

HIPNOLÓGICA

Revista de Hipnosis Clínica y Experimental



Mc
Graw
Hill

AULAMAGNA
PROYECTO CLAVE

Año 16 / Número 18 / Diciembre 2025

Hipnológica

Revista de Hipnosis Clínica y Experimental
Año 16 - Número 18 - Diciembre 2025
ISSN 1989-9866

DIRECTOR

Jorge Cuadros Fernández

SUBDIRECTOR

Chema Nieto Castañón

PRESIDENTE DE LA SHC

Isidro Pérez Hidalgo

ESCRIBEN EN ESTE NÚMERO:

Orlin Baev

Juliana Bilachi

Carlos Conde

Francisco Xavier de Almeida Marques

Gloria Díaz

Brenda Frías

Juana Peláez

Isidro Pérez Hidalgo

Marcello Romei

Joe A. Rosa Rodríguez

Daniel Sebastián

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

CONTENIDOS

Editorial

Isidro Pérez Hidalgo 3

Desmitificando la hipnosis.
Demystifying hypnosis. 5
Orlin Baev

La naturaleza del trance.
The nature of trance. 11
Juliana Bilachi

Hipnosis existencial.
Existential hypnosis. 16
Daniel Sebastián

La hipnosis en el cine.
Hypnosis in cinema. 28
Isidro Pérez Hidalgo

Hipnoterapia en el fortalecimiento de la
autoestima.
Hypnotherapy in strengthening
self-esteem. 44
Brenda Frías

De la sedación total a la regulación
consciente.
From total sedation to conscious
Regulation. 70
Juana María Peláez

Terapia Breve Ericksoniana e
Interculturalidad.
Ericksonian Brief Therapy and
Interculturality. 89
Gloria Díaz

Hipnosis dental:
una revisión histórica y clínica.
Dental hypnosis: a historical and clinical
review. 95
Marcello Romei

Hipnosis clínica como método de
acceso a la conciencia.
Clinical hypnosis as a method of
accessing consciousness. 107
Francisco Marques

El Atrapasueños como herramienta
hipnótica.
The dreamcatcher as a hypnotic tool. 141
Joe A. Rosa

«Cuñadismo» pandémico y el efecto
Dunning-Kruger.
"Cuñadismo" and the Dunning-Kruger
effect. 149
Carlos Conde

In memoriam 156



Editorial

Termina 2025, que ha sido para nosotros un año con contrastes. Como señalamos en otra sección de la revista, hemos tenido una pérdida muy dolorosa, la de nuestro compañero Fernando Martínez-Pintor.

En la parte positiva, tenemos ya en la calle nuestro quinto libro (Hipnosis: Casos Clínicos), de nuevo un Manual Internacional con un elenco de autores de renombre mundial. Este libro ha suscitado mucho interés en España y otros países.

También en la parte positiva hemos celebrado dos “Talleres de Herramientas Hipnóticas” en Madrid y Valladolid.

En reuniones internacionales, hemos estado presentes en Uruguay y México en congresos de alto nivel y en general hemos aumentado nuestra colaboración con otras sociedades pertenecientes a la *European Society of Hypnosis*. Tenemos que resaltar que hemos inaugurado dentro de la *Newsletter* de la ESH el “Rincón en Español” para aquellos hispanohablantes que quieren seguir las actividades de Hipnológica y otras sociedades europeas. Al mismo tiempo, en Hipnológica estamos publicando también artículos en inglés, para aumentar nuestra proyección.

Hablando de diferentes idiomas, hemos firmado un contrato con las prestigiosa Editorial Satas, de Bélgica, para publicar nuestro cuarto libro “Hipnosis en el Manejo del Dolor” en francés. En los próximos meses seguiremos gestionando ediciones de nuestros libros en diversos idiomas. Les informaremos de las novedades que surjan.

En 2026, tenemos diferentes proyectos que nos parecen muy interesantes: estaremos presentes en el congreso de la *European Society of Hypnosis*, que se celebrará en Glasgow en el mes de agosto. Pero antes, en el mes de mayo, estaremos en Ciudad de Mexico en un novedoso concepto que hemos llamado “Retiro Internacional de Hipnosis”, en colaboración con expertos de Europa y América.

Y habrá más cosas. Nos parece que va a ser un año muy fructífero y esperamos que nuestra revista siga cumpliendo la función que siempre ha tenido de informar del estado actual de la hipnosis científica a nuestros lectores cada vez más numerosos.

Y, ¿cómo no?, queremos felicitar las fiestas a todos los que nos siguen por un medio u otro. Reciban nuestros mejores deseos.

Isidro Pérez Hidalgo

Presidente de la Sociedad Hipnológica Científica



Editorial

2025 is coming to an end, and it has been a year of contrasts for us. As we mentioned in another section of the magazine, we have suffered a very painful loss, that of our colleague Fernando Martínez-Pintor.

On the positive side, our fifth book (Hypnosis: Clinical Cases) is now on sale, once again an international manual featuring a cast of world-renowned authors. This book has aroused much interest in Spain and other countries.

Also on the positive side, we have held two "Hypnotic Tools Workshops" in Madrid and Valladolid. At international meetings, we have been present in Uruguay and Mexico at high-level conferences and, in general, we have increased our collaboration with other societies belonging to the European Society of Hypnosis. We would like to highlight that we have launched the "*Rincón en Español*" (Spanish Corner) in the ESH Newsletter for Spanish speakers who want to follow the activities of Hipnológica and other European societies. At the same time, Hipnológica journal is also publishing articles in English to increase our visibility.

Speaking of different languages, we have signed a contract with the prestigious Belgian publisher Satas to publish our fourth book "Hypnosis in Pain Management" in French. In the coming months, we will continue to manage editions of our books in various languages. We will keep you informed of any new developments.

In 2026 we have several projects that we find very interesting: we will be present at the European Society of Hypnosis congress, to be held in Glasgow in August. But before that, in May, we will be in Mexico City with a new concept we have called "International Hypnosis Retreat" in collaboration with experts from Europe and America.

And there will be more. We believe it will be a very fruitful year, and we hope that our magazine will continue to fulfil its role of informing our growing readership about the current state of scientific hypnosis.

And, of course, we would like to wish everyone who follows us in one way or another a very happy holiday season. Best wishes.

Isidro Pérez Hidalgo

President of the Scientific Hypnological Society



Desmitificando la hipnosis

Orlin Baev

Algunos mitos populares sobre la hipnoterapia

«Él me controlará. Es peligroso. Me lavará el cerebro. Me quedaré atrapado en la hipnosis. Obedeceré sus órdenes. Me volveré dependiente. Seré una marioneta. Haré cosas en contra de mi voluntad. Recordaré todo vívidamente, como en esa película. El hipnoterapeuta tiene poderes especiales. Las películas muestran exactamente lo que es la hipnosis. La hipnosis real es igual que en las películas. No hay hipnotizadores reales en este país, solo en el extranjero. No se me puede hipnotizar porque siempre tengo el control. No se me puede hipnotizar porque no voy a ceder. Soy inmune a esas cosas. La hipnosis es sueño, pero yo estaba despierto. Prefiero la visualización guiada, el yoga nidra, la relajación o la meditación, pero no la hipnosis, que es diferente y sospechosa. Me gusta la oración guiada, pero la hipnosis no forma parte de la verdadera fe...».

El potencial curativo y significativo de la hipnoterapia

La hipnosis y la hipnoterapia siempre han existido, desde el trance prehistórico de contemplar el fuego e invocar a los espíritus en las cuevas, pasando por los rituales chamánicos y sacerdotales, las ceremonias religiosas, las liturgias, los sermones, los cánticos y las prácticas meditativas, hasta el uso moderno y basado en la evidencia de la hipnosis clínica en la medicina y la psicoterapia.

Hoy en día, la hipnoterapia, junto con la terapia cognitivo-conductual, se encuentra entre los métodos terapéuticos más validados científicamente, respaldados por la investigación y basados en la evidencia.

El estado hipnótico o de trance está profundamente conectado con los procesos precognitivos y metacognitivos, mecanismos evolutivos vinculados tanto a los orígenes de la consciencia humana como a su posible expansión futura hacia la consciencia supraconsciente y el potencial psicoespiritual.

El trance hipnótico accede al nivel precognitivo (inconsciente) donde se procesa el contenido neurótico inadaptado y, simultáneamente, al nivel metacognitivo de consciencia expandida. En esta quietud de la red por defecto (procesamiento del ego), surge un recurso de presencia y confianza sabia, que permite reestructurar las dinámicas de carácter ansioso con mucha más facilidad que a través de la terapia clásica. La consciencia no se pierde, ni se cae en un sueño inconsciente; se calma y se expande, revelando una consciencia luminosa capaz de reorganizar directamente los patrones neuróticos, porque la hipnosis da acceso directo a ellos.

Cómo disolver o eludir los mitos en torno a la hipnosis

1. Desmitificación y demistificación científica

Desde el punto de vista de la psicología, la ciencia cognitiva y la neurociencia,

aclaremos la naturalidad del estado hipnótico, el control de la persona dentro de él y la imposibilidad de la manipulación moral debido al «amortiguador» ético propio de la mente. Si las sugerencias contradicen los valores personales, el cliente se despierta o cae en un sueño profundo sin conexión con el hipnotizador.

Explicamos que toda hipnosis es, en última instancia, autohipnosis y que el terapeuta simplemente facilita la autoayuda, lo que conduce a la autonomía, no a la dependencia. Señalamos las investigaciones neurocientíficas que confirman estos mecanismos.

Esta desmitificación racional funciona bien con clientes de mentalidad científica. Para otros, menos familiarizados con la ciencia, ayuda sobre todo a través de la confianza que depositan en el terapeuta. Sin embargo, incluso así, los mitos siguen siendo relevantes porque la psicodinámica de la neurosis opera en el mismo nivel precognitivo en el que viven el mito y la imaginación. Como dice el refrán, «no hay ateos en las trincheras». Incluso el científico más escéptico tiene un modo espiritual profundo y arquetípico en su interior.

2. Renombrar

A veces, la forma más sencilla de sortear la resistencia es renombrar el proceso.

En lugar de la palabra «hipnosis» (tan saturada de tonterías de Hollywood), podemos decir:

«Hagamos una visualización guiada... una relajación... un yoga nidra... una oración... una práctica de respiración... un breve ejercicio de cuerpo

y mente... un entrenamiento autógeno... una meditación».

El proceso sigue siendo idéntico, pero las defensas del cliente, desencadenadas por la palabra «hipnosis», desaparecen.

A menudo, después de muchas sesiones exitosas de trabajo profundo y transformación, un cliente dirá:

«Estas relajaciones guiadas me hacen sentir increíble, recargado y renovado. Pero, ¿cuándo vamos a hacer hipnosis? Vi en una película que...».

La forma más eficaz de lidiar con los mitos sobre la hipnosis: la utilización

Los mitos atraen y obstaculizan a la vez. Crean un aura mística que fascina al subconsciente, al tiempo que producen miedo y expectativas poco realistas. Sin embargo, el proceso de trance en sí mismo opera simultáneamente dentro del espectro irracional-mítico y el ámbito meta-cognitivo.

Dado que tanto la neurosis como la curación se producen en este mismo nivel simbólico, es más prudente no luchar directamente contra los mitos, sino utilizarlos con delicadeza y creatividad.

Ejemplos de utilización terapéutica:

Mito: «¡Solo las personas especiales con poderes sobrenaturales pueden hacer hipnosis!».

Terapeuta: «Exactamente, por eso ahora puedes sentir el poder del amor, y el amor es la fuerza más grande de todas».

Mito: «Me volveré dependiente de la hipnosis y de ti».

Terapeuta: «Es maravilloso depender de tu creciente dominio de ti

mismo mientras fortaleces tu independencia y tu sentido de propósito».

Mito: «Nadie puede hipnotizarme. No creo en eso».

Terapeuta: «Eso es perfecto, porque yo no hipnotizo a nadie. Toda hipnosis es autohipnosis, y a través de ella armonizas tu propio carácter, que es precisamente adonde te ha llevado tu ansiedad».

Mito: «No puedo entrar en hipnosis».

Terapeuta: «Llevas mucho tiempo hipnotizado por tus miedos. Lo que hacemos aquí es deshipnotizarte, ayudarte a vivir libre y con fuerza».

Mito: «Tengo miedo de que me impongas tu voluntad».

Terapeuta: «Deja que esa consciencia abraza tu miedo a ser herido. El amor que necesitas ya te rodea y libera tu vida».

Mito: «La hipnosis es dormir, pero yo estaba despierto».

Terapeuta: «Sí, es un sueño despierto, lleno de consciencia, en el que sumergirse en tu interior te da acceso a tu potencial».

Mito: «Me pondrás en un trance profundo y no recordaré nada».

Terapeuta: «Permanecerás plenamente presente en tu potencial, trabajando en ti mismo de forma consciente y clara».

Mito: «He leído en Internet que la hipnosis puede causar la muerte o que las personas no se despiertan de ella».

Terapeuta: «Qué hermoso es aceptar tu miedo a perder el control, para que puedas vivir de verdad con cordialidad y espontaneidad, despierto a patrones significativos del ser».

Mito: «Pero la ciencia no reconoce la hipnosis, ¿verdad?».

Terapeuta: «Quizás hace un siglo. Hoy en día, la hipnosis se estudia a fondo y se respeta mucho; puedo mostrarte cientos de artículos científicos. Y al darte cuenta de tu dependencia de la opinión de la autoridad, puedes forjar la autenticidad de tu propio ser».

Mito: «Solo las personas estúpidas o de voluntad débil pueden ser hipnotizadas».

Terapeuta: «Al contrario, la hipnosis funciona mejor con personas inteligentes y de carácter fuerte como usted. Tanto la ciencia como la experiencia afirman que son las personas sabias como usted las que tienen la suerte de poder utilizar este don».

Orlin Baev

Máster en Psicología del Asesoramiento.
Formador en hipnosis. Conferenciante internacional.



Demystifying hypnosis

Orlin Baev

Some popular myths about hypnotherapy

“He will control me. It’s dangerous. He’ll brainwash me. I’ll get stuck in hypnosis. I’ll obey his commands. I’ll become dependent. I’ll be a puppet on strings. I’ll do things against my will. I’ll recall everything vividly like in that movie. The hypnotherapist has special powers. Movies show exactly what hypnosis is. Real hypnosis is just like in films. There are no real hypnotists in this country, only abroad. I can’t be hypnotized because I’m always in control. You can’t hypnotize me because I won’t give in. I’m immune to such things. Hypnosis is sleep, but I was awake. I prefer guided visualization, yoga nidra, relaxation, or meditation – but not hypnosis, that’s different and suspicious. I like guided prayer, but hypnosis isn’t part of the true faith...”

The healing and meaningful potential of hypnotherapy

Hypnosis and hypnotherapy have always existed – from the prehistoric trance of watching fire and invoking spirit in the cave, through shamanic and priestly rituals, religious ceremonies, liturgies, sermons, chants, and meditative practices, to the modern, evidence-based use of clinical hypnosis in medicine and psychotherapy.

Today, hypnotherapy, together with cognitive-behavioral therapy, stands among the most scientifically validated

and research-supported, evidence based therapeutic methods.

The hypnotic or trance state is deeply connected to pre-cognitive and meta-cognitive processes – evolutionary mechanisms tied both to the origins of human consciousness and to its possible future expansion toward supra-conscious awareness and psycho-spiritual potential.

Hypnotic trance accesses the pre-cognitive (unconscious) level where maladaptive neurotic content is processed, and simultaneously the meta-cognitive level of expanded awareness. In this stillness of the default mode network (ego processing), a resource of presence and wise-hearted trust arises, allowing the restructuring of anxious character dynamics with far greater ease than through classical therapy. Consciousness is not lost, nor does one fall into unconscious sleep; it quiets and expands, revealing a luminous awareness capable of reorganizing the neurotic patterns directly – because hypnosis gives direct access to them.

How to dissolve or bypass the myths around hypnosis

1. Scientific demythologization and demystification

From the standpoint of psychology, cognitive science, and neuroscience, we clarify the naturalness of the hypnotic state, the person’s control within it, and the impossibility of moral manipulation due to the mind’s own ethical “buffer”. If

suggestions contradict personal values, the client either wakes up or falls into deep sleep with no connection to the hypnotist. We explain that all hypnosis is ultimately self-hypnosis and that the therapist merely facilitates self-help – leading toward autonomy, not dependence. We point to neuroscientific research confirming these mechanisms.

This rational demythologization works well with scientifically minded clients. For others, less familiar with science, it helps mostly through the trust they place in the therapist. Yet even so, myths remain relevant because the psychodynamics of neurosis operate on the same pre-cognitive level where myth and imagination live. As the saying goes, “There are no atheists in the trenches”. Even the most skeptical scientist has a deep, archetypal, spiritual mode within.

2. Renaming

Sometimes the simplest way to bypass resistance is to rename the process.

Instead of the word “hypnosis” (so saturated with Hollywood nonsense), we can say:

“Let’s do a guided visualization... a relaxation... a yoga nidra... a prayer... a breathing practice... a short body-mind exercise... an autogenic training... a meditation.”

The process remains identical, but the client’s defenses –triggered by the word “hypnosis”– disappear.

Often, after many successful sessions of deep work and transformation, a client will say:

“These guided relaxations make me feel amazing – recharged and renewed. But when are we going to do hypnosis? I saw in a movie that...”.

The most effective way to deal with hypnosis myths: Utilization

Myths both attract and obstruct. They create a mystical aura that fascinates the subconscious while also producing fear and unrealistic expectations. The trance process itself, however, operates simultaneously within the irrational-mythic spectrum and the meta-cognitive realm.

Since neurosis and healing both occur on this same symbolic level, it is wiser not to fight myths directly, but to utilize them gently and creatively.

Examples of therapeutic utilization:

Myth: “Only special people with supernatural powers can do hypnosis!”

Therapist: “Exactly – that’s why you can feel the power of love now, and love is the greatest force of all.”

Myth: “I’ll become dependent on hypnosis and on you.”

Therapist: “It’s wonderful to depend on your growing self-mastery while you strengthen your independence and sense of purpose.”

Myth: “No one can hypnotize me. I don’t believe in it.”

Therapist: “That’s perfect, because I don’t hypnotize anyone. Every hypnosis is self-hypnosis, and through it you harmonize your own character – which is precisely where your anxiety has been leading you.”

Myth: "I can't go into hypnosis."

Therapist: "You've long been hypnotized by your fears. What we do here is de-hypnotization – helping you live freely and powerfully."

Myth: "I'm afraid you'll impose your will on me."

Therapist: "Let that awareness embraces your fear of being hurt. The love you need is already surrounding and freeing your life."

Myth: "Hypnosis is sleep, but I was awake."

Therapist: "Yes – it's a wakeful sleep, full of awareness, where sinking inward gives access to your potential."

Myth: "You'll put me in a deep trance and I won't remember anything."

Therapist: "You'll remain fully present in your potential, working on yourself consciously and clearly."

Myth: "I read online that hypnosis can cause death or that people don't wake up from it."

Therapist: "How beautiful it is to embrace your fear of control loss – so that you can truly live cordially and spontaneously, awake to meaningful patterns of being."

Myth: "But science doesn't recognize hypnosis, right?!"

Therapist: "Perhaps a century ago. Today hypnosis is thoroughly studied and highly respected – I can show you hundreds of scientific papers. And realizing your dependence of the authority's opinion, you can forge the authenticity of your own being."

Myth: "Only stupid or weak-willed people can be hypnotized."

Therapist: "On the contrary – hypnosis works best with intelligent, strong-willed people like you. Science and experience both affirm that it's the wise people like you are blessed to use this gift."

Orlin Baev

Master's degree in counseling psychology.
Hypnosis trainer. International speaker.



La naturaleza del trance

Juliana Bilachi

El trance se puede definir como un estado de consciencia natural que integra la atención de forma sostenida y sin esfuerzo, mostrando una mayor coherencia interna y una interacción activa entre los procesos de pensamiento conscientes e inconscientes. El trance no es una condición de enfermedad. Es una forma en que el cerebro organiza sus funciones. En este estado, la percepción, la imaginación, el afecto, la memoria y los sentidos trabajan juntos de manera armoniosa.

Desde una perspectiva neurocognitiva, el trance refleja un estado de integración neural optimizada, en el cual múltiples redes cerebrales –particularmente los sistemas atencionales, de modo por defecto, de saliencia y sensoriomotoras– se coordinan de manera eficiente. Esta integración permite una profunda absorción sin esfuerzo cognitivo, facilitando la resolución creativa de problemas, el procesamiento simbólico y el aprendizaje experiencial. La percepción del tiempo a menudo se altera no a través de la disociación, sino mediante la absorción temporal, ya que los recursos atencionales están completamente comprometidos en la tarea del momento presente.

Psicológicamente, el trance representa una forma de alineación relacional intrapersonal. Surge cuando los sistemas internos –cognitivo, emocional, somático y de la imaginación– entran en un diálogo cooperativo. En este estado, la agencia está distribuida en lugar de centralizada; el comportamiento se desarrolla a través de una guía implícita en lugar de un control

ejecutivo deliberado. La toma de decisiones se vuelve intuitiva, y la acción se experimenta como fluida y autoorganizada.

Fenomenológicamente, el trance se sitúa entre la mente despierta y la imaginación, manteniendo una alerta total mientras permite que los procesos simbólicos, metafóricos y previos a la reflexión dominen la experiencia. La parte consciente permanece presente, pero no es intrusiva, permitiendo que el material inconsciente influya en la percepción y el comportamiento sin conflicto ni resistencia.

El trance es fundamental en lugar de excepcional. El juego inmersivo al principio, la imaginación activa y la creatividad muestran que el trance es un estado básico durante el desarrollo en el que se produce el aprendizaje, la formación de la identidad y la creación de significado. Estas primeras experiencias establecen un modelo para las capacidades posteriores relacionadas con la autorregulación, la creatividad y la flexibilidad psicológica.

Dentro de los marcos clínicos y terapéuticos, el trance se entiende mejor no como una técnica impuesta al individuo, sino como una capacidad latente para la autoorganización y la transformación. Los fenómenos hipnóticos surgen cuando esta capacidad se facilita intencionalmente, permitiendo que los patrones existentes se aflojen y surjan nuevas configuraciones de experiencia. El cambio, en este contexto, no es impulsado por el esfuerzo, sino que es emergente,

surgiendo de la alineación en lugar del control.

El trance de Lego

Cuando pienso en el trance, no empiezo con la terapia o los estados alterados. Empiezo con la infancia, sentado con las piernas cruzadas en el suelo con un montón desordenado de piezas de Lego. Recuerdo esa sensación inconfundible de deslizarme en una especie de trance intrapersonal natural, esa fusión silenciosa entre mente y cuerpo donde el tiempo se disuelve y solo queda la creación.

Lo que ahora entiendo es que esas horas con Lego eran más que un juego. Eran una sinfonía perfecta entre muchas partes del cerebro y el sentido innato de las posibilidades. Mis manos se movían casi solas; los ojos escaneaban colores y formas mientras la imaginación susurraba instrucciones desde algún lugar más profundo.

Había concentración, pero no una concentración esforzada. Era una atención sin esfuerzo, un estado absorbido en el que tanto la mente consciente como la inconsciente aportaban energía. Estaba despierto, alerta y alegremente en otro lugar, como un niño justo después de despertar de un sueño maravilloso, aún aferrado a imágenes que no se han desvanecido.

Jugar con Lego fue mi primera experiencia de relaciones intrapersonales: el diálogo íntimo entre mi mundo interior, mis pensamientos, sensaciones e instintos. Hablaban entre sí en silencio. No solo estaba construyendo mi mundo, sino que también me dejaba llevar por él. Un bloque sugería otro, y la creatividad fluía

no de la decisión, sino de mi profundo placer por descubrir y aprender.

Mientras contaba historias y escuchaba opiniones, cambiaba los colores, tamaños, formas, movimientos y velocidades de las nuevas construcciones de otros mundos. Fue a través de este trance interno que surgió la relación que establecí con mi atención, imaginación, deseos y emociones, dando sentido a la vida en mi mundo interior. Incluso cuando había silencio entre nosotros, nuestra relación estaba completa, trascendiendo palabras, atención e imaginación.

Puedo entender que los estados hipnóticos están entrelazados en los orígenes de la experiencia. La hipnosis es simplemente un nombre para un ritmo natural del alma, la mente y el cuerpo: el ritmo de perder lo viejo y descubrir lo nuevo.

Mi infancia me enseñó que el trance existe donde la curiosidad se encuentra con una profunda inmersión en la imaginación, toma forma y donde la atención se cumple. El momento perfecto de Lego era una ventana a algo universal: un estado de profunda integración en el que múltiples redes neuronales colaboran, y la emoción, la percepción, la memoria y la intuición se alinean.

Este estado todavía está disponible para nosotros. Vive entre el despertar y el soñar, entre el saber y el preguntarse, entre el planear y el rendirse. Vive en cada actividad que nos reconecta con la creatividad con la que nacimos.

Quizás el mayor secreto de los estados hipnóticos es que siempre están con nosotros. El puente entre los mundos interior y exterior no es un lugar que visitamos; es un proceso vivo. Cada momento de absorción, cada instancia de

curiosidad, cada entrega suave a una tarea o sentimiento es un recordatorio de nuestra capacidad innata para movernos entre los reinos de la experiencia.

El trance infantil no es un recuerdo; es un proyecto. Nos muestra que la transformación comienza en el silencio y la presencia. Reconocer que el crecimiento comienza en la consciencia silenciosa nos ayuda a sentirnos tranquilos y seguros en nuestra capacidad de cambiar sin esfuerzo. Bajo el ruido de

nuestras mentes pensantes, hay un diálogo continuo entre la intención consciente y la sabiduría inconsciente. Cuando estos dos se encuentran –cuando lo interno y lo externo se armonizan–, el crecimiento ocurre sin esfuerzo.

Juliana Bilachi Algosini

Psicóloga. Escritora y conferenciante internacional.



The nature of trance

Juliana Bilachi

Trance can be defined as a natural state of consciousness that integrates sustained and effortless attention, showing greater internal coherence and active interaction between conscious and unconscious thought processes. Trance is not a pathological condition. It is a way in which the brain organises its functions. In this state, perception, imagination, affect, memory and the senses work together harmoniously.

From a neurocognitive perspective, trance reflects a state of optimised neural integration, in which multiple brain networks –particularly attentional, default mode, salience, and sensorimotor systems– coordinate efficiently. This integration allows for deep absorption without cognitive effort, facilitating creative problem solving, symbolic processing, and experiential learning. The perception of time is often altered not through dissociation, but through temporal absorption, as attentional resources are fully engaged in the task at hand.

Psychologically, trance represents a form of intrapersonal relational alignment. It arises when internal systems –cognitive, emotional, somatic and imaginative– enter into cooperative dialogue. In this state, agency is distributed rather than centralised; behaviour unfolds through implicit guidance rather than deliberate executive control. Decision-making becomes intuitive, and action is experienced as fluid and self-organised.

Phenomenologically, trance lies between the waking mind and the imagination,

maintaining full alertness while allowing symbolic, metaphorical, and pre-reflective processes to dominate the experience. Conscious awareness remains present but non-intrusive, allowing unconscious material to influence perception and behaviour without conflict or resistance.

Developmentally, trance is fundamental rather than exceptional. Early immersive play, active imagination, and creativity show that trance is a basic state during development in which learning, identity formation, and meaning-making occur. These early experiences set a pattern for later capacities related to self-regulation, creativity and psychological flexibility.

Within clinical and therapeutic frameworks, trance is best understood not as a technique imposed on the individual, but as a latent capacity for self-organisation and transformation. Hypnotic phenomena arise when this capacity is intentionally facilitated, allowing existing patterns to loosen and new configurations of experience to emerge. Change, in this context, is not driven by effort, but is emergent, arising from alignment rather than control.

The Lego trance

When I think of trance, I don't start with therapy or altered states. I start with childhood, sitting cross-legged on the floor with a messy pile of Lego pieces. I remember that unmistakable feeling of slipping into a kind of natural intrapersonal trance, that silent fusion

between mind and body where time dissolves and only creation remains.

What I understand now is that those hours with Lego were more than just play. They were a perfect symphony between many parts of the brain and an innate sense of possibility. My hands moved almost on their own; my eyes scanned colours and shapes while my imagination whispered instructions from somewhere deeper.

There was concentration, but not a strained concentration. It was effortless attention, an absorbed state in which both the conscious and unconscious minds contributed energy. I was awake, alert and happily elsewhere, like a child just after waking from a wonderful dream, still clinging to images that have not faded.

Playing with Lego was my first experience of intrapersonal relationships: the intimate dialogue between my inner world, my thoughts, feelings, and instincts. They spoke to each other in silence. Not only was I building my world, but I was also letting myself be carried away by it. One block suggested another, and creativity flowed not from decision, but from my deep pleasure in discovering and learning.

As I told stories and listened to opinions, I changed the colours, sizes, shapes, movements and speeds of the new constructions of other worlds. It was through this internal trance that the relationship I established with my attention, imagination, desires and emotions emerged, giving meaning to life in my inner world. Even when there was silence between us, our relationship was completely whole, transcending words, attention and imagination.

I can understand that hypnotic states are intertwined in the origins of experience. Hypnosis is simply a name for a natural

rhythm of the soul, mind, and body: the rhythm of losing the old and discovering the new.

My childhood taught me that trance exists where curiosity meets deep immersion in imagination, takes shape, and where attention is fulfilled. The perfect Lego moment was a window into something universal: a state of deep integration in which multiple neural networks collaborate, and emotion, perception, memory, and intuition align.

This state is still available to us. It lives between waking and dreaming, between knowing and wondering, between planning and surrendering. It lives in every activity that reconnects us with the creativity we were born with.

Perhaps the greatest secret of hypnotic states is that they are always with us. The bridge between the inner and outer worlds is not a place we visit; it is a living process. Every moment of absorption, every instance of curiosity, every gentle surrender to a task or feeling is a reminder of our innate ability to move between the realms of experience.

Childhood trance is not a memory; it is a project. It shows us that transformation begins in silence and presence. Recognising that growth begins in silent awareness helps us feel calm and confident in our ability to change effortlessly. Beneath the noise of our thinking minds, there is a continuous dialogue between conscious intention and unconscious wisdom. When these two meet –when the internal and external harmonise– growth becomes effortless.

Juliana Bilachi Algosini

Psychologist. Writer and international speaker.

