancianos. No recomiendo utilizarla en menores de 12 años ya que las veces que se utilizó funcionó a medias y en otras ocasiones no funcionó.

¿Cómo funciona la terapia concreta?

En la mayoría de los casos la terapia concreta es más efectiva después de haber conocido al cliente y/o paciente y haber formado una empatía, o sea después de las pri-

meras consultas; sin embargo, solo en ciertas ocasiones se podría utilizar en la primera consulta. Se usan diferentes tipos de objetos, estos dependerán de la situación presentada por el cliente y/o paciente. Cada situación es individual y única.

Explicación de varios objetos a utilizar

A continuación, le explicaré algunos de los objetos antes mencionados. Como profesional de la conducta humana, tendrás una idea más concreta de cómo utilizarlos en tu oficina.

Los engranes o engranajes

Cuando me refiero a engranes, estoy hablando literalmente de una rueda dentada que se utiliza para la transmisión de movimientos mecánicos. ¿Cómo aplicas esto a la terapia? Muy sencillo. Si tienes un cliente y/o paciente que tenga un problema de relación de pareja le dirás que él es el engrane y su pareja es el otro engrane; para que su relación de pareja sea saludable ambos engranes deben encajar a la perfección, si el mismo no encaja entonces tienes que buscar cuál es el problema. Solo encajando ambos engranes es que lograrás una relación de pareja saludable.

La llave

La llave es una pieza que le ayudará al cliente y/o paciente a abrir la puerta del éxito, o sea, la ventana a la aventura y al conocimiento. Utiliza una llave (ser creativo), se la mostrarás al cliente y/o paciente y le dirás diferentes afirmaciones positivas que lo llevarán a

pensar que esa llave abrirá la puerta que lo llevará al éxito.

El reloj

El reloj marca el tiempo, pero no es el tiempo cualquiera, es su tiempo. Eso quiere decir que el tiempo nunca se detiene; por tanto, el cliente y/o paciente tiene que saber administrar su tiempo para que pueda disfrutar la vida al máximo y nunca arrepentirse de lo que no hizo por falta de tiempo.

La brújula

Con la brújula el cliente y/o paciente va a buscar su norte. Cuando se encuentre desorientado y no sepa hacia dónde dirigirse, la brújula lo llevará a encontrar su norte. De esta manera nunca se perderá y, por ende, logrará ese sueño que anhela.

El timón del barco

El timón del barco puedes utilizarlo para decirle al cliente y/o paciente que con ese timón tendrá el control para dirigir su camino. Solo él o ella y nadie más tiene la potestad de dirigir su rumbo, ya sea para bien o para mal. El cliente y/o paciente tiene en sus manos el timón para decidir hacia dónde dirigirlo, por tanto, la responsabilidad de hacer las cosas bien o mal es solamente del cliente y/o paciente. Solo nosotros somos responsables de nuestros actos.

El ancla

La técnica del ancla es muy sencilla. Cuando el cliente y/o paciente haya encontrado la resolución a su problema utilizarás el ancla pa-

ra decirle: "Ya puedes tirar el ancla, llegaste a tu destino". También la puedes utilizar cuando el cliente y/o paciente tenga una fijación con alguien o con algo y eso le esté causando problemas personales. Puedes decirle que ya es hora de levantar el ancla (leven ancla) y continuar hacia adelante, ya que si se queda anclado no podrá progresar y será infeliz en la vida.

Concluyendo con los objetos

Todos los objetos antes mencionados son algunos de muchos que tengo para brindar mis terapias. Con esta breve explicación ya tienes una idea más clara de lo que puedes utilizar en la terapia concreta. Los mismos son solo una guía. Tú como profesional de la conducta humana, puedes improvisar añadiéndole o quitándole a estas técnicas. También, puedes utilizar cualquier objeto que entiendas que sea beneficioso para el cliente y/o paciente siempre y cuando pienses que él mismo va a estar receptivo.

Ejemplo (caso de problema de pareja) Llega a tu oficina un cliente y/o paciente con problema de pareja. Realizas los procedimientos tradicionales, entrevistas iniciales y estableces la empatía. Para esta consulta utilizarás unos engranes como técnica de terapia concreta para trabajar el problema de pareja. Pídele al cliente que mire los dos engranes, luego le dices: "De la misma manera en que ellos se entrelazan el uno del otro asimismo tiene que ser tu relación de pareja, deben engranarse el uno del otro para que su relación sea una relación de pareja saludable".

Nota importante

La terapia concreta funciona para la mayoría de los clientes y/o pacientes. Todo dependerá de la susceptibilidad de cada individuo. Encontrarás muchos que disfrutarán la técnica como también te toparás con otros que no la prefieran. En otras palabras, debes conocer bien a tu cliente y/o paciente, solo así determinarás si es candidato o no para recibir la técnica de terapia concreta.

Terapia concreta con hipnosis o hipnoterapia concreta

Esta parte es para los profesionales de la conducta humana que también son hipnoterapeutas. Para ofrecer hipnoterapia concreta tienes que hacer lo mismo que con las terapias concretas regulares. O sea, en las primeras consultas estableces la empatía para más adelante introducir los objetos a utilizarse en la hipnoterapia concreta para que el cliente y/o paciente vaya familiarizándose con la técnica. Una vez se haya logrado la empatía y presentando el objeto, en las siguientes consultas, se procederá con la hipnoterapia concreta. Es importante saber que se debe mencionar en la hipnoterapia concreta los mismos objetos utilizados en las primeras consultas sin hipnosis, esto para evitar confundir al cliente y/o paciente.

Lo que debes hacer antes de una hipnoterapia concreta

Es importante saber que antes de realizar una hipnoterapia concreta se deben hacer 2 cosas muy importantes. En la primera consulta se debe realizar una entrevista clínica con el cliente y/o paciente para así poder conocer su historial, investigar

si ha pasado por alguna crisis, si ha sido diagnosticado con uno o más trastornos mentales o si es un individuo que solo tiene alguna situación que desea resolver. En la segunda consulta debe asegurarse de que objetos que usted piensa utilizar no le causen alguna molestia o crisis al cliente y/o paciente. Si usted no está seguro, existe un riesgo de que la hipnoterapia concreta no funcione. Por tal razón, es sumamente importante antes de ofrecer una hipnoterapia concreta darle al cliente y/o paciente en las primeras 2 o 3 consultas terapias sin hipnosis y al menos en una de ellas utilizar la técnica de la terapia concreta. Solo así usted se podrá asegurar de que los objetos que utilizará tanto en la terapia concreta como en la hipnoterapia concreta sean los adecuados para su consulta.

Procedimiento de la hipnoterapia concreta

Utilizo el mismo principio de metáforas que utilizó el Dr. Milton H. Erickson en sus hipnoterapias. Con la diferencia de que en la hipnoterapia concreta el cliente y/o paciente se enfocará en un objeto determinado y no en una historia como lo hacía Milton. H. Erickson.

Ejemplo de una hipnoterapia concreta

Hipnoterapia concreta: La brújula

Comencemos... póngase lo más cómodamente posible, con los pies firmes sobre el suelo, si lo desea. Respire profundamente, lentamente. Ahora, sentirá como sus párpados estarán más y más pesados, muy pesados, muy pesados, tan pesados

que sus ojos se cierran lentamente muy lentamente. Relájese, respiere profundamente, aprendiendo, disfrutando, saludablemente, automáticamente. Estamos muy relajados, muy calmados; sienta como todo su cuerpo se relaja, sienta como a su cuerpo le gusta respirar. Disfrute de ese proceso de respiración. Al respirar sienta como el aire llega a esos lugares donde pudiera haber alguna molestia o inquietud. Con su respiración expulse aquello que le estorbe en su vida y sale para encontrar el lugar que le corresponde. Ahora, escuchará solo mi voz... mi voz que le acompañará durante todo este proceso, durante todo este proceso de relajación, recuerde que está aprendiendo, disfrutando, saludablemente, automáticamente. Ahora todo ruido, sonido, música o distracción que pueda haber a nuestro alrededor, quedará en el lugar que le corresponda y a su vez permitirá que profundice más y más este hermoso estado de relajación. Solo respire y descubra cuál es el ritmo de su respiración. Tómese todo el tiempo que desee, no hay prisa, solo respiре, sienta cómo todo su cuerpo está relajado, muy relajado y simplemente se profundiza más y más en este hermoso estado de relajación. Muy bien, muy bien, ahora estás muy relajado... excelente. Permita que todas sus tensiones desaparezcan según se relaja más y más, fíjese en su respiración y en cómo se va sintiendo mejor, más y más, más relajado. Estás totalmente relajado, muy relajado. Ahora, poco a poco, se va a transportar a un lugar hermoso, un lugar muy hermoso, donde se sienta muy bien; recuerde, es su lugar, es su lugar de relajación. Muy bien, lo está haciendo muy bien. Ahora, comience a caminar en ese

hermoso lugar que escogió, mientras camina su mente inconsciente le dice que todo está muy bien, pues estamos aprendiendo, disfrutando, saludablemente, automáticamente. Durante el camino se encuentra con una brújula, es una hermosa brújula, esa brújula puede ser negra, puede ser blanca, puede ser verde, azul, roja, puede ser de cualquier color, puede ser grande o puede ser pequeña, puede estar decorada o puede estar sencilla, como la quieras imaginar, recuerde, es su brújula. Esa brújula es muy importante porque es la brújula que marca el camino, marca el camino del éxito. Mírela bien, mire cómo la brújula marca el norte, pero no es cualquier norte, es su norte. Nunca se desenfoque de su norte, así logrará tener éxito en la vida. Si en algún momento se desvía y se sale del camino, su mente inconsciente automáticamente lo volverá a llevar a esa hermosa brújula que escogió y volverá a encontrar su norte. Recuerde siempre que estamos aprendiendo, disfrutando, saludablemente, automáticamente. Nunca más perderá su norte. Ahora se dirá a sí mismo: "Hoy es el primer día de mi vida, por fin encontré mi norte, desde hoy me propongo trabajar en todas mis metas para lograr mis sueños, hoy crearé un plan para darle sentido a mi vida; yo creo en mí y puedo ver el éxito, soy el dueño de mi propio destino". Ahora deje la brújula donde la encontró por si alguna vez se desvía pueda encontrarla. Ahora, de hoy en adelante, serás un ser humano de éxito. Siga hacia adelante. Recuerde que está aprendiendo, disfrutando, saludablemente, automáticamente. Muy bien, lo está haciendo muy bien, le felicito. Ahora poco a poco lentamente continuamos cami-

nado por ese hermoso lugar que escogió, se siente muy bien, se siente muy feliz, pues de ahora en adelante será un ser humano de éxito.