Hipnosis existencial

Daniel Sebastián

1. Introducción

En el ámbito de la psicoterapia contemporánea existe un creciente interés por integrar modelos distintos con el fin de ofrecer intervenciones más completas y flexibles. Dos enfoques particularmente interesantes, aunque aparentemente divergentes, son la hipnosis clínica y la terapia existencial.

- Por un lado, la hipnosis ha sido tradicionalmente vista como una técnica para la regulación de síntomas, la gestión del dolor o la modificación de conductas.
- Por otro lado, la terapia existencial inspirada en filósofos como Kierkegaard, Heidegger, Sartre y en psicoterapeutas como Viktor Frankl, Rollo May o Irvin Yalom pone su acento en la búsqueda de sentido, la libertad, la responsabilidad y la confrontación con la finitud de la existencia.

A primera vista, puede parecer que la hipnosis con su énfasis en la sugestión y la terapia existencial con su enfoque en la autonomía y la autenticidad son difíciles de conciliar. No obstante, ciertas propuestas teóricas y trabajos clínicos apuntan a que una integración entre ambas puede enriquecer la práctica terapéutica de manera significativa. Este artículo aborda esa integración desde una perspectiva filosófica y clínica.

2. Fundamentos teóricos

2.1. La hipnosis clínica

La hipnosis se define comúnmente como un estado de atención focalizada, de

concentración interna y receptividad aumentada a las sugerencias, combinado con una reducción de la atención a estímulos externos. En psicología clínica, no se trata de una pérdida total de control, sino más bien de un modo de consciencia alterado en el que el sujeto coopera con el terapeuta (King & Citrenbaum, 1994).

Mark E. King y Charles M. Citrenbaum, en su obra «Existential Hypnotherapy», proponen precisamente un marco existencial para entender la hipnosis clínica, argumentando que la hipnosis debe entenderse como diálogo entre terapeuta y paciente, no como un estado pasivo ni una manipulación unidireccional. Desde el punto de vista neurocognitivo, algunos autores sostienen que la hipnosis puede modular procesos como la atención, la memoria y la percepción del dolor a través de la activación de redes cerebrales específicas (por ejemplo, reducción de la actividad en regiones asociadas al autocontrol consciente y aumento de la sugestibilidad).

Además, como señala la literatura hipnológica, la hipnosis clínica incluye técnicas como la del «fortalecimiento del yo» (ego-strengthening), desarrolladas por figuras como John Heywood Hartland, que buscan potenciar los recursos internos del paciente para afrontar la ansiedad o el sufrimiento psicológico.

2.2. La terapia existencial

La terapia existencial surge de una tradición filosófica fenomenológico-existencial. Se aborda la existencia humana no solo como un conjunto de síntomas a tratar, sino como un proyecto

vital cargado de dilemas fundamentales: la muerte, la libertad, el aislamiento, el sentido (Yalom, 1980/2011).

Irvin D. Yalom, uno de los principales representantes contemporáneos de este enfoque, identifica cuatro preocupaciones últimas que configuran el núcleo de la experiencia existencial:

1. Muerte: la consciencia de la finitud de la vida.
2. Libertad: la responsabilidad de escoger y dar forma a nuestra existencia.
3. Aislamiento existencial: la sensación de separación radical de los demás.
4. Carencia de sentido: la necesidad de encontrar un propósito vital.

En la terapia existencial, el proceso terapéutico no consiste únicamente en reducir síntomas, sino en facilitar que el individuo confronte esos dilemas, reflexione sobre ellos y reestructure su forma de estar en el mundo.

3. Tensiones entre hipnosis y terapia existencial

Integrar la hipnosis con la terapia existencial no es trivial. Existen algunas tensiones conceptuales y prácticas que conviene reconocer para diseñar una integración respetuosa y ética.

3.1. Autonomía y sugestión

La terapia existencial valora profundamente la autonomía del individuo: se espera que el paciente tome consciencia de su libertad, asuma la responsabilidad de sus decisiones y construya su propio sentido. Este énfasis puede parecer incompatible con la idea de sugestión hipnótica, donde el terapeuta interviene proponiendo imágenes, metáforas o cambios guiados.

Sin embargo, desde la perspectiva de King y Citrenbaum (1994), la hipnosis no obliga ni suprime la voluntad: funciona como un diálogo colaborativo.

Además, las sugerencias hipnóticas pueden no ser directivas ni manipuladoras; pueden diseñarse para alinear con los valores, preocupaciones y proyectos existenciales del paciente. En otras palabras, el terapeuta existencial-hipnótico puede facilitar exploraciones de sentido, no imponer significados.

3.2. Autenticidad y técnicas

Uno de los pilares de la terapia existencial es la autenticidad: el encuentro terapéutico se entiende como un espacio genuino, sin máscaras metodológicas excesivas. Algunos críticos podrían argumentar que la hipnosis, con su estructura técnica, interferiría con ese flujo auténtico.

No obstante, la práctica existencial-hipnótica puede mantener su autenticidad si las técnicas hipnóticas se usan como herramientas de facilitación, no como sustitutos de la reflexión. El terapeuta no se convierte en un «operador de trance», sino en un compañero en la exploración de la existencia.

3.3. Alteración de consciencia vs. exploración reflexiva

La hipnosis implica un estado de consciencia alterado, mientras que la terapia existencial suele trabajar desde la reflexión consciente. ¿Puede un estado hipnótico «disminuir» la vivencia existencial o, por el contrario, enriquecerla?

Aquí radica una tensión interesante: aunque el trance hipnótico tiene componentes de disociación atencional, también puede permitir un acceso más profundo a las emociones, símbolos y

significados existenciales. Es decir: el estado hipnótico no es una evasión, sino una vía para una exploración más rica y menos filtrada.

4. Convergencias entre hipnosis y terapia existencial

A pesar de las tensiones, existen posibilidades reales de integración que pueden ser muy potentes en la clínica.

4.1. Acceso a recursos internos

La terapia existencial parte de la idea de que las personas tienen recursos internos (creatividad, resiliencia, capacidad de reflexión) para afrontar sus dilemas existenciales. La hipnosis, especialmente mediante técnicas de fortalecimiento del ego, puede activar esos recursos, lo que permite al paciente movilizar su capacidad para hacer frente a la ansiedad existencial (como el temor a la muerte o a la soledad).

4.2. Transformación de antiguos significados

Muchas de las dificultades existenciales surgen de interpretaciones rígidas de la vida («mi vida no tiene sentido», «no tengo control», «si me quedo solo, no puedo»). Bajo hipnosis, es posible trabajar con metáforas, imágenes y sugerencias que permitan al paciente experimentar otros significados, reformular narrativas y reconstruir su relación con su existencia.

King y Citrenbaum (1994) sugieren utilizar metáforas existenciales: por ejemplo, imaginar un «viaje sin equipaje» para simbolizar la liberación de creencias limitantes.

4.3. Regulación emocional y ansiedad existencial

La confrontación existencial (la muerte, la libertad, el aislamiento) suele generar una ansiedad profunda. La hipnosis puede ser

una herramienta para regular esa ansiedad: a través del trance, la respiración guiada, las sugerencias de calma y el reforzamiento del yo, es posible disminuir la activación emocional y luego trabajar desde un estado más centrado en la reflexión existencial.

4.4. Atención focalizada y presencia terapéutica

La terapia existencial valora mucho el «estar presente» con el paciente, en un diálogo auténtico. La hipnosis, por su parte, requiere que el terapeuta esté muy atento, adaptándose a las señales del paciente, usando metáforas y sugerencias con sensibilidad. Esa atención compartida fortalece el vínculo terapéutico y permite un encuentro profundo.

5. Aplicaciones clínicas de un enfoque integrado

Proponer un modelo terapéutico que combine hipnosis y terapia existencial no es solo una cuestión teórica, sino que puede tener aplicaciones muy concretas.

5.1. Duelo, pérdida y finitud

En procesos de duelo, el paciente se enfrenta a la finitud: la muerte de un ser querido dispara reflexiones existenciales profundas. La hipnosis puede facilitar la evocación de recuerdos, permitir una despedida simbólica o acompañar la aceptación. Al mismo tiempo, la terapia existencial ofrece un marco para explorar el significado de la pérdida, la responsabilidad personal y las nuevas formas de continuidad vital.

5.2. Crisis existenciales

Personas que atraviesan crisis vitales (por ejemplo, crisis de identidad, de sentido, de propósito) pueden beneficiarse de sesiones hipnóticas diseñadas para evocar imágenes simbólicas, valores, deseos

profundos, combinadas con una reflexión existencial guiada por preguntas como: «¿Qué es realmente importante para mí?», «¿Qué quiero construir con mi vida?».

5.3. Ansiedad y miedo a la muerte

Muchos pacientes con ansiedad tienen un trasfondo existencial: miedo a la muerte, a la soledad, a la responsabilidad. La hipnosis puede reducir la activación fisiológica y emocional, y generar un estado más sereno para trabajar después con temas existenciales profundos, en un contexto terapéutico seguro.

5.4. Reestructuración de significado de síntomas

Los síntomas psicológicos (depresión, adicciones, fobias...) pueden tener un significado existencial profundo. El enfoque integrado permite que, bajo trance, el paciente explore qué significado tiene para él su síntoma (por ejemplo, «este miedo me protege de tener que decidir»), y luego reflexione sobre alternativas desde la filosofía existencial.

6. Evidencia e investigación

Para que un modelo terapéutico integrado sea sólido, es importante contar con respaldo teórico y empírico.

6.1. Obras fundamentales

- King, M. E., & Citrenbaum, C. M. (1994). *Existential Hypnotherapy*. Guilford Press. En este libro, los autores presentan un marco para combinar la filosofía existencial con la técnica hipnótica, discuten la gestión de la ansiedad, el uso de metáforas y el significado personal de los síntomas.
- Yalom, I. D. (1980). *Psicoterapia existencial*, Herder, 2ª ed., 2011. En esta obra, Yalom desarrolla sus cuatro preocupaciones últimas (muerte, libertad,

aislamiento, carencia de sentido) y ofrece estrategias para abordarlas terapéuticamente.

6.2. Investigaciones neurocientíficas y psicológicas

• Fox, K. C. R., Kang, Y., Lifshitz, M., & Christoff, K. (2016) han explorado en su trabajo la flexibilidad cognitivo-emocional inducida por la meditación y la hipnosis. En su tesis, argumentan que ambas prácticas promueven una «desautomatización» del pensamiento, lo que se alinea con la búsqueda existencial de significado y libertad.

- En el área de la salud mental práctica, también se han documentado aplicaciones complementarias de la hipnosis en trastornos emocionales y en la regulación del estrés, lo que podría facilitar el trabajo existencial al reducir el malestar fisiológico y emocional previo.

7. Modelo clínico propuesto

A partir de esta integración teórica, se puede esbozar un modelo clínico integrador (hipnosis-existencial) con fases específicas:

1. Evaluación inicial existencial

- Identificación de las preocupaciones existenciales: muerte, libertad, aislamiento, sentido.
- Diálogo filosófico con el paciente: qué significan estas dimensiones para él, cómo las experimenta.

2. Inducción hipnótica para estabilización emocional

- Uso de técnicas de relajación, respiración, trance seguro.

- Sugestiones de calma y refuerzo del yo («tienes dentro de ti la capacidad para sostener estas reflexiones»).

3. Exploración simbólica bajo trance

- Uso de metáforas existenciales: viaje, casas, caminos, bosques, encuentros.

- Preguntas sugeridas: «imagina tu vida como un viaje, ¿cómo sería?», «¿qué cargas llevas?», «¿qué te liberaría?».

4. Reflexión existencial consciente postrance

- Conversación sobre las imágenes emergidas durante la hipnosis.

- Exploración de su significado: ¿qué te dice esto sobre tus valores, temores, libertad?

5. Reestructuración y compromiso vital

- Construcción de proyectos con base en lo que se ha descubierto.

- Sugestiones poshipnóticas: reforzar compromiso con decisiones, nuevas metas, actitudes.

6. Seguimiento y consolidación

- Repetición de sesiones de hipnosis para fortalecer recursos.

- Apoyo existencial continuo: reflexión sobre avances, obstáculos, nuevos dilemas.

8. Consideraciones éticas y prácticas

La integración de hipnosis y terapia existencial exige un abordaje cuidadoso:

- Competencia profesional: El terapeuta debe estar formado en hipnosis clínica y tener una comprensión profunda de la

filosofía existencial. No basta con aplicar técnicas sin una fundamentación ética y teórica sólida.

- Consentimiento informado: Es esencial explicar al paciente qué es la hipnosis, cuáles son sus riesgos, qué tipo de experiencia puede tener y cómo se va a utilizar en el contexto existencial.

- Respeto a la autonomía: Las sugerencias deben estar alineadas con los valores y proyectos del paciente, evitando imponer significados.

- Seguimiento y evaluación: Evaluar no solo la reducción de síntomas, sino también el crecimiento existencial, los cambios en la sensación de sentido, responsabilidad y valores vitales.

9. Limitaciones y retos

Aunque prometedor, este enfoque tiene limitaciones:

- Poca investigación empírica específica que evalúe la eficacia de un modelo integrativo hipnosis-existencial comparado con otros enfoques.

- Riesgo de abuso de poder: la hipnosis implica influencia, por lo que debe acompañarse de una ética muy estricta.

- Dificultad para medir el crecimiento existencial con indicadores estandarizados, ya que muchos cambios son cualitativos y profundos.

- No todos los pacientes pueden ser susceptibles a la hipnosis o sentirse cómodos con estados de trance, lo que limita su aplicabilidad universal.

10. Conclusión

La combinación de hipnosis clínica y terapia existencial ofrece un enfoque terapéutico profundo, que puede movilizar tanto los recursos emocionales e imaginativos del paciente como su reflexión sobre los dilemas fundamentales de la vida. Aunque existen tensiones conceptuales (autonomía frente a sugestión, autenticidad frente a técnica), el trabajo de autores como King y Citrenbaum demuestra que dicha integración es posible y fructífera.

Este modelo integrador podría aplicarse en contextos como el duelo, crisis existenciales, ansiedad vital o la resignificación de síntomas psicológicos, siempre con un fuerte compromiso ético y profesional. Para impulsar su desarrollo, se necesita más investigación empírica y la formación de terapeutas capaces de moverse en ambos mundos: el de la técnica hipnótica y el de la filosofía existencial.

Referencias

- Fox, K. C. R., Kang, Y., Lifshitz, M., & Christoff, K. (2016). Increasing cognitive-emotional flexibility with meditation and hypnosis: The cognitive neuroscience of de-automatization.
- King, M. E., & Citrenbaum, C. M. (1994). *Existential Hypnotherapy*. Guilford Press.
- Yalom, I. D. (1980). *Existential Psychotherapy*. Basic Books. (Edición en español: *Psicoterapia existencial*, Herder, 2ª ed., 2011).
- Pérez Hidalgo, I. (2022). Hipnosis y Terapia Cognitivo-Conductual. *Hipnológica*, 14, 35-46. Recuperado de <https://www.hipnologica.org/wp-content/uploads/2023/01/Hipnosis-y-Terapia-Cognitivo-Conductual.pdf>
- Nardone, G. (s.f.). *Hipnosis y terapias hipnóticas: una guía que desvela el verdadero poder de la hipnosis*.

Daniel Sebastián

Psicólogo, Terapeuta Existencial.
Diplomado en Hipnosis Clínica.



Existential hypnosis

Daniel Sebastián

1. Introduction

In the field of contemporary psychotherapy, there is a growing interest in integrating different models in order to offer more comprehensive and flexible interventions. Two particularly interesting, yet seemingly divergent, approaches are clinical hypnosis and existential therapy.

- On the one hand, hypnosis has traditionally been seen as a technique for symptom regulation, pain management, or behaviour modification.
- On the other hand, existential therapy inspired by philosophers such as Kierkegaard, Heidegger, Sartre and psychotherapists such as Viktor Frankl, Rollo May and Irvin Yalom emphasises the search for meaning, freedom, responsibility and confrontation with the finitude of existence.

At first glance, it may seem that hypnosis, with its emphasis on suggestion, and existential therapy, with its focus on autonomy and authenticity, are difficult to reconcile. However, certain theoretical proposals and clinical work suggest that an integration of the two can significantly enrich therapeutic practice. This article addresses this integration from a philosophical and clinical perspective.

2. Theoretical foundations

2.1. Clinical hypnosis

Hypnosis is commonly defined as a state of focused attention, internal

concentration and increased receptivity to suggestions, combined with a reduction in attention to external stimuli. In clinical psychology, it is not a total loss of control, but rather an altered state of consciousness in which the subject cooperates with the therapist (King & Citrenbaum, 1994).

Mark E. King and Charles M. Citrenbaum, in their work “Existential Hypnotherapy”, propose precisely an existential framework for understanding clinical hypnosis, arguing that hypnosis should be understood as a dialogue between therapist and patient, not as a passive state or one-way manipulation.

From a neurocognitive point of view, some authors argue that hypnosis can modulate processes such as attention, memory and pain perception through the activation of specific brain networks (e.g., reduced activity in regions associated with conscious self-control and increased suggestibility).

Furthermore, as noted in the hypnological literature, clinical hypnosis includes techniques such as “ego-strengthening”, developed by figures such as John Heywood Hartland, which seek to enhance the patient's internal resources to cope with anxiety or psychological distress.

2.2. Existential therapy

Existential therapy arises from a phenomenological-existential philosophical tradition. It approaches human existence not only as a set of

symptoms to be treated, but as a life project fraught with fundamental dilemmas: death, freedom, isolation, meaning (Yalom, 1980/2011).

Irvin D. Yalom, one of the leading contemporary representatives of this approach, identifies four ultimate concerns that form the core of the existential experience:

1. Death: the awareness of the finitude of life.
2. Freedom: the responsibility to choose and shape our existence.
3. Existential isolation: the feeling of radical separation from others.
4. Lack of meaning: the need to find a purpose in life.

In existential therapy, the therapeutic process does not consist solely of reducing symptoms, but rather of enabling the individual to confront these dilemmas, reflect on them and restructure their way of being in the world.

3. Tensions between hypnosis and existential therapy

Integrating hypnosis with existential therapy is not trivial. There are some conceptual and practical tensions that should be recognised in order to design a respectful and ethical integration.

3.1. Autonomy and suggestion

Existential therapy deeply values the autonomy of the individual: the patient is expected to become aware of their freedom, take responsibility for their decisions, and construct their own meaning. This emphasis may seem incompatible with the idea of hypnotic suggestion, where the therapist intervenes by proposing images, metaphors, or guided changes.

However, from the perspective of King and Citrenbaum (1994), hypnosis does not compel or suppress the will: it functions as a collaborative dialogue.

Furthermore, hypnotic suggestions need not be directive or manipulative; they can be designed to align with the patient's values, concerns, and existential projects. In other words, the existential-hypnotic therapist can facilitate explorations of meaning, not impose meanings.

3.2. Authenticity and techniques

One of the pillars of existential therapy is authenticity: the therapeutic encounter is understood as a genuine space, without excessive methodological masks. Some critics might argue that hypnosis, with its technical structure, would interfere with that authentic flow.

However, existential-hypnotic practice can maintain its authenticity if hypnotic techniques are used as facilitation tools, not as substitutes for reflection. The therapist does not become a “trance operator”, but a companion in the exploration of existence.

3.3. Altered consciousness vs. reflective exploration

Hypnosis involves an altered state of consciousness, while existential therapy usually works from conscious reflection. Can a hypnotic state “diminish” the existential experience or, on the contrary, enrich it?

Herein lies an interesting tension: although the hypnotic trance has components of attentional dissociation, it can also allow deeper access to emotions, symbols, and existential meanings. In other words, the hypnotic state is not an escape, but a pathway to richer and less filtered exploration.

4. Convergences between hypnosis and existential therapy

Despite the tensions, there are real possibilities for integration that can be very powerful in clinical practice.

4.1. Access to internal resources

Existential therapy is based on the idea that people have internal resources (creativity, resilience, capacity for reflection) to deal with their existential dilemmas. Hypnosis, especially through ego-strengthening techniques, can activate these resources, allowing the patient to mobilise their capacity to cope with existential anxiety (such as fear of death or loneliness).

4.2. Transformation of old meanings

Many existential difficulties arise from rigid interpretations of life (“my life has no meaning”, “I have no control”, “if I am alone, I cannot”). Under hypnosis, it is possible to work with metaphors, images, and suggestions that allow the patient to experience other meanings, reformulate narratives, and reconstruct their relationship with their existence.

King and Citrenbaum (1994) suggest using existential metaphors: for example, imagining a “journey without luggage” to symbolise liberation from limiting beliefs.

4.3. Emotional regulation and existential anxiety

Existential confrontation (death, freedom, isolation) often generates deep anxiety. Hypnosis can be a tool for regulating that anxiety: through trance, guided breathing, suggestions of calm, and ego reinforcement, it is possible to decrease emotional arousal and then work from a more centred state of existential reflection.

4.4. Focused attention and therapeutic presence

Existential therapy highly values “being present” with the patient in authentic dialogue. Hypnosis, for its part, requires the therapist to be very attentive, adapting to the patient's signals and using metaphors and suggestions with sensitivity. This shared attention strengthens the therapeutic bond and allows for a profound encounter.

5. Clinical applications of an integrated approach

Proposing a therapeutic model that combines hypnosis and existential therapy is not just a theoretical question, but can have very concrete applications.

5.1. Grief, loss and finitude

In the grieving process, the patient is confronted with finitude: the death of a loved one triggers profound existential reflections. Hypnosis can facilitate the evocation of memories, allow for a symbolic farewell, or accompany acceptance. At the same time, existential therapy offers a framework for exploring the meaning of loss, personal responsibility, and new forms of vital continuity.

5.2. Existential crises

People going through life crises (e.g., identity, meaning, purpose crises) can benefit from hypnotic sessions designed to evoke symbolic images, values, and deep desires, combined with existential reflection guided by questions such as: “What is really important to me?” and “What do I want to build with my life?”

5.3. Anxiety and fear of death

Many patients with anxiety have an existential background: fear of death, loneliness, responsibility. Hypnosis can

reduce physiological and emotional arousal and create a more serene state in which to work on profound existential issues in a safe therapeutic context.

5.4. Restructuring the meaning of symptoms

Psychological symptoms (depression, addictions, phobias, etc.) can have a profound existential meaning. The integrated approach allows the patient, under trance, to explore what their symptom means to them (e.g. “this fear protects me from having to decide”) and then reflect on alternatives from an existential philosophy.

6. Evidence and research

For an integrated therapeutic model to be robust, it is important to have theoretical and empirical support.

6.1. Fundamental works

- King, M. E., & Citrenbaum, C. M. (1994). *Existential Hypnotherapy*. Guilford Press. In this book, the authors present a framework for combining existential philosophy with hypnotic technique, discussing anxiety management, the use of metaphors, and the personal meaning of symptoms.

- Yalom, I. D. (1980). *Existential Psychotherapy*, Herder, 2nd ed., 2011. In this work, Yalom develops his four ultimate concerns (death, freedom, isolation, meaninglessness) and offers strategies for addressing them therapeutically.

6.2. Neuroscientific and psychological research

- Fox, K. C. R., Kang, Y., Lifshitz, M., & Christoff, K. (2016) have explored in their work the cognitive-emotional flexibility induced by meditation and hypnosis. In

their thesis, they argue that both practices promote a “de-automation” of thought, which aligns with the existential search for meaning and freedom.

- In the area of practical mental health, complementary applications of hypnosis in emotional disorders and stress regulation have also been documented, which could facilitate existential work by reducing prior physiological and emotional distress.

7. Proposed clinical model

Based on this theoretical integration, an integrative clinical model (hypnosis-existential) with specific phases can be outlined:

1. Initial existential assessment

- Identification of existential concerns: death, freedom, isolation, meaning.
- Philosophical dialogue with the patient: what these dimensions mean to them, how they experience them.

2. Hypnotic induction for emotional stabilisation

- Use of relaxation techniques, breathing, safe trance.
- Suggestions for calm and reinforcement of the self (“you have within you the ability to sustain these reflections”).

3. Symbolic exploration under trance

- Use of existential metaphors: journey, houses, paths, forests, encounters.
- Suggested questions: “Imagine your life as a journey. What would it be

like?”, “What burdens do you carry?”, “What would set you free?”

4. Conscious existential reflection post-trance

- Conversation about the images that emerged during hypnosis.

- Exploration of their meaning: what does this tell you about your values, fears, freedom?

5. Restructuring and vital commitment

- Building projects based on what has been discovered.

- Post-hypnotic suggestions: reinforcing commitment to decisions, new goals, attitudes.

6. Follow-up and consolidation

- Repeat hypnosis sessions to strengthen resources.

- Ongoing existential support: reflection on progress, obstacles, new dilemmas.

8. Ethical and practical considerations

The integration of hypnosis and existential therapy requires a careful approach:

- Professional competence: The therapist must be trained in clinical hypnosis and have a deep understanding of existential philosophy. It is not enough to apply techniques without a solid ethical and theoretical foundation.

- Informed consent: It is essential to explain to the patient what hypnosis is, what its risks are, what kind of experience they may have, and how it will be used in the existential context.

- Respect for autonomy: Suggestions must be aligned with the patient's values and plans, avoiding the imposition of meanings.

- Follow-up and evaluation: Evaluate not only symptom reduction, but also existential growth, changes in sense of meaning, responsibility and life values.

9. Limitations and challenges

Although promising, this approach has limitations:

- Little specific empirical research evaluating the efficacy of an integrative hypnosis-existential model compared to other approaches.

- Risk of abuse of power: hypnosis involves influence, so it must be accompanied by very strict ethics.

- Difficulty in measuring existential growth with standardised indicators, as many changes are qualitative and profound.

- Not all patients may be susceptible to hypnosis or feel comfortable with trance states, which limits its universal applicability.

10. Conclusion

The combination of clinical hypnosis and existential therapy offers a profound therapeutic approach that can mobilise both the patient's emotional and imaginative resources and their reflection on the fundamental dilemmas of life. Although there are conceptual tensions (autonomy versus suggestion, authenticity versus technique), the work of authors such as King and Citrenbaum

demonstrates that such integration is possible and fruitful.

This integrative model could be applied in contexts such as grief, existential crises, life anxiety or the re-signification of psychological symptoms, always with a strong ethical and professional commitment. To promote its development, more empirical research and the training of therapists capable of moving in both worlds –that of hypnotic technique and that of existential philosophy– are needed.

References

Fox, K. C. R., Kang, Y., Lifshitz, M., & Christoff, K. (2016). Increasing cognitive-emotional flexibility with meditation and hypnosis: The cognitive neuroscience of de-automatization.

King, M. E., & Citrenbaum, C. M. (1994). *Existential Hypnotherapy*. Guilford Press.

Yalom, I. D. (1980). *Existential Psychotherapy*. Basic Books. (Edición en español: *Psicoterapia existencial*, Herder, 2ª ed., 2011).

Pérez Hidalgo, I. (2022). Hipnosis y Terapia Cognitivo-Conductual. *Hipnológica*, 14, 35-46. Recuperado de <https://www.hipnologica.org/wp-content/uploads/2023/01/Hipnosis-y-Terapia-Cognitivo-Conductual.pdf>

Nardone, G. (s.f.). *Hipnosis y terapias hipnóticas: una guía que desvela el verdadero poder de la hipnosis*.

Daniel Sebastián

Psychologist, Existential Therapist.
Diploma in Clinical Hypnosis.



La hipnosis en el cine

Isidro Pérez Hidalgo

Todos sabemos que el cine tiene algo de hipnótico. Aunque ahora es más habitual ver las películas en TV, las salas de cine tienen todavía esa magia especial, con toda la atención puesta en la gran pantalla, y ese sonido envolvente.

Una pregunta habitual que hacemos a nuestros pacientes para calibrar su hipnotizabilidad es: «Cuando ves una película que te gusta, ¿es como si te metieras en la película?» En muchas ocasiones el/la paciente dice un «sí» muy firme y tenemos ahí un buen indicio de que la persona puede responder bien a la hipnosis, aunque lógicamente hay más preguntas que deberíamos formular para una información más precisa.

Pero ahora no nos vamos a referir a los componentes hipnóticos del cine, sino a cómo ha sido tratada la hipnosis en el cine.

La verdad es que, en la mayoría de los casos, la hipnosis ha sido reflejada de forma sensacionalista, con muy poco rigor y algunas temáticas en las que aparecen dos mitos principales:

1. El control de la voluntad mediante la hipnosis.
2. La infalibilidad de la regresión para concientizar recuerdos ocultos.

Afortunadamente, también ha habido casos en los que las películas nos dan una visión más realista, pero no tanto como nos gustaría.

Haremos un repaso de algunas de las cintas más significativas.

El Gabinete del Dr. Caligari (*Das Cabinet des Dr. Caligari*, 1920)

El expresionismo alemán se extendió a diversos ámbitos del arte. En el cine, encontramos algunas películas que han dejado una profunda huella.



Este film, mudo, narra la historia de un hipnotizador malvado (como veremos hay otras películas que muestran figuras similares) que usa a un sonámbulo para perpetrar asesinatos.

El doctor Caligari es el director de un asilo y está obsesionado con un personaje del siglo XVIII, llamado Caligari y que se sirvió de un sonámbulo llamado Cesare, para cometer asesinatos en Italia.

En el siglo pasado, ya hace más de 100 años, la película causó sensación. La fotografía, en blanco y negro, crea una atmósfera siniestra. La hipnosis se ve como una técnica muy atrayente para

médicos locos: el mito del control de la voluntad es una obra gótica que tuvo una gran difusión en Alemania y en todo el mundo.

Svengali (1927)

En el cine mudo alemán, encontramos esta película que dejó una profunda huella en el público de la época. Muestra a un hipnotizador manipulador que controla la voluntad de la joven Trilby a la que convierte en una famosa cantante de ópera en contra de sus deseos, arruinando también su futura boda.



El director fue Gennaro Righelli. Hay que destacar que hubo versiones anteriores y posteriores sobre estos personajes, tanto en el cine mudo como en el cine sonoro. Curiosamente, años más tarde algunos medios de comunicación apodaron a Milton Erickson como «El Svengali de Arizona», quizá porque su dominio de la hipnosis atemorizaba a algunos. A pesar de que Erickson decía que debemos manipular con intenciones sanas, el personaje de Svengali despertaba en el

público que acudía a los cines una postura de desconfianza hacia la hipnosis.

La mujer pantera (Cat People, 1942)

Dirigida por Jacques Tourneur. Este film pertenece al género del terror y narra la historia de una misteriosa mujer serbia, que comienza una relación amorosa con un ingeniero al que conoce casualmente. Ella es medianamente consciente de que hay una parte en su interior que la lleva a una terrible transformación en ciertos momentos.



Desconcertado por su inestabilidad de carácter y las advertencias de la protagonista, Irena, su esposo Oliver la convence de acudir a la consulta de un psiquiatra, que práctica una hipnosis exploratoria con ella y va descubriendo características aterradoras en aquella mujer.

En esta película, aunque la idea de una mujer que se convierte en pantera es claramente fantástica, la forma en que se muestra la hipnosis es relativamente ajustada a la realidad. Aunque al psiquiatra hipnólogo le cuesta la muerte, al despertar a la mujer pantera que su paciente lleva dentro.

Recuerda (Spellbound, 1945)

Alfred Hitchcock es uno de los grandes directores de la historia del cine. Probablemente esta película es la más famosa de todas en las que la hipnosis ha jugado un papel dentro del argumento.



La visión de la hipnosis de Hitchcock se plasma en esta película que se produjo en pleno auge del hipnoanálisis. Se ajusta bien al concepto de aquella época, utilizando la hipnosis para descubrir el origen de un trauma. Los protagonistas son Ingrid Bergman y Gregory Peck. Salvador Dalí fue también parte importante del film, con sus imágenes oníricas. Hitchcock aprovechó la capacidad de Dalí para mostrar contenidos inconscientes.

Black Magic (1949)

En este film se muestra a un siniestro personaje, Cagliostro, un gitano francés que sufrió torturas y malos tratos por parte de un aristócrata.



Años después de ser liberado, Cagliostro se forma con Franz Mesmer y decide utilizar sus poderes magnéticos para fines deshonestos. A partir de ahí, se da toda una trama de complots palaciegos concerniendo a la reina María Antonieta.

Ni siquiera en los años 40', cuando se rodó la película, el argumento era creíble, con peleas magnéticas entre Mesmer y Cagliostro. Una imagen «naïf» del mesmerismo que nos hace sonreír.

El director fue Gregory Ratoff y uno de los protagonistas era Orson Welles. Cagliostro, junto con Svengali y Fu-Manchú han sido tres hipnotizadores villanos en el cine que reforzaron la idea del control de la voluntad.

Las tres caras de Eva (The Three Faces of Eve, 1957)

En este film se muestra una adaptación cinematográfica de un caso real sobre una paciente de nombre Christine Costner Sizemore, que padecía un Trastorno de Personalidad Múltiple.

En la pantalla, fue Joanne Woodward quien asumió su papel.



La película se basaba en un libro del mismo nombre (hay traducción española) de los psiquiatras Corbett. H. Tippen y Harvey M. Cleckley, donde se encuentran pormenores del caso.

La paciente tenía al principio dos personalidades muy antagónicas: a una se le dio el nombre de Eva White y a la otra se la denominó Eva Black. En la hipnosis surge una tercera personalidad, Jane. También se intenta integrar las tres personalidades, aparentemente con éxito. Pero la película no refleja que el caso fue incluso más complicado de lo que parecía. Un tratamiento posterior hizo que afloraran hasta veinte personalidades. Sea como sea, Joanne Woodward ganó un Oscar por esta película, y tanto la película como el libro resultan muy interesantes.

Como sabemos, cuando trabajamos con hipnosis la disociación es un elemento central del proceso hipnótico. En este caso, llegaba a su máxima expresión.

El director del film fue Nunnally Johnson y acompañando a Woodward en el reparto estaban David Wayne y Lee J. Cobb.

El Mensajero del Miedo (The Manchurian Candidate, 1962)

En plena época de la Guerra Fría, esta película muestra la hipnosis como una de las formas de control de la mente. El público veía cómo un veterano de la Guerra de Corea era programado con una sugestión poshipnótica para matar a un candidato a la presidencia de EE.UU.



El guion estaba muy influenciado por la tensión política de aquel momento y el interés que los servicios de inteligencia podían tener por la hipnosis y otras técnicas para crear humanos que actuaban como autómatas ante determinadas misiones. Inevitablemente, recordamos el proyecto MK-Ultra, altamente secreto en su tiempo. Posteriormente, se desclasificaron muchos documentos.

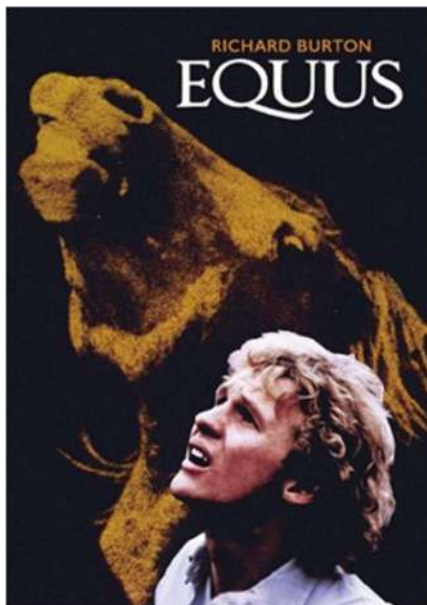
De nuevo en esta película se da una visión poco realista de la hipnosis, con el mito del doblegamiento de la voluntad del sujeto.

El reparto incluía a Frank Sinatra, Laurence Harvey y Angela Lansbury, entre otros actores de renombre. El director fue John Frankenheimer. Se

puede considerar como una película de culto.

Equus (1977)

Una película de Sidney Lumet, con Richard Burton y Peter Firth como actores más destacados. Es un drama psicológico acerca de un joven que ha dejado ciegos a seis caballos. El doctor Dysart es el psiquiatra que se encarga del caso y utiliza la hipnosis con el objeto de analizar su conducta.



El joven Alan presenta ideas delirantes acerca de un dios-caballo llamado «Equus».

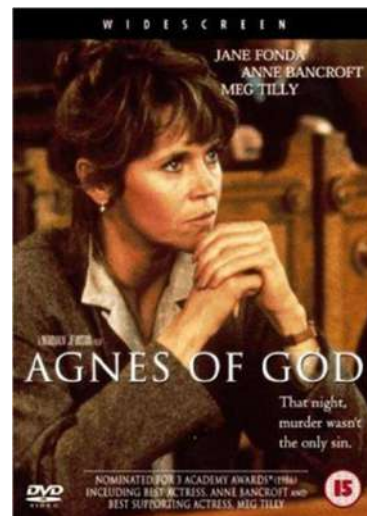
El tratamiento de la hipnosis bajo la dirección de Lumet es bastante similar a la hipnosis exploratoria real.

Al final de la película el Dr. Dysart se enfrenta a un debate moral consigo mismo, enfrentándose a sus propias contradicciones.

En España, la adaptación teatral tuvo un notable éxito.

Agnes de Dios (Agnes of God, 1985)

Una psiquiatra, encarnada por Jane Fonda, se encarga de un caso singular: En un convento católico una novicia queda embarazada y pierde al niño en el parto, aunque ella no recuerda haber quedado embarazada ni haber dado a luz. Ni siquiera sabe cómo se conciben los niños.



Desde que la novicia es acusada de homicidio involuntario se abre una investigación en la que la doctora Livingston obtiene permiso para una exploración hipnótica con la hermana Agnes, con la intención de averiguar lo que sucedió realmente.

No vamos a desvelar más del contenido de la película para evitar el efecto *spoiler*. Esta es otra de las cintas en las que podemos contemplar escenas sobre hipnosis próximas a la realidad. El director fue Norman Jewison.

Europa (1991)

De Lars von Trier, sorprende al espectador porque desde el principio es una inducción hipnótica con la imagen de las vías de un tren y la voz, en versión original, de Max

Von Sydow seguida por una regresión a la Alemania inmediatamente posterior a la Segunda Guerra Mundial. Un inmigrante americano con intenciones solidarias se encuentra una Europa en ruinas. Se tratan temas del ambiente dramático de aquella época con espionaje, intrigas, traiciones, decadencia, etc., en una Alemania derrotada y hundida.

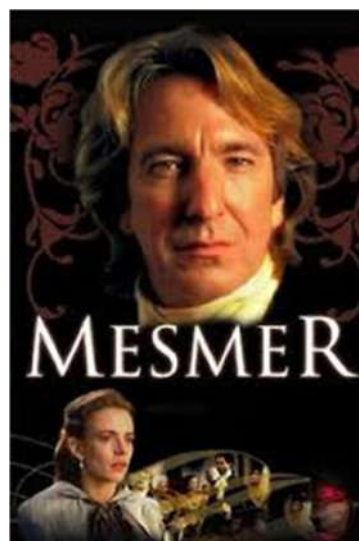


Realmente, la hipnosis juega un papel introductorio y enmarca todo el film; no hay escenas de uso de la hipnosis como tal. Una película inquietante del realizador danés, que juega con una fotografía que pasa del blanco y negro al color y viceversa.

Mesmer (1994)

Esta biografía cinematográfica fue dirigida por Roger Spottiswoode. Retrata la figura de Franz Mesmer con bastante rigor histórico. Como sabemos, Mesmer

es considerado como el padre de la hipnosis moderna, aunque él creía firmemente en el «magnetismo animal» como vehículo de la curación.



En la película, se muestran las vicisitudes de este médico vienés, que huyó de Austria para refugiarse en París. Alan Rickman es el protagonista que representa los vaivenes de la vida de Mesmer, desde el éxito supremo hasta el rechazo y el olvido. Realmente la vida de Mesmer se prestaba para un buen guion cinematográfico.

Aunque las teorías de Mesmer fueron pronto sustituidas por la hipnosis como tal, basada en la palabra, su aportación a la historia de la medicina sigue siendo capital.

La Maldición del Escorpión de Jade (The Curse of the Jade Scorpion, 2001)

«Constantinopla» es la sugestión poshipnótica que se repite en este divertido film de Woody Allen, que también protagonizó en compañía de figuras de la pantalla como Helen Hunt, Charlize Theron y Dan Aykroyd entre otros.



Un mago aprovecha un espectáculo de hipnosis para subyugar a varios personajes de la trama.

Esta película no pretende mostrar la hipnosis como es, sino recrear de algún modo la fantasía con la que se trataba la hipnosis en el cine de los años 30' o 40'. Dado que el público conoce el sentido del humor de Allen, no se puede decir que perjudique la imagen de la hipnosis, ya que todo el guion es un juego de imaginación.

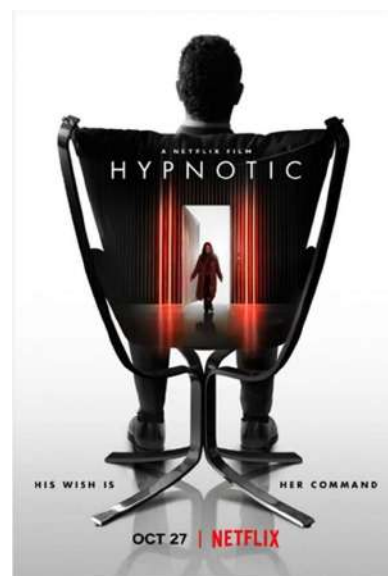
El Hipnotista (The Hypnotist, 2012)



En esta película, de factura sueca, dirigida por Lasse Hallström, se narra cómo la policía recurre a un hipnólogo para investigar en los recuerdos de un adolescente, testigo de una masacre.

El hipnólogo en cuestión tiene serios problemas en su vida y había sido suspendido en su ejercicio profesional, pero decide ayudar en el caso. Aunque la película capta bien la atención del espectador, exagera la eficacia del interrogatorio bajo hipnosis y, una vez más, se expone que la persona hipnotizada pierde su voluntad. La película se basa en una novela de Lars Kepler y tuvo buena acogida.

Hipnótico (2021)



Directores: Matt Angel y Suzanne Coote. Una mujer que pasa por una situación vivencial complicada conoce a un hipnoterapeuta que le promete resultados rápidos. Ella se siente reconfortada al principio, pero después se da cuenta de que está siendo manipulada. Después descubre el pasado turbio del hipnoterapeuta, y recurre a otro profesional para una contrahipnosis.

De nuevo, un hipnólogo con tendencias psicopáticas y un poder completo sobre la voluntad de sus pacientes. Una película para olvidar fácilmente, sin interés. Aunque se supone que es un *thriller* psicológico, como *thriller* es mediocre y la imagen de la hipnosis está distorsionada.

Conclusión

Sabemos que el cine es una industria, aunque tiene indudablemente su dimensión artística. En ese sentido, tendríamos que decir que en general la imagen de la hipnosis que nos proporciona el cine es poco realista, aunque suscita mucho interés por esta técnica.

No cabe duda de que el cine ha contribuido a difundir masivamente algunos de los mitos que el paciente trae a la consulta de hipnoterapia. Es por eso tan necesario que, en primer lugar, aclaremos al usuario de la hipnosis clínica cuál es la verdad acerca del proceso, y qué puede esperar.

Al revisar la filmografía, encontramos que hay un gran número de cintas que

incluyen la hipnosis, con mayor o menor fortuna. Creo que tenemos que hacer una distinción: hay películas que desde el principio el espectador las va a considerar como una mera fantasía y otras que pretenden ser realistas, aunque en la mayoría de los casos no lo son. Estas últimas son más peligrosas, de cara a proyectar la imagen distorsionada de la hipnosis que tenemos los que nos dedicamos a la práctica clínica.

Algunas de las películas citadas en este artículo realmente merecen la pena, incluso si no dan una perspectiva realista de la hipnosis. En cambio, otras en el mejor de los casos nos producen risa sin pretenderlo. Así es el cine, con sus luces y sombras.

Isidro Pérez Hidalgo

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



Hypnosis in Cinema

Isidro Pérez Hidalgo

We all know that cinema has something hypnotic about it. Although it is now more common to watch films on TV, cinemas still have that special magic, with all attention focused on the big screen and that surround sound.

A common question we ask our patients to gauge their hypnotisability is: “When you watch a film you like, is it as if you are inside the film?” In many cases, the patient says a very firm “yes”, and we have a good indication that the person may respond well to hypnosis, although logically there are more questions we should ask for more accurate information.

But now we are not going to refer to the hypnotic components of cinema, but rather how hypnosis has been treated in cinema.

The truth is that, in most cases, hypnosis has been portrayed in a sensationalist way, with very little rigour and some themes in which two main myths appear:

1. Control of the will through hypnosis.
2. The infallibility of regression in bringing hidden memories to consciousness.

Fortunately, there have also been cases in which films give us a more realistic view, but not as much as we would like.

We will review some of the most significant films.

The Cabinet of Dr. Caligari (Das Cabinet des Dr. Caligari, 1920)

German expressionism spread to various fields of art. In cinema, we find some films that have left a deep mark.



This silent film tells the story of an evil hypnotist (as we shall see, there are other films that feature similar characters) who uses a somnambulist to commit murders.

Dr. Caligari is the director of an asylum and is obsessed with an 18th-century character named Caligari who used a sleepwalker named Cesare to commit murders in Italy.

In the last century, more than 100 years ago, the film caused a sensation. The black-and-white photography creates a sinister atmosphere. Hypnosis is seen as a very attractive technique for mad doctors: the myth of mind control is a gothic work that was widely disseminated in Germany and around the world.

Svengali (1927)

In German silent cinema, we find this film that left a deep impression on audiences at the time. It shows a manipulative hypnotist who controls the will of the young Trilby, whom he turns into a famous opera singer against her wishes, also ruining her future wedding.



The director was Gennaro Righelli. It should be noted that there were earlier and later versions of these characters, both in silent films and in sound films. Curiously, years later, some media outlets nicknamed Milton Erickson “The Svengali of Arizona”, perhaps because his mastery of hypnosis frightened some people. Although Erickson said that we should manipulate with healthy intentions, the character of Svengali aroused distrust of hypnosis in cinema audiences.

Cat People (1942)

Directed by Jacques Tourneur. This film belongs to the horror genre and tells the story of a mysterious Serbian woman who begins a romantic relationship with an

engineer she meets by chance. She is vaguely aware that there is a part of her that leads her to undergo a terrible transformation at certain moments.



Confused by her unstable character and the warnings of the protagonist, Irena, her husband Oliver convinces her to see a psychiatrist, who performs exploratory hypnosis on her and discovers terrifying characteristics in this woman.

In this film, although the idea of a woman turning into a panther is clearly fantastical, the way hypnosis is portrayed is relatively true to life. However, it costs the hypnologist psychiatrist his life when he awakens the panther woman inside his patient.

Spellbound (1945)

Alfred Hitchcock is one of the greatest directors in the history of cinema. This film is probably the most famous of all those in which hypnosis has played a role in the plot.

Hitchcock's vision of hypnosis is reflected in this film, which was produced at the height of hypnoanalysis. It fits in well with the concept of that era, using hypnosis to discover the origin of trauma. The protagonists are Ingrid Bergman and

Gregory Peck. Salvador Dalí was also an important part of the film, with his dreamlike images. Hitchcock took advantage of Dalí's ability to reveal unconscious content.



Black Magic (1949)

This film depicts a sinister character, Cagliostro, a French gypsy who suffered torture and abuse at the hands of an aristocrat.



Years after his release, Cagliostro trains with Franz Mesmer and decides to use his magnetic powers for dishonest purposes. From there, a whole plot of palace conspiracies concerning Queen Marie Antoinette unfolds.

Even in the 1940s when the film was shot, the plot was not credible, with magnetic fights between Mesmer and Cagliostro. A naive image of mesmerism that makes us smile.

The director was Gregory Ratoff and one of the protagonists was Orson Welles. Cagliostro, along with Svengali and Fu Manchu, have been three hypnotic villains in cinema, reinforcing the idea of mind control.

The Three Faces of Eve (1957)

This film is a cinematic adaptation of a real case involving a patient named Christine Costner Sizemore, who suffered from multiple personality disorder.



Joanne Woodward played her role on screen.

The film was based on a book of the same name (there is a Spanish translation) by psychiatrists Corbett H. Tippen and

Harvey M. Cleckley, which provides details of the case.

The patient initially had two very antagonistic personalities: one was given the name Eva White, and the other was called Eva Black. Under hypnosis, a third personality emerged, Jane. An attempt was also made to integrate the three personalities, apparently with success. However, the film does not reflect that the case was even more complicated than it seemed. Subsequent treatment brought out as many as twenty personalities. Be that as it may, Joanne Woodward won an Oscar for this film, and both the film and the book are very interesting.

As we know, when we work with hypnosis, dissociation is a central element of the hypnotic process. In this case, it reached its maximum expression. The film was directed by Nunnally Johnson, and Woodward was joined in the cast by David Wayne and Lee J. Cobb.

The Manchurian Candidate (1962)

Set in the midst of the Cold War, this film depicts hypnosis as a form of mind control. The audience watches as a Korean War veteran is programmed with a posthypnotic suggestion to kill a candidate for the US presidency.

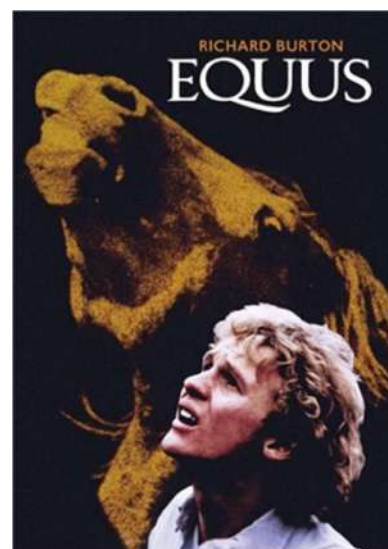
The script was heavily influenced by the political tension of the time and the interest that intelligence services might have in hypnosis and other techniques to create humans who would act like automatons in certain missions. Inevitably, we are reminded of the MK-Ultra project, which was highly secret at the time. Many documents were subsequently declassified. Once again, this film presents an unrealistic view of hypnosis, with the myth of bending the subject's will.



The cast included Frank Sinatra, Laurence Harvey and Angela Lansbury, among other renowned actors. The director was John Frankenheimer. It can be considered a cult film.

Equus (1977)

A film by Sidney Lumet, with Richard Burton and Peter Firth as the most prominent actors. It is a psychological drama about a young man who has blinded six horses. Dr. Dysart is the psychiatrist in charge of the case and uses hypnosis to analyse his behaviour.



Young Alan has delusions about a horse god named “Equus”.

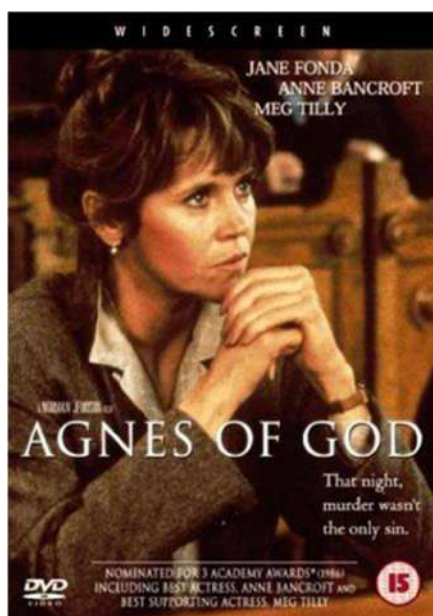
The treatment of hypnosis under Lumet's direction is quite similar to actual exploratory hypnosis.

At the end of the film, Dr. Dysart faces a moral dilemma, confronting his own contradictions.

In Spain, the stage adaptation was a notable success.

Agnes of God (1985)

A psychiatrist, played by Jane Fonda, takes on a unique case: in a Catholic convent, a novice becomes pregnant and loses the child during childbirth, although she does not remember becoming pregnant or giving birth. She does not even know how children are conceived.



Since the novice is accused of manslaughter, an investigation is opened in which Dr. Livingston obtains permission to hypnotise Sister Agnes in order to find out what really happened.

We will not reveal any more of the film's content to avoid spoilers. This is another film in which we can see scenes about hypnosis that are close to reality. The director was Norman Jewison.

Europa (1991)

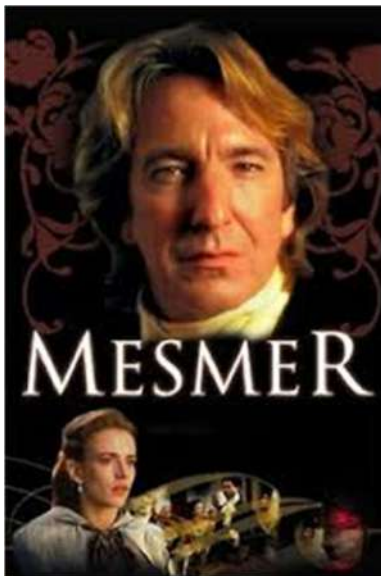


By Lars von Trier, it surprises the viewer because from the beginning it is a hypnotic induction with the image of train tracks and the voice, in the original version, of Max Von Sydow, followed by a regression to Germany immediately after the Second World War. An American immigrant with charitable intentions finds Europe in ruins. It deals with themes from the dramatic atmosphere of that period, with espionage, intrigue, betrayal, decadence, etc., in a defeated and devastated Germany.

Actually, hypnosis plays an introductory role and frames the entire film; there are no scenes of hypnosis being used as such. A disturbing film by the Danish director, which plays with photography that shifts from black and white to colour and vice versa.

Mesmer (1994)

This cinematic biography was directed by Roger Spottiswoode. It portrays the figure of Franz Mesmer with considerable historical accuracy. As we know, Mesmer is considered the father of modern hypnosis, although he firmly believed in “animal magnetism” as a vehicle for healing.



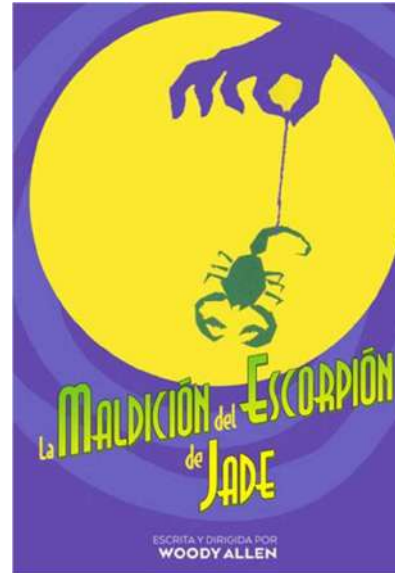
The film shows the vicissitudes of this Viennese doctor, who fled Austria to take refuge in Paris. Alan Rickman plays the lead role, portraying the ups and downs of Mesmer's life, from supreme success to rejection and oblivion. Mesmer's life really lent itself to a good film script.

Although Mesmer's theories were soon replaced by hypnosis as such, based on the word, his contribution to the history of medicine remains significant.

The Curse of the Jade Scorpion (2001)

“Constantinople” is the posthypnotic suggestion that is repeated in this entertaining film by Woody Allen, who also starred alongside screen figures such

as Helen Hunt, Charlize Theron and Dan Aykroyd, among others.



A magician takes advantage of a hypnosis show to subjugate several characters in the plot.

This film does not aim to show hypnosis as it is, but rather to recreate in some way the fantasy with which hypnosis was treated in the cinema of the 1930s and 1940s. Given that the audience is familiar with Allen's sense of humour, it cannot be said that it damages the image of hypnosis, as the entire script is a game of imagination.

The Hypnotist (2012)

This Swedish film, directed by Lasse Hallström, tells the story of how the police call on a hypnologist to investigate the memories of a teenager who witnessed a massacre.

The hypnologist in question has serious problems in his life and has been suspended from practising, but he decides to help with the case. Although the film captures the viewer's attention well, it

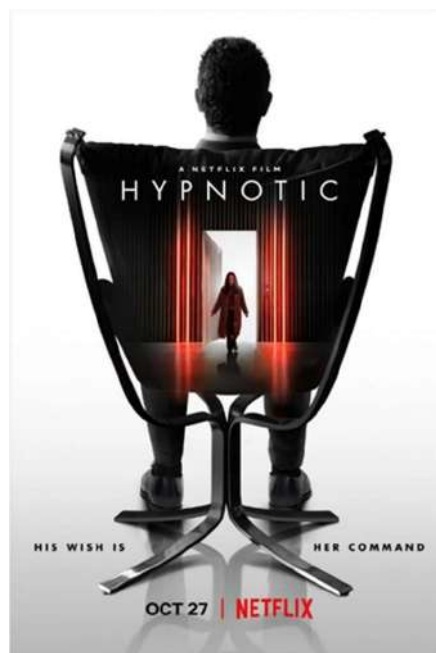
exaggerates the effectiveness of interrogation under hypnosis and, once again, it suggests that the hypnotised person loses their free will. The film is based on a novel by Lars Kepler and was well received.



Hypnotic (2021)

Directors: Matt Angel and Suzanne Coote. A woman going through a difficult situation meets a hypnotherapist who promises her quick results. She feels comforted at first, but then realises she is being manipulated. She later discovers the hypnotherapist's shady past and turns to another professional for counter-hypnosis.

Once again, a hypnologist with psychopathic tendencies and complete power over his patients' will. An easily forgettable, uninteresting film. Although it is supposed to be a psychological 'thriller', as a 'thriller' it is mediocre and the image of hypnosis is distorted.



Conclusion

We know that cinema is an industry, although it undoubtedly has its artistic dimension. In that sense, we would have to say that, in general, the image of hypnosis provided by cinema is unrealistic, although it arouses a lot of interest in this technique.

There is no doubt that cinema has contributed to the widespread dissemination of some of the myths that patients bring to hypnotherapy consultations. That is why it is so necessary that, first of all, we clarify to the user of clinical hypnosis what the truth is about the process and what they can expect.

When reviewing the filmography, we find that there are many films that include hypnosis, with varying degrees of success. I believe we need to make a distinction: there are films that viewers will consider

mere fantasy from the outset and others that aim to be realistic, although in most cases they are not. The latter are more dangerous in terms of projecting the distorted image of hypnosis that those of us who are dedicated to clinical practice fear.

Some of the films mentioned in this article are worthwhile, even if they do not give a realistic perspective on hypnosis. Others, on the other hand, at best make us laugh

unintentionally. Such is cinema, with its lights and shadows.

Isidro Pérez Hidalgo

Clinical Psychologist. Director of CHC Psychologists. President of the Scientific Hypnological Society.



La efectividad de la hipnoterapia en el fortalecimiento de la autoestima y disminución de ansiedad en paciente víctima de violencia psicológica

Brenda Frías

Introducción

El abuso psicológico tiene un impacto profundo y negativo en la autoestima de una persona. Este tipo de abuso, que puede incluir manipulación, humillación, críticas constantes, desvalorización, control excesivo y aislamiento, afecta la percepción que la persona tiene de sí misma y su valía. A continuación, compartiremos un caso de víctima de violencia psicológica y cómo su empoderamiento y autoestima incrementaron, así como la disminución de la ansiedad, con el uso de la Hipnosis y la Terapia Narrativa.

Violencia psicológica

La violencia psicológica contra las mujeres es un problema de salud pública de alta prevalencia y con consecuencias sustantivas en la salud mental. La World Health Organization (WHO, 2021) documenta que la violencia de pareja (incluida la psicológica) es un fenómeno global con efectos transversales en el bienestar, lo que justifica abordajes clínicos y de política pública específicos. En este contexto, la ansiedad no debe entenderse como un epifenómeno aislado, sino como parte de un síndrome traumático que emerge de relaciones de control, intimidación y coerción emocional.

Desde el marco clásico de Herman (1992), el trauma interpersonal prolongado desorganiza tres pilares del funcionamiento psicológico: seguridad, confianza y agencia. La autora caracteriza la respuesta traumática por una tríada de hiperactivación (hipervigilancia, sobresalto, etc.), intrusión (recuerdos y sueños intrusivos) y constricción/disociación (entumecimiento afectivo, evitación), así como por alteraciones en la autorregulación y en los vínculos. En casos crónicos de maltrato, Herman propone el concepto de trauma complejo, donde son frecuentes la vergüenza, la culpa, la indefensión subjetiva y las dificultades para tomar decisiones, elementos que se entrelazan con los núcleos ansiosos en mujeres sometidas a violencia psicológica (Herman, 1992).