Ahora, poco a poco, podemos concluir este hermoso estado de relajación. Nos vamos despidiendo de ese lugar hermoso que usted escogió, siempre pensando que podemos volver allí cuantas veces lo deseemos. Tomamos una respiración profunda, poco a poco vamos regresando al estado de conciencia, en el aquí y el ahora. Simplemente, tomarás una respiración profunda y se ubicará en este lugar donde comenzamos. Regresamos... (chasquido de los dedos).

Terapia concreta en intervención en crisis

En caso de que te encuentres con un individuo que tengas que brindarle los primeros auxilios en salud mental o atender una crisis emocional puedes utilizar la técnica de la terapia concreta. Esto podría sonar un tanto contradictorio pues anteriormente he dicho que para realizar dicha técnica primero debes de haber formado la empatía con el cliente y/o paciente. En caso de que el individuo que esté pasando por una crisis sea tu cliente y/o paciente no hay problema, pero ¿Qué pasaría si el individuo que está pasando por la crisis es una persona que te la encuentras en la calle, o sea, que no es tu cliente y/o paciente? En este tipo de casos es totalmente diferente ya que por experiencia propia un individuo que está pasando por una crisis generalmente acepta la ayuda de primera instancia. Tú, como profesional de la conducta humana, determinarás si esa persona en crisis pudiera beneficiarse de la técnica de terapia concreta. Para utilizarlo pue-

des hacerlo de la misma manera en que siempre has trabajado con las crisis. Una vez entiendas que el cliente ya esté calmado le aplicas la técnica de la terapia concreta. Basado en mi experiencia, los individuos que he atendido en crisis por lo general se han encontrado muy receptivos a la técnica. Esto solo lo harás si amerita, solo tu sabrás si amerita la técnica o no. Siempre debes tener en cuenta que te vas a encontrar individuos que no podrás brindarle la técnica de terapia concreta en una intervención en crisis al igual que otros ni si quiera acepten la intervención en crisis. Como mencioné anteriormente solo tú, como profesional de la conducta humana, determinarás si aplicarla o no aplicarla.

Caso real: Terapia de pareja con terapia concreta

A la oficina acudió una pareja para trabajar una situación de falta de confianza, ambos no confiaban el uno del otro. A él lo llamaremos Juan y a ella la llamaremos María. En la tercera consulta se procedió a trabajar con terapia concreta. Se le mostraron 2 engranes y se les dijo: "Observen estos engranes, mírenlo determinadamente. María miró los engranes detenidamente mientras que Juan los miró de una manera un tanto escéptico. Le pregunté a María qué opinaba sobre los engranes y ella dijo que se veían muy bonitos y que le gustaban mucho; sin embargo, cuando le pregunté a Juan me dijo que esos engranes eran diferentes el uno del otro porque uno tenía unos picos más juntos y otros más separados, por tanto, nunca podrían engranar. Entonces, ¿qué sucedió? No se le pudo dar la terapia concreta con los engranes porque Juan me salió ingeniero y no pudo ser capaz

de ver la analogía de los engranes por ser muy técnico. Es por esa razón que antes de ofrecer la técnica de terapia concreta debes haber realizado varias sesiones con el cliente. Solo así podrás asegurarte de que la técnica de terapia concreta sea todo un éxito. En el caso de Juan y María, para poder utilizar la técnica de terapia concreta tuve que cambiar un objeto por otro. Utilicé una brújula y una llave antigua con la cual tuve excelentes resultados.

Teóricos que sustentan la técnica de terapia concreta

Las contribuciones que han realizado diferentes teóricos permiten apreciar un sin número de estrategias que pudieran ser una alternativa ante la problemática de la salud mental tanto en Puerto Rico como en el mundo entero. Hago referencia a 6 teorías que a mi entender son las que mejor sustentan la técnica de la terapia concreta.

- Carl Roger – Empatía.
- Sigmund Freud - Consiente y preconsciente.
- Jean Piaget - Operaciones formales.
- Gestalt – Efecto Zeigarnik.
- Willian Glasser – Terapia de la realidad.
- Milton H. Erickson – Metáforas.

Conclusión

La terapia concreta la llevo utilizando en la oficina desde el 10 de junio de 2010. A través de este tiempo he podido observar excelentes resultados con los clientes y/o pacientes. Entiendo que la técnica

de terapia concreta es una herramienta adicional para complementar tus consejerías y/o terapias y te da la oportunidad de brindarle al cliente y/o paciente una alternativa no tradicional para resolver su problema. Es una técnica muy relajante y divertida en la cual se pueden beneficiar tanto jóvenes como adultos, individual o grupalmente. Me gusta utilizarla porque motiva al cliente y/o paciente y le permite ubicarse en el aquí y el ahora para poder resolver su problema con mayor efectividad. Te regalo esta técnica para que la utilices profesionalmente y estaría muy feliz de que pudieras aplicarlas en tus terapias efectivamente.

Al profesional de la conducta humana

Después de haber leído este artículo, si usted se ha quedado con dudas o desea una demostración, puede ponerte en contacto con el autor y con mucho gusto le ayudará.

Nota importante:

Es importante saber que la terapia concreta es solo una técnica que se utiliza dentro de las terapias, consejerías, psicoterapias o hipnoterapias. Sería una irresponsabilidad de mi parte o de parte de otros llamarse terapeutas o hipnoterapeutas concretos solo por utilizar esta técnica. La terapia concreta es solo una técnica dentro de las terapias.

Referencias bibliográficas

Fragments del Diplomado de la Sociedad Puertorriqueña de Hipnosis Terapéutica (2005) (Libreto para hacer la hipnoterapia)

Cloniger, S (2003) Teorías de la personalidad, tercera edición, Carl Roger, páginas. 420-425

Cloniger, S (2003) Teorías de la personalidad, tercera edición, Sigmund Freud, páginas. 36-39

Navas, J (1998) Aprendizaje, aprendizaje, aprendizaje, El aprendizaje Gestalt, páginas. 132-133

Proyecto: Teoría del aprendizaje de Piaget de los estudiantes: Karen Hugueño, Jessica Pérez, Denisse Herrera, Pamela Márquez, Carol Encina, Cindy Fuentes, Francisco Brito, Victoria Saavedra. Pontificia Universidad Católica de Valparaíso. 10 de septiembre del 2018

Bibliografía de Milton H. Erickson, M.D.

Pérez Hidalgo I, Cuadros Fernández J, Nieto Castañón Ch, Marset Fernández M (2023) Hipnosis Clínica Avanzada, pag 243

Tesis doctoral, presentada por: Jesús Miranda Paez, Departamento de psicología básica, Psicobiología y metodología de la Universidad de Málaga, Julio del 2000. EL modelo de la terapia de la realidad: Evaluación de sus constructos.

Joe A. Rosa

Consejero Profesional Licenciado en Puerto Rico, Psicólogo e Hipnoterapeuta. Original de Puerto Rico, residente en Texas. Especialista en problemas matrimoniales, parejas e intervención en crisis. Consulta privada desde el 2005. Miembro de la Sociedad Hipnológica Científica.



NSDR, Yoga Nidra y Autohipnosis

Isidro Pérez Hidalgo

¿Qué es NSDR?

El término NSDR (Non Sleep Deep Rest), en español “descanso profundo sin dormir”, se debe a Andrew Huberman famoso neurocientífico, director del Huberman Lab, que se ha hecho mundialmente conocido por la divulgación en Internet de múltiples contenidos sobre neurociencia, motivación personal, y salud en general.



Andrew Huberman

Huberman ha estudiado con mucho interés el proceso de “descanso profundo sin dormir” que supone un acercamiento en vigilia a los beneficios del sueño.

Para conseguir este descanso propone dos enfoques principales: Yoga Nidra e Hipnosis. Según el mismo Huberman, el NSDR presenta los siguientes beneficios:

- Mejora la memoria de retención.
- Alivia el estrés.
- Mejora el funcionamiento cognitivo.

- Proporciona un sueño de mejor calidad.
- Aumenta la concentración.
- Puede ayudar en el manejo del dolor.
- Aumenta la neuroplasticidad en procesos de aprendizaje.

¿Qué es el Yoga Nidra?

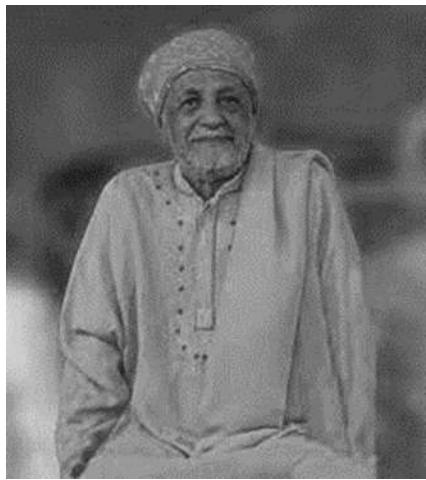
Se cree que el Yoga Nidra es tan antiguo como pueda ser el Yoga en general.

Se puede definir como una forma de meditación. Se considera que el Yoga Nidra es un “yoga del sueño”, entendido como un sistema que nos lleva a un ensoñamiento lúcido.



En los siglos XX y XXI se ha popularizado a partir del trabajo de Swami Satyananda Saraswati. Este autor señala que el Yoga Nidra se encuentra en los estadios más altos del Raja Yoga. La conciencia es progresivamente retirada del mundo externo, del cuerpo, del proceso de respirar, la mente consciente y fi-

nalmente la mente inconsciente. Se dice que es esencialmente una forma de *pratyahara*.