El Maestro José Contreras, Director del Centro de Terapia Breve Sistémica SC, menciona que existen tres niveles de límites: Cognitivo (saber que su trato y acciones causa inconformidad y no deseamos que las realice), Conductual (discutir, pedirle que se vaya de la casa o terminar la relación) y Emocional (el dolor que la situación o las acciones que tomamos nos ocasionan sentimientos incómodos o de tristeza). Asimismo explica que la infidelidad repetitiva es violencia psicológica (Contreras, 2025).

Hipnosis Ericksoniana en pacientes con ansiedad

La hipnosis Ericksoniana es un método recomendado en la psicoterapia de personas que sufren ansiedad. Los estudios han demostrado al menos dos ventajas para los pacientes: el estado profundo de relajación y el trance hipnótico crean un contexto que facilita la visualización guiada, la cual desempeña un papel importante en el tratamiento de la ansiedad (Craciun, Holdevici & Craciun, 2012).

Terapia Narrativa

A nivel narrativo, se propone el uso de mapas narrativos para trabajar específicamente en la identidad de la persona. El uso de este procedimiento lleva a deducciones de intenciones como también propósitos y conclusiones sobre la identidad. Según Schaefer y Rubi (2015): “el abordaje narrativo permite deconstruir el relato limitante por medio de la práctica lingüística, mientras que el abordaje estratégico y conductual permite destrabar la pauta rígida conductual que le acompaña” (Rendón Salas & Pacheco Zapata, 2019).

Ansiedad

En “Trauma and Recovery”, Herman sostiene que el trauma psicológico no es sólo un evento individual sino un fenómeno relacional y sociopolítico que desorganiza la seguridad, la confianza y el sentido de agencia de la persona (Herman, 1992). Los síntomas se entienden como adaptaciones al peligro: hiperactivación (hipervigilancia, sobresalto), intrusión (recuerdos/flashbacks, sueños intrusivos) y constricción o disociación (entumecimiento afectivo, evitación). Para experiencias prolongadas de violencia,

como el abuso infantil crónico o la violencia de pareja, propone el marco de trauma complejo, caracterizado por alteraciones en la regulación emocional, la autoimagen (culpa, vergüenza) y los vínculos (desconfianza, aislamiento) (Herman, 1992).

La ansiedad, como consecuencia de la violencia psicológica y otros factores, es una de las principales causas de discapacidad a nivel global y en México. Su impacto se mide a través de métricas como los Años Vividos con Discapacidad (AVISA o YLD, por sus siglas en inglés). A continuación, se presentan datos actualizados y proyecciones basadas en estudios epidemiológicos y modelos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Global Burden of Disease (GBD).

La ansiedad como causa de discapacidad en el mundo, la situación actual (2020-2023)

Los trastornos de ansiedad se ubican entre las 10 principales causas de discapacidad a nivel global, según el estudio GBD 2019 –Posición: 6° lugar en contribución a los YLD (años vividos con discapacidad)–, la prevalencia afecta al 3.6% de la población mundial (OMS, 2021), con mayor impacto en mujeres (1.5 veces más que en hombres).

La proyección para los próximos 10 años (hacia 2033): Se estima que la ansiedad escalará posiciones debido a aumento de factores estresantes crónicos (violencia de género, desigualdad, crisis climática), secuelas de la pandemia de COVID-19 (aislamiento, pérdidas económicas), la posición proyectada es que podría ubicarse entre las 5 primeras causas de discapacidad, junto a depresión y enfermedades músculo esqueléticas (GBD, 2020).

Prólogo

En la primera sesión, con frecuencia escucho dos preguntas: “¿Algún día volveré a sentirme bien?” y “¿Cuántas sesiones necesitaré?”. La respuesta más honesta que conozco es: depende de tu disposición interna para sanar. Mi formación en Terapia Breve Sistémica (TBS) transformó mis expectativas: trabajar con objetivos claros puede, en muchos casos, lograrse en un número acotado de sesiones (a menudo alrededor de diez). Sin embargo, la clínica real matiza cualquier regla. Durante más de veinte años, solo unos cuantos procesos concluyeron antes de ese umbral y, con humildad, me pregunté qué estaba omitiendo para que otros requirieran más tiempo. El caso que presento se extendió casi un año (cincuenta sesiones). En una conversación con mi maestro, el Dr. Arnoldo Téllez, le expuse el proceso y cómo me sentía. Él me comentó que algunos procesos no son “curaciones menores”, sino verdaderas “cirugías generales”: cuando existen múltiples objetivos, el camino es metodológico y secuencial; lo importante es alcanzarlos uno a uno hasta lograr el objetivo terapéutico. Sus palabras me ofrecieron perspectiva técnica y alivio emocional, permitiéndome leer el proceso con mayor compasión y coherencia clínica: había múltiples metas entrelazadas y abordarlas de manera ordenada era consistente con la complejidad del problema. Este prólogo enmarca un estudio de caso que respeta el método sin convertirlo en corsé: la creatividad terapéutica y la flexibilidad cognitiva se articulan con una metodología clara orientada a resultados clínicamente relevantes. Honrar la singularidad del consultante, sin perder el foco en los objetivos, es el eje que guía la narrativa y el análisis que siguen.

Caso clínico: “Mari”

1. Datos de identificación y sintomatología referida

Refiere: insomnio, irritabilidad, compras compulsivas, celos desmedidos, tabaquismo, ludopatía, aislamiento social, diálogo interno agresivo, baja autoestima, alteraciones de la conducta alimentaria y desatención del cuidado de los hijos (dos menores de edad). Los tres hijos viven con la paciente. Su pareja actual: a quien llamaremos “Mati”, desempleado, 10 años menor que la paciente, con antecedente de privación de la libertad por fraude (aprox. tres años) y venta de sustancias tóxicas; ha tenido cinco relaciones previas en unión libre y siete hijos de distintas relaciones. Ocupación de la paciente: labores del hogar. Nivel socioeconómico: alto (sustento económico principal provisto por el exesposo, empresario). Acude a sesión autodefiniéndose como “tóxica” en su relación de pareja. Manifiesta disposición para trabajar en psicoterapia, pero expresa que no desea culminar su relación actual (de tres años de duración), pese a referir malestar significativo asociado a los síntomas descritos. Según el relato de la paciente, la pareja es celosa y controladora, con conductas de agresión física y psicológica. Refiere amenazas de muerte (“matarla”) si lo deja o si no accede a sus peticiones; le indica la forma de vestir, le exige solicitar permiso para salir, revisa sus compras y gastos, y le ha prohibido convivir con su familia y ciertas amistades debido a comentarios críticos sobre la relación. A partir de estos eventos, la paciente reporta aislamiento social y reducción de su red de apoyo. En los meses recientes describe incremento de la ansiedad. Ha recibido psicoterapia por ansiedad y terapia de pareja en dos ocasiones; ambas fueron interrumpidas antes de concluir. La paciente atribuye el

abandono de dichos procesos al requerimiento de su pareja de suspender el tratamiento cuando los terapeutas sugirieron pausar la relación sentimental, y a ella misma, mencionando que ella no desea terminar su relación de pareja, solo quiere ser una mejor mujer para su pareja.

Procedimiento

Las sesiones se realizaron con una frecuencia semanal, con duración de una hora. Se realizaron 50 sesiones, en las cuales se trabajaron los siguientes objetivos terapéuticos:

1. Objetivo Terapéutico: Aprender a identificar y gestionar emociones (8 sesiones)
2. Objetivo Terapéutico: Sanando tu niña interior (4 sesiones)
3. Objetivo Terapéutico: autoperdón (8 sesiones)
4. Objetivo Terapéutico: Merecimiento (4 sesiones)
5. Objetivo Terapéutico: Reforzamiento e incremento de autoestima y autoaceptación (8 sesiones)
6. Objetivo Terapéutico: Proceso de duelo por ruptura de pareja (9 sesiones)
7. Objetivo Terapéutico: Logro de Metas (10 sesiones)

Nos enfocaremos en describir el objetivo de incremento y reforzamiento de la autoestima. Se llevaron a cabo ocho sesiones en total. Asimismo se anexará la primera sesión de entrevista. Actualmente acude cada dos o cuatro semanas (la paciente solicitó seguir reforzando su autoestima). En cada objetivo, la paciente realizó un contrato, en donde describía a lo que se comprometía con ella misma, y al final de cada objetivo le permitía ver sus avances y respetar su autocompromiso.

Sesión 1

Se aplicaron las técnicas de “Choque de manos” (Zamora, 2022). Con este ejercicio se comienza el proceso terapéutico, ya que la paciente “ve” el poder de su mente y reafirma que su mente está dispuesta a permitir que sane.

Posterior a este trance hipnótico se aplica la técnica de “Escáner emocional” (Garza, Marco T., adaptado y modificado por Frías, B., 2021). Esta técnica permite al paciente ver todas las cargas emocionales que ha llevado por tanto tiempo, lo cual conlleva a un estado de alivio y autoconocimiento.

(se ponen sonidos de naturaleza relajantes)

“Voy a pedirle a tu mente sabía, poderosa, inteligente y llena de amor, que decida a qué maravilloso lugar tranquilo y en calma desea llevarte... observa cada detalle... puedes percibir los sonidos, el aroma de este hermoso lugar... y simplemente comienzas a caminar... disfrutando de este lugar, tranquilo y en calma... observa el cielo... una gran tormenta se acerca... mira, unas nubes grandes y negras, con un viento fuerte y helado... se avecina una gran tormenta, comienza a caer una lluvia muy tupida, helada... estás mojándote y quieres ponerte a salvo... pero... al intentar moverte, tu cuerpo está totalmente paralizado... por más esfuerzos que haces no logras moverte un solo centímetro... y comienzas a sentir una sensación de angustia y desesperación, pero... no hay forma de que puedas moverte... observa tu cuerpo... todo tu cuerpo tiene unas esferas muy grandes y pesadas... están incrustadas en tu cuerpo... mira, hay dos esferas muy grandes y pesadas incrustadas en tus pies... dentro de estas esferas están todos esos obstáculos que no te permiten

avanzar hacia tus metas y objetivos... observa muy bien todos esos obstáculos que hay dentro de estas esferas... muy bien... ahora, con tus dos manos y con toda la fuerza de tu ser, toma esas esferas con todos esos obstáculos que no te permiten avanzar hacia tus metas y objetivos... no son tuyas, no te pertenecen y ¡despréndelas! ... avientalas con toda tu fuerza lo más lejos que puedas... muy bien... observa cómo caen lejos de ti. Muy bien... ahora observa cómo hay otra esfera igual de grande y pesada... está incrustada en tu estómago... dentro de esta esfera están todas esas emociones que cargas y que has cargado por mucho tiempo y que no te permiten avanzar hacia tus metas y objetivos... observa muy bien todas esas emociones que no te permiten avanzar hacia tus metas y objetivos... ahora, con tus dos manos y con toda la fuerza de tu ser, toma esa gran esfera y ¡arráncala!, no es tuya, no te pertenece y no necesitas cargarla más, así que avientala lo más fuerte que puedas y avientala lo más lejos de ti... observa cómo cae lejos de ti... muy bien, lo estás haciendo excelente... Ahora observa cómo hay otra esfera muy grande y pesada en tu espalda... dentro de esta esfera está todo eso que cargas y que no te permite avanzar hacia tus metas y objetivos... incluso hay quienes cargan personas no lo sé... observa muy bien todo eso que cargas y que has cargado por mucho tiempo, solo tú sabes cuánto peso llevas y qué no te permite avanzar hacia tus metas y objetivos... muy bien... ahora, con tus dos manos y toda la fuerza de tu ser... toma esa gran esfera y ¡arráncala!, avientala lo más lejos que puedas... observa cómo cae lejos de ti... lo estás haciendo muy bien... hay otra esfera más, igual de grande y pesada... pero... esta esfera está en tu cabeza y dentro de ella están todos esos pensamientos y creencias limitantes que no te permiten avanzar

hacia tus metas y objetivos... son muchos... lo sé... así que observa todo lo que hay dentro de esta esfera... ahora, con tus dos manos y con toda tu fuerza, toma esa gran esfera y... ¡Arráncala! ... despréndela de tu cabeza!... no te pertenece y no necesitas cargarla... así que avientala lo más lejos que puedas y observa cómo cae lejos de ti... muy bien... Queda una última esfera y esta es también muy grande y muy pesada... esta esfera está incrustada en tu pecho... dentro de esta esfera se encuentra todo ese dolor que cargas y que has cargado por tanto tiempo... incluso esta esfera pesa tanto que no te permite respirar... observa todo ese dolor que cargas... porque solo tú sabes cuánto dolor has cargado y cargas por tanto tiempo ... muy bien... ahora con tus dos manos y con toda la fuerza de tu ser... toma esa esfera con todo ese dolor dentro, que no te permite avanzar hacia tus metas y objetivos y... ¡Despréndela!... ¡arráncala y avientala lo más lejos que puedas!... observa cómo cae lejos de ti... incluso ahora tu pecho puede respirar profundamente y siente cómo entra más aire y ya no duele al hacerlo... muy bien... lo estás haciendo bastante bien... ahora observa todas esas esferas que cargabas y que no te permitían avanzar hacia tus metas y objetivos... Observa el cielo... (se regresa a la música de naturaleza y calma), esa gran tormenta se ha ido y este hermoso lugar vuelve a ser tranquilo y en calma... puedes moverte porque ahora eres ligera y libre... así que comienzas a caminar... disfrutando de este maravilloso lugar... dejando atrás todo eso que ya no necesitas cargar... sigues caminando, solo que ahora, por primera vez en mucho tiempo, puedes sentir esa sensación de libertad, de ligereza, vive con todo tu ser esta experiencia... comienzas a caminar, dejando más y más lejos aquellas esferas que no te pertenecen más, y comienzas a

caminar... llena de fuerza... de poder... de libertad... sigues caminando y observa cómo a lo lejos hay una gran puerta... sin prisa y con calma comienzas a acercarte... al llegar a la puerta es tiempo de entrar, es momento de tomar una decisión, al entrar por esa puerta, dejarás atrás todo aquello que ya no necesitas cargar, comenzarás una nueva etapa, de sanación, libertad, amor contigo misma, si estás dispuesta a hacerlo, me lo indicarás con un fuerte y profundo suspiro... eso es... y completamente tranquila y en calma... entras... sigues caminando... ahora eres libre... te sientes fuerte y poderosa... entras a esta habitación... sentada en esta silla... ahora bien... voy a contar hasta cinco y cuando termine de contar despertarás tranquila, en calma y lentamente... abrirás tus ojos.”

Se le preguntó a la paciente qué le mostró su mente con estos ejercicios, mencionando: “Cuando me pediste que me fuera a ese lugar, recordé la casa de mis papás, había un gran jardín, sentí miedo con la tormenta, no poder moverme, pensé en mis hijos, ¿cómo los ayudaría?, casi no recuerdo, pero cuando llegaste a la cabeza, era mi mamá y mis tías, diciéndome que debí luchar por mi matrimonio, que tenía que cuidar a mi pareja, porque ningún hombre me aceptaría fácilmente con hijos y divorciada, que un hombre es el respeto de una casa y de una mujer, y vi cómo me duelen las palabras de “Mati”, siento miedo que, si se va, me quede sola y nadie me quiera (lloró liberadoramente unos minutos).”

Los objetivos terapéuticos acordados con la paciente fueron:

Bajar su ansiedad, incremento de autoestima, no dejar a “Mati”.

Asimismo, se utilizó La escala de avance terapéutico:

1. “Mari, del 1 al 10 donde 1 es nada y 10 es absolutamente, ¿Del 1 al 10, qué tan ansiosa te sentiste esta semana?”: 7.
2. “Mari, del 1 al 10 donde 1 es nada y 10 es absolutamente, ¿Del 1 al 10, qué tan poderosa y fuerte te sentiste esta semana?”: 4.

Sesión 2

Escala de Avance

1. ¿Del 1 al 10, qué tan ansiosa te sentiste esta semana?: 8.
2. ¿Del 1 al 10, que tan poderosa y fuerte te sentiste esta semana?: 3.

T: ¿Cuéntame, qué pasó esta semana?

P: Sigo sin dormir, me fui al casino, “Mati” se enojó conmigo y me bloqueó, siento desesperación, fui a buscarlo a casa de su mamá, le pedí perdón, pero me corrió, me golpeó en la cara y me sacó a patadas, me dijo que no quería verme y cuando se le pasara el enojo, él me hablaría, tengo miedo de dormir, porque estoy revisando si tengo mensajes de él, por eso prefiero irme al casino. Ya sé que soy una ridícula, pero sin él no puedo vivir.

Técnicas utilizadas: “La metáfora del árbol” (Téllez, 2020)

T: ¿Qué te mostró tu mente con este ejercicio?

P: Siempre creí que era tonta y débil, pero me vi, yo era el árbol, enorme, fuerte, nada me tumbaba, mi familia son mis raíces, mis hijos estaban protegidos por mi sombra, sentí cómo una energía recorrió todo mi cuerpo y el árbol, mira, tengo la piel erizada aún... soy más fuerte de lo que pensé.

La paciente pudo reconocerse como el árbol, fuerte, con raíces profundas, alto y frondoso. Al cierre de la sesión se mostró fuerte y relajada.

Tarea: escuchar antes de dormir, el guion hipnótico de la “Metáfora del árbol” (Téllez, 2020).

Sesión 3

Escala de Avance

1. ¿Del 1 al 10, qué tan ansiosa te sentiste esta semana?: 6.
2. ¿Del 1 al 10, qué tan poderosa y fuerte te sentiste esta semana?: 5.

T: ¿Cuéntame, qué pasó esta semana, ¿cómo te sentiste?

P: “Mati” no me buscó, contraté un investigador, vi sus llamadas, mensajes, vi con quién estaba, fui al Motel y en lugar de pedirme perdón, me dijo que estoy vieja, gorda, fea, celulítica, que le doy asco, y que por eso está con mujeres mejores que yo. Me sacó a empujones del lugar. No podía manejar, me faltaba el aire, me dio vergüenza porque la chica si estaba mucho mejor que yo.

Técnicas utilizadas: “Set de Sí, de reforzamiento del ego” (Barnett, 1990)

T: Mari, ¿qué te mostró tu mente con este ejercicio?

P: Hace mucho que no pienso en mí, tengo derecho a ser feliz, ¡me siento enojada, “Mati” es un pendejo! ¿Por qué me trata mal?, ¿por qué se lo permito?, si me quisiera, no me lastimaría, ni se revolcaría con otras, tengo ganas de hacer lo que yo quiera, estoy muy enojada.

La paciente mencionó que pudo visualizar cómo creencias limitantes, de culpa, iban “soltándose” de su cuerpo. Recordó frases que escuchó de joven y cómo estas

palabras hoy eran una carga para ella. Al cierre de la sesión expresó sentirse “encabronada y harta”.

Tarea: escuchar antes de dormir, el guion hipnótico del “Set sí del reforzamiento del ego”. (Barnett, 1990)

Sesión 4

Escala de Avance

1. ¿Del 1 al 10, qué tan ansiosa te sentiste esta semana?: 5.
2. ¿Del 1 al 10, qué tan poderosa y fuerte te sentiste esta semana?: 6.

T: Cuéntame, ¿cómo te sentiste esta semana?

P: “Mati” me perdonó, pero en la intimidad, me dijo que apagara la luz, porque mi panza le “quitaba” las ganas. Acepté, porque si le reclamaba se iría con alguien más. No quiero que se vaya y sentirme morir sin él.

Técnicas utilizadas: “Fortalecimiento de la autoestima en forma indirecta” (Téllez, 2020). Ejercicio del cojín (Frías, 2021).

T: ¿Qué te mostró este ejercicio?

P: Pude ver que no pienso en mí, esta semana me sentía tan abrumada, enojada porque mi pareja sigue igual, me dice que soy vieja y celulítica, he tenido vergüenza de mí, de mi cuerpo, debo hacer algo por mí. Lo que me dice es verdad, pero está en mí estar mejor, no tiene derecho a hacerme sentir mal por mi cuerpo o mi edad. Me siento enojada por tenerme en esta situación. Quiero golpearlo, pero, si se va, ¿qué haré sin él?

Se hizo una intervención con el ejercicio del cojín (Frías, 2021).

Se le preguntó del 1 al 10 qué tanto enojo sentía, mencionando “10, mira estoy temblando”.

Se le indicó que haríamos un ejercicio para que liberara su enojo, lo cual aceptó.

Ejercicio del cojín (Frías, 2021)

“Muy bien Mari, por favor, toma un cojín, ponlo en tu cara, lo vas a apretar con toda tu fuerza y cuando yo cuente tres, gritarás lo más fuerte que puedas y lo apretarás todo lo que sea posible. Uno, dos, tres... ¡grita!... Uno, dos, tres... ¡grita! ... más fuerte Mari, no mereces esas palabras que duelen tanto, saca tu dolor, tu enojo... una vez más... Uno, dos, tres... ¡grita! ... no te guardes nada, ¡sácalo, Mari! ... Uno, dos, tres... ¡grita! ... más fuerte Mari, ¡grita! Uno, dos, tres... ¡grita! ... más fuerte Mari, no mereces todo este dolor, sácalo ... una vez más... Uno, dos, tres... ¡grita! ... eso es... muy bien”.

Se le preguntó al final del ejercicio, ¿cómo te sientes? “Hacía mucho que no lloraba, ni gritaba así, me estaba quemando y gritar me calmó”.

Tarea: escuchar antes de dormir, el guion hipnótico del “Fortalecimiento de la autoestima en forma indirecta” (Téllez, 2020). Realizar el “ejercicio del cojín” (Frías, 2021) cada vez que las emociones se sientan incontrolables.

Observaciones: Al cierre de la sesión logró liberar sus emociones y sentirse más tranquila.

Sesión 5

Escala de Avance

1. ¿Del 1 al 10, qué tan ansiosa te sentiste esta semana?: 6.

2. ¿Del 1 al 10, qué tan poderosa y fuerte te sentiste esta semana?: 5.

T: Cuéntame, ¿cómo te sentiste en estos días?

P: Estuvo extraño, “Mati” se estuvo quedando conmigo, pero por un lado lo quiero en mi casa, pero siento mucho coraje cuando lo veo dormido en mi cama, cuando me golpeó, cómo me sacó a patadas hasta la calle, cuando se va y se revuelca con otras, me dio asco. Siempre he sido muy débil y estúpida.

Técnicas utilizadas: “Aprendiendo a alimentarse por uno mismo” (Hammond, 1990)

T: ¿Qué te mostró este ejercicio?

P: Pude ver que he hecho grandes cosas, que todo lo que me he propuesto lo he conseguido, es como si me hubiera quitado una venda de los ojos. Esta semana me sentí tan emocionada de hacer ejercicio, comer bien, me puse un short y pese a los comentarios de “Mati”, salí vestida como yo quería, aunque me daba pena, lo hice, pero con esto puedo ver que no soy tonta, soy una mujer inteligente.

Al cierre de la sesión se mostró emocionada de irse de compras ella sola y disfrutar tiempo consigo misma.

Tarea: escuchar antes de dormir, el guion hipnótico de la “Aprendiendo a alimentarse por uno mismo” (Hammond, 1990). Asimismo, se dedicará un día a ella misma, a consentirse.

Sesión 6

Escala de Avance

1. ¿Del 1 al 10, qué tan ansiosa te sentiste esta semana?: 5.

2. ¿Del 1 al 10, qué tan poderosa y fuerte te sentiste esta semana?: 7.

T: Cuéntame, ¿cómo te fue con tu tarea, qué pasó estos días?

P: “Mati” se enojó cuando supo que me fui de compras, se fue dos días, no me habló, pero esta vez salí con mis amigas, me sentía enojada, es mi dinero y si quiero comprarme algo o irme al Spa, es mi decisión, hace mucho que no lo hacía. Cuando volvió me dijo que la ropa que uso se me ve mal, por eso se enojó, no quiere que haga el ridículo.

Técnicas utilizadas: “El límite personal” (Téllez, 2018). Ejercicio de abrazar y decirle palabras afectivas a su muñeca antes de dormir (Gómez, 2016).

T: ¿Qué te mostró tu mente con este ejercicio?

P: Me acabo de dar cuenta de que siempre creí que si me quedaba callada o permitía que me lastimaran, me hacía una buena persona. Si me lastiman y lo permito es mi responsabilidad ponerme límites y no esperar que mi pareja o los demás me valoren, me dolió ver que he estado enojada conmigo y me costó perdonarme. Si no me quiero yo, ¿quién lo hará?.

Tarea: escuchar antes de dormir, el guion hipnótico de “El límite personal” (Téllez, 2018). Realizar el ejercicio de abrazar y decirle palabras afectivas a su muñeca antes de dormir (Gómez, 2016).

Ejercicio de Alejandra Gómez “abrazar y decirle palabras afectivas a su muñeca antes de dormir”

Se le pide a la paciente al inicio del proceso terapéutico que traiga a la siguiente sesión una muñeca o algo que le recuerde su infancia. Cada noche antes de dormir, o si tiene una emoción difícil de controlar, deberá abrazar a su muñeca (que representa su niña interna) y le dará protección, amor, palabras tiernas y de

aliento. Esto con el objetivo de crear una relación y narrativa interna más amorosa y compasiva consigo misma.

Al cierre de la sesión se mostró sorprendida de cómo las creencias religiosas y familiares le hicieron pensar que entre más dolor soportara, mejor persona sería y eso haría que algún día su pareja la valorara. Además, pudo reconocer que irse de “fiesta” con sus amigas, acudir al Spa, comprarse ropa, fue un acto de valentía y amor hacía sí misma.

Sesión 7

Escala de Avance

1. ¿Del 1 al 10, qué tan ansiosa te sentiste esta semana?: 5.

2. ¿Del 1 al 10, qué tan poderosa y fuerte te sentiste esta semana?: 7.

T: ¿Cuéntame, qué pasó esta semana, ¿cómo estás?

P: Me sentí muy bien, me fui con mis hijos al cine, de compras, me fui a Monclova a visitar a mis papás; estar en familia me hizo sentirme protegida. Le dije a “Mati” que no lo vería porque saldría de viaje con mis hijos y, aunque se molestó, aun así, me fui. Mi papá me dijo algo que me sorprendió, “no estás sola hija, aquí tienes a tu familia”, no sabe nada de lo que vivo con “Mati”, pero sus palabras me dieron mucha seguridad.

Técnicas utilizadas: “La montaña: La expansión de la consciencia” (Paul Sacerdote, modif. por Arnoldo Téllez, 2002)

T: ¿Qué te mostró tu mente con este ejercicio?

P: Pude sentir el mar, el viento, no puedo creer lo que mi mente es capaz de hacer, sentí tanta paz y orgullo de ver todo desde la cima, me vi sola haciendo algo que

jamás imaginé lograr, es como si no necesitara a “Mati”.

Al cierre de la sesión se mostró sorprendida del poder de su mente, de disfrutar estando con ella misma, así como ver los problemas desde un punto de vista diferente

Tarea: escuchar antes de dormir el guion hipnótico de “La montaña: La expansión de la consciencia” (Paul Sacerdote, modif. por Téllez, 2002). Asimismo, se dedicará 15 minutos al día para realizar sus ejercicios de respiración.

Sesión 8

Escala de Avance

1. ¿Del 1 al 10, qué tan ansiosa te sentiste esta semana?: 4.
2. ¿Del 1 al 10, qué tan poderosa y fuerte te sentiste esta semana?: 8.

T: Cuéntame, ¿cómo estás?

P: Le dije a “Mati” que me voy de viaje a Alaska y que quería estar sola, se llevó sus cosas, pero ayer lo llamé y le dije que quería verlo, ya no lo quiero en mi vida, pero siento que no puedo, yo creo que es por “el trabajo” que le mandé hacer.

Técnicas utilizadas: “El pasillo de las posibilidades y el perdón” (Téllez, 2018)

T: ¿Qué te mostró tu mente?

P: Me doy cuenta de que me he enfocado tanto en mi pareja, que me olvido de todo lo que también es importante para mí, como mis hijos, mi casa. Otra vez me veo como alguien que se juzga y me dolió verme ahí y pedirme perdón, ¿por qué no puedo soltar a mi pareja?, ¿por qué me aferro si yo sé que no quiero seguir a su lado?, ¿por qué siento tanto coraje cuando estoy con él? Me doy cuenta de que siento rechazo hacia él como hombre y eso jamás

me había pasado, lo quiero fuera y dentro de mi vida, ¿qué debo hacer?, mi mente me dice que es tiempo de soltar y avanzar, pero... pagué a un brujo para que él no se fuera de mi vida y yo jamás dejarlo, tengo que resolver eso. Eso es lo que mi mente me está pidiendo.

Al cierre de la sesión la paciente mencionó que siente culpa por haber acudido a un “brujo”, indicando que eso la hace sentir impotente de poder tomar la decisión de dejarlo definitivamente. Al cuestionarle qué hará al respecto, indicó que cerrará esa puerta ya.

Tarea: escuchar antes de dormir, el guion hipnótico de “El pasillo de las posibilidades y el perdón” (Téllez, 2018). Asimismo, se dedicará un espacio diariamente para analizar, escribir y realizar los cambios que considere necesarios en su vida, para sentirse orgullosa de sí misma, por pequeños que ella crea que son.

Sesión 9

Escala de Avance

1. Del 1 al 10 donde 1 es nada y 10 es absolutamente, ¿Del 1 al 10, qué tan ansiosa te sentiste esta semana?: 2.
2. Del 1 al 10 donde 1 es nada y 10 es absolutamente, ¿Del 1 al 10, qué tan poderosa y fuerte te sentiste esta semana?: 10.

T: ¿Cuéntame, que pasó esta semana?, ¿cómo te sentiste?

M: No busqué a “Mati”, pero no fue por “aguantarme”, realmente me ocupé en mis cosas y ahora que lo pienso, tampoco fui al casino, me sentí en calma, vino el Sr. Juan “el brujo” y realizamos el “desamarre” y me dijo que ya nada me ata a “Mati”, me liberó.

Técnicas utilizadas: “Sacando la basura” (Ana Luco, modif. Arnoldo Téllez, 2018)

T: ¿Cómo estás?... ¿Cómo te sientes?...

P: ¡Cuánto dolor y cosas viejas había guardado!, ahora entiendo cuando dicen que nunca es tarde para comenzar de nuevo, me vi, vi a mis hijos, mi familia, todo lo que sí tiene valor para mí, hoy sé que “Mati” ya no tiene espacio en mi vida, lo dejé a los dos días que vine, pero este ejercicio me confirma que es la decisión correcta, me siento muy feliz y poderosa. Y lo dejé porque fui con el brujo, me cobró carísimo, incluso tuve que tener relaciones íntimas con él, para que se rompiera el “amarre” que le hice, me sentí liberada y ahora sí, ya sé que no hay nada que me ate a él.

Indicó que con este ejercicio (hipnótico), junto con el “desamarre”, se motivó a cerrar definitivamente ese círculo vicioso con su pareja, comentó que es tiempo de sentir la “fresca brisa” de una nueva etapa en su vida y desechar todo lo que ya no quiere en su vida, “ya pude sacarlo de mi vida, ahora puedo ser libre y feliz”.

Tarea: escuchar antes de dormir, el guion hipnótico de “Sacando la basura” (Ana Luco, modif. Arnoldo Téllez, 2018). Asimismo, la paciente propuso que hará una limpia y remodelación en su habitación y posteriormente en su casa.

Resultados

Se observó un decremento importante en el nivel de ansiedad percibido, ya que en la sesión 1 la paciente describió un puntaje de 7 de un máximo posible de 10, el cual se redujo a 2 en la sesión 9, también se observó un incremento importante en el nivel de fuerza y empoderamiento percibido, ya que en la sesión 1 la paciente

describió un puntaje de 4 de un máximo posible de 10, el cual se incrementó a 10 en la sesión 9 (En ambos casos de un mínimo posible de uno).

Conclusión

El presente caso demostró la eficacia en la combinación de la hipnosis, aplicada a la Ansiedad ocasionada por Violencia Psicológica. La hipnosis se puede utilizar con eficacia para hacer frente a los procesos defensivos en el paciente, reestructurando, relajando, además de lograr elevar su autoestima. El seguimiento del objetivo en nueve sesiones documenta un cambio amplio, sostenido y clínicamente significativo: disminución marcada de la Ansiedad y aumento robusto de la Fuerza/Empoderamiento, con aceleración final y no solapamiento entre fases. La secuencia temporal sugiere que el fortalecimiento percibido de recursos personales es un mecanismo plausible del descenso ansioso. Aun con las limitaciones propias del caso único e ítems únicos, respalda la validez clínica del progreso y justifica el alta con plan de mantenimiento estructurado. Asimismo, el uso de guiones hipnóticos trabajados en cada sesión e indicarle que los escuche antes de dormir, crearon un efecto reforzado y más eficiente en el proceso terapéutico.

La terapia narrativa, muestra un cambio y reestructuración en las creencias y patrones de pensamiento. En el caso se muestra que la hipnosis y la Terapia Narrativa integradas en el contexto de terapia breve funcionan de manera adecuada; Se puede percibir cómo su narrativa va cambiando, pasando del miedo al abandono hasta llegar al empoderamiento y toma de decisiones. Inicialmente, trabajando con Hipnosis el

evento que detonó la ansiedad derivada de la violencia psicológica vivida, se alcanzó la reestructuración; y para el fortalecimiento de la autoestima de la paciente se empleó la Hipnosis, que ayudó a bajar la ansiedad mientras se utilizaba Terapia Narrativa.

Referencias

- World Health Organization. (2021). Violence against women prevalence estimates, 2018: Global, regional and national prevalence estimates for intimate partner violence against women and global and regional prevalence estimates for non-partner sexual violence against women. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240022256>
- Herman, J. L. (1992). Trauma and recovery. Basic Books.
- Contreras, J. (2025). Diplomado de Tratamiento en caso de violencia de pareja.
- Craciun, B., Holdevici, I., & Craciun, A. (2012). P-1136 – The efficiency of Ericksonian hypnosis in diminishing stress and procrastination in patients with generalized anxiety disorder [Eficacia de la hipnosis ericksoniana para disminuir el estrés y la procrastinación en pacientes con trastorno de ansiedad generalizada]. *European Psychiatry*, 27(Suppl. 1), 1. [https://doi.org/10.1016/S0924-9338\(12\)75303-8](https://doi.org/10.1016/S0924-9338(12)75303-8).
- Rendón Salas, L., & Pacheco Zapata, R. (2019). Terapia narrativa aplicada a un caso de ansiedad generalizada en un adolescente de 14 años. *Ajayu: Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología*, 17(2), 236–268.
- https://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-21612019000200002
- American Psychiatric Association (2025) <https://www.psychiatry.org/patients-families/la-salud-mental/ansiedad#:~:text=La%20ansiedad%20es%20una%20reacci%C3%B3n,a%20prepararnos%20y%20prestar%20atenci%C3%B3n>
- GBD Results Tool. En: Global Health Data Exchange [sitio web]. Seattle: Institute for Health Metrics and Evaluation; 2019 <https://vizhub.healthdata.org/gbd-results?params=gbd-api-2019-permalink/716f37e05d94046d6a06c1194a8eb0c9> , consultado el 5 de septiembre de 2023) <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/anxiety-disorders>
- OMS (2025) <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/anxiety-disorders>
- De Shazer, S., Dolan, Y., Korman, H., Trepper, T. S., McCollum, E. E., & Berg, I. K. (2007). More than miracles: The state of the art of solution-focused brief therapy [Más que milagros: el estado del arte de la terapia breve centrada en soluciones]. Haworth Press.
- Zamora A., (2022). Choque de manos. Congreso Internacional de Terapia Breve e Hipnosis.
- Garza, Marco T., Fac. Psicología 2002, adaptado y modificado por Frías B, 2021. Escáner emocional.
- Téllez, A. (2020). Metáfora del árbol. En *Hipnosis clínica ericksoniana* (pp. 170–172). Editorial Imprenta Universitaria de la UANL.

Téllez, J. Orozco, & C. Viro, Set de Sí, de reforzamiento del ego” (Barnett E, 1990). Hipnosis clínica y terapia breve en la depresión (pp. 121–123). Editorial Imprenta Universitaria de la UANL.

Frías B, (2021). Ejercicio del cojín.

Téllez, A. (2020). Fortalecimiento de la autoestima en forma indirecta. En Hipnosis clínica ericksoniana (pp. 169–170). Editorial Imprenta Universitaria de la UANL.

Téllez, A. (2020). Aprendiendo a alimentarse por uno mismo” (Cory Hammond, 1990). En Hipnosis clínica ericksoniana (pp. 169–170). Editorial Imprenta Universitaria de la UANL.

Gómez, A. CODE (2016). Ejercicio de abrazar y decirle palabras afectivas a su muñeca antes de dormir.

Téllez, A, J. Orozco, & C. Viro, (2018). El límite personal. En Hipnosis clínica y terapia breve en la depresión (pp. 121–123). Editorial Imprenta Universitaria de la UANL.

Téllez, A, J. Orozco, & C. Viro, (2018). La montaña: La expansión de la consciencia (Paul Sacerdote, modif. por Arnoldo Téllez, 2002). En Hipnosis clínica y terapia breve en la depresión (pp. 146–149). Editorial Imprenta Universitaria de la UANL.

Téllez, A, J. Orozco, & C. Viro, (2018). El pasillo de las posibilidades y el perdón. Hipnosis clínica y terapia breve en la depresión (pp. 113–116). Editorial Imprenta Universitaria de la UANL.

Téllez, A, J. Orozco, & C. Viro, (2018). Sacando la basura” (Ana Luco, modif. Arnoldo Téllez, 2018). Hipnosis clínica y terapia breve en la depresión (pp. 116–121). Editorial Imprenta Universitaria de la UANL.

Brenda Frías

Psicóloga. Máster en Psicología Integral.



The effectiveness of hypnotherapy in strengthening self-esteem and reducing anxiety in patients who are victims of psychological violence

Brenda Frías

Introduction

Psychological abuse has a profound and negative impact on a person's self-esteem. This type of abuse, which can include manipulation, humiliation, constant criticism, devaluation, excessive control, and isolation, affects the person's perception of themselves and their worth. Below, we will share a case study of a victim of psychological violence and how their empowerment and self-esteem increased, as well as their anxiety decreased with the use of hypnosis and narrative therapy.

Psychological violence

Psychological violence against women is a highly prevalent public health problem with substantial consequences for mental health. The World Health Organisation (WHO, 2021) documents that intimate partner violence (including psychological violence) is a global phenomenon with cross-cutting effects on well-being, which justifies specific clinical and public policy approaches. In this context, anxiety should not be understood as an isolated epiphenomenon, but as part of a traumatic syndrome that emerges from relationships of control, intimidation, and emotional coercion.

According to Herman's (1992) classic framework, prolonged interpersonal trauma disrupts three pillars of psychological functioning: security, trust and agency. The author characterises the traumatic response by a triad of hyperarousal (hypervigilance, startle response, etc.), intrusion (intrusive memories and dreams) and constriction/dissociation (affective numbness, avoidance), as well as alterations in self-regulation and bonding. In chronic cases of abuse, Herman proposes the concept of complex trauma, where shame, guilt, subjective helplessness, and decision-making difficulties are common, elements that are intertwined with the anxious cores in women subjected to psychological violence (Herman, 1992).

Ms. José Contreras, Director of the SC Brief Systemic Therapy Centre, mentions that there are three levels of boundaries: Cognitive (knowing that their treatment and actions cause discontent and we do not want them to do so), Behavioural (arguing, asking them to leave the house or ending the relationship) and Emotional (the pain that the situation or the actions we take cause us uncomfortable or sad feelings). He also explains that repeated infidelity is psychological violence (Contreras, 2025).

Ericksonian hypnosis in patients with anxiety

Ericksonian hypnosis is a recommended method in psychotherapy for people suffering from anxiety. Studies have shown at least two advantages for patients: the deep state of relaxation and hypnotic trance create a context that facilitates guided visualisation, which plays an important role in the treatment of anxiety (Craciun, Holdevici & Craciun, 2012).

Narrative Therapy

At the narrative level, the use of narrative maps is proposed to work specifically on the person's identity. The use of this procedure leads to deductions of intentions as well as purposes and conclusions about identity. According to Schaefer and Rubi (2015): "the narrative approach allows the limiting narrative to be deconstructed through linguistic practice, while the strategic and behavioural approach allows the rigid behavioural pattern that accompanies it to be unlocked" (Rendón Salas & Pacheco Zapata, 2019).

Anxiety

In *Trauma and Recovery*, Herman argues that psychological trauma is not just an individual event but a relational and socio-political phenomenon that disrupts a person's security, trust and sense of agency (Herman, 1992). Symptoms are understood as adaptations to danger: hyperarousal (hypervigilance, startle response), intrusion (memories/flashbacks, intrusive dreams) and constriction or dissociation (emotional numbness, avoidance). For prolonged experiences of violence—such as chronic child abuse or intimate partner violence—she proposes

the complex trauma framework, characterised by alterations in emotional regulation, self-image (guilt, shame) and bonds (distrust, isolation) (Herman, 1992). Anxiety, because of psychological violence and other factors, is one of the leading causes of disability globally and in Mexico. Its impact is measured through metrics such as Years Lived with Disability (YLD). Below are updated data and projections based on epidemiological studies and models from the World Health Organisation (WHO) and the Global Burden of Disease (GBD).

Anxiety as a cause of disability worldwide, the current situation (2020-2023)

Anxiety disorders are among the top 10 causes of disability globally, according to the GBD 2019 study –Position: 6th place in contribution to YLDs (years lived with disability)–. Prevalence affects 3.6% of the global population (WHO, 2021), with a greater impact on women (1.5 times more than men).

Projection for the next 10 years (towards 2033): Anxiety is expected to climb the rankings due to an increase in chronic stressors (gender-based violence, inequality, climate crisis) and the aftermath of the COVID-19 pandemic (isolation, economic losses). The projected position is that it could rank among the top five causes of disability, alongside depression and musculoskeletal disorders (GBD, 2020).

Foreword

In the first session, I often hear two questions: "Will I ever feel good again?" and "How many sessions will I need?" The most honest answer I know is: it depends on your inner willingness to heal.

My training in Brief Systemic Therapy (TBS) transformed my expectations: working with clear objectives can, in many cases, be achieved in a limited number of sessions (often around ten). However, real clinical practice qualifies any rule. For more than twenty years, only a few processes were completed before that threshold, and I humbly asked myself what I was missing that caused others to require more time. The case I present lasted almost a year (fifty sessions). In a conversation with my mentor, Dr. Arnoldo Téllez, I explained the process and how I felt. He told me that some processes are not "minor cures" but rather "major surgeries": when there are multiple objectives, the path is methodological and sequential; the important thing is to achieve them one by one until the therapeutic goal is reached. His words offered me technical perspective and emotional relief, allowing me to view the process with greater compassion and clinical coherence: there were multiple intertwined goals, and addressing them in an orderly manner was consistent with the complexity of the problem. This prologue frames a case study that respects the method without turning it into a straitjacket: therapeutic creativity and cognitive flexibility are articulated with a clear methodology oriented towards clinically relevant results. Honouring the uniqueness of the client, without losing focus on the objectives, is the axis that guides the narrative and analysis that follow.

Clinical case: "Mari"

1. Identification data and reported symptoms

Reports: insomnia, irritability, compulsive shopping, excessive jealousy, smoking,

gambling addiction, social isolation, aggressive internal dialogue, low self-esteem, eating disorders, and neglect of childcare (two minors). The three children live with the patient. Her current partner: whom we will call "Mati", unemployed, 10 years younger than the patient, with a history of imprisonment for fraud (approx. three years) and sale of toxic substances; he has had five previous cohabiting relationships and seven children from different relationships. Patient's occupation: housework. Socioeconomic status: high (main financial support provided by her ex-husband, a businessman). She attends the session describing herself as "toxic" in her relationship. She expresses a willingness to work in psychotherapy but states that she does not wish to end her current relationship (which has lasted three years), despite reporting significant distress associated with the symptoms described. According to the patient's account, her partner is jealous and controlling, with physically and psychologically aggressive behaviour. He threatens to kill her if she leaves him or does not agree to his requests; he tells her how to dress, requires her to ask permission to go out, checks her purchases and expenses, and has forbidden her from spending time with her family and certain friends due to their critical comments about the relationship. As a result of these events, the patient reports social isolation and a reduction in her support network. In recent months, she describes increased anxiety. She has received psychotherapy for anxiety and couples therapy on two occasions; both were interrupted before completion. The patient attributes the abandonment of these processes to her partner's request to suspend treatment when the therapists suggested pausing the romantic relationship and to herself, mentioning that she does not want to end her

relationship, she just wants to be a better woman for her partner.

Procedure

The sessions were held weekly for one hour, with a total of 50 sessions, in which the following therapeutic objectives were worked on:

1. Therapeutic Objective: Learning to identify and manage emotions. (8 sessions)
2. Therapeutic Objective: Healing your inner child (4 sessions)
3. Therapeutic Objective: Self-forgiveness (8 sessions)
4. Therapeutic Objective: Deservingness (4 sessions)
5. Therapeutic Objective: Reinforcement and increase of self-esteem and self-acceptance (8 sessions).
6. Therapeutic Objective: Grieving process following a break-up (9 sessions)
7. Therapeutic Objective: Goal Achievement (10 sessions)

We will focus on describing the objective of increasing and strengthening self-esteem, for which a total of eight sessions were held. The first interview session will also be attached. She currently attends every two to four weeks (the patient requested to continue strengthening her self-esteem). For each objective, the patient signed a contract describing her commitment to herself, and at the end of each objective, she was able to see her progress and respect her self-commitment.

Session 1

The "Hand Clap" technique (Zamora, 2022) was applied. This exercise begins the therapeutic process, as the patient "sees" the power of her mind and

reaffirms that her mind is willing to allow healing.

After this hypnotic trance, the "Emotional Scan" technique (Garza, Marco T, adapted and modified by Frias, 2021) is applied. This technique allows the patient to see all the emotional burdens she has carried for so long. This leads to a state of relief and self-knowledge.

(Relaxing nature sounds are played)

"I am going to ask your wise, powerful, intelligent and loving mind to decide where it wants to take you, to a wonderful place of peace and calm... observe every detail... you can perceive the sounds, the scent of this beautiful place... and you simply begin to walk... enjoying this place, peaceful and calm... look at the sky... a great storm is approaching... look, big black clouds, with a strong, icy wind... a big storm is coming, a very thick, icy rain begins to fall... you are getting wet and want to get to safety... but... when you try to move, your body is completely paralysed... no matter how hard you try, you cannot move a single centimetre... and you begin to feel a sense of anguish and despair. But... there is no way you can move... look at your body... your whole body has very large, heavy spheres... they are embedded in your body... look, there are two very large, heavy spheres embedded in your feet... inside these spheres are all the obstacles that prevent you from moving towards your goals and objectives... look closely at all the obstacles inside these spheres... very good... Now, with both hands and with all your strength, take those spheres with all those obstacles that prevent you from moving towards your goals and objectives... they are not yours, they do not belong to you, so let go of them! Throw them with all your strength as far

away as you can... very good... watch them fall far away from you. Very good... now observe how there is another sphere just as big and heavy... it is embedded in your stomach... inside this sphere are all those emotions that you carry and have carried for a long time and that prevent you from moving towards your goals and objectives... observe very carefully all those emotions that prevent you from moving towards your goals and objectives... Now, with both hands and with all your strength, take that big sphere and rip it out! It is not yours, it does not belong to you, and you do not need to carry it anymore, so throw it as hard as you can and throw it as far away from you as possible... watch how it falls away from you... very good, you are doing excellent... Now observe how there is another very large and heavy sphere on your back... inside this sphere is everything you carry that prevents you from moving towards your goals and objectives... some people even carry other people, I don't know... observe carefully everything you carry and have carried for a long time, only you know how much weight you are carrying that prevents you from moving towards your goals and objectives... very good... Now, with both hands and all your strength... take that big sphere and pull it out! Throw it as far as you can... watch it fall away from you... you're doing very well... there is another sphere, just as big and heavy... but... this sphere is in your head and inside it are all those limiting thoughts and beliefs that prevent you from moving towards your goals and objectives... there are many... I know... so look at everything inside this sphere... now, with both hands and all your strength, take that big sphere and... pull it out! Remove it from your head! It does not belong to you and you do not need to carry it... so throw it as far away as you can and watch it fall away from you...

very good... There is one last sphere left, and this one is also very large and very heavy... this sphere is embedded in your chest... inside this sphere is all the pain you carry and have carried for so long... this sphere weighs so much that it prevents you from breathing... look at all the pain you carry... because only you know how much pain you have carried and continue to carry for so long... very good... Now, with both hands and with all your strength... take that sphere with all that pain inside, which prevents you from moving towards your goals and objectives, and... Let go of it! Pull it out and throw it as far away as you can! Watch it fall far away from you... even now your chest can breathe deeply and feel more air coming in and it no longer hurts to do so... very good... you are doing quite well... now look at all those spheres you were carrying that were preventing you from moving towards your goals and objectives... Look at the sky... (return to the nature and calm music), that big storm is gone and this beautiful place is peaceful and calm again... you can move because now you are light and free... so you start walking... enjoying this wonderful place... leaving behind everything you no longer need to carry... you keep walking, only now, for the first time in a long time, you can feel that sense of freedom, of lightness, live this experience with your whole being, you start walking, leaving further and further behind those spheres that no longer belong to you, and you start walking... full of strength... of power... of freedom... you keep walking and notice that in the distance there is a large door... Without haste and calmly, you begin to approach... when you reach the door, it is time to enter, it is time to make a decision. When you enter that door, you will leave behind everything you no longer need to carry, you will begin a new stage of healing, freedom, love for yourself. If you are

willing to do so, you will indicate it to me with a deep sigh... that's it... and completely calm and peaceful... you enter... you keep walking... Now you are free... you feel strong and powerful... you enter this room... sitting in this chair... now... I am going to count to five and when I finish counting you will wake up calmly, peacefully and slowly... you will open your eyes."

The patient who showed her mind with these exercises was asked, mentioning: "When you asked me to go to that place, I remembered my parents' house, there was a large garden, I felt afraid of the storm, unable to move, I thought of my children, how would I help them? I hardly remember, but when you reached my head, it was my mother and my aunts, telling me that I should fight for my marriage, that I had to take care of my partner, because no man would easily accept me with children and divorced, that a man is the respect of a home and a woman, and I saw how the words of 'Mati' hurt me, I am afraid that if he leaves, I will be alone and no one will love me." (She cried freely for a few minutes)

The therapeutic goals agreed upon with the patient were:

To reduce her anxiety, increase her self-esteem, and not leave "Mati".

The therapeutic progress scale was also used.

1. "Mari, on a scale of 1 to 10, where 1 is nothing and 10 is absolutely, on a scale of 1 to 10, how anxious did you feel this week?" 7

2. "Mari, on a scale of 1 to 10, where 1 is nothing and 10 is absolutely, on a scale of

1 to 10, how powerful and strong did you feel this week?" 4

Session 2

Progress Scale

1. On a scale of 1 to 10, how anxious did you feel this week? 8

2. On a scale of 1 to 10, how powerful and strong did you feel this week? 3

T: Tell me, what happened this week?

P: I'm still not sleeping, I went to the casino, "Mati" got angry with me and blocked me, I feel desperate, I went to look for him at his mother's house, I apologised, but he kicked me out, hit me in the face and kicked me out, he told me he didn't want to see me and when he got over his anger, he would talk to me, I'm afraid to sleep because I keep checking to see if I have any messages from him, so I prefer to go to the casino. I know I'm being ridiculous, but I can't live without him.

Techniques used: "The tree metaphor" (Téllez, 2020)

T: What did your mind show you with this exercise?

P: I always thought I was stupid and weak, but I saw myself. I was the tree, huge, strong, nothing could knock me down. My family are my roots, my children were protected by my shade. I felt a surge run through my whole body and the tree. Look, I still have goosebumps... I'm stronger than I thought.

The patient was able to recognise herself as the tree, strong, with deep roots, tall and leafy. At the end of the session, she appeared strong and relaxed.

Task: listen to the hypnotic script of the "Tree Metaphor" before going to sleep (Téllez, 2020).

Session 3

Progress Scale

1. On a scale of 1 to 10, how anxious did you feel this week? 6
2. On a scale of 1 to 10, how powerful and strong did you feel this week? 5

T: Tell me, what happened this week? How did you feel?

P: Mati didn't contact me, so I hired a private investigator. I saw his calls and messages, I saw who he was with, I went to the motel, and instead of apologising, he told me I was old, fat, ugly, had cellulite, that I disgusted him, and that's why he was with women better than me. He pushed me out of the place. I couldn't drive, I couldn't breathe, I was embarrassed because the girl was much better looking than me.

Techniques used: "Yes Set, ego reinforcement" (Barnett, 1990)

T: Mari, what did your mind show you with this exercise?

P: I haven't thought about myself in a long time, I have the right to be happy, I feel angry, 'Mati' is a jerk! Why does he treat me badly? Why do I let him? If he loved me, he wouldn't hurt me, he wouldn't sleep around with other women. I want to do what I want, I'm very angry.

The patient mentioned that she could visualise how limiting beliefs and guilt were being "released" from her body. She remembered phrases she heard when she was young and how these words were now a burden to her. At the end of the session, she said she felt "pissed off and fed up".

Task: listen to the hypnotic script of the 'Set for ego reinforcement' before going to sleep. (Barnett E, 1990)

Session 4

Progress Scale

1. On a scale of 1 to 10, how anxious did you feel this week? 5
2. On a scale of 1 to 10, how powerful and strong did you feel this week? 6

T: Tell me, how did you feel this week?

P: "Mati" forgave me, but in private, he told me to turn off the light because my belly was "ruining" his mood. I agreed because if I complained, he would leave me for someone else. I don't want him to leave and feel like I'm dying without him.

Techniques used: "Indirect strengthening of self-esteem" (Téllez, 2020). Cushion exercise (Frías, 2021)

T: What did this exercise show you?

P: I could see that I don't think about myself. This week I felt so overwhelmed, angry because my partner is still the same, telling me that I'm old and cellulite-ridden. I've been ashamed of myself, of my body. I have to do something for myself. What he says is true, but it's up to me to be better. He has no right to make me feel bad about my body or my age. I feel angry for fearing myself in this situation. I want to hit him, but if he leaves, what will I do without him?

An intervention was carried out with the cushion exercise (Frías, 2021).

She was asked to rate her anger on a scale of 1 to 10, and she replied, "10, look, I'm shaking."

She was told that we would do an exercise to release her anger, to which she agreed.

Cushion exercise (Frías, 2021)

"Very well, Mari, please take a cushion, put it on your face, squeeze it with all your strength, and when I count to three, shout as loud as you can and squeeze it as hard as possible. One, two, three... shout!... One, two, three... shout!... Louder, Mari, you don't deserve those words that hurt so much, let out your pain, your anger... one more time... One, two, three... shout!... Don't hold anything back, let it out, Mari!... One, two, three... shout!... Louder, Mari, shout!... One, two, three... shout! ... louder Mari, you don't deserve all this pain, let it out... one more time... One, two, three... shout! ... that's it... very good."

At the end of the exercise, she was asked, how do you feel? "It had been a long time since I cried or screamed like that, I was burning up and screaming calmed me down."

Task: listen to the hypnotic script "Indirectly strengthening self-esteem" (Téllez, 2020) before going to sleep. Do the "cushion exercise" (Frías, 2021) whenever your emotions feel uncontrollable.

Observations: At the end of the session, she managed to release her emotions and feel calmer.

Session 5

Progress Scale

1. On a scale of 1 to 10, how anxious did you feel this week? 6
2. On a scale of 1 to 10, how powerful and strong did you feel this week? 5

T: Tell me, how did you feel these past few days?

M: It was strange. Mati was staying with me, but on the one hand I want him in my

house, but on the other hand I feel very angry when I see him sleeping in my bed, when he hit me, when he kicked me out onto the street, when he leaves and sleeps around with other women. It disgusted me. I have always been very weak and stupid.

Techniques used: "Learning to feed oneself" (Hammond, 1990)

T: What did this exercise show you?

P: I could see that I have done great things, that everything I set out to do I have achieved, it's as if a blindfold had been removed from my eyes. This week I felt so excited to exercise, eat well, I put on shorts and despite Mati's comments, I went out dressed the way I wanted to, even though I felt embarrassed, I did it, but with this I can see that I'm not stupid, I'm an intelligent woman.

At the end of the session, she was excited to go shopping on her own and enjoy some time to herself.

Task: listen to the hypnotic script "Learning to Feed Yourself" (Hammond, 1990) before going to sleep. She will also dedicate a day to herself, to pamper herself.

Session 6

Progress Scale

1. On a scale of 1 to 10, how anxious did you feel this week? 5
2. On a scale of 1 to 10, how powerful and strong did you feel this week? 7

T: Tell me, how did your homework go? What happened these past few days?

P: Mati got angry when he found out I went shopping. He left for two days and didn't speak to me, but this time I went out with my friends. I felt angry, it's my money and if I want to buy something or

go to the spa, it's my decision, I hadn't done it in a long time, when he came back he told me that the clothes I wear look bad on me, that's why he got angry, he doesn't want me to look ridiculous.

Techniques used: "The personal boundary" (Téllez, 2018). Exercise of hugging and saying affectionate words to her doll before going to sleep. (Gómez, 2016)

T: What did your mind show you with this exercise?

P: I just realised that I always believed that if I stayed quiet or allowed myself to be hurt, it made me a good person. If I am hurt and I allow it, it is my responsibility to set limits and not expect my partner or others to value me. It hurt me to see that I have been angry with myself and found it difficult to forgive myself. If I don't love myself, who will?

Task: listen to the hypnotic script "The Personal Boundary" (Téllez, 2018) before going to sleep. Do the exercise of hugging and saying affectionate words to your doll before going to sleep (Gómez, 2016).

Exercise by Alejandra Gómez: "Hug your doll and say affectionate words to her before going to sleep"

At the beginning of the therapeutic process, the patient is asked to bring a doll or something that reminds her of her childhood to the next session. Every night before going to sleep, or if she has an emotion that is difficult to control, she should hug her doll (which represents her inner child) and give it protection, love, tender words and encouragement. The aim of this is to create a more loving and compassionate relationship and internal narrative with herself.

At the end of the session, she was surprised at how her religious and family beliefs had led her to think that the more pain she endured, the better person she would be, and that this would one day make her partner value her. She was also able to recognise that going out 'partying' with her friends, going to the spa, and buying clothes were acts of courage and self-love.

Session 7

Progress Scale

1. On a scale of 1 to 10, how anxious did you feel this week? 5
2. On a scale of 1 to 10, how powerful and strong did you feel this week? 7

T: Tell me, what happened this week? How are you?

M: I felt great. I took my children to the cinema and shopping, and I went to Monclova to visit my parents. Being with my family made me feel protected. I told 'Mati' that I wouldn't be seeing him because I was going away with my children, and although he was upset, I went anyway. My dad said something that surprised me: 'You're not alone, daughter, you have your family here.' He doesn't know anything about what I go through with 'Mati', but his words gave me a lot of security.

Techniques used: "The Mountain: The Expansion of Consciousness" (Paul Sacerdote, modified by Arnaldo Téllez, 2002)

T: What did your mind show you with this exercise?

P: I could feel the sea, the wind. I can't believe what my mind is capable of. I felt so much peace and pride seeing everything from the top. I saw myself

alone doing something I never imagined I could achieve. It's as if I don't need Mati.

At the end of the session, she was surprised by the power of her mind, by enjoying being with herself, as well as seeing problems from a different point of view.

Task: listen before going to sleep to the hypnotic script of "The Mountain: The Expansion of Consciousness" (Paul Sacerdote, modified by Téllez, 2002). She will also spend 15 minutes a day doing her breathing exercises.

Session 8

Progress Scale

1. On a scale of 1 to 10, how anxious did you feel this week? 4
2. On a scale of 1 to 10, how powerful and strong did you feel this week? 8

T: Tell me, how are you?

P: I told "Mati" that I was going on a trip to Alaska and that I wanted to be alone. He took his things, but yesterday I called him and told him I wanted to see him. I don't want him in my life anymore, but I feel like I can't. I think it's because of "the job" I asked him to do.

Techniques used: "The corridor of possibilities and forgiveness" (Téllez, 2018)

T: What did your mind show you?

P: I realise that I have focused so much on my partner that I forget everything else that is also important to me, like my children, my home. Once again, I see myself as someone who judges others, and it hurt to see myself there and ask for forgiveness. Why can't I let go of my partner? Why do I cling to him if I know I don't want to be with him? Why do I feel

so angry when I'm with him? I realise that I feel rejection towards him as a man, and that has never happened to me before. I want him out of my life, but I also want him in my life. What should I do? My mind tells me that it is time to let go and move on, but... I paid a witch doctor so that he would not leave my life and I would never leave him. I have to resolve that. That is what my mind is telling me.