Swami Satyananda Saraswati

Se practica tumbado boca arriba imitando la posición de un cadáver con las palmas de las manos hacia arriba. Se busca en esta posición disolver la fatiga y calmar la agitación mental. Suele emplearse el término "Shavasana" para describir esta actitud. A diferencia de otras escuelas de yoga que emplean la concentración o la contemplación en el *Yoga Nidra* se busca una relajación total física, mental y emocional.

Los pasos que se utilizan serían los siguientes, aunque para profundizar más en ellos sería necesario recurrir a la bibliografía que más tarde sugerimos:

- Ajuste preliminar del cuerpo.
- Relajación física preliminar.
- *Sankalpa* (resolución). Podemos decir que este paso es similar a una sugerión hipnótica.
- Rotación de la conciencia. (en este sentido puede recordarnos a la relajación progresiva empleada en hipnosis,

llevando la atención de una parte del cuerpo a otra).

- Respiración consciente y conteo.
- Sensaciones y emociones opuestas.
- Observación de la pantalla mental. (*cidakasa*). Se trata de contemplar con los ojos cerrados nuestro espacio interior.
- Visualización.
- Observación de la pantalla mental.
- Repetición de *Sankalpa*.
- Regreso a la conciencia externa.

Se suele utilizar la postura de decúbito supino ("savasna"), con el sujeto tumbado sobre una alfombrilla. Se pretende que el practicante de *Yoga Nidra* alcance un estado de relajación muy profunda, sin perder la conciencia.

Según algunos autores, el *Yoga Nidra* requiere que el sujeto alcance un estado tan profundo como para producir ondas deltas en el registro electroencefalográfico. Se dice también que es un estado entre el sueño y la vigilia y en el que por tanto la persona es consciente de lo que le rodea. Se busca que este proceso sea el preámbulo al "Samadhi" (estado de conciencia en el que el sujeto se siente uno con el universo).

El *Yoga Nidra* suele practicarse en sesiones entre 10 minutos y 2 horas de duración.

Algunos afirman que 1 hora de esta práctica equivale a 4 horas de sueño, aunque no hay un acuerdo general. Muchos practicantes afirman que el *Yoga Nidra* no es un sustituto del sueño, pero que sus beneficios van más allá de la mera relajación, con-

virtiéndose en una especie de tercer estado mental que se relaciona con el sueño y la relajación y al mismo tiempo es cualitativamente distinto de ambos. La conexión con el entorno no llega a perderse por completo. Parece que a pesar de que en el Yoga Nidra se producen ondas cerebrales como cuando dormimos, la cantidad de ondas delta no puede igualar una noche de sueño completo en el que a lo largo de la noche experimentamos diferentes ciclos. En cambio, sí está claro que el Yoga Nidra favorece el inicio del sueño y que en caso de despertar precoz ayuda a que la persona vuelva a dormir.

Algunos estudios describen cambios fisiológicos positivos con la práctica de Yoga Nidra, incluyendo la liberación de dopamina y aumento del flujo sanguíneo cerebral.

Según la autora Kamini Desai, investigadora en Yoga Nidra, hay ciertas similitudes entre este sistema de meditación y la hipnosis: "Las nuevas investigaciones parecen mostrar que mientras se encuentran en Yoga Nidra los sujetos pueden realmente pasar por un estado de hipnosis cuando se van acercando a una actividad de todo el cerebro. La investigación inicial ha mostrado que antes de que el Yoga Nidra nos conduzca a una actividad cerebral completa primero cambiamos a una actividad del cerebro derecho que está asociada a la hipnosis: En cualquier caso, el Yoga Nidra está diseñado para ir más allá en sus estados de meditación más profunda. Puede que por este motivo los que practican hipnosis reconocen ciertas similitudes entre Yoga Nidra e Hipnosis aunque al mismo tiempo dicen encontrar diferencias".



Kamini Desai

En nuestra opinión, son muchas las similitudes entre Hipnosis y Yoga Nidra, aun reconociendo que los objetivos de la hipnosis son puramente terapéuticos y que el Yoga Nidra tiene una finalidad terapéutica y también espiritual en su aspecto meditativo. Con nuestros pacientes hemos intercambiado sugerencias típicas de ambas formas de trabajo.

¿La siesta como técnica de NSDR?

La siesta, según el experto Matthew Walker tiene algunas ventajas importantes como la disminución del cortisol, o una mejor regulación de la tensión arterial, aunque su oportunidad depende de variables individuales; para algunas personas puede ser contraproducente si padecen insomnio.

Huberman recomienda siesta con una duración de 10 a 20 minutos. Afirma que una siesta de esta duración puede ser revitalizante para sobrellevar el resto del día. Añade: "Tanto la siesta de 10 a 20 minutos como el NSDR también incrementa la dopamina estriatal y mejora la

capacidad de relajación autodirigida, que a su vez mejora el sueño”.



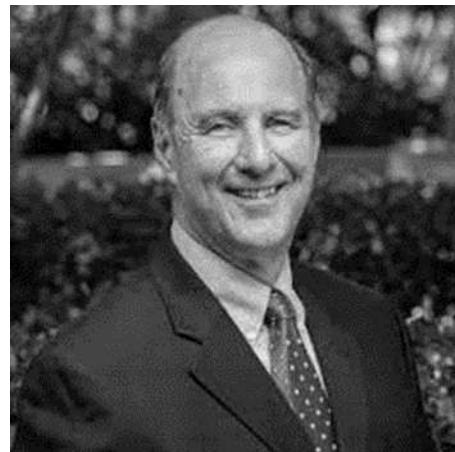
Matthew Walker

Otros estudios muestran que la siesta mejora el rendimiento cognitivo y que la duración es un tema para considerar: si la siesta dura más de 30 minutos puede producir una falta de productividad y una mayor tendencia a continuar durmiendo. En las personas mayores los efectos de siestas profundas y frecuentes se asocian a una mayor morbilidad.

Autohipnosis con NSDR

Andrew Huberman colabora con un gran especialista en hipnosis, David Spiegel, colega en la universidad de Stanford. Spiegel ha creado una “app” de autohipnosis que es probablemente la que más descargas registra. (Reveri).

Los ejercicios duran entre 5 y 13 minutos. También recomienda sesiones cortas de “alivio rápido” (entre 1 y 2 minutos) que cumplan dos misiones: la mejoría de los síntomas y el refuerzo de las capacidades de autohipnosis.



David Spiegel

La aplicación ofrece diferentes metas: dormir mejor, reducir el estrés, manejar el dolor, comer intuitivamente y abandonar un mal hábito.

¿Ayuda el NSDR a mejorar el sueño?

El NSDR puede ayudar a inducir el sueño y también a fomentar un sueño de mayor calidad. Si el practicante de NSDR se encuentra en la cama reducirá la ansiedad por dormir descansado muy profundamente y propiciará patrones cerebrales favorecedores del sueño. Al retirar la atención del deseo de dormir reducirá la intención periódica que suele producirse en el sentido de que cuanto más intenta dormir la persona, más aleja el proceso del sueño. Tanto la Hipnosis como el Yoga Nidra pueden formar parte de un programa de Terapia Cognitivo-Conductual para el insomnio.

Chris Winter, neurólogo experto en temas de sueño admite la utilidad del NSDR para revitalizarnos en determinados momentos del día. Winter recomienda en la mayoría de los casos practicar NSDR durante el día, en vez de justo antes de dormir.



Chris Winter

No obstante, otros autores recomiendan técnicas de Hipnosis y Yoga Nidra antes y durante el tiempo destinado a dormir.

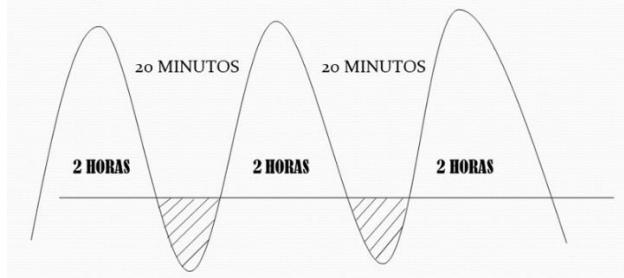
En un estudio reciente Karuma Dutta y otros autores encuentran que la práctica del Yoga Nidra muestra en el EEG un estado vigil con ondas lentas denominado habitualmente "sueño local" con aumento de frecuencias delta.

¿Qué momento del día es adecuado para las técnicas de NSDR?

Parece que lo más adecuado sería conocer previamente nuestros ritmos ultradianos. Sabemos que tenemos un ciclo básico de actividad y descanso (en inglés se utiliza el acrónimo BRAC), es decir que a lo largo del día tenemos períodos con una duración aproximada de 90 minutos en los que estamos preparados para la actividad con la energía y la atención suficientes y alrededor de 20 minutos que nos predisponen

al descanso o incluso a entrar en un estado meditativo o de autohipnosis.

RITMOS ULTRADIANOS



Hacernos conscientes de estos ritmos nos ofrecerá mejores resultados tal como menciona Ernest Rossi en algunos de sus trabajos. Recorremos anteriores artículos de Hipnológica en los que hemos mencionado esta forma de autohipnosis a partir de las fórmulas propuestas por Rossi (véase bibliografía recomendada al final de este artículo).

Nuestro cuerpo nos dará señales de cuando estamos en esos 20 minutos en los que podemos entrar más fácilmente en los períodos de regeneración ultradiana. Si estamos atentos, los principales indicadores serían.

- Somnolencia.
- Bostezos.
- Mirada perdida.
- Introversión.
- Activación genitourinaria.
- Tendencia a la pasividad.

Estos momentos suelen repetirse con precisión día a día si nuestros horarios se mantienen constantes. A medida que practicamos nos es más fácil la distinción de estos ciclos en nuestro organismo.

Aunque Huberman parece haberse sentido más interesado por los ritmos ultradianos que determinan el aumento en nuestra concentración y en nuestro rendimiento, nos parece que las técnicas que él engloba bajo la nomenclatura NSDR son más aplicables si escogemos las horas adecuadas que casi siempre serán después del mediodía.

Ejemplo de guion autohipnótico como NSDR

"Me centro en mi respiración. Inhalo profundamente. Retengo el aire hasta que empieza a ser molesto y lo suelto lentamente. Lo hago así 3 veces...