At the end of the session, the patient mentioned that she feels guilty for having gone to a "witch doctor" indicating that this makes her feel powerless to make the decision to leave him for good. When asked what she will do about it, she indicated that she will close that door now.

Task: listen to the hypnotic script of "The Corridor of Possibilities and Forgiveness" (Téllez, 2018) before going to sleep. She will also set aside time each day to analyse, write and make the changes she considers necessary in her life to feel proud of herself. No matter how small she thinks they are.

Session 9

Progress Scale

1. Mari, on a scale of 1 to 10, where 1 is nothing and 10 is absolutely, on a scale of 1 to 10, how anxious did you feel this week? 2
2. Mari, on a scale of 1 to 10, where 1 is nothing and 10 is absolutely, on a scale of 1 to 10, how powerful and strong did you feel this week? 10

T: Tell me, what happened this week? How did you feel?

P: I didn't look for "Mati," but it wasn't because I was "putting up with it". I really focused on my own things, and now that I think about it, I didn't go to the casino either. I felt calm. Mr. Juan "the sorcerer"

came and we performed the "unbinding" ritual, and he told me that nothing ties me to "Mati" anymore. He freed me.

Techniques used: 'Taking out the rubbish' (Ana Luco, modif. Arnoldo Téllez, 2018)

T: How are you? How do you feel?

P: How much pain and old things I had stored away! Now I understand when they say it's never too late to start over. I saw myself, I saw my children, my family, everything that is valuable to me. Today I know that "Mati" no longer has a place in my life. I left him two days after I came, but this exercise confirms that it was the right decision. I feel very happy and powerful. I left him because I went to the witch doctor. He charged me a fortune, and I even had to have intimate relations with him to break the 'spell' I had cast on him. I felt liberated, and now I know that there is nothing tying me to him.

She indicated that this (hypnotic) exercise, together with the "unbinding", motivated her to definitively close that vicious circle with her partner. She commented that it is time to feel the "fresh breeze" of a new stage in her life and discard everything she no longer wants in her life. "I was able to remove him from my life. Now I can be free and happy."

Task: listen to the hypnotic script "Taking out the rubbish" (Ana Luco, modif. Arnoldo Téllez, 2018) before going to sleep. The patient also proposed that she would clean and redecorate her room and then her house.

Results

A significant decrease in the level of perceived anxiety was observed, as in session 1 the patient described a score of 7

out of a possible maximum of 10, which was reduced to 2 in session 9. A significant increase in the level of perceived strength and empowerment was also observed, as in session 1 the patient described a score of 4 out of a possible maximum of 10, which increased to 10 in session 9. In both cases, the minimum possible score was 1.

Conclusion

This case demonstrated the effectiveness of combining hypnosis with anxiety caused by psychological violence. Hypnosis can be used effectively to address defensive processes in patients, restructuring, relaxing, and raising their self-esteem. The follow-up of the objective in nine sessions documents a broad, sustained, and clinically significant change: a marked decrease in anxiety and a robust increase in strength/empowerment, with final acceleration and no overlap between phases. The temporal sequence suggests that the perceived strengthening of personal resources is a plausible mechanism for the decrease in anxiety. Even with the limitations inherent in a single case and single items, it supports the clinical validity of the progress and justifies discharge with a structured maintenance plan. Likewise, the use of hypnotic scripts worked on in each session, instructing the patient to listen to them before going to sleep, created a reinforced and more efficient effect in the therapeutic process.

Narrative therapy shows a change and restructuring in beliefs and thought patterns. The case shows that hypnosis and narrative therapy integrated into the context of brief therapy work adequately. One can perceive how her narrative changes, moving from fear of

abandonment to empowerment and decision-making. Initially, working with hypnosis, the event that triggered the anxiety derived from the psychological violence experienced was restructured. To strengthen the patient's self-esteem, hypnosis was used, which helped to reduce anxiety while narrative therapy was used.

Referencias

World Health Organization. (2021). Violence against women prevalence estimates, 2018: Global, regional and national prevalence estimates for intimate partner violence against women and global and regional prevalence estimates for non-partner sexual violence against women. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240022256>

Herman, J. L. (1992). Trauma and recovery. Basic Books.

Contreras, J. (2025). Diplomado de Tratamiento en caso de violencia de pareja.

Craciun, B., Holdevici, I., & Craciun, A. (2012). P-1136 – The efficiency of Ericksonian hypnosis in diminishing stress and procrastination in patients with generalized anxiety disorder [Eficacia de la hipnosis ericksoniana para disminuir el estrés y la procrastinación en pacientes con trastorno de ansiedad generalizada]. *European Psychiatry*, 27(Suppl. 1), 1. [https://doi.org/10.1016/S0924-9338\(12\)75303-8](https://doi.org/10.1016/S0924-9338(12)75303-8).

Rendón Salas, L., & Pacheco Zapata, R. (2019). Terapia narrativa aplicada a un caso de ansiedad generalizada en un adolescente de 14 años. *Ajayu: Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología*, 17(2), 236–268.

https://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-21612019000200002

American Psychiatric Association (2025) <https://www.psychiatry.org/patients-families/la-salud-mental/ansiedad#:~:text=La%20ansiedad%20es%20una%20reacci%C3%B3n,a%20prepararnos%20y%20prestar%20atenci%C3%B3n>

GBD Results Tool. En: Global Health Data Exchange [sitio web]. Seattle: Institute for Health Metrics and Evaluation; 2019 <https://vizhub.healthdata.org/gbd-results?params=gbd-api-2019-permalink/716f37e05d94046d6a06c1194a8eb0c9> , consultado el 5 de septiembre de 2023) <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/anxiety-disorders>

OMS (2025) <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/anxiety-disorders>

De Shazer, S., Dolan, Y., Korman, H., Trepper, T. S., McCollum, E. E., & Berg, I. K. (2007). More than miracles: The state of the art of solution-focused brief therapy [Más que milagros: el estado del arte de la terapia breve centrada en soluciones]. Haworth Press.

Zamora A., (2022). Choque de manos. Congreso Internacional de Terapia Breve e Hipnosis.

Garza, Marco T., Fac. Psicología 2002, adaptado y modificado por Frías B, 2021. Escáner emocional.

Téllez, A. (2020). Metáfora del árbol. En *Hipnosis clínica ericksoniana* (pp. 170–172). Editorial Imprenta Universitaria de la UANL.

Téllez, J. Orozco, & C. Viro, Set de Sí, de reforzamiento del ego” (Barnett E, 1990). Hipnosis clínica y terapia breve en la depresión (pp. 121–123). Editorial Imprenta Universitaria de la UANL.

Frías B, (2021). Ejercicio del cojín.

Téllez, A. (2020). Fortalecimiento de la autoestima en forma indirecta. En Hipnosis clínica ericksoniana (pp. 169–170). Editorial Imprenta Universitaria de la UANL.

Téllez, A. (2020). Aprendiendo a alimentarse por uno mismo” (Cory Hammond, 1990). En Hipnosis clínica ericksoniana (pp. 169–170). Editorial Imprenta Universitaria de la UANL.

Gómez, A. CODE (2016). Ejercicio de abrazar y decirle palabras afectivas a su muñeca antes de dormir.

Téllez, A, J. Orozco, & C. Viro, (2018). El límite personal. En Hipnosis clínica y terapia breve en la depresión (pp. 121–123). Editorial Imprenta Universitaria de la UANL.

Téllez, A, J. Orozco, & C. Viro, (2018). La montaña: La expansión de la consciencia (Paul Sacerdote, modif. por Arnoldo Téllez, 2002). En Hipnosis clínica y terapia breve en la depresión (pp. 146–149). Editorial Imprenta Universitaria de la UANL.

Téllez, A, J. Orozco, & C. Viro, (2018). El pasillo de las posibilidades y el perdón. Hipnosis clínica y terapia breve en la depresión (pp. 113–116). Editorial Imprenta Universitaria de la UANL.

Téllez, A, J. Orozco, & C. Viro, (2018). Sacando la basura” (Ana Luco, modif. Arnoldo Téllez, 2018). Hipnosis clínica y terapia breve en la depresión (pp. 116–121). Editorial Imprenta Universitaria de la UANL.

Brenda Frías

Psychologist. Master in Integrative Psychology.



De la sedación total a la regulación consciente: hipnosis médica e hipnosis de la realidad virtual en el contexto perioperatorio

Juana María Peláez Pérez

Introducción

El manejo del dolor y la ansiedad en el contexto perioperatorio ha sido tradicionalmente abordado mediante intervenciones farmacológicas destinadas a suprimir la percepción consciente. Sin embargo, la evidencia actual señala que la experiencia del dolor no depende únicamente de la transmisión nociceptiva, sino también de factores cognitivos, emocionales y contextuales. En este marco, la hipnosis clínica y la realidad virtual inmersiva emergen como estrategias que permiten acompañar y modular la experiencia interna del paciente, en lugar de simplemente abolirla.

Bases neurofisiológicas de la hipnosis clínica, la realidad virtual y la hipnosis asistida por realidad virtual en cuidados médicos

La experiencia del dolor y de la ansiedad en el contexto médico no depende únicamente de la intensidad del estímulo nociceptivo, sino de cómo el sistema nervioso central interpreta, filtra y atribuye significado a dicha información. El dolor es una experiencia multidimensional, en la que intervienen simultáneamente la percepción sensorial, la carga emocional asociada y la valoración cognitiva que el paciente realiza del evento. Procedimientos

quirúrgicos o intervenciones médicas pueden, por tanto, resultar más o menos dolorosos o angustiantes según la manera en que el cerebro procesa la experiencia. Este marco explica por qué es posible intervenir clínicamente sobre el dolor sin necesidad de suprimir la consciencia, trabajando sobre los mecanismos neurofisiológicos de atención, expectativa y regulación emocional.

Hipnosis médica

La hipnosis médica induce un estado de atención concentrada y permeabilidad aumentada a la sugestión terapéutica, en el que la persona mantiene la orientación y la capacidad de interacción, pero reorganiza su foco atencional hacia una experiencia interna específica (1,2). Durante este estado, se ha observado mediante estudios de neuroimagen funcional una disminución de la actividad en la corteza cingulada anterior, estructura responsable de atribuir carga emocional a los estímulos dolorosos; una modulación de la ínsula anterior, encargada de la percepción interna del cuerpo; y un aumento de la actividad reguladora en la corteza prefrontal dorsolateral, que participa en la reinterpretación cognitiva de la experiencia.

En la figura 1 se muestran las rutas funcionales de la hipnosis.

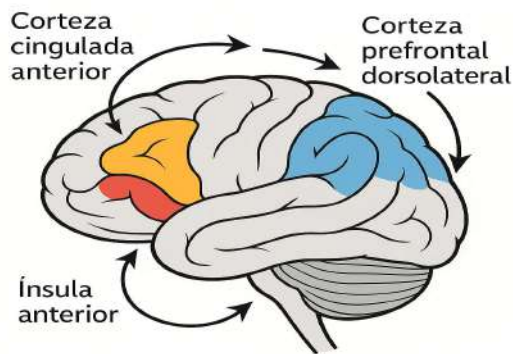


Figura 1. Modulación neurofuncional de la hipnosis clínica

Las flechas representan cómo, durante el proceso de hipnosis, la atención se desplaza desde la sensación (Ínsula anterior) → emoción (Corteza cingulada anterior) → reinterpretación cognitiva (Corteza prefrontal).

La hipnosis médica no elimina el estímulo nociceptivo: lo redefine. Lo que cambia es la manera en que el cerebro “interpreta” el dolor. Allí donde habitualmente se atribuiría amenaza, tensión o sufrimiento, la hipnosis introduce neutralidad, distancia o seguridad. Esta capacidad no depende únicamente de la técnica, sino de la presencia clínica y la capacidad reguladora del profesional que acompaña el proceso. Por ello, su aplicación en medicina exige formación avanzada y acreditada, especialmente en contextos donde el paciente se encuentra vulnerable (3).

Realidad virtual inmersiva

La realidad virtual (RV) actúa mediante un mecanismo diferente, basado en la inmersión sensorial. Al sumergir al paciente en un entorno visual y auditivo alternativo, la atención se desplaza de la fuente dolorosa hacia el escenario virtual. Este fenómeno reduce la actividad de la

red de saliencia, que es el sistema cerebral encargado de detectar y priorizar estímulos potencialmente amenazantes. A su vez, se modula la respuesta autonómica relacionada con el estrés y la anticipación ansiosa, disminuyendo la percepción emocional del dolor (4, 5).

A diferencia de la hipnosis, donde la capacidad de imaginación interna del paciente puede influir en la profundidad de la experiencia, la RV proporciona la imaginación impuesta, reduciendo la demanda cognitiva y facilitando la entrada a un estado de absorción (6).

Hipnosis asistida por realidad virtual (HRV)

Cuando se integran ambas estrategias –la capacidad de reorganizar el significado del dolor propia de la hipnosis y la disociación sensorial generada por la RV– se obtiene un efecto sinérgico. La RV facilita y estabiliza el trance hipnótico al reducir la interferencia externa y las distracciones internas, mientras que la hipnosis aporta dirección terapéutica, regulación emocional y acompañamiento humano.

El resultado es un estado en el que el paciente:

- Siente menos amenaza, porque la amígdala y la corteza cingulada anterior reducen la señal de alarma.
- Percibe menos dolor, porque la ínsula modula la intensidad subjetiva.
- Participa activamente en su propia regulación, gracias al papel modulador de la corteza prefrontal.

En términos clínicos, la HRV permite que el paciente permanezca consciente y cooperador, manteniendo funciones respiratorias y protectoras, mientras

experimenta el procedimiento como más seguro, menos doloroso y emocionalmente más tolerable (7).

La hipnosis clínica trabaja sobre el significado interno del dolor; la realidad virtual actúa sobre la presencia perceptiva del dolor; y la hipnosis asistida por RV interviene en ambos niveles simultáneamente, logrando una regulación profunda y estable de la experiencia sin necesidad de aumentar la sedación.

En contextos médicos y quirúrgicos, esta integración representa una alternativa humanizada y neurocientíficamente fundamentada que amplía el modelo anestésico tradicional hacia uno basado no solo en la supresión farmacológica, sino en la regulación consciente acompañada (8, 9).

En la siguiente tabla (Tabla1) se muestra aspectos diferenciadores entre la hipnosis médica, Realidad virtual e hipnosis de la realidad virtual.

Aspecto	Hipnosis Médica	Realidad Virtual (RV)	Hipnosis + RV (HRV)
Mecanismo principal	Modulación cognitivo-emocional mediante sugestión.	Distracción sensorial e inmersión visual.	Sinergia: sugestión + inmersión sensorial.
Generación de imágenes	Interna (acompañamiento de la imaginación guiada).	Externa (entorno visual impuesto).	Externa reforzada por guía verbal.
Dependencia imaginativa	Alta.	Baja.	Muy baja (RV facilita el trance).
Rol del profesional	Central y activo.	Supervisión y apoyo emocional básico.	Central (guía terapéutica + RV).
Efecto sobre la ansiedad	Alto con Buena alianza.	Moderado.	Muy alto (reduce ansiedad anticipatoria).
Efecto sobre el dolor	Reducción significativa.	Reducción moderada.	Máxima eficacia combinada.
Tiempo de inducción	Variable.	Rápido.	Rápido (RV acorta inducción).
Pacientes ideales	Motivados y con buena imaginación.	Ansiosos o con baja capacidad imaginativa.	Procedimientos con paciente consciente.
Limitaciones	Requiere formación avanzada.	Posible mareo o desorientación.	Requiere equipo y supervisión clínica.

Tabla 1. Aspectos diferenciales entre HM; RV e HRV

Criterios de cribado de pacientes

La selección de pacientes entre hipnosis médica (HM) y la modalidad combinada

hipnosis–realidad virtual (HRV) requiere un cribado clínico estructurado que permita adaptar la intervención al perfil neuroemocional del paciente. La hipnosis

médica tradicional requiere cierta capacidad de imaginación interna y regulación atencional, ya que el paciente accede a la experiencia a partir de la construcción subjetiva de imágenes, sensaciones y significados (10, 11). Por ello, es especialmente útil en pacientes con buena capacidad introspectiva, motivación para participar en el proceso y ansiedad preoperatoria moderada (12).

Sin embargo, algunos pacientes presentan dificultad para sostener la atención, alta activación ansiosa o una tendencia a la rumiación, lo que dificulta el acceso a la experiencia hipnótica clásica. En estos casos, la realidad virtual inmersiva reduce la carga cognitiva necesaria para entrar en el trance y actúa directamente sobre los sistemas de orientación sensorial y regulación autonómica, lo que facilita la estabilización emocional desde el exterior hacia el interior.

La HRV se convierte así en una herramienta especialmente útil cuando el paciente requiere contención emocional inmediata, cuando la ansiedad es elevada o cuando existe dificultad para abstraerse del contexto hospitalario (14, 15). No obstante, la HRV no sustituye la dirección clínica del terapeuta. La calidad de la presencia del profesional sigue siendo central: es quien acompaña, nombra, contiene y regula la experiencia.

Finalmente, tanto HM como HRV deben descartarse en situaciones donde exista psicosis activa, desorganización del juicio de realidad o disociación severa, mientras que la HRV presenta además las contraindicaciones específicas de dispositivos inmersivos, como la epilepsia fotosensible o la cinetosis intensa.

Hipnosis médica versus hipnosis de la realidad virtual inmersiva

La hipnosis clínica tradicional se basa en la palabra, en la voz del terapeuta y en la capacidad del paciente para concentrarse y dirigir su imaginación hacia un estado de calma y receptividad. Durante este proceso, la persona aprende a enfocar su atención, a disminuir las distracciones externas y a crear imágenes internas que le permitan modificar su percepción del dolor, la ansiedad o el estrés. Sin embargo, no todas las personas pueden imaginar con facilidad, y en algunos casos resulta difícil mantener la concentración suficiente para alcanzar un estado hipnótico profundo, este sería el caso de las personas que sufren de afantasia. La afantasia no es una contraindicación para la hipnosis, pero modifica la vía de acceso (16, 17, 18). Cuando la imaginación interna está limitada, la hipnosis asistida por realidad virtual permite sustituir la visualización voluntaria por inmersión sensorial guiada, facilitando un trance más estable y confortable.

La hipnosis mediante realidad virtual inmersiva surge como una herramienta que complementa y potencia estos efectos. En lugar de pedirle al paciente que “imagine” un paisaje, este puede literalmente sumergirse en él a través de un entorno virtual envolvente. La realidad virtual ofrece estímulos visuales y auditivos que facilitan la relajación y capturan la atención de manera natural, reduciendo la necesidad de esfuerzo imaginativo. Esto permite que la mente entre con mayor fluidez en un estado de calma, concentración y receptividad sugerente, similar al que se busca en la hipnosis clínica.

Así, la diferencia no radica en el objetivo, sino en el camino: mientras la hipnosis médica tradicional invita a construir una experiencia desde dentro, la hipnosis asistida por realidad virtual ofrece el escenario ya creado, guiando suavemente la mente hacia la misma meta: transformar la manera en que el paciente vive y procesa su experiencia interna. En el contexto médico, esto se traduce en una herramienta valiosa para aliviar el dolor, reducir la ansiedad y brindar mayor bienestar, manteniendo siempre la participación del paciente en su propio proceso terapéutico

En el contexto médico-quirúrgico, la experiencia del paciente no se limita al control farmacológico del dolor, sino a la percepción de seguridad, acompañamiento y control subjetivo. La integración de la hipnosis clínica y la realidad virtual no pretende reemplazar ninguna técnica, sino ampliar el espacio terapéutico disponible (figura 2). La hipnosis aporta el vínculo, la palabra y la presencia; la realidad virtual, el entorno sensorial que facilita el acceso a un estado interno de calma. En conjunto, la HRV favorece una experiencia quirúrgica más humana, menos ansiosa y más participativa.



Figura 2. Hipnosis asistida por realidad virtual inmersiva como herramienta de modulación emocional en cirugía con paciente consciente.

En última instancia, la tecnología puede sostener una ventana hacia la tranquilidad, pero es la presencia del profesional quien permite que el paciente pueda habitarla sin miedo. El objetivo no es solo disminuir el dolor, sino transformar la vivencia del procedimiento en una experiencia de cuidado seguro, consciente y acompañado.

Evidencia clínica. Estudios clínicos y preclínicos

La literatura disponible muestra que la hipnosis clínica puede reducir significativamente la ansiedad preoperatoria y la percepción subjetiva del dolor, así como disminuir los requerimientos de sedación. La RV ha demostrado utilidad en el control del dolor procedimental y en la reducción del estrés anticipatorio. La integración HRV potencia ambos efectos, especialmente en pacientes con dificultades para generar imaginación interna.

La hipnosis asistida por realidad virtual presenta beneficios potenciales en el manejo del dolor y la ansiedad en contextos médicos, con efectos fisiológicos y psicológicos medibles. Sin embargo, los resultados no son uniformes entre poblaciones y procedimientos, por lo que se requiere mayor estandarización y estudios clínicos más robustos (19).

La siguiente tabla (Tabla 2) resume estudios clínicos y preclínicos relevantes sobre el uso de hipnosis y la hipnosis asistida por realidad virtual (HRV) en el manejo del dolor y la ansiedad en entornos médicos.

Referencia	Tipo de Estudio	Resultados	Comentario
Rousseaux et al. (2019)	Revisión (8 estudios hipnosis + RV)	Disminuciones variables en dolor y ansiedad; evidencia heterogénea.	Prometedor, pero aún no concluyente.
Faymonville et al. (2021)	Ensayo clínico aleatorizado en cirugía cardíaca	No se observaron diferencias significativas entre hipnosis, RV o HRV.	Sugiere necesidad de optimizar protocolos.
O'Sullivan et al. (2023)	Ensayo clínico pediátrico	HRV fue no inferior a hipnosis tradicional en dolor por agujas.	Muestra potencial especialmente en población infantil.
Bicego et al. (2023)	Preclínico con dolor inducido + EEG	HRV redujo dolor y modificó procesamiento neural.	Importante para comprender mecanismos neurofisiológicos.
Steinkraus et al. (2024)	Ensayo perioperatorio en implantación de puerto	No diferencias significativas, pero tendencia a menor requerimiento analgésico.	Resultados modestos, pero clínicamente interesantes.

Tabla 2. Estudios clínicos y preclínicos; hipnosis e hipnosis de la realidad virtual

La hipnosis asistida por realidad virtual presenta beneficios potenciales en el manejo del dolor y la ansiedad en contextos médicos, con efectos fisiológicos y psicológicos medibles. Sin embargo, los resultados no son uniformes entre poblaciones y procedimientos, por lo que se requiere mayor estandarización y estudios clínicos más robustos, indicando la necesidad de más ensayos clínicos controlados.

Limitaciones de la Hipnosis Médica Tradicional frente a la Hipnosis Asistida por Realidad Virtual (HRV)

La hipnosis médica (HM) tradicional ha sido empleada durante décadas como una

técnica complementaria en el manejo del dolor, la ansiedad y el estrés en diversos entornos clínicos. Sin embargo, su implementación presenta limitaciones que han motivado la búsqueda de enfoques alternativos o complementarios, como la hipnosis asistida por realidad virtual (HRV).

En primer lugar, la eficacia de la hipnosis tradicional depende en gran medida del nivel de sugestionabilidad y capacidad de imaginación del paciente. Individuos con baja disposición a la inmersión cognitiva pueden experimentar dificultades para alcanzar un estado hipnótico profundo. En contraste, la realidad virtual proporciona un entorno inmersivo multisensorial que

facilita la disociación y reduce la interferencia de estímulos externos, lo que permite que incluso pacientes con menor capacidad imaginativa puedan beneficiarse de una experiencia hipnótica más accesible (21).

Además, la hipnosis convencional presenta una elevada variabilidad asociada al terapeuta. El tono de voz, el lenguaje empleado, la experiencia clínica y la capacidad de adaptar la sesión en tiempo real influyen directamente en los resultados. La HRV permite estandarizar intervenciones mediante entornos controlados y guiones reproducibles, lo que reduce la variabilidad interprofesional y favorece la replicabilidad en diferentes contextos clínicos (22).

Otro aspecto relevante es la capacidad de atención del paciente. En entornos hospitalarios, el ruido ambiental, el movimiento y la ansiedad preexistente pueden dificultar la concentración requerida para la hipnosis tradicional. La HRV, al bloquear estímulos externos y ofrecer una experiencia visual inmersiva, favorece la concentración y la continuidad del estado hipnótico.

No obstante, la HRV también presenta limitaciones propias. La personalización en tiempo real de la intervención aún es más restringida que en la hipnosis guiada por un terapeuta. Asimismo, el uso de dispositivos de realidad virtual puede generar malestar en personas susceptibles al mareo cibernético y supone costes adicionales de implementación y mantenimiento. Además, la profundidad del trance puede no ser equivalente cuando la intervención requiere ajustes espontáneos basados en señales fisiológicas o emocionales (20).

En lo que respecta a la atención, mientras que la hipnosis médica tradicional requiere la activación voluntaria de la atención y la imaginación interna del paciente (atención endógena), la hipnosis asistida por realidad virtual sostiene la atención mediante estímulos inmersivos externos (atención exógena). Esta diferencia reduce la carga cognitiva del paciente y mejora la capacidad para mantener el estado hipnótico, especialmente en condiciones clínicas con alta ansiedad o distracción ambiental (23).

En conclusión, la hipnosis asistida por realidad virtual no reemplaza a la hipnosis médica tradicional, sino que actúa como un recurso complementario que amplifica la inmersión, estandariza la experiencia y mejora la accesibilidad, especialmente en procedimientos médicos cortos, manejo del dolor agudo y población pediátrica. La elección entre HM y HRV debe basarse en las características del paciente, los recursos disponibles y los objetivos terapéuticos específicos.

Discusión

La HRV constituye una ampliación del paradigma anestésico hacia modelos de regulación consciente. No sustituye la anestesia farmacológica, sino que la complementa. Su eficacia depende de la presencia clínica del profesional, la alianza terapéutica y la selección adecuada del paciente. La tecnología no reemplaza la capacidad humana de ayuda emocional, ajuste verbal y acompañamiento.

Es imprescindible que la hipnosis sea realizada por profesionales con formación avanzada acreditada en hipnosis clínica aplicada a la salud, dado que la intervención implica la modulación directa de estados de consciencia.

La realidad virtual hipnótica puede sustituir parcialmente la intervención directa del hipnoterapeuta en procedimientos médicos breves orientados al control del dolor y la ansiedad, gracias a su capacidad para inducir estados de relajación y focalización atencional mediante inmersión sensorial. Sin embargo, no reemplaza el papel clínico del hipnoterapeuta en procesos que requieren evaluación continua, ajuste terapéutico individualizado y abordaje emocional profundo.

Conclusiones

La hipnosis clínica y la realidad virtual inmersiva permiten modular la experiencia emocional del procedimiento quirúrgico, reduciendo ansiedad, dolor y necesidad de sedación. Su integración requiere formación especializada y selección cuidadosa del paciente, y representa una evolución hacia una anestesia más humana y participativa.

Conflicto de intereses

La autora declara no presentar conflictos de intereses.

Imagen figura 2 ha sido cedida por modelo GPT-5/DALL·E, con exclusividad para uso propio en esta publicación, libre de derechos y sin identificación de personas reales.

Referencias

1. Elkins, G. R., Barabasz, A. F., Council, J. R., & Spiegel, D. (2015). Advancing research and practice: The revised APA Division 30 definition of hypnosis. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 57(4), 378–385.
2. Jensen, M. P., & Patterson, D. R. (2014). Hypnotic approaches for chronic pain management. *American Psychologist*, 69(2), 167–177.
3. Hoffman, H. G., Doctor, J. N., & Patterson, D. R. (2000). Virtual reality as an adjunctive pain control during burn wound care. *The Clinical Journal of Pain*, 16(3), 244–250.
4. Thompson, T., Terhune, D. B., Oram, C., Sharangparni, J., Rouf, R., & Soldevilla, A., et al. (2017). The effectiveness of hypnosis for pain management: A meta-analytic review. *Pain*, 158(9), 1530–1541.
5. Jensen, M. P., & Patterson, D. R. (2014). Hypnotic approaches for chronic pain management. *American Psychologist*, 69(2), 167–177.
6. Milling, L. S., Shores, J. S., Coursen, E. J., Menaker, L., & Farris, C. D. (2021). Hypnosis and pain: New meta-analyses. *Clinical Psychology Review*, 91, 102113.
7. Faymonville, M. E., et al. (2021). Hypnosis and conscious analgesia in cardiac surgery under regional anesthesia. *European Journal of Cardio-Thoracic Surgery*.
8. Hoffman, H. G., Patterson, D. R., & Carrougner, G. J. (2019). Use of virtual reality for adjunctive treatment of adult burn patients during physical therapy. *Clinical Journal of Pain*, 35(6), 509–515.
9. Malloy, K. M., & Milling, L. S. (2021). The effectiveness of virtual reality distraction for pain reduction: A meta-analysis. *Psychology of Consciousness: Theory, Research, and Practice*, 8(2), 275–295.
10. Garrett, B., Taverner, T., & McDade, P. (2022). Immersive virtual reality for

reducing preoperative anxiety: A systematic review. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 37(1), 26–38.

11. Rousseaux, F., et al. (2019). Combining clinical hypnosis and immersive virtual reality: A systematic review. *Frontiers in Psychology*, 10, Article 1–12.

12. Bicego, A., et al. (2023). Virtual reality hypnosis modulates pain-related neural networks: An EEG study. *Frontiers in Pain Research*, 4, 1189253.

13. Steinkraus, M., et al. (2024). Virtual reality hypnosis during minor surgical procedures: A perioperative randomized clinical trial. *Regional Anesthesia & Pain Medicine*.

14. Gobert, F., et al. (2020). Hypnosis to reduce anxiety and improve cooperation during cataract surgery under topical anesthesia. *Journal of Cataract & Refractive Surgery*, 46(2), 241–247.

15. Peláez-Pérez, J. M. (2025). Hipnoanalgesia en cirugía de catarata en el paciente anciano. En I. Pérez Hidalgo (Ed.), *Hipnosis: casos clínicos* (Cap. 13, pp. 295 –310). Madrid: Aula Magna Proyecto Clave / McGraw Hill.