Imagino mis párpados completamente relajados, con la pereza agradable que siento cuando no puedo evitar quedarme dormido plácidamente...

Re corro mi cuerpo desde los párpados hasta mis pies enviando relajación a cada una de esas partes, deteniéndome algunos segundos en cada una de ellas y disfrutando del proceso...

Cada vez que respiro, siento más somnolencia, pero es un tipo de sueño en el que continúo consciente de lo que me rodea y del momento presente (se emplean entre 5 y 10 respiraciones) ...

Visualizo un lago de aguas tranquilas. Disfruto de su quietud y observo el cielo y las nubes reflejados en el agua...

Continúo relajándome, dejando que mi inconsciente trabaje en devolverme la vitalidad que necesito...

Dentro de unos 10 minutos sentiré una señal que me hará saber que es el momento de salir de esta autohipnosis sintiéndome muy bien".

He empleado esta forma de autohipnosis con mis pacientes y conmigo mismo y suele dar buenos resultados, aunque no dispongo de datos de registro fisiológico, sino que contamos con la vivencia subjetiva. Sugiero que se lea varias veces en voz alta para memorizarlo y poder aplicarlo de una forma cotidiana, coincidiendo con los momentos ultradianos favorables. Es preferible que el paciente haya sido entrenado anteriormente en heterohipnosis.

La práctica diaria, especialmente si escogemos las mismas horas, dará buenos resultados en cuanto a la profundidad del trance y la facilidad con la que se produce. No es recomendable en medios de transportes urbanos con trayectos rápidos ya que será difícil mantener la concentración. Sí en cambio, en transportes de largo recorrido como el avión, el barco o el tren.

En algunas ocasiones, será inevitable que el sueño nos venza, pero esa microsiesta puede resultar también muy beneficiosa.

La posición de sentado suele ser adecuada para evitar una somnolencia excesiva tanto en el Yoga Nidra (aunque tradicionalmente se práctica tumbado), como en la autohipnosis.

Creemos que el NSDR en sus diferentes modalidades puede resultar muy útil tanto para los pacientes como para los terapeutas. Aunque, en rigor, no podemos decir que sea algo realmente nuevo, el enfoque de Huberman ha servido para concientiar a muchas personas de la nece-

sidad de introducir durante el día periodos de descanso profundos que complementen al sueño.

Referencias bibliográficas

Yoga Nidra, Swami Satyananda Saraswati, Yoga Publications Trust; N.º: 6 edición (2002).

Yoga Nidra: Una práctica para la relajación profunda y la sanación, Richard Miller, Editorial Sirio (2019)

Yoga Nidra Made Easy: Deep Relaxation Practices to Improve Sleep, Relieve Stress and Boost Energy and Creativity, Uma Dinsmore-Tuli y Nirlipta Tuli, Hay House UK (2022)

Yoga Nidra: The Art of Transformational Sleep, Kamini Desai, Lotus Press (2017)

Trance and Treatment: Clinical Uses of Hypnosis, Herbert Spiegel y David Spiegel, American Psychiatric Association Publishing; N.º 2 edición (2004)

David Spiegel, Reveri App
<https://www.reveri.com/>

Andrew Huberman,
<https://www.hubermanlab.com/>

ZZZ... El libro del sueño: La solución a todos tus problemas de descanso, Chris Winter, AGUILAR (2017)

Psychobiology of Mind-Body Healing: New Concepts of Therapeutic Hypnosis, Ernest L Rossi, W. W. Norton & Company; Revised edition (1993)

Los veinte minutos de pausa. Técnicas para el rendimiento, salud y bienestar emocional, Ernest L. Rossi y David Nimmons, Edaf (1991)

Autohipnosis ultradiana: ¿una alternativa de tratamiento del síndrome de colon irritable?, Isidro Pérez Hidalgo, revista www.hipnologica.org, (2011)

Datta K, Mallick HN, Tripathi M, Ahuja N, Deepak KK. Electrophysiological Evidence of Local Sleep During Yoga Nidra Practice. *Front Neurol.* 2022 Jul 12;13:910794. doi: 10.3389/fneur.2022.910794. PMID: 35903117; PMCID: PMC9315270.

Isidro Pérez Hidalgo

Director de CHC Psicólogos. Exdirector del Máster de Hipnosis Clínica de Psicocátedra (Ateneo de Madrid). Miembro de la Sociedad Española de Medicina Psicosomática. Presidente de la Sociedad Hipnológica Científica.



La Hipnosis en el Tratamiento de los Trastornos de Síntomas Somáticos

Arnoldo Téllez

El uso de la hipnosis en los problemas de salud física

La hipnosis es un estado de conciencia que implica un foco concentrado de atención y una reducida conciencia periférica caracterizada por una capacidad incrementada para responder a sugerencias (Elkins, Barabasz, Council y Spiegel, 2015). Este estado de conciencia resulta muy adecuado para que los procesos cognitivos y de imaginación puedan servir de puente entre la brecha mente-cuerpo, de forma que se puedan facilitar los procesos de sanación física. La hipnosis se ha usado exitosamente desde más de 150 años en la reducción o eliminación del dolor quirúrgico (Esdaille, 1902), y recientemente en dolor de quemaduras, dolor de cabeza o migraña, así como para modificar la presión sanguínea, aliviar los síntomas de la fibromialgia, úlcera del duodeno, detención de hemorragia y eliminación de verrugas (Barber, 1996; Wark, 2008, Hammond, 2008). Se ha encontrado que la hipnosis puede modificar no solo los procesos fisiológicos sino también los anatómicos, por ejemplo, puede acelerar el proceso de sanación de pacientes con fracturas de huesos medido tanto con radiografías, así como con el grado de recuperación de la movilidad al subir y bajar escaleras y la disminución del dolor comparado con grupo control (Ginandes y Rosenthal, 1999). La hipnosis también puede ser útil en

los así llamados trastornos de síntomas somáticos (DSM-V).

Veamos:

Los trastornos de síntomas somáticos

Los pacientes en todos los niveles de atención de la salud sufren con frecuencia de molestias físicas, como dolor en diferentes partes del cuerpo, fatiga, alteraciones del sistema cardiovascular, gastrointestinal y afecciones de otros órganos del cuerpo. Los síntomas pueden aparecer como palpitaciones, mareos, diarrea, debilidad en las extremidades, inflamación abdominal, etc. Muchos pacientes pueden presentar múltiples síntomas en forma simultánea, otros solo presentan un síntoma persistente. En este tipo de trastorno generalmente, no hay una patología estructural orgánica bien definida que se correlacione con los síntomas; por lo tanto, se dice que los síntomas son de naturaleza funcional.

Además de las molestias somáticas, los pacientes presentan alteraciones psicológicas y de comportamiento tales como una alta ansiedad relacionada a la salud y un constante ir al médico para verificar su salud y la realización de exámenes médicos. Los pacientes generalmente se sienten frustrados y desesperanzados debido a la falta de eficacia de los diferentes tratamientos médicos o psicológicos

que han recibido, muchas veces los mismos médicos o psicoterapeutas se sienten impotentes por no poder apoyarlos (Henningßen, 2018)

Es interesante hacer notar que síntomas somáticos funcionales y malestar corporal en general se asocian con tasas más altas de depresión y ansiedad que enfermedades con síntomas comparables, pero de naturaleza orgánica bien definida.

¿Qué dice el DSM-V acerca de este Trastorno de Síntomas Somáticos?

El diagnóstico del DSM-5 es el siguiente:

En el diagnóstico de este trastorno es un requisito indispensable **descartar que los síntomas somáticos sean producidos por una causa orgánica** y la necesaria presencia de ciertos síntomas psicológicos para poder justificar el diagnóstico. Entonces, para cumplir con los criterios de diagnóstico debe estar presente lo siguiente:

- Uno o más síntomas somáticos (Como dolor o dificultad para respirar, o síntomas más generales, como cansancio o debilidad) que causan malestar o dan lugar a problemas significativos en la vida diaria.
- Pensamientos, sentimientos o comportamientos excesivos relacionados con los síntomas somáticos o asociados a la preocupación por la salud como se pone de manifiesto por una o más de las características siguientes:
 - 1. Pensamientos desproporcionados y persistentes sobre la gra-

vedad de los propios síntomas.

- 2. Grado persistentemente elevado de ansiedad acerca de la salud o los síntomas.
- 3. Tiempo y energía excesivos consagrados a estos síntomas o a la preocupación por la salud.

Además, es necesario especificar si el trastorno se presenta con un **predominio de dolor** es decir si el principal síntoma somático del paciente es el dolor. Más adelante revisaremos un par de casos con trastorno somático.

El dolor es el síntoma más frecuente, pero cualesquiera sean los síntomas, existen pensamientos, sentimientos o comportamientos excesivos relacionados con tales síntomas, que pueden causar problemas importantes, dificultar la funcionalidad o, en ocasiones, incapacitar.

En este trabajo presentaremos la utilidad de la hipnosis clínica en 2 casos con trastornos de síntomas somáticos con predominancia de dolor en los pies que les impedía caminar, y dos casos de problemas digestivos, así como su respectivo tratamiento con hipnosis clínica.

Veamos:

Caso 1

En una ocasión salí de mi consultorio en el instituto de psicoterapia donde trabajaba, y antes de salir a la calle volteé hacia la izquierda donde estaba la puerta abierta de un salón de clases con dos terapeutas con un hombre de 55 años aproximadamente cargando en brazos a una mujer joven de unos 25 años. Uno de los terapeutas, el Dr. Ruperto Charles, me llamó y me dijo lo siguiente: Arnoldo, esta muchacha la mandan del hospital OCCA, ya que no puede caminar debido a un dolor insopportable en las plantas de los pies, no tolera mantenerse de pie. En el hospital ya le hicieron todos los exámenes médicos posibles y no encuentran ninguna evidencia orgánica que pudiera explicar ese intenso y severo dolor de pies. Yo le confesé que llevaba algo de prisa porque tenía una reunión en la Universidad y que por lo tanto no podía atenderla, el Dr. Charles insistió que hiciera un trance hipnótico breve a la persona, lo cual accedí y después de un trance hipnótico, darle algunas sugerencias de sentirse bien, el dolor de pies desapareció, o al menos disminuyó en forma importante, pero al salir del trance hipnótico el dolor regresó, por lo que decidí ponerla en estadio de trance hipnótico y dejarla en ese estado y de forma que pudiera recibir un alivio temporal. Después de eso me retiré a mi compromiso en la universidad, pero un par de días después, hicieron una cita conmigo, la mujer llegó acompañada de su esposo también cargándola en brazos, acompañada de su hijo de tres años, inquieto y con un balón de fútbol, el joven esposo subió las escaleras hacia mi consultorio

cargándola. Ella me narró que ese dolor intenso que le impedía ponerse de pie y caminar había aparecido tres semanas antes, cuando sufrió un desmayo en el hospital infantil al cual habían acudido para tratar a su hijo menor de dos meses de edad, por una hipertermia. Durante la entrevista y un trance hipnótico inicial, le pedimos a su mente inconsciente nos guiara al momento y causa de ese síntoma doloroso, entonces la persona manifestó que hace un mes y medio aproximadamente había dado a luz a su segundo bebé pero el momento del nacimiento había sido traumático para ella ya que el médico que le aplicó la anestesia epidural era tan inexperto que le aplicó varios piquetes dolorosos no exitosos lo cual fue como una tortura para ella antes de que se aplicara la anestesia exitosamente. El bebe nació saludable, la familia estaba feliz pero como al mes y una semana del nacimiento el bebe empezó a sufrir hipertermia y cuando lo llevaron al médico, éste hizo una hipótesis clínica "quizá tenga fiebre aviar" y ella y su esposo le preguntaron pues que había que hacer, a lo cual el médico respondió hay que hacer una punción lumbar para sacar un líquido y poder descartar esa posibilidad, (ya que por ese tiempo había una epidemia de fiebre aviar). La mamá del niño se opuso airada y temerosamente, recordando inconscientemente la tortura que sufrió por la anestesia epidural a manos de un inexperto durante el parto. La madre fue convencida por los médicos diciéndole que sería un procedimiento seguro y rápido y con poco dolor. Pero resultó todo lo contrario, el procedimiento resultó difícil y sumamente doloroso para el

bebé, y durante el fuerte llanto del niño la madre sufrió un desmayo, y cuando finalmente recuperó la conciencia ella ya no podía ponerse de pie y caminar debido al dolor de la planta de los pies, después de recordar todo eso durante el trance como catarsis a la sesión siguiente llegó caminando algunos pasos en forma insegura. En la segunda sesión llegó dando pequeños pasos, por lo cual la felicitamos por ese logro, se le aplicó una técnica hipnótica llamada "set de aprendizaje temprano" a través del cual se le describe el desarrollo del ser humano desde el vientre, el alimentarse del pecho materno, y destetarse, el aprender a gatear, caminar caerse, levantarse y volver a caminar, el aprendizaje de las primeras palabras, el ir a kindergarten por primera vez y cómo muchos niños lloran, pero después, con el paso del tiempo, ya no lloran, el aprender letras, palabras y números, etc., hasta llegar a la universidad. El objetivo de esta técnica es que todo es aprendizaje en dirección a la independencia e interdependencia. Después de eso se le recomendó que era momento de regresar a su propia casa, y dejar la de los padres a lo cual el esposo mostró su aprobación inmediata. Para la tercera sesión la paciente llegó caminando normalmente, pero con un dolor de estómago pero que le permitía hacer sus labores domésticas, atender a sus hijos y a su esposo.

Mi interpretación de este caso es que ella no tenía las suficientes habilidades de afrontamiento que le permitieran manejar en forma resiliente los dos eventos

traumáticos física y emocionalmente dolorosos, el de su parto y el de su bebé, la administración dolorosa de anestesia en el parto y la punción lumbar en su pequeño bebé, creo que ella tuvo una regresión en edad espontánea, de forma que volvió a actuar nuevamente como niña, dependiente, se refugió en la casa de sus padres quienes estaban pasando por el fenómeno de nido vacío y la atendían con gusto, como si fuera una mujer imposibilitada para atenderse a sí misma, a sus niños y esposo. Yo le llamo a la casa de los padres la segunda placenta, yo les recuerdo a mis pacientes que una vez que hemos tenido el segundo parto, es decir salir de la casa de nuestros padres (que lo calculo entre los 23 y 27 años) ya sea para casarse o vivir en forma independiente, a uno no le conviene regresar más que por motivo de visita quizás algunos días ya que las paredes de la casa donde uno creció y el cuidado de los padres nos facilitan una regresión espontánea a una infancia.

La paciente se la pasaba entre la casa de los padres y el hospital, un hospital de costo excesivo en el cual no podían hacer nada por ella más que administrarle algunos analgésicos que no resultaban efectivos, desde la segunda sesión que la paciente empezó a dar los primeros pasos de forma segura yo les prescribo que fueran a su casa, a su propia casa a pesar del miedo de la paciente de no poder atender a sus dos "críos" por sí sola lo cual accedieron a regañadientes por parte de ella, en la tercera sesión se dedicó a fortalecer la autoestima y la autoconfianza a través de las técnicas de la metáfora del árbol y

"fortalecimiento del ego" y finalmente la paciente pudo dejar las visitas al hospital y la estancia en la casa de los padres para volver a su vida normal, excepto por ese dolor de estómago.

Este caso ocurrió hace 18 años. Yo no tenía toda la experiencia y conocimiento que ahora tengo para darme cuenta de que los miedos se alojan en el estómago y que el paso que procedía a seguir era sacar los miedos del estómago con la técnica que más adelante mencionamos. Los miedos están ubicados en el estómago, los pies indican la incapacidad para afrontar la vida con todos sus obstáculos y logros.

Veamos ahora un caso más reciente con la misma sintomatología, y con un resultado aún más exitoso.

Caso 2

En mayo del 2021 Recibí un mensaje de WhatsApp de una psicóloga madre de un joven de 16 años procedentes de la ciudad de Tijuana, Baja California, pero de visita en la ciudad de Monterrey, para atender al joven de un síntoma somático, dolor intenso en los pies que lo mantenían en cama desde hace un par de meses, había perdido fuerzas en los brazos y tenía dificultades para respirar a la hora de comer. Los médicos pensaron en varias hipótesis medicas: Guillain Barre, esclerosis múltiple, miastenia gravis, entre otros, pero no encontraron evidencia para confirmarlas.

Me pidieron que si podía ir a verlo al hospital en el que estaba hospitalizado, habían gastado muchísimo dinero en estudios

médicos y semanas de hospitalización, sin resultado alguno. Yo tenía demasiado trabajo y no pude ir a verlo sino hasta tres días después. Cuando llamé para decir que ese día podría visitar al joven al hospital, la madre me dijo que ya habían abandonado el hospital y que irían a mi consultorio. Los recibí a las 8 pm, el joven llegó en silla de ruedas ayudado por su madre. En la entrevista me dijeron que la familia estaba compuesta por el padre, quien era director general de una empresa importante, y que por necesidades laborales habían tenido que mudarse de ciudad en varias ocasiones, la madre era psicóloga, y era quien estaba haciéndose cargo de todo el tratamiento médico, apoyada por su esposo. El paciente era el hermano mayor y tenía una hermana 5 años menor. El paciente estaba cursando la escuela preparatoria, y practicaba varios deportes. Algunos meses atrás tuvo que ser intervenido quirúrgicamente en una de las rodillas por un problema de meniscos y ahí iniciaron los problemas de dolor en las extremidades inferiores. El paciente desarrolló cierto grado de atrofia muscular no solo en ambas piernas, sino también en los brazos, pero por falta de uso.

Hammond (1990) opina que antes de aplicar una técnica específica para el alivio del dolor, es necesario investigar la implicación de causas inconscientes que estén desencadenando, manteniendo o amplificando dicho dolor. Entre las causas psicológicas del dolor puede estar un acontecimiento traumático del pasado no resuelto, por ejemplo, la experiencia de un abuso sexual o un accidente automovilístico trágico,

etc., o una motivación inconsciente, por ejemplo, un autocastigo, la obtención de una ganancia secundaria, entre otras causas.

Una técnica de investigación hipnótica puede ser "Exploración ideomotora" (Cheek y Rossi, 1994). David Cheek (1912-1996) nacido en Singapur y radicado en Estados Unidos, fue un ginecólogo y posterior hipnoterapeuta quien aportó mucho a la hipnosis clínica, especialmente en el uso innovador de técnicas ideomotoras en los trastornos psicosomáticos en general, trastornos sexuales y ginecológicos en particular.

Tal exploración es mejor dirigida cuando las señales ideomotoras han sido establecidas de manera naturalista. Hay que recordar que la primera inteligencia en el niño es la ideomotora, es decir la mayoría de la información es codificada y decodificada en forma sensorial y motora. Por lo tanto, mucha de la información y memorias de esa edad especialmente inconsciente está somatizada.

Una modalidad de las técnicas de exploración ideomotora consiste en concentrar la atención sobre las palmas de las manos durante un momento, entonces se le dice al paciente: "Mira tus manos por un momento, mira las líneas de la mano. Hay unas líneas cortas y otras largas. Hay unas líneas que se cruzan... tan sólo deja descansar tus manos... y obsévalas detenidamente... observa los puntos rojos en la palma de la mano... observa los puntos blancos... observa los dedos... su posición... sus pliegues... (si acaso hay

movimientos de los dedos) observa esos pequeños movimientos. Ahora... mientras observas esas manos... por un momento... tan sólo por un momento, imagina que no son tuyas... o que no están conectadas a tu cuerpo... ahora voy a preguntar a tu mente inconsciente si quiere contestarme una pregunta que le haga con un movimiento de dedo... qué dedo moverías para contestarme "sí"... (una vez que el dedo del "sí" se movió por sí solo, se pasa a la siguiente pregunta)... y qué dedo moverías para contestarme "no" cuando tu respuesta a mi pregunta sea no..." (se espera que la mente inconsciente elija el dedo del "no"). Finalmente, se le pide a la mente subconsciente que selecciones un dedo para contestar "no sé" o "no estoy preparado para contestar", con el fin de que no se sienta presionada a contestar.