16. Eijlers, R., Utens, E. M., Staals, L. M., de Nijs, P. F., Berghmans, J. M., Wijnen, R. M., Hillegers, M., & Dierckx, B. (2019). Systematic review and meta-analysis of virtual reality in pediatrics: Effects on pain and anxiety. *Journal of Pediatric Psychology*, 44(9), 1106–1123. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsz084>

17. Ryu, J. H., Park, S. J., Park, J. W., Kim, J. W., Yoo, H. J., Kim, T. W., & Kwon, T. K. (2017). Randomized clinical trial of immersive virtual reality tour of

the operating theater in reducing preoperative anxiety in children. *BMC Anesthesiology*, 17(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s12871-017-0383-6>

18. Tashjian, V. C., Mosadeghi, S., Howard, A. R., Lopez, M., Dupuy, T., Reid, M., Martinez, B., Ahmed, S., Dailey, F., & Spiegel, B. (2017). Virtual reality for management of pain in hospitalized patients: A randomized comparative effectiveness trial. *Journal of Medical Internet Research*, 19(6), e259. <https://doi.org/10.2196/jmir.7387>

19. Chan, E., Hovenden, M., Ramage, E., Ling, N., Pham, J. H., Rahim, A., ... & Foster, J. (2019). Virtual reality for pediatric needle procedures: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Pediatrics*, 173(11), 1–9. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2019.2383>

20. Mosso-Vázquez, J. L., Gao, K., Wiederhold, B. K., & Wiederhold, M. D. (2014). Virtual reality for pain management in dental implant surgery: A randomized controlled trial. *Pain Research & Management*, 19(3), e115–e120.

21. Pourmand, A., Davis, S., Marchak, A., Whiteside, T., & Sikka, N. (2018). Virtual reality as a clinical tool for pain management and sedation in the emergency department. *American Journal of Emergency Medicine*, 36(11), 2132–2136.

22. Rebenitsch L, Owen C. Review on cybersickness in virtual reality. *Computers & Graphics*. 2016;56:153–165.

23. Chirico A, De Pietro G, Lucidi F. Virtual Reality in health care:

psychological and physical side effects. J
Clin Med. 2021;10(7):1454.

Juana Peláez

Médica anestesióloga e hipnoterapeuta.

pelaezju@gmail.com



From total sedation to conscious regulation: medical hypnosis and virtual reality hypnosis in the perioperative context

Juana María Peláez Pérez

Introduction

Pain and anxiety management in the perioperative context has traditionally been addressed through pharmacological interventions aimed at suppressing conscious perception. However, current evidence indicates that the experience of pain does not depend solely on nociceptive transmission, but also on cognitive, emotional, and contextual factors. In this context, clinical hypnosis and immersive virtual reality are emerging as strategies that allow the patient's internal experience to be accompanied and modulated, rather than simply abolished.

Neurophysiological bases of clinical hypnosis, virtual reality and virtual reality-assisted hypnosis in medical care

The experience of pain and anxiety in the medical context does not depend solely on the intensity of the nociceptive stimulus, but on how the central nervous system interprets, filters and attributes meaning to that information. Pain is a multidimensional experience, involving simultaneously sensory perception, the associated emotional charge and the patient's cognitive assessment of the event. Surgical procedures or medical interventions can therefore be more or less

painful or distressing depending on how the brain processes the experience. This framework explains why it is possible to clinically intervene on pain without suppressing consciousness, by working on the neurophysiological mechanisms of attention, expectation and emotional regulation.

Medical hypnosis

Medical hypnosis induces a state of concentrated attention and increased permeability to therapeutic suggestion, in which the person maintains orientation and the capacity for interaction, but reorganises their attentional focus towards a specific internal experience (1,2). During this state, functional neuroimaging studies have observed a decrease in activity in the anterior cingulate cortex, the structure responsible for attributing emotional charge to painful stimuli; a modulation of the anterior insula, responsible for internal body perception; and an increase in regulatory activity in the dorsolateral prefrontal cortex, which participates in the cognitive reinterpretation of the experience.

The following figure (Figure 1) shows the functional pathways of hypnosis.

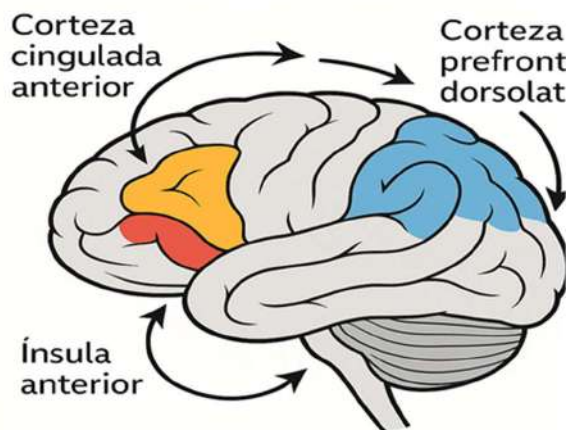


Figure 1. Neurofunctional modulation of clinical hypnosis

The arrows represent how, during the hypnosis process, attention shifts from sensation (anterior insula) → emotion (anterior cingulate cortex) → cognitive reinterpretation (prefrontal cortex).

Medical hypnosis does not eliminate the nociceptive stimulus: it redefines it. What changes is the way the brain "interprets" pain. Where threat, tension or suffering would normally be attributed, hypnosis introduces neutrality, distance or security. This ability does not depend solely on technique, but also on the clinical presence and regulatory capacity of the professional accompanying the process. Therefore, its application in medicine requires advanced and accredited training, especially in contexts where the patient is vulnerable (3).

Immersive virtual reality

Virtual reality (VR) works through a different mechanism, based on sensory immersion. By immersing the patient in an alternative visual and auditory environment, attention is shifted from the source of pain to the virtual setting. This

phenomenon reduces the activity of the salience network, which is the brain system responsible for detecting and prioritising potentially threatening stimuli. In turn, the autonomic response related to stress and anxious anticipation is modulated, decreasing the emotional perception of pain (4, 5).

Unlike hypnosis, where the patient's internal imagery capacity can influence the depth of the experience, VR provides imposed imagery, reducing cognitive demand and facilitating entry into a state of absorption (6).

Virtual reality-assisted hypnosis (VRH)

When both strategies are integrated –the ability to reorganise the meaning of pain inherent in hypnosis and the sensory dissociation generated by VR– a synergistic effect is achieved. VR facilitates and stabilises the hypnotic trance by reducing external interference and internal distractions, while hypnosis provides therapeutic direction, emotional regulation, and human accompaniment.

The result is a state in which the patient:

- Feels less threatened, because the amygdala and anterior cingulate cortex reduce the alarm signal.
- Perceives less pain, because the insula modulates subjective intensity.
- They actively participate in their own regulation, thanks to the modulating role of the prefrontal cortex.

In clinical terms, VRH allows the patient to remain conscious and cooperative, maintaining respiratory and protective functions, while experiencing the procedure as safer, less painful, and more emotionally tolerable (7).

Clinical hypnosis works on the internal meaning of pain; virtual reality acts on the perceptual presence of pain; and VR-assisted hypnosis intervenes at both levels simultaneously, achieving deep and stable regulation of the experience without the need for increased sedation.

In medical and surgical contexts, this integration represents a humanised and

neuroscientifically based alternative that expands the traditional anaesthetic model towards one based not only on pharmacological suppression, but also on conscious accompanied regulation (8, 9).

The following table (Table 1) shows the distinguishing features between medical hypnosis, virtual reality and virtual reality hypnosis.

Aspect	Medical Hypnosis	Virtual Reality (VR)	Hypnosis + VR (VRH)
Main mechanism	Cognitive-emotional modulation through suggestion	Sensory distraction and visual immersion	Synergy: suggestion + sensory immersion
Image generation	Internal (guided imagination accompaniment)	External (imposed visual environment)	External reinforced by verbal guidance
Imaginative dependence	High	Low	Very low (VR facilitates trance)
Role of the professional	Central and active	Supervision and basic emotional support	Central (therapeutic guidance + VR)
Effect on anxiety	High with good alliance	Moderate	Very high (reduces anticipatory anxiety)
Effect on pain	Significant reduction	Moderate reduction	Maximum combined efficacy
Induction time	Variable	Rapid	Rapid (VR shortens induction)
Ideal patients	Motivated and with good imagination	Anxious or with low imaginative capacity	Procedures with conscious patients
Limitations	Requires advanced training	Possible dizziness or disorientation	Requires equipment and clinical supervision

Table 1. Differential aspects between HM, VR and VRH

Patient screening criteria

The selection of patients between medical hypnosis (MH) and the combined hypnosis-virtual reality (VRH) modality requires structured clinical screening to adapt the intervention to the patient's

neuroemotional profile. Traditional medical hypnosis requires a certain capacity for internal imagery and attentional regulation, as the patient accesses the experience through the subjective construction of images, sensations, and meanings (10,11).

Therefore, it is especially useful in patients with good introspective capacity, motivation to participate in the process, and moderate preoperative anxiety (12).

However, some patients have difficulty sustaining attention, high anxiety activation, or a tendency to ruminate, which makes it difficult to access the classic hypnotic experience. In these cases, immersive virtual reality reduces the cognitive load required to enter the trance and acts directly on the sensory orientation and autonomic regulation systems, facilitating emotional stabilisation from the outside in.

VRH thus becomes a particularly useful tool when the patient requires immediate emotional support, when anxiety is high, or when there is difficulty in abstracting oneself from the hospital context (14, 15). However, VRH does not replace the therapist's clinical guidance. The quality of the professional's presence remains central: it is the therapist who accompanies, names, supports, and regulates the experience.

Finally, both MH and VRH should be ruled out in situations where there is active psychosis, disorganised judgement of reality or severe dissociation, while VRH also has the specific contraindications of immersive devices, such as photosensitive epilepsy or severe motion sickness.

Medical hypnosis versus immersive virtual reality hypnosis

Traditional clinical hypnosis is based on words, the therapist's voice, and the patient's ability to concentrate and direct their imagination towards a state of calm and receptivity. During this process, the person learns to focus their attention,

reduce external distractions, and create internal images that allow them to modify their perception of pain, anxiety, or stress. However, not all people can imagine easily, and in some cases it is difficult to maintain sufficient concentration to reach a deep hypnotic state, as is the case with people who suffer from aphantasia. Aphantasia is not a contraindication for hypnosis, but it does modify the access route (16,17,18). When internal imagery is limited, virtual reality-assisted hypnosis allows voluntary visualisation to be replaced by guided sensory immersion, facilitating a more stable and comfortable trance.

Hypnosis using immersive virtual reality emerges as a tool that complements and enhances these effects. Instead of asking the patient to "imagine" a landscape, they can literally immerse themselves in it through an enveloping virtual environment. Virtual reality offers visual and auditory stimuli that facilitate relaxation and capture attention naturally, reducing the need for imaginative effort. This allows the mind to enter more fluidly into a state of calm, concentration, and suggestive receptivity, similar to that sought in clinical hypnosis.

Thus, the difference lies not in the goal, but in the path: while traditional medical hypnosis invites the construction of an experience from within, virtual reality-assisted hypnosis offers a pre-created scenario, gently guiding the mind towards the same goal: transforming the way the patient experiences and processes their inner experience. In the medical context, this translates into a valuable tool for relieving pain, reducing anxiety and providing greater well-being, while always maintaining the patient's participation in their own therapeutic process.

In the medical-surgical context, the patient's experience is not limited to pharmacological pain control, but also includes the perception of safety, support, and subjective control. The integration of clinical hypnosis and virtual reality does not aim to replace any technique, but rather to expand the available therapeutic space (Figure 2). Hypnosis provides the link, the word and the presence; virtual reality provides the sensory environment that facilitates access to an internal state of calm. Together, VRH promotes a more humane, less anxious and more participatory surgical experience.



Figure 2. Immersive virtual reality-assisted hypnosis as a tool for emotional modulation in conscious patient surgery

Ultimately, technology can provide a window to tranquillity, but it is the presence of the professional that allows

the patient to inhabit it without fear. The goal is not only to reduce pain, but to transform the experience of the procedure into one of safe, conscious and accompanied care.

Clinical evidence. Clinical and preclinical studies

The available literature shows that clinical hypnosis can significantly reduce preoperative anxiety and subjective pain perception, as well as decrease sedation requirements. VR has proven useful in controlling procedural pain and anticipatory stress. VRH integration enhances both effects, especially in patients who have difficulty generating internal imagery.

Virtual reality-assisted hypnosis has potential benefits in the management of pain and anxiety in medical settings, with measurable physiological and psychological effects. However, results are not uniform across populations and procedures, so greater standardisation and more robust clinical studies are required (19).

The following table (Table 2) summarises relevant clinical and preclinical studies on the use of hypnosis and virtual reality-assisted hypnosis (VRH) in the management of pain and anxiety in medical settings.

Reference	Type of Study	Results	Comment
Rousseaux et al. (2019)	Review (8 studies on hypnosis + VR)	Variable reductions in pain and anxiety; heterogeneous evidence	Promising but not yet conclusive
Faymonville et al. (2021)	Randomised clinical trial in cardiac surgery	No significant differences were observed between hypnosis, VR, or VRH	Suggests a need to optimise protocols
O’Sullivan et al. (2023)	Paediatric clinical trial	VRH was non-inferior to traditional hypnosis in needle pain	Shows potential, especially in children
Bicego et al. (2023)	Preclinical with induced pain + EEG	VRH reduced pain and modified neural processing	Important for understanding neurophysiological mechanisms
Steinkraus et al. (2024)	Perioperative trial in port implantation	No significant differences, but a tendency towards lower analgesic requirements	Modest but clinically interesting results

Table 2. Clinical and preclinical studies; hypnosis and virtual reality hypnosis

Virtual reality-assisted hypnosis has potential benefits in the management of pain and anxiety in medical settings, with measurable physiological and psychological effects. However, results are not uniform across populations and procedures, requiring further standardisation and more robust clinical studies, indicating the need for more controlled clinical trials.

Limitations of Traditional Medical Hypnosis versus Virtual Reality-Assisted Hypnosis (VRH)

Traditional medical hypnosis (MH) has been used for decades as a complementary technique in the management of pain, anxiety, and stress in various clinical

settings. However, its implementation has limitations that have motivated the search for alternative or complementary approaches, such as virtual reality-assisted hypnosis (VRH).

Firstly, the effectiveness of traditional hypnosis depends largely on the patient's level of suggestibility and imagination. Individuals with a low capacity for cognitive immersion may experience difficulties in reaching a deep hypnotic state. In contrast, virtual reality provides an immersive multisensory environment that facilitates dissociation and reduces interference from external stimuli, allowing even patients with less imaginative capacity to benefit from a more accessible hypnotic experience (21).

Furthermore, conventional hypnosis presents a high degree of variability associated with the therapist. The tone of voice, the language used, clinical experience, and the ability to adapt the session in real time directly influence the results. VRH allows for the standardisation of interventions through controlled environments and reproducible scripts, reducing interprofessional variability and promoting replicability in different clinical contexts (22).

Another relevant aspect is the patient's attention span. In hospital settings, environmental noise, movement, and pre-existing anxiety can hinder the concentration required for traditional hypnosis. By blocking external stimuli and offering an immersive visual experience, VRH promotes concentration and continuity of the hypnotic state.

However, VRH also has its own limitations. Real-time customisation of the intervention is even more restricted than in therapist-guided hypnosis. Furthermore, the use of virtual reality devices can cause discomfort in people susceptible to cyber sickness and entails additional implementation and maintenance costs. In addition, the depth of the trance may not be equivalent when the intervention requires spontaneous adjustments based on physiological or emotional signals (20).

With regard to attention, while traditional medical hypnosis requires the voluntary activation of the patient's attention and internal imagination (endogenous attention), virtual reality-assisted hypnosis sustains attention through immersive external stimuli (exogenous attention). This difference reduces the patient's cognitive load and improves the ability to maintain the hypnotic state, especially in

clinical conditions with high anxiety or environmental distraction (23).

In conclusion, virtual reality-assisted hypnosis does not replace traditional medical hypnosis, but acts as a complementary resource that amplifies immersion, standardises the experience and improves accessibility, especially in short medical procedures, acute pain management and the paediatric population. The choice between MH and VRH should be based on patient characteristics, available resources and specific therapeutic goals.

Discussion

VRH constitutes an extension of the anaesthetic paradigm towards models of conscious regulation. It does not replace pharmacological anaesthesia but rather complements it. Its effectiveness depends on the clinical presence of the professional, the therapeutic alliance, and the appropriate selection of patients. Technology does not replace the human capacity for emotional support, verbal adjustment, and accompaniment.

It is essential that hypnosis be performed by professionals with advanced accredited training in clinical hypnosis applied to health, given that the intervention involves the direct modulation of states of consciousness.

Hypnotic virtual reality can partially replace the direct intervention of the hypnotherapist in brief medical procedures aimed at controlling pain and anxiety, thanks to its ability to induce states of relaxation and attentional focus through sensory immersion. However, it does not replace the clinical role of the hypnotherapist in processes that require continuous assessment, individualised

therapeutic adjustment, and a deep emotional approach.

Conclusions

Clinical hypnosis and immersive virtual reality allow the emotional experience of the surgical procedure to be modulated, reducing anxiety, pain, and the need for sedation. Their integration requires specialised training and careful patient selection and represents an evolution towards a more humane and participatory form of anaesthesia.

Conflict of interest

The author declares no conflicts of interest.

Image figure 2 has been provided by model GPT-5/DALL·E, exclusively for use in this publication, free of rights and without identification of real persons.

References

1. Elkins, G. R., Barabasz, A. F., Council, J. R., & Spiegel, D. (2015). Advancing research and practice: The revised APA Division 30 definition of hypnosis. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 57(4), 378–385.
2. Jensen, M. P., & Patterson, D. R. (2014). Hypnotic approaches for chronic pain management. *American Psychologist*, 69(2), 167–177.
3. Hoffman, H. G., Doctor, J. N., & Patterson, D. R. (2000). Virtual reality as an adjunctive pain control during burn wound care. *The Clinical Journal of Pain*, 16(3), 244–250.
4. Thompson, T., Terhune, D. B., Oram, C., Sharangparni, J., Rouf, R., & Soldevilla, A., et al. (2017). The effectiveness of hypnosis for pain management: A meta-analytic review. *Pain*, 158(9), 1530–1541.
5. Jensen, M. P., & Patterson, D. R. (2014). Hypnotic approaches for chronic pain management. *American Psychologist*, 69(2), 167–177.
6. Milling, L. S., Shores, J. S., Coursen, E. J., Menaker, L., & Farris, C. D. (2021). Hypnosis and pain: New meta-analyses. *Clinical Psychology Review*, 91, 102113.
7. Faymonville, M. E., et al. (2021). Hypnosis and conscious analgesia in cardiac surgery under regional anesthesia. *European Journal of Cardio-Thoracic Surgery*.
8. Hoffman, H. G., Patterson, D. R., & Carrouger, G. J. (2019). Use of virtual reality for adjunctive treatment of adult burn patients during physical therapy. *Clinical Journal of Pain*, 35(6), 509–515.
9. Malloy, K. M., & Milling, L. S. (2021). The effectiveness of virtual reality distraction for pain reduction: A meta-analysis. *Psychology of Consciousness: Theory, Research, and Practice*, 8(2), 275–295.
10. Garrett, B., Taverner, T., & McDade, P. (2022). Immersive virtual reality for reducing preoperative anxiety: A systematic review. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 37(1), 26–38.
11. Rousseaux, F., et al. (2019). Combining clinical hypnosis and immersive virtual reality: A systematic review. *Frontiers in Psychology*, 10, Article 1–12.
12. Bicego, A., et al. (2023). Virtual reality hypnosis modulates pain-related

neural networks: An EEG study. *Frontiers in Pain Research*, 4, 1189253.

13. Steinkraus, M., et al. (2024). Virtual reality hypnosis during minor surgical procedures: A perioperative randomized clinical trial. *Regional Anesthesia & Pain Medicine*.

14. Gobert, F., et al. (2020). Hypnosis to reduce anxiety and improve cooperation during cataract surgery under topical anesthesia. *Journal of Cataract & Refractive Surgery*, 46(2), 241–247.

15. Peláez-Pérez, J. M. (2025). Hipnoanalgesia en cirugía de catarata en el paciente anciano. En I. Pérez Hidalgo (Ed.), *Hipnosis: casos clínicos* (Cap. 13, pp. 295 –310). Madrid: Aula Magna Proyecto Clave / McGraw Hill.

16. Eijlers, R., Utens, E. M., Staals, L. M., de Nijs, P. F., Berghmans, J. M., Wijnen, R. M., Hillegers, M., & Dierckx, B. (2019). Systematic review and meta-analysis of virtual reality in pediatrics: Effects on pain and anxiety. *Journal of Pediatric Psychology*, 44(9), 1106–1123. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsz084>

17. Ryu, J. H., Park, S. J., Park, J. W., Kim, J. W., Yoo, H. J., Kim, T. W., & Kwon, T. K. (2017). Randomized clinical trial of immersive virtual reality tour of the operating theater in reducing preoperative anxiety in children. *BMC Anesthesiology*, 17(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s12871-017-0383-6>

18. Tashjian, V. C., Mosadeghi, S., Howard, A. R., Lopez, M., Dupuy, T., Reid, M., Martinez, B., Ahmed, S., Dailey, F., & Spiegel, B. (2017). Virtual reality for management of pain in hospitalized patients: A randomized comparative

effectiveness trial. *Journal of Medical Internet Research*, 19(6), e259. <https://doi.org/10.2196/jmir.7387>

19. Chan, E., Hovenden, M., Ramage, E., Ling, N., Pham, J. H., Rahim, A., ... & Foster, J. (2019). Virtual reality for pediatric needle procedures: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Pediatrics*, 173(11), 1–9. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2019.2383>

20. Mosso-Vázquez, J. L., Gao, K., Wiederhold, B. K., & Wiederhold, M. D. (2014). Virtual reality for pain management in dental implant surgery: A randomized controlled trial. *Pain Research & Management*, 19(3), e115–e120.

21. Pourmand, A., Davis, S., Marchak, A., Whiteside, T., & Sikka, N. (2018). Virtual reality as a clinical tool for pain management and sedation in the emergency department. *American Journal of Emergency Medicine*, 36(11), 2132–2136.

22. Rebenitsch L, Owen C. Review on cybersickness in virtual reality. *Computers & Graphics*. 2016;56:153–165.

23. Chirico A, De Pietro G, Lucidi F. Virtual Reality in health care: psychological and physical side effects. *J Clin Med*. 2021;10(7):1454.

Juana Peláez

Medical anesthesiologist and
hypnotherapist.
pelaezju@gmail.com



Terapia Breve Ericksoniana e Interculturalidad: el contexto como herramienta terapéutica

Gloria Díaz

Introducción

La globalización y los movimientos migratorios han vuelto la interculturalidad una realidad cotidiana en la práctica clínica. Cada vez más profesionales se encuentran con el reto de comprender y acompañar a personas que viven entre distintos marcos de valores, lenguajes y significados. La Terapia Breve Ericksoniana (TBE) ofrece un modelo especialmente pertinente para este escenario: un enfoque pragmático, contextual y relacional que prioriza la observación cuidadosa, la flexibilidad y la adaptación a la realidad del cliente.

Mi trayectoria profesional transcurre entre Barcelona y California, donde ejerzo en entornos de gran diversidad cultural. Este recorrido me permite comprobar cómo los principios ericksonianos se vuelven especialmente valiosos cuando se trabaja con poblaciones multiculturales.

Competencia cultural y sensibilidad terapéutica

La sensibilidad cultural es una de las competencias esenciales en salud mental, aunque rara vez forma parte del currículo académico. SoHoo (1993) la describe mediante cinco factores: empatía; autoconocimiento del terapeuta respecto a sus creencias y prejuicios; comprensión del mundo singular del cliente; lectura del contexto sociopolítico; y dominio técnico flexible para ajustar la intervención a cada

caso. La TBE integra estos elementos de manera natural: observa sin imponer, pregunta antes de interpretar y se adapta antes de corregir.

San Francisco es un ejemplo extremo de este dinamismo cultural. En unos pocos kilómetros conviven familias de México, Vietnam, China, Filipinas, El Salvador, Rusia, Etiopía y un largo etcétera. Esta diversidad produce modos distintos de expresar malestar, pedir ayuda o entender la autoridad terapéutica. Para un terapeuta contextual, este entorno es un entrenamiento continuo: escuchar sin suposiciones, traducir significados culturales, comprender jerarquías familiares y descubrir qué significa “cambio” para cada persona.

Pero la diversidad no siempre va acompañada de privilegio. Durante mi trabajo con niños y adolescentes en el programa *Room To Talk*, dirigido por Karin Schlanger e inspirado en el MRI, aprendí a escuchar contextos antes que historias: bandas, carteles de drogas, cárcel, familias viviendo en garajes, padres con tres trabajos, jóvenes sin papeles cuya vida estaba marcada por límites estructurales que ninguna técnica podía ignorar. En ese escenario, la Terapia Breve me enseñó a trabajar desde lo posible, desde la realidad concreta del cliente.

Cuando más tarde trasladé este enfoque a Barcelona, gran parte de estos

aprendizajes siguieron siendo plenamente aplicables. Mi práctica actual se centra sobre todo en expats europeos y en familias rusas, ucranianas y de otros países del Este afectadas por procesos migratorios complejos. Aunque el entorno cultural es distinto al de California, aparecen temas similares: nostalgia, pérdida, diferencias comunicativas y redefinición de roles. La utilización ericksoniana –trabajar siempre con lo que el cliente trae– se vuelve aquí esencial.

El contexto como clave de significado

Siguiendo a Bateson (1972), ningún comportamiento adquiere significado fuera de su contexto. La cultura configura ese marco interpretativo y define cómo las personas entienden sus problemas, sus vínculos y las opciones de cambio disponibles. Observar este contexto – cultural, familiar, migratorio, socioeconómico– permite al terapeuta comprender la lógica interna del malestar y construir intervenciones congruentes.

Un caso ilustrativo proviene de una supervisión en California: una terapeuta novel caucásica recomendaba a su paciente china “poner límites” a la familia. Sin embargo, en un sistema colectivista donde la identidad se sostiene en la lealtad familiar, aquella propuesta equivalía a una ruptura imposible. Cuando la intervención se reformuló desde el marco de referencia de la cliente y no del de la terapeuta –ser una “buena hija” contribuyendo al bienestar familiar a través de su formación–, el cambio se volvió posible. No fue la técnica lo que transformó la situación, sino su ajuste cultural.

El lenguaje del cliente y la posición *down*

Erickson insistía en que el terapeuta debía hablar “el idioma del cliente”, entendido no solo como idioma verbal, sino también simbólico y cultural. Adoptar una posición *down* implica renunciar a la superioridad implícita del rol profesional y dejar que sea el cliente quien marque el territorio semántico.

Un ejemplo frecuente es el uso del lenguaje para construir alianza. En una primera visita, una madre acudió por orden judicial después de que su hijo participara en el robo de un coche. Cuando utilicé el término “robo”, me corrigió con firmeza: “no lo robó, lo tomó prestado”. Insistir en la palabra jurídica habría sido irrelevante y contraproducente. Aceptar su denominación permitió iniciar un trabajo conjunto desde su propio marco de significado.

Cortar la terapia a medida del cliente

La TBE concibe cada caso como único y, por tanto, exige intervenciones ajustadas a la singularidad del cliente. No existen fórmulas universales ni prescripciones válidas para todos los contextos. Erickson no hablaba de resistencia del cliente, sino de insuficiente adaptación del terapeuta. La Terapia Breve del MRI es un modelo no normativo porque se acepta que hay muchas formas de ser y estar como persona, todas ellas válidas para que se organice la interacción humana y por tanto los sistemas.

Parece obvio decir que sugerir las mismas técnicas a un *techie* de Silicon Valley que a la señora que tiene una tiendita en la calle y vende sus propios tamales no es

útil. Sin embargo ¡cuántos psicoterapeutas encuentro en supervisión que presentan las mismas intervenciones sin adecuarlo al usuario que les viene a pedir ayuda!

Pensar global, actuar local

En este escenario aprendí a “pensar global y actuar local”: reconocer los sistemas más amplios que influyen en el problema, pero intervenir sobre lo inmediato y accionable. Recuerdo a una madre samoana que, trabajando de noche limpiando oficinas, llegó convencida de que “no tenía tiempo para ser buena madre”. En lugar de cuestionar ese sentimiento, la invité a nombrar cómo sabía que sus hijos la necesitaban. Su relato transformó el problema: no era falta de tiempo, sino otra manera – profundamente cultural– de estar presente.

Integrar la dimensión intercultural también implica un posicionamiento ético. Comprender las prácticas culturales no implica aceptarlas sin matices, especialmente cuando entran en conflicto con el bienestar o la seguridad del cliente. La TBE facilita este equilibrio al privilegiar la exploración y la construcción conjunta de alternativas culturalmente aceptables y clínicamente seguras.

Conclusiones

La Terapia Breve Ericksoniana constituye un marco idóneo para integrar la

interculturalidad en la práctica clínica contemporánea. Su énfasis en la observación, el lenguaje, el contexto y la relación colaborativa facilita una intervención respetuosa y eficaz con la diversidad cultural.

Trabajar con personas de distintos orígenes no exige dominar sus costumbres, sino cultivar una curiosidad activa, una escucha sin prejuicios y una disposición genuina a aprender en cada encuentro. En esencia, toda terapia es un acto de comunicación entre dos mundos. Y cuando el terapeuta logra mirar desde la perspectiva del otro, las diferencias dejan de ser obstáculos para convertirse en mapas que guían el camino del cambio.

Referencias

- SoHoo, S. (1993). Becoming an interculturally competent teacher. *Educational Leadership*, 51(2), 22–25.
- Bateson, G. (1972). *Steps to an Ecology of Mind*. New York: Ballantine Books.
- Erickson, M. H., & Rossi, E. L. (1979). *Hypnotherapy: An Exploratory Casebook*. New York: Irvington.

Gloria Díaz

Psicóloga. Terapeuta matrimonial y familiar. Especialista en Terapia Breve.



Ericksonian Brief Therapy and Interculturality: context as a therapeutic tool

Gloria Díaz

Introduction

Globalisation and migratory movements have made interculturality an everyday reality in clinical practice. More and more professionals are faced with the challenge of understanding and accompanying people who live within different frameworks of values, languages, and meanings. Ericksonian Brief Therapy (EBT) offers a model that is particularly relevant to this scenario: a pragmatic, contextual, and relational approach that prioritises careful observation, flexibility, and adaptation to the client's reality.