Después de establecida claramente la forma ideomotora de contestar, le pregunté a la mente inconsciente del paciente lo siguiente:

-Mente inconsciente, como lo conoces muy bien a él, desde que era un niño pequeño y tienes todo grabado, desde que el nació hasta este momento en el disco duro de la mente, dime, ¿él tiene dolor en este momento? -El dedo del "no" se movió. -Ahora dime, ¿él estudia preparatoria? -El dedo del "sí" se movió. - ¿Tiene una hermana? -Sí, contestó su inconsciente. - ¿Tiene un hermano? - El dedo del "no" se movió-

De esta manera fui haciendo varias preguntas obvias y clínicamente irrelevantes para establecer bien el patrón de respuestas de la mente inconsciente. Al inicio el paciente

estaba sorprendido del movimiento automático de los dedos, pero después pareció pasar a un estado de trance ligero o moderado. Posteriormente se le hicieron las preguntas clave.

-El dolor que padece cuando intenta caminar o ponerse de pie, ¿tiene una causa emocional? -El dedo del "sí" se movió. -Y esa causa emocional, ¿es por algo que sucedió en el presente? -Sí. El joven estaba sorprendido y fascinado que sus dedos se movieran por sí solos. Después le pregunté si el paciente estaba consciente de esas causas emocionales, y el dedo del "no" se movió. Después le pregunté a la mente inconsciente si estaba de acuerdo en que el paciente tuviera acceso en forma segura a alguna de esa información, y el dedo del "sí" se movió y se mantuvo moviendo con pequeñas contracciones por un momento. Después se detuvo, y le pregunté a la mente inconsciente del paciente si estaba dispuesta a ayudarle al paciente a sanar o solucionar "eso que necesitaba solucionar usando todos sus recursos internos", y contestó con un "sí". Y le dije que se tomara unos momentos para hacer esa tarea. Después de eso, le di las gracias a la mente inconsciente del paciente por su gran ayuda, y le pedí que saliera del trance. El problema esencial era que tenía dificultades académicas serias que ponían en riesgo su continuidad en la escuela

preparatoria, y no encontraba la forma de comunicarlo a sus padres, especialmente a su papá, quien era muy estricto. Antes de terminar la sesión, la madre del paciente observó algo que yo había pasado desapercibido, el paciente, sentado en su silla de ruedas, pudo poner sus pies en el piso sin reportar dolor. En la sesión numero dos y tres trabajamos el fortalecer su assertividad, autoconfianza y autoestima con diferentes técnicas hipnóticas tales como la metáfora del árbol, la técnica de fortalecimiento del ego de Moshe Torem (Téllez, 2007). Además, dio sus primeros pasos sin dolor, pero con ayuda de un andador primero y después un bastón, ya que los músculos de sus piernas se habían atrofiado por falta de movimiento, además de un tremendo miedo a perder el balance y caer. En las sesiones cuatro y cinco trabajamos motivación y el establecimiento de metas con hipnosis activa-despierta, con la técnica de las "mancuernas" (Téllez, Valdez, & Sánchez-Jáuregui, 2020). En la sexta sesión ya podía caminar solo con pasos cortos e inseguros, en la séptima sesión fue dedicada a "enseñarle nuevamente a caer" en el jardín del Instituto Mexicano de Hipnosis Clínica, es decir a doblar sus piernas y cintura, así como meter las manos para amortiguar la caída. En la octava y última sesión pudo botar una pelota

de básquetbol, mientras caminaba.

Al concluir la octava sesión, ellos se despidieron para seguir su terapia psicológica y rehabilitación física en su ciudad de residencia. Un mes después la madre del paciente me compartió el siguiente mensaje:

"Llegué con grandes interrogantes a la primera sesión de hipnosis, a pesar de ser psicóloga y saber que la mente es un motor extraordinario en nuestro diario vivir, pero el no haber tenido ninguna experiencia previa en hipnosis me hacía preguntarme si sería un proceso largo que no pudiéramos llevar (ya que vivimos fuera de Monterey) y si era el tratamiento más adecuado para mi hijo. Además de recurrir al uso de medicina regenerativa (y por supuesto teniendo la fe que mi hijo iba volver a caminar) emprendimos esta aventura, confiando en que el proceso de hipnoterapia ayudaría a mi hijo a avanzar en lo que los médicos no podían. Estaba a la expectativa, con todas las dudas sobre la técnica de hipnosis, y en la primera sesión sucedió algo maravilloso, movió y apoyó una de sus piernas en el piso, algo que no había podido hacer en semanas atrás. Conforme fue avanzando y con toda la cooperación de mi hijo adolescente, que por cierto ya estaba cansado de tanta hospitalización, pruebas PCR, electromiografías, punción lumbar, etc. Fue levantándose, dando pequeños pasos, usando andador y bastón, hasta llegar a caminar poco a poco con ayuda (tan solo ocho sesiones con el Dr. Arnoldo Téllez). En cada sesión había avances, primero fue apoyar sus piernas,

luego levantarse solo, dar unos pequeños pasos, traer sus memorias, el caer y levantarse en el césped, llegando a rebotar por sí solo su pelota de básquetbol. Fue una maravillosa experiencia, al grado que estoy próxima a iniciar mis estudios sobre hipnosis, y poder ayudar a tantas personas que lo necesitan.

Un año y dos meses después (Julio 2022), consulté en línea al paciente un par de ocasiones. Lleva una vida totalmente normal, trabaja y estudia al mismo tiempo, sin ninguna molestia somática. Está a un año de terminar la escuela preparatoria y reporta no tener claro que carrera estudiar, pero tiene dos alternativas posibles: psicología y nutrición. La madre del joven ha iniciado ya un entrenamiento de hipnosis clínica.

A diferencia del dolor agudo que nos advierte de una lesión o enfermedad, el dolor crónico o persistente, como hemos visto en estos dos casos, no tiene alguna utilidad adaptativa. Aunque no existe una definición aceptada universalmente del dolor crónico, generalmente se entiende como dolor que no tiene valor o referente biológico, que dura más que la curación típica de una herida, no responde a tratamientos basados en remedios específicos, y su duración es mayor de 6 meses. El dolor crónico que es severo e intratable tiene consecuencias perjudiciales, incrementa la posibilidad de padecer angustia psicológica, pérdida de trabajo, aislamiento social y se asocia frecuentemente con la depresión y ansiedad, el dolor crónico al perder su valor adaptativo para huir del estímulo nociceptivo y buscar ayuda,

se convierte en sí mismo en la enfermedad, el problema a resolver (Kurlansik, & Maffei, 2016).

Hasta ahora hemos visto dos casos de trastornos de síntomas somáticos con predominancia de dolor en los pies. Pero una parte del cuerpo más susceptible de somatización es el estómago o más bien el sistema digestivo entero. De acuerdo con mi experiencia clínica, es el lugar favorito donde se representan y somatizan los miedos. Como psicoterapeuta tengo la filosofía de que "El miedo es el enemigo número uno del ser humano. Y estoy de acuerdo con el dicho "El que vive con miedo, vive a medias, y uno viene a esta vida a vivir plenamente". Además, en el transcurso de más de 30 años de práctica profesional, he descubierto que la mayoría de mis pacientes, si no es que todos, vienen a consulta por motivo de algún tipo de miedo; miedo hablar en público (pánico escénico), a relacionarse con los demás (fobia social), a viajar en avión (fobia a volar), miedo al éxito, miedo a que la pareja te engañe o te deje (celotipia), miedo a amarse a uno mismo (baja autoestima), miedo a vivir (depresión), miedo al miedo (ansiedad) y la lista de miedos es interminable. Y la terapia psicológica tiene como objetivo eliminar esos miedos o al menos reducirlos en intensidad y frecuencia, y fomentar el amor a los demás (estima), amor a uno mismo (autoestima), y amor a la vida (a la naturaleza, las aves, las playas, los desiertos, los árboles, etc.).

Existe una relación recíproca entre el sistema digestivo y el cerebro, y la repercusión de esta comunicación

entre estos dos órganos en la salud y la enfermedad se conoce desde la época de Iván Pavlov. Este eje intestino-cerebro proporciona una vía homeostática de comunicación que, usando rutas neurales, hormonales e inmunológicas tienen un papel relevante en procesos emocionales tales como el miedo y la inflamación (Mediavilla, 2020).

Según los datos científicos, hay un componente del sistema nervioso autónomo, denominado sistema nervioso entérico que es el que inerva el sistema digestivo.

Técnica para "sacar" los miedos del estómago

Inducción al trance ligero usando un foco concentrado en el estómago... "cierra tus ojos.... Respira profundamente dos o tres veces... eso es... correcto... ahora quiero que te enfoques en tu estómago.... ¿Cómo lo sientes? sabes que es lugar favorito de los miedos para alojarse.... Causando molestias... inflamación.... Entre otras molestias... y te voy a enseñar una técnica para echarlos fuera.... Es una técnica hipnótica que después podrás usar como autohipnosis.... Vivir sin miedo o con poco miedo significa una mejor calidad de vida. Hay un dicho que dice "el ser humano que vive con miedo vive a medias, y uno viene a esta vida a vivir plenamente". Pero con muchos miedos no es posible eso. Yo descubrí una vez esto y es cierto... yo mismo he sacado muchos miedos y me ha permitido avanzar en mis metas, en mis logros, en mi calidad de vida, y donde no he avanzado, y las metas que no he logrado todavía, es por los miedos que tengo todavía,

y que necesito echar fuera de mi vida.

Vamos a escanear tu cuerpo ¿cómo sientes en este preciso momento tus piernas? ¿cómo están? ¿tus brazos, cómo están?... ahora vamos a centrarnos en tu estómago, ¿cómo está?, ¿alguna sensación? ¿Qué hay?

¿qué sensación será?... - es un temor - ¿y ese temor se refleja en alguna sensación? ¿Dolor o alguna otra? - como cosquilleo, como que se adormece, una inflamación, muy bien.... los miedos generalmente la gente los representa como algo oscuro dentro del estómago, puede ser cosas gelatinosas oscuras, puede ser como masa oscura, no lo sé, pero siempre es oscuro. Nosotros le llamamos al miedo basura emocional (tomar su mano derecha). Pon tu mano en tu estómago y quiero que mentalmente metas tu mano al estómago, al interior y quiero que agarres ese temor. Agárralo (guiarla si es necesario). Sácalo, obsévalo.... ¿Es miedo a? - la soledad - perfecto, miedo a la soledad.

Quiero que lo tires muy lejos, avíéntalo lejos.... usando las palabras mágicas "Mucho-Alachi", mientras observas que se van lejos de tu vida. Y como el miedo es basura, acabas de agarrar basura con esa mano (tomas su mano y le pones gel antibacterial) te voy a limpiar la mano. El miedo atrae las cosas que se temen y si no nos echa a perder el momento precioso de vida.

Entonces, quiero que vayas nuevamente y explores a ver si hay otro temor, a veces se esconden debajo de los intestinos. A veces hay grupos de miedos, de dos o tres y cuando lo sientas agárralo con la mano. Algunos están muy

enraizados. Mete la mano y si ves uno lo agarras con el puño. Agárralo, sácalo bien - este está más chiquito - ok, sácalo.... ¿Miedo a? - el fracaso - cuando piensas en fracaso qué te viene a la mente, fracasar en qué, qué te viene a la mente - no aprovechar el tiempo - tíralo lejos.

Pero como ese estómago dejó huecos donde se arrancaron los temores, Aquí tengo un recipiente de cristal muy bonito con una energía, una pomada energética de hermoso color que vas a untar, al contrario del miedo, es sanadora. ¿de qué color es? - rosa con celeste - Quiero que todos esos huecos los cubras en tu estómago. Todo de rosa con celeste, frótalo.... Todo, todo, que quede bien lleno de rosa y celeste. ¿cómo está tu estómago ahora? ¿cómo se siente?

Cuando estés lista, puedes ir despertando, volver aquí y ahora..."

Bien, esta es la técnica en general, pero veamos su aplicación a un caso concreto:

Caso 3

Una paciente de 46 años, odontóloga, soltera, y con un novio que vivía y trabajaba en los Estados Unidos. El motivo de consulta era dolor en el intercurso sexual (dispareunia), la verdad es que todavía era virgen, ya que en los diferentes intentos de relación sexual con su novio el dolor hacia interrumpir el intento de penetración. Después de trabajar varias sesiones sobre la dispareunia, una sesión llegó diciendo que su novio no se había comunicado por varias semanas, y no contestaba las llamadas. Ella sospechaba que estaba saliendo con otra mujer en la

ciudad norteamericana donde vivía. Ella llegó reportando una colitis e inflamación del vientre, tanto que tuvo que ir con el médico, quien le recetó un antidepresivo.

Le pregunté si el medicamento antidepresivo le había dado resultado, me dijo que todavía, ya que tenía poco de haberlo estado tomando. A continuación, se transcribe la intervención terapéutica.

Terapeuta (T): permíteme decirte que generalmente los miedos se alojan en el estómago, mi hipótesis es que en ese estómago hay muchos miedos, te voy a mostrar una técnica para sacar los miedos. Cierra tus ojos, quiero que sientas esa inflamación, qué número está ahorita del 0 al 10.

Paciente (P): Ocho.

T: ¿Permanece en Ocho?

P: Sí.

T: Concéntrate en esa inflamación, pon tu mano derecha en tu estómago. Imagina que mentalmente esa mano penetra adentro de tu estómago, y busca un miedo, generalmente las personas los representan como cosas oscuras, mecales oscuros, cosas oscuras gelatinosas, lo representan de diversas formas, pero siempre de color oscuro. Imagina que metes la mano, agarra un miedo y sácalo (el paciente cierra el puño, parece haber agarrado un miedo), eso es muy bien, sácalo, muy bien ahora obsérvalo, ¿es un miedo a....?

P: Miedo a que ya no me llame mi novio.

T: Ok, tíralo, lejos. Recuerda que los miedos atraen las cosas temidas, tíralo..... (El paciente hace la señal de tirar el miedo) muy bien. ¿Ahora en qué número esta esa inflamación?

P: Continúa en ocho

T: Ok, continúa en ocho, muy bien. Como los miedos los considero que son como basura emocional, te voy a colocar un gel desinfectante (el terapeuta le coloca y frota un gel desinfectante en la mano derecha). Correcto, ahora quiero que pongas nuevamente tu mano en el estómago. Quiero que saque otro miedo, adelante..., muy bien observa ese miedo antes de tirarlo, obsérvalo, ¿es miedo a....?

P: Miedo a estar sola.

T: Miedo a estar sola, muy bien, échalo fuera, tíralo lejos. ¿En qué número está esa inflamación ahora?

P: Un ocho, continúa en 8.

T: Continúa en ocho, muy bien. Desinfectemos tu mano, eso es. Vamos por otro miedo, agarra otro, eso es, sácalo, muy bien, obsérvalo, eso es un miedo a:

P: Miedo a ser independiente.

T: ¿Miedo a ser independiente?, ok, tíralo lejos, recuerda, los miedos atraen las cosas temidas., eso es muy lejos. ¿En qué número está esa inflamación ahora?

P: Un siete.

T: Un siete, correcto, muy bien. Vamos por otro miedo.... Eso es agárralo fuerte, muy bien sácalo, eso es.... Obsérvalo ese ¿es un miedo a?

P: Al sexo.

T: ¿Al sexo? ¿A tener relaciones sexuales?

P: Sí.

T: Ah, correcto tíralo, arrójalo lejos.... eso es muy bien.... Dame esa mano, desinfectémosla ya que tomaste esa basura emocional.... correcto. ¿Cómo está esa inflamación?

P: Cinco.

T: ¿Bajó a cinco la inflamación?

P: Sí.

T: Vamos por otro miedo, pon tu mano en tu estómago, saca otro miedo, hay miedos muy antiguos, mete tu mano un poco más profundo, hay miedos que se esconden en lo profundo de los intestinos, son muy viejos. Ok, ya tomaste otro miedo, sácalo, eso es sácalo..... obsérvalo.... ¿Eso es miedo a?

P: Miedo a no aceptarme físicamente, siempre he sido muy delgada, de niña y adolescente me hacían *bullying*, por eso... siempre me molestaban. Fue muy difícil.

T: ok, tíralo... tíralo lejos... eso es.... en qué número está esa inflamación?

P: Uno

T: Correcto. Vamos por un último miedo.... Checa si hay otro miedo por tu estómago.... Pon tu mano en tu estómago e imaginariamente intóndela en tu estómago y saca un miedo más.... eso es... sácalo... obsérvalo ¿Eso es miedo a?

P: Miedo a no valorarme a mí misma, no me valoro.

T: Ok. Tíralo lejos... muy lejos... eso es. ¿Qué número está la inflamación?

P: Cero, no hay inflamación. Mi estómago ya no está inflamado. En verdad, ya no está inflamado (Aquí la paciente narra que cuando estaba en la facultad de odontología siempre tuvo miedo a los exámenes... presentaba náuseas y se vomitaba cuando iba a presentar algún examen).

T: Así que ahora parece que tu estómago está totalmente desinflamado.

P: Sí, totalmente.

Aquí procedemos a la segunda parte del ejercicio de visualización, consiste en decirle a la paciente que al sacar los miedos fuera, dejaron un hueco, pues ocupaban un espacio. Ahora hay que llenar esos espacios con una pomada energética sanadora, y se le pregunta de qué color la visualiza. Veamos.

T: Ahora quiero que veas, que visualices un bonito recipiente de cristal con una pomada energética de hermoso color, sanadora, que tomarás y untarás en los huecos que dejaron esos miedos que ya echaste fuera, ¿puedes ver el recipiente?

P: Sí

T: ¿De qué color es la pomada?

P: Beige.

T: Beige, quiero que metas tu mano en el recipiente de cristal y tomes esa crema o pomada energética, amorosa y la untes en tu estómago, llena esos huecos de color beige, llena los huecos. Y mientras llenas los huecos dejados por los miedos con esa pomada energética amorosa, expresa las palabras positivas que tú quieras, dilo en voz alta.

P: Me quiero, soy segura de mí misma, no pasa nada.

T. ¿Cómo te sientes?

P: Excelentemente bien. Gracias.

T: ¿Cómo está tu estómago?

P: Totalmente suave, desinflamado. Gracias Doctor. Es increíble que con solo este ejercicio de imaginación se me haya desaparecido la inflamación en tan solo unos minutos.

Caso 4

Una alumna de la maestría participó en una demostración del ejercicio hipnótico "Sacando los miedos", posteriormente me envió una narración de como experimentó la técnica:

"Hola maestro espero que se encuentre bien, le escribo para compartirle que desde que hicimos el ejercicio de hipnosis en clase de "Sacando los miedos del estómago" me he sentido muy bien y la colitis que tenía desde la escuela primaria ha desaparecido poco a poco y no

me he vuelto a inflamar, claro sigo llevando mi proceso terapéutico y tengo buenos hábitos, pero sin duda desde ese día mi cuerpo se ha sentido mucho mejor, gracias por su gran labor, lo admiro mucho".

Más adelante me narra sus recuerdos de su experiencia con el ejercicio hipnótico.

"Pase al frente y me senté, el maestro estaba parado a un lado mío. Lo que recuerdo del inicio es escuchar decir al maestro que íbamos a hacer un ejercicio hipnótico para eliminar los miedos, recuerdo verme en ocasiones desde afuera de la silla como tomando la clase y a veces sentada ahí haciendo el ejercicio (Una experiencia interesante de disociación espontánea). También recuerdo que me pidió que colocara mi mano en el estómago y buscará un miedo, y era el "**miedo a equivocarme**" me pidió que lo tomara con el puño y lo sacara de mi estómago y lo aventara lejos, muy lejos de mí, que visualizara cómo se iba lejos. Después busqué otro miedo, ahí me topé con el "**miedo a morir**" era como una bola oscura un poco más grande que la anterior y lo saqué y lo tiré lejos diciendo las palabras mágicas "Mucho-Alachi" que me dijo el maestro que dijera. Posteriormente me pidió que siguiera buscando y entonces me topé con el miedo más pesado, sentí mi mano muy tensa y no podía sacarlo, imaginé que el maestro me ayudó a cargarlo y entonces lo vi, era horrible, era como una cara de un demonio oscura y se veía molesta, me pidió el maestro que le pusiera un nombre y pensé en mamá, también recuerdo que en ese

momento estaba llorando mucho era un llanto que no podía controlar. Me ayudó sacarlo y echarlo fuera, y en verdad que fue muy pesado. Inmediatamente después me puso algo líquido en las manos como un spray para limpiarlas. Posterior a eso recuerdo poco, algún otro miedo como el de la velocidad (me da miedo la velocidad al manejar desde que viví un accidente automovilístico con mi familia), lo aventé y se fue, después saqué algo del pecho como el estrés y lo aventé. Me pidió que siguiera buscando, pero ya no recuerdo si había algo más dentro de mí. Recuerdo que me dio algo en las manos color amarillo para untarlo en mi pecho y me sentí relajada.

Recuerdo algo con mi papá, como tristeza. Recuerdo una escena de ver que estaba él viendo la televisión mientras mi mamá me regañaba y él no me defendía, no tengo muchos recuerdos de esos. Luego me vi a mí misma con un vestido azul y me veía muy contenta, sentí mucho cariño, me abracé a mí misma y seguí llorando, pero era un sentimiento de alivio.

También recuerdo que alguien dijo alguna cita bíblica del amor, pero no la tengo muy clara. (Mientras ella estaba en trance yo le dije que podía seguir con ese proceso, mientras hablaba con sus compañeros, pero que no era necesario que pusiera mucha atención, y citamos la cita bíblica de primera de Juan 4:18 que dice: "En el amor no hay temor, sino que el perfecto amor echa fuera el temor, porque el temor involucra castigo, y el que teme no es hecho perfecto en el amor"). Recuerdo despertar relajada y tranquila viendo a los demás verme, estaba mojada

mi cara de las lágrimas que derramé durante el ejercicio.

Ese día regresé relajada de la ciudad de Monterrey a la ciudad de Reynosa y pude descansar en el viaje, mi estómago no se ha vuelto a tensar como antes. A veces me asusto, pero el miedo se siente diferente, como que viene y se va sin regresar, ya no se queda atrapado. Además, he podido dormir en el traslado de los viajes, algo que me asustaba mucho desde el accidente automovilístico que tuve, además el estreñimiento desapareció.

Siento que la relación con mamá va mejor, de hecho, planeamos viajar estas semanas juntas. Después del momento en que me aplicaron la técnica no podía recordar mucho, pero estuve soñando con el ejercicio unos 3 días después y poco a poco comencé a recordar, no me dio miedo soñarlo de nuevo, fue más bien curiosidad y gratitud."

Discusión

Parece que hay dos principales causas de la somatización: la susceptibilidad hipnótica y los eventos traumáticos en la infancia, y quizás ambos están íntimamente relacionados. Veamos cada uno de ellos:

Susceptibilidad hipnótica

El grado de habilidad para entrar en trance hipnótico, algo que se ha denominado susceptibilidad hipnótica se ha correlacionado con el presentar un mayor grado de somatización o síntomas somáticos, incluso trastornos de conversión. La sección 30 de la APA define a la susceptibilidad hipnótica como "La habilidad que un individuo tiene para experimentar sugerencias de

cambios en la fisiología, sensaciones, emociones, pensamientos, emociones o la conducta durante la hipnosis.

Wickramasekera (1995) ha propuesto que tanto las personas con alta y baja susceptibilidad hipnótica son susceptibles a la somatización, pero no los de susceptibilidad media (Zillmer & Wickramasekera, 1987). Este autor establece que las personas hipnotizables son hipersensibles a los estímulos externos y amplifican estas señales de amenaza, lo que lleva a la sobre activación del sistema nervioso simpático. Esta hiperactividad crónica del sistema simpático conduce a problemas somáticos relacionados con el estrés y la ansiedad. En el mismo modelo, se teoriza que los hipnotizables bajos reprimen o niegan conscientemente los estímulos amenazantes, pero experimentan estos efectos somáticamente. Por ejemplo, los pacientes sometidos a cirugía cardiaca con una hipnotizabilidad media se recuperaron más rápido de la cirugía cardíaca que los niveles bajos o altos (Greenleaf, Fisher, Miaskowski y Du Hamel, 1992).

Younger et al, (2007) encontró que la correlación entre susceptibilidad hipnótica y presentar síntomas somáticos es más fuerte en mujeres que en hombres, y que los síntomas somáticos están asociados con la capacidad de presentar alucinaciones e imágenes hipnóticas dentro de la Escala de Susceptibilidad Hipnótica de Stanford, Formulario C, incluso los autores dudan de que la alta

hipnotizabilidad sea un rasgo adaptativo y saludable.

Eventos adversos en la infancia (ACEs, por sus siglas en inglés)

Los eventos adversos o traumáticos ocurridos durante la infancia han resultado jugar un papel importante en los trastornos de síntomas somáticos. Los ACEs más comunes son los diferentes tipos de abuso: emocional, físico, sexual y negligencia, así como también el presenciar violencia doméstica, separación con divorcio, o cuando un miembro de la familia es adicto al alcohol o drogas ilegales, padece alguna enfermedad mental (como por ejemplo esquizofrenia o depresión), es encarcelado, o muerto.

En un estudio realizado por Van der Feltz-Cornelius et al (2020) se encontró que un 70% de los pacientes con somatizaciones reportaron ACEs. De esta muestra un 80 % informó al menos un ACE, el 73,3 % informó más de un ACE y el 43,3 % informó 4 ACE's o más. El abuso sexual en la infancia fue el tipo de ACE que se reportó en el 26,6% de los pacientes y la muerte reciente de un ser querido por el 4,7%.

Tanto por el papel del grado de susceptibilidad hipnótica como los eventos traumáticos en la infancia en las causas de los trastornos de síntomas somáticos, la hipnosis clínica se vuelve una herramienta útil para sanar y reestructurar las memorias de los eventos que pudieron causar esas somatizaciones.

Referencias bibliográficas

- Barber, J. (1996). A brief Introduction to Hypnotic Analgesia. En Joseph Barber "Hypnosis and Suggestion in the Treatment of Pain". New York: Norton
- Esdaile, J. (1902). Mesmerism in India: Its Practical Application in Surgery and Medicine. New Delhi: Asian Educational Services. (Escrito originalmente publicado en 1846).
- Ginandes C S y Rosenthal D I (1999). Using Hypnosis to accelerate the Healing of Bone Fractures: A Randomized Controlled Pilot Study. *Alternative Therapies in Health and Health*, 5, 1078-1091
- Jarred W. Younger, Gina C. Rossetti, Jeffrey J. Borckardt, Arthur R. Smith, Anthony F. Tasso & Michael R. Nash (2007) Hypnotizability and Somatic Complaints: A *Gender-Specific Phenomenon*, *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 55:1, 1-13, DOI:10.1080/00207140600995745
- Mediavilla, C. (2020). Orexin A as mediator in the gut-brain dialogue. *Revista de Neurologia*, 71(12), 460-466.
- Peter Henningsen (2018) Management of somatic symptom disorder. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 20:1, 23-31, DOI: 10.31887/DCNS.2018.20.1/phenningsen
- Téllez A. (2007). Hipnosis Clínica: Un Enfoque Ericksoniano. México: Editorial Trillas
- Téllez, A., Valdez, A., & Sánchez-Jáuregui, T. (2020). Active-Alert Hypnosis to Achieve Personal, Professional, and Therapeutic Goals. In *Hypnotherapy and Hypnosis*. IntechOpen.
- Van der Feltz-Cornelis, C. M., Allen, S. F., & Van Eck van der Sluijs, J. F. (2020). Childhood sexual abuse predicts treatment outcome in conversion disorder/functional neurological disorder. An observational longitudinal study. *Brain and Behavior*, 10(3), e01558.
- Wark, M. D. (2008) What can we do with hypnosis: a Brief note. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 52, 29-36.
- Kurlansik, S. L., & Maffei, M. S. (2016). Somatic symptom disorder. *American family physician*, 93(1), 49-54.

Arnoldo Téllez

Profesor titular de la facultad de psicología UAN. Doctor en filosofía de la psicología. Máster en Metodología de la Ciencia. Autor de siete libros acerca de la hipnosis. Presidente de la Asociación de Hipnoterapia A.C.



In memoriam

Jorge Cuadros

2023 ha sido un año triste para la Sociedad Hipnológica Científica. Ian Brownlee, uno de nuestros cofundadores, nos ha dejado.



Sin embargo, a Ian sólo podemos recordarlo con alegría. Estoy seguro de que él se hubiera enfadado mucho viéndonos recordarlo con tristeza.

Y esa seguridad se confirma con el último mensaje de WhatsApp que nos dejó días antes de iniciar su viaje hacia las estrellas, donde hacía gala de su fino humor británico, sabiendo que ya era cuestión de horas.

Ian, gran conocedor de vinos (de una sola uva, por favor), fue un maestro de la comunicación.

Muchos de los miembros de Hipnológica aprendimos de él cómo hacer

una buena presentación con diapositivas, así como la mejor manera de presentarla, tanto en lo que respecta al lenguaje verbal como al lenguaje no verbal.

Su larga enfermedad no fue un obstáculo para que nos dejara un legado muy importante en su última obra "Comunicación conflictiva frente a comunicación colaborativa", publicada recientemente por McGraw-Hill.

Amigo, como suele decirse, sólo se van aquellos a quienes no se recuerda. Los miembros actuales de Hipnológica ya nos encargaremos de que los futuros miembros sepan también de tus correrías.

Que la tierra te sea leve.

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.



Sociedad Hipnológica Científica y Colaboradores

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

Hipnológica

Revista de la Sociedad Hipnológica Científica

AÑO 14 – NÚMERO 15

Diciembre 2023

∞