My professional career has taken me between Barcelona and California, where I practise in highly culturally diverse environments. This experience has allowed me to see how Ericksonian principles become especially valuable when working with multicultural populations.

Cultural competence and therapeutic sensitivity

Cultural sensitivity is one of the essential competencies in mental health, although it is rarely part of the academic curriculum. SoHoo (1993) describes it in terms of five factors: empathy; the therapist's self-awareness of their beliefs and prejudices; understanding of the client's unique world; reading of the socio-political context; and flexible technical mastery to adjust the intervention to each case. TBE integrates

these elements naturally: it observes without imposing, asks questions before interpreting, and adapts before correcting.

San Francisco is an extreme example of this cultural dynamism. Within a few kilometres, families from Mexico, Vietnam, China, the Philippines, El Salvador, Russia, Ethiopia and many other countries live side by side. This diversity produces different ways of expressing discomfort, asking for help or understanding therapeutic authority. For a contextual therapist, this environment is continuous training: listening without assumptions, translating cultural meanings, understanding family hierarchies and discovering what "change" means for each person.

But diversity is not always accompanied by privilege. During my work with children and adolescents in the Room To Talk programme, directed by Karin Schlanger and inspired by the MRI, I learned to listen to contexts before stories: gangs, drug posters, prison, families living in garages, parents with three jobs, undocumented young people whose lives were marked by structural limits that no technique could ignore. In that scenario, Brief Therapy taught me to work from what was possible, from the client's concrete reality.

When I later transferred this approach to Barcelona, much of what I had learned remained fully applicable. My current

practice focuses mainly on European expats and Russian, Ukrainian and other Eastern European families affected by complex migration processes. Although the cultural environment is different from that of California, similar issues arise: nostalgia, loss, communication differences and redefinition of roles. The Ericksonian approach –always working with what the client brings– becomes essential here.

Context as the key to meaning

According to Bateson (1972), no behaviour acquires meaning outside its context. Culture shapes this interpretative framework and defines how people understand their problems, their relationships and the options for change available to them. Observing this context –cultural, family, migratory, socio-economic– allows the therapist to understand the internal logic of the discomfort and to construct congruent interventions.

An illustrative case comes from a supervision session in California: a novice Caucasian therapist recommended that her Chinese patient "set boundaries" with her family. However, in a collectivist system where identity is sustained by family loyalty, that proposal was tantamount to an impossible break. When the intervention was reframed from the client's frame of reference rather than the therapist's –being a "good daughter" by contributing to the family's well-being through her education– change became possible. It was not the technique that transformed the situation, but its cultural adjustment.

The client's language and the down position

Erickson insisted that therapists should speak "the client's language", understood not only as verbal language, but also symbolic and cultural language. Adopting a down position means renouncing the implicit superiority of the professional role and letting the client mark the semantic territory.

A common example is the use of language to build alliance. On a first visit, a mother came by court order after her son had been involved in the theft of a car. When I used the term "theft", she corrected me firmly: "He didn't steal it, he borrowed it". Insisting on the legal term would have been irrelevant and counterproductive. Accepting her term allowed us to begin working together from her own frame of reference.

Tailoring therapy to the client

TBE views each case as unique and therefore requires interventions tailored to the client's individuality. There are no universal formulas or prescriptions that are valid for all contexts. Erickson did not speak of client resistance, but rather of insufficient adaptation on the part of the therapist. MRI Brief Therapy is a non-normative model because it accepts that there are many ways of being and existing as a person, all of which are valid for organising human interaction and therefore systems.

It seems obvious to say that suggesting the same techniques to a Silicon Valley techie as to the lady who has a small shop on the street and sells her own tamales is not useful.

However, how many psychotherapists do I find in supervision who present the same interventions without adapting them to the user who comes to them for help!

Think globally, act locally

In this scenario, I learned to "think globally and act locally": to recognise the broader systems that influence the problem, but to intervene on what is immediate and actionable. I remember a Samoan mother who, working nights cleaning offices, came convinced that she "did not have time to be a good mother". Instead of questioning that feeling, I invited her to name how she knew her children needed her. Her story transformed the problem: it was not a lack of time, but another –deeply cultural– way of being present.

Integrating the intercultural dimension also involves taking an ethical stance. Understanding cultural practices does not mean accepting them uncritically, especially when they conflict with the client's well-being or safety. TBE facilitates this balance by prioritising the exploration and joint construction of culturally acceptable and clinically safe alternatives.

Conclusions

Ericksonian Brief Therapy provides an ideal framework for integrating interculturality into contemporary clinical

practice. Its emphasis on observation, language, context, and collaborative relationship facilitates respectful and effective intervention with cultural diversity.

Working with people from different backgrounds does not require mastery of their customs, but rather the cultivation of active curiosity, unbiased listening and a genuine willingness to learn from each encounter. In essence, all therapy is an act of communication between two worlds. And when the therapist manages to see from the other's perspective, differences cease to be obstacles and become maps that guide the path to change.

References

- SoHoo, S. (1993). Becoming an interculturally competent teacher. *Educational Leadership*, 51(2), 22–25.
- Bateson, G. (1972). *Steps to an Ecology of Mind*. New York: Ballantine Books.
- Erickson, M. H., & Rossi, E. L. (1979). *Hypnotherapy: An Exploratory Casebook*. New York: Irvington.

Gloria Díaz

Psychologist. Marriage and family therapist. Brief Therapy Specialist.



Hipnosis dental: una revisión histórica y clínica

Marcello Romei

*“En la boca habita una memoria;
en la mirada del clínico,
la posibilidad de devolverle confianza”*

La dimensión invisible de la práctica dental

La consulta odontológica es, al mismo tiempo, un espacio clínico y emocional. Allí confluyen experiencias previas, miedos antiguos, expectativas, defensas y la vulnerabilidad inevitable que surge cuando un paciente se entrega a manos ajenas.

La boca –territorio íntimo y simbólico– guarda historias, tensiones, vergüenzas, traumas y también confianza.

En ese escenario, la hipnosis se convierte en un puente entre técnica y humanidad. No aparece como sustituta de la anestesia, sino como un modulador de la experiencia, un recurso que permite reenfocar la atención, regular la percepción y brindar un contexto emocional seguro. Comprender su historia es comprender en parte la historia del propio acto clínico: su evolución ética, sus resistencias y sus redescubrimientos.

Introducción: La Odontología y el misterio del dolor humano

La historia de la hipnosis dental no es solamente la historia de una técnica; es la historia de un puente. Un puente entre la fisiología y la emoción, entre la boca y la mente, entre la ciencia y el misterio humano.

Desde mis primeros años en la clínica, entendí que ningún diente viaja solo. A su alrededor se despliega un entramado emocional: miedo, memoria, traumas, expectativas, creencias familiares, experiencias tempranas y una narrativa subjetiva que puede amplificar o disolver el dolor.

Esta revisión histórica surge de mi doble práctica –clínica y formativa– y del profundo respeto por quienes, antes que nosotros, se atrevieron a desafiar el sufrimiento humano con herramientas inesperadas: la palabra, la atención y la relación interpersonal.

La hipnosis dental, es hoy una disciplina madura, sustentada en evidencia, pero su recorrido fue sinuoso, polémico y fascinante. Este artículo recorre ese camino.

Mesmerismo y los primeros intentos de modificar el dolor (1770–1836)

Aunque descartado como teoría científica, el mesmerismo de Franz Anton Mesmer fue el primer intento documentado de influir en el dolor mediante un proceso interpersonal sistemático.

Los magnetizadores del siglo XVIII y XIX provocaban estados de insensibilidad, convulsiones catárticas y experiencias alteradas de consciencia.

Más allá del error teórico, el Mesmerismo dejó dos legados esenciales para la odontología:

1. El dolor puede modularse sin fármacos,
2. La expectativa, el ritual y la relación terapeuta-paciente son determinantes clínicos.

La odontología no tardó en experimentar con estos fenómenos:

En 1829, ocurrió la primera extracción dental registrada bajo “anestesia” de Mesmer, un precedente directo de la Hipno-analgesia. En 1836, Jean-Victor Oudet realizó una extracción dental íntegra bajo Hipno-anestesia –un hito poco difundido que anticipó lo que más tarde sería la hipnodoncia científica.

James Braid: El nacimiento científico de la Hipnosis (1841–1860)

La noche que lo cambió todo

El 13 de noviembre de 1841, en Manchester, el cirujano escocés James Braid asiste a una demostración pública del magnetizador suizo-francés Charles Lafontaine.

Escéptico por naturaleza, Braid busca desmontar el espectáculo..., pero la clínica se impuso a la creencia: los fenómenos eran genuinos, repetibles y no dependían de “magnetismo”.

La primera inducción moderna

Replicando la fijación de Lafontaine, Braid pide a sus pacientes que fijen la mirada en su estuche brillante de lancetas.

La fatiga ocular, la concentración sostenida y la focalización atencional

produjeron un estado que él denominó “*nervous sleep*” o “sueño nervioso”.

1843: nace la palabra ‘Hipnosis’

Con la publicación de *Neurypnology*, Braid:

- descartó lo sobrenatural
- introdujo el término Hypnotism
- afirmó que el fenómeno depende

de la atención, la expectativa y la sugestión.

Un precursor del enfoque cognitivo-moderno

En 1852 escribe algo revolucionario:

“La hipnosis no es un estado alterado, sino el resultado de la expectativa y la imitación social.”

Hoy llamaríamos a esto aprendizaje observacional, predicción cognitiva y modulación atencional.

La era heroica de la Hipno-Anestesia (1836–1900)

Elliotson y *The Zoist*

El prestigioso médico John Elliotson documenta múltiples casos de cirugía y odontología con hipnosis en su revista: *The Zoist* (1843–1856). Sus reportes consolidan evidencia internacional y posicionan a la Odontología como una de las primeras ramas en aplicar Hipnoanalgesia de forma sistemática.

Casos odontológicos históricos

- 1847: Ribaud y Kiaro extirpan un tumor maxilar bajo hipnosis.
- 1890: Dr. Turner extrae 40 dientes bajo hipnoanestesia inducida por J. M. Bramwell.

- 1891: Dr. Rippon realiza 20 extracciones bajo sugestión profunda.
- 1894: Dr. Bonwill repite la hazaña en EE. UU.

A finales del siglo XIX, la hipnosis se utiliza en odontología para:

- miedo,
- dolor operatorio,
- control del reflejo nauseoso,
- salivación y hemorragia,
- procedimientos quirúrgicos.

La palabra “hipnodoncia” aún no existía, pero su práctica era sorprendentemente avanzada.

El eclipse farmacológico y la reaparición científica (1900–1960)

La anestesia química eclipsa la hipnosis

El éter, el óxido nitroso y la Procaína transformaron la práctica quirúrgica.

La hipnosis se mantuvo en uso marginal, sobre todo por dentistas sensibles al aspecto emocional del paciente.

El resurgimiento científico

A mediados del siglo XX, vuelve a la escena formal:

- 1955: La *British Medical Association* aprueba su uso médico.
- 1958: La *American Medical Association* recomienda su enseñanza en facultades.

Se fundan dos sociedades clave:

- *American Society of Clinical Hypnosis* (ASCH),
- *Society for Clinical and Experimental Hypnosis*.

Un dato histórico extraordinario: cinco de los siete primeros miembros de la ASCH

eran dentistas. La odontología, nuevamente, lideraba el camino.

Hipnodoncia Moderna: De Moss a Schmierer (1948–2025)

Aaron Moss y el nacimiento del término “Hypnodontics” (1948)

Moss busca un término libre de connotaciones místicas. Desde entonces, la hipnodoncia se convierte en un campo formal de estudio y certificación.

Kay F. Thompson: la voz Ericksoniana de la Odontología

Discípula de Milton Erickson, su frase es hoy un pilar de la hipnosis dental:

“Con nuestras palabras, tocamos el sustrato fisiológico para que la persona controle su mente, cuerpo y conducta.”

Albrecht Schmierer y la DGZH (1994)

La sociedad alemana fundada por A. Schmierer se convierte en la mayor organización mundial de hipnosis dental, integrando inducciones breves, modelos conversacionales y estrategias sensorio-motoras.

El caso icónico de Victor Rausch (1980)

Durante su propia cirugía abdominal, realiza autohipnosis profunda sin anestesia donde extirpan su vesícula. El equipo quirúrgico documenta ausencia de reactividad facial, muscular y respiratoria. Una demostración radical del autocontrol mente-cuerpo.

Hipnosis dental contemporánea: Evidencia, trauma y cognición (1990–2024)

Usos actuales con sustento científico

Según revisiones modernas (Moss & Willmarth, 2019), la hipnosis es eficaz para:

- Fobia dental
- Preparación para cirugía
- Manejo del dolor agudo y crónico
- Reflejo nauseoso
- Bruxismo
- Salivación excesiva y sangrado
- Pacientes pediátricos mediante imágenes y reencuadres

Ego-State Therapy y trauma dental en niños

John y Helen Watkins (1970s) proponen la Terapia de Estados del Yo. Phillips & Frederick desarrollan el modelo SARI (Seguridad – Acceso – Resolución – Integración).

En odontología:
no hacemos psicoterapia, pero sí abordamos estados somáticos condicionados, anticipación catastrófica y ansiedad reactiva.

La hipnodoncia actual, reflejada en mi práctica: La Inducción con Esferas de Silicona

Desde hace años, utilizo una inducción sensorio-motora propia, desarrollada a partir de trabajos contemporáneos, observación clínica y necesidades reales del paciente ansioso.



Figura 1. Inducción con esferas de silicona en sesión formativa

La llamo Inducción con Esferas de Silicona (IES), y constituye uno de los pilares formativos en mis entrenamientos.

Descripción en primera persona

Invito al paciente a sostener dos esferas de silicona suave, una en cada mano.

Le pido que simplemente explore su textura, su temperatura y su peso.

A medida que lo hace, la respiración se regula, el foco se contrae y el sistema nervioso comienza a aflojar.

Le sugiero que imagine que cada exhalación “vacía” la esfera, y cada inhalación la “expande”.

Pronto, las manos empiezan a hacer micro-movimientos automatizados.

Cuando noto el cambio en la tonicidad y la mirada, introduzco una sugestión de catalepsia ligera.

Desde ese punto, el trance avanza de manera fluida y segura.

Es una inducción breve, sensorial, elegante y muy accesible para el paciente odontológico.

Los 9 pasos sintetizados:

1. Presentación de las esferas y permiso.
2. Exploración táctil consciente.
3. Focalización en respiración y tacto.
4. Micro-ritmo: “la esfera se vacía, se llena”.
5. Automatización del movimiento.
6. Cambios en la tonicidad y señal de trance.
7. Introducción de catalepsia ligera.
8. Sugestiones específicas: calma, distensión orofacial, analgesia.
9. Anclaje y verificación de respuesta.



Figura 2. Variación clínica de inducción sensorial en decúbito

Conclusión: El futuro emocional de la Odontología

La hipnosis dental recorre casi dos siglos de historia y es testigo de una verdad clínica inamovible: El paciente no es un diente; es un sistema completo.

La odontología futura será más humana,

- más sensible,
- más cognitiva,
- más emocional, más integradora, o no será.
- La hipnosis dental, no reemplaza la técnica; la completa.

No sustituye la anestesia química; la amplifica.

No compite con la tecnología; le devuelve humanidad.

Y en esa intersección –entre precisión técnica y cuidado del alma–, es donde he encontrado mi vocación.

Referencias

Braid, J. (1843). *Neurypnology: Or the Rationale of Nervous Sleep*. London: John Churchill.

Bramwell, J. M. (1906). *Hypnotism: Its History, Practice and Theory*. London: William Rider & Son.

Clarke, J. H. (1996). Psychological aspects of dental care. *British Dental Journal*, 180(1), 17–22.

Elliotson, J. (1843–1856). *The Zoist: Journal of Cerebral Physiology & Mesmerism*. London.

Facco, E., & Zanette, G. (2017). The odyssey of dental anxiety: towards a modern neurocognitive understanding. *British Dental Journal*, 223, 10–16.

Frederick, C., & Phillips, M. (1995). *Healing the Divided Self: Clinical and Ericksonian Hypnotherapy for Post-Traumatic and Dissociative Conditions*. New York: Norton.

Frost, R. (1959). A short history of hypnosis in dentistry. *Dental Digest*, 65, 1–5.

Giddon, D. B., & Anderson, N. (2006). The psychological significance of the mouth. *Journal of Dental Education*, 70(10), 105–112.

Gravitz, M. (1988). Hypnosis in the dentist's office: A historical review. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 36, 67–79.

Kane, G., & Olness, K. (2004). *Hypnosis and Hypnotherapy with Children*. New York: Routledge.

Kroger, W. S. (1977). *Clinical and Experimental Hypnosis*. 2nd ed. Philadelphia: Lippincott.

Landa, E. (1953). Psychosomatic dentistry. *Journal of the American Dental Association*, 46, 1–8.

Lemaire, B. (2024). Aplicaciones de la hipnosis elmaniana en odontología. Documento interno, Berlin Congress 2025.

Mehrstedt, M., & Wikström, P. O. (1997). The first dental hypnosis procedures in the 19th century. *European Journal of Clinical Hypnosis*, 4(2), 45–52.

Moss, A. (1953). *Hypnodontics: The New Approach to Dentistry*. New York: Hypnodontic Society Publications.

Moss, D., & Willmarth, E. (2019). Hypnosis, anesthesia, pain management, and preparation for medical procedures. *Annals of Palliative Medicine*, 8(4), 498–503.

Phillips, M., & Frederick, C. (1995). The SARI Model of Trauma Healing. In *Healing the Divided Self*. New York: Norton.

Rausch, V. (1980). Self-hypnosis during abdominal surgery: A report. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 23(2), 123–130.

Robertson, D. (2009). *The Discovery of Hypnosis: The Complete Writings of James Braid*. UK: National Council for Hypnotherapy Press.

Rucker, L. (2019). Psychological interactions in the dental setting: neglected foundations. *Journal of Dental Practice Management*, 37, 28–34.

Ryan, D. (1946). The psychic aspects of dental treatment. *Journal of the American Dental Association*, 33, 63–68.

Schmierer, A. (1994). *Fundamentos de hipnosis clínica dental*. DGZH Publications.

Stolzenberg, A. (1950). Psychogenic factors in dental care. *Journal of Dentistry and Medicine*, 3, 105–114.

Watkins, J., & Watkins, H. (1978). Ego-state therapy and hypnotic dissociation. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 21, 215–222.

Winn, A. (1965). *The Dictionary of Hypnosis*. New York: Philosophical Library.

Wikström, P. O. (1997). History of hypnosis in dentistry. *Nordic Dental Journal*, 19, 55–61.

Artículo del Royal College of Surgeons (2015). *Hypnosis in dentistry: modern applications*.

Disponible en:
<https://publishing.rcseng.ac.uk/doi/10.1308/rcsfdj.2015.172>

Marcello Romei

Hipnólogo Clínico. Diplomado en Hipnosis Dental en AUDHIC.



“Dicen que la vida es para los que saben vivir, pero nadie nace preparado. La vida es para cualquiera que sea lo suficientemente valiente para arriesgarse a cosas nuevas y lo suficientemente humilde para aprenderlas.”

—Clarice Lispector

Dental hypnosis: a historical and clinical review

Marcello Romei

"In the mouth dwells a memory; in the gaze of the clinician, the possibility of restore confidence."

The invisible dimension of dental practice

The dental consultation is, at the same time, a clinical and emotional space. It is a place where previous experiences, old fears, expectations, defences and the inevitable vulnerability +

that arises when a patient places themselves in someone else's hands.

The mouth –an intimate and symbolic territory– holds stories, tensions, shame, trauma and also trust.

In this scenario, hypnosis becomes a bridge between technique and humanity. It does not appear as a substitute for anaesthesia, but as a modulator of the experience, a resource that allows us to refocus our attention, regulate our perception, and provide a secure emotional context. Understanding its history means understanding in part the history of the clinical act itself: its ethical evolution, its resistances, and its rediscoveries.

Introduction: Dentistry and the mystery of human pain

The history of dental hypnosis is not only the history of a technique; it is the history of a bridge. A bridge between physiology and emotion, between the mouth and the

mind, between science and human mystery.

From my early years in the clinic, I understood that no tooth travels alone. Around it unfolds an emotional network: fear, memory, trauma, expectations, family beliefs, early experiences, and a subjective narrative that can amplify or dissolve pain.

This historical review arises from my dual practice –clinical and educational– and from a deep respect for those who, before us, dared to challenge human suffering with unexpected tools: words, attention, and interpersonal relationships.

Dental hypnosis is now a mature discipline, supported by evidence, but its journey has been winding, controversial and fascinating. This article traces that journey.

Mesmerism and the first attempts to modify pain (1770–1836)

Although dismissed as a scientific theory, mesmerism of Franz Anton Mesmer was the first attempt to influence pain through a systematic interpersonal process.

The magnetisers of the 18th and 19th centuries induced states of insensibility,

cathartic convulsions, and altered states of consciousness.

Beyond its theoretical error, Mesmerism left two essential legacies for dentistry:

1. Pain can be modulated without drugs.
2. Expectations, rituals, and the therapist-patient relationship are clinical determinants.

Dentistry was quick to experiment with these phenomena:

In 1829, the first tooth extraction under Mesmer's "anaesthesia", a direct precedent of hypno-analgesia. In 1836, Jean-Victor Oudet performed a complete dental extraction under hypno-anaesthesia –a little-known milestone that anticipated what would later become scientific hypnodontics.

James Braid: The scientific birth of Hypnosis (1841–1860)

The night that changed everything

On 13 November 1841, in Manchester, Scottish surgeon James Braid attends a public demonstration by Swiss-French magnetizer Charles Lafontaine.

Sceptical by nature, Braid sought to debunk the spectacle... but clinical evidence prevailed over belief: the phenomena were genuine, repeatable, and did not depend on "magnetism".

The first modern induction

Replicating Lafontaine's fixation, Braid asks his patients to fix their gaze on his shiny lancet case.

Eye fatigue, sustained concentration and attentional focus produced a state he called "nervous sleep".

1843: the word 'hypnosis' is born

With the publication of *Neurypnology*, Braid:

- ruled out the supernatural,
- introduced the term Hypnotism
- stated that the phenomenon

depends on attention, expectation and suggestion.

A precursor to the modern cognitive approach

In 1852, he wrote something revolutionary:

"Hypnosis is not an altered state, but the result of expectation and social imitation."

Today we would call this observational learning, cognitive prediction and attentional modulation.

The heroic age of Hypno-Anaesthesia (1836–1900)

Elliotson and *The Zoist*

The prestigious physician John Elliotson documents multiple cases of surgery and dentistry using hypnosis in his journal: *The Zoist* (1843–1856). His reports consolidate international evidence and position dentistry as one of the first branches to systematically apply hypnosis for pain relief in a systematic way.

Historical dental cases

- 1847: Ribaud and Kiario remove a maxillary tumour under hypnosis.

- 1890: Dr. Turner extracts 40 teeth under hypnoanaesthesia induced by J. M. Bramwell.
- 1891: Dr. Rippon performs 20 extractions under deep suggestion.
- 1894: Dr. Bonwill repeats the feat in the USA.

At the end of the 19th century, hypnosis was used in dentistry to:

- fear,
- surgical pain,
- control of the gag reflex,
- salivation and bleeding,
- surgical procedures.

The word "hypnodontia" did not yet exist, but its practice was surprisingly advanced.

The pharmacological eclipse and scientific resurgence (1900–1960)

Chemical anaesthesia eclipses hypnosis

Ether, nitrous oxide, and procaine transformed the practice.

Hypnosis remained in marginal use, mainly by dentists sensitive to the emotional aspect of the patient.

The scientific resurgence

In the mid-20th century, it returned to the formal scene:

- 1955: The British Medical Association approved its medical use.
- 1958: The American Medical Association recommends its teaching in medical schools.

Two key societies are founded:

- American Society of Clinical Hypnosis (ASCH),
- Society for Clinical and Experimental Hypnosis.

An extraordinary historical fact: five of the first seven members of the ASCH were dentists. Once again, dentistry led the way.

Modern Hypnodontics: From Moss to Schmierer (1948–2025)

Aaron Moss and the birth of the term "Hypnodontics" (1948)

Moss sought a term free of mystical connotations. Since then, hypnodontics has become a formal field of study and certification.

Kay F. Thompson: the Ericksonian voice of dentistry

A disciple of Milton Erickson, her phrase is now a pillar of Dental hypnosis:

"With our words, we touch the physiological substrate to the person to control their mind, body and behaviour."

Albrecht Schmierer and the DGZH (1994)

The German society founded by A. Schmierer has become the world's largest dental hypnosis organisation, integrating brief inductions, conversational models and sensory-motor strategies.

The iconic case of Victor Rausch (1980)

During his own abdominal surgery, he performs deep self-hypnosis without anaesthesia, during which his gallbladder was removed. The surgical team documented an absence of facial, muscular and respiratory reactivity. A radical demonstration of mind-body self-control.

Contemporary dental hypnosis: Evidence, Trauma, and Cognition (1990–2024)

Current uses with scientific support

According to modern reviews (Moss & Willmarth, 2019), hypnosis is effective for:

- Dental phobia
- Preparation for surgery
- Acute and chronic pain management
- Gag reflex
- Bruxism
- Excessive salivation and bleeding
- Paediatric patients through imagery and reframing

Ego-State Therapy and dental trauma in children

John and Helen Watkins (1970s) propose Ego State Therapy. Phillips & Frederick developed the SARI model (Safety – Access – Resolution – Integration) model.

In dentistry:

we do not perform psychotherapy, but we do address conditioned somatic states, catastrophic anticipation, and reactive anxiety.

Current hypnodontics, as reflected in my practice: Induction with Silicone Spheres



Figure 1. Induction with silicone spheres in a training session

For years, I have been using a sensory-motor induction developed from contemporary work, clinical observation, and the real needs of anxious patients.

I call it Silicone Sphere Induction (SSI), and it is one of the cornerstones of my training programmes.

First-person description

I invite the patient to hold two soft silicone spheres, one in each hand.

I ask them to simply explore their texture, temperature and weight.

As they do so, their breathing regulates, their focus and the nervous system begins to relax.

I suggest you imagine that each exhalation 'empties' the sphere, and each inhalation 'expands' it.

Soon, your hands begin to make micro-movements automatically.

When I notice the change in tone and gaze, I introduce a suggestion of light catalepsy.

From that point on, the trance progresses smoothly and safely.

It is a brief, sensory, elegant and very accessible induction for the dental patient.

The 9 steps summarized:

1. Presentation of the spheres and permission.
2. Conscious tactile exploration.
3. Focus on breathing and touch.
4. Micro-rhythm: "the sphere empties, fills".
5. Automation of movement.
6. Changes in muscle tone and trance signals.
7. Introduction of light catalepsy.
8. Specific suggestions: calmness, orofacial relaxation, analgesia.
9. Anchoring and response verification.



Figure 2. Clinical variation of sensory induction in the supine position

Conclusion: The emotional future of Dentistry

Dental hypnosis has a history spanning almost two centuries and is witness to an immutable clinical truth: The patient is not a tooth; they are a complete system.

The dentistry of the future will be more humane,

- more sensitive,
- more cognitive,
- more emotional, more inclusive, or it will not be.
- Dental hypnosis does not replace technique; it complements it.

It does not replace chemical anaesthesia; it amplifies it.

It does not compete with technology; it restores humanity.

And at that intersection –between technical precision and care for the soul– is where I have found my calling.

Referencias

Braid, J. (1843). *Neurypnology: Or the Rationale of Nervous Sleep*. London: John Churchill.

Bramwell, J. M. (1906). *Hypnotism: Its History, Practice and Theory*. London: William Rider & Son.

Clarke, J. H. (1996). Psychological aspects of dental care. *British Dental Journal*, 180(1), 17–22.

Elliotson, J. (1843–1856). *The Zoist: Journal of Cerebral Physiology & Mesmerism*. London.

Facco, E., & Zanette, G. (2017). The odyssey of dental anxiety: towards a modern neurocognitive understanding. *British Dental Journal*, 223, 10–16.

Frederick, C., & Phillips, M. (1995). *Healing the Divided Self: Clinical and Ericksonian Hypnotherapy for Post-Traumatic and Dissociative Conditions*. New York: Norton.

Frost, R. (1959). A short history of hypnosis in dentistry. *Dental Digest*, 65, 1–5.

Giddon, D. B., & Anderson, N. (2006). The psychological significance of the mouth. *Journal of Dental Education*, 70(10), 105–112.

Gravitz, M. (1988). Hypnosis in the dentist's office: A historical review. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 36, 67–79.

Kane, G., & Olness, K. (2004). *Hypnosis and Hypnotherapy with Children*. New York: Routledge.

Kroger, W. S. (1977). *Clinical and Experimental Hypnosis*. 2nd ed. Philadelphia: Lippincott.

Landa, E. (1953). Psychosomatic dentistry. Journal of the American Dental Association, 46, 1–8.

Lemaire, B. (2024). Aplicaciones de la hipnosis elmaniana en odontología. Documento interno, Berlin Congress 2025.

Mehrstedt, M., & Wikström, P. O. (1997). The first dental hypnosis procedures in the 19th century. European Journal of Clinical Hypnosis, 4(2), 45–52.

Moss, A. (1953). Hypnodontics: The New Approach to Dentistry. New York: Hypnodontic Society Publications.

Moss, D., & Willmarth, E. (2019). Hypnosis, anesthesia, pain management, and preparation for medical procedures. Annals of Palliative Medicine, 8(4), 498–503.

Phillips, M., & Frederick, C. (1995). The SARI Model of Trauma Healing. In Healing the Divided Self. New York: Norton.

Rausch, V. (1980). Self-hypnosis during abdominal surgery: A report. American Journal of Clinical Hypnosis, 23(2), 123–130.

Robertson, D. (2009). The Discovery of Hypnosis: The Complete Writings of James Braid. UK: National Council for Hypnotherapy Press.

Rucker, L. (2019). Psychological interactions in the dental setting: neglected

foundations. Journal of Dental Practice Management, 37, 28–34.

Ryan, D. (1946). The psychic aspects of dental treatment. Journal of the American Dental Association, 33, 63–68.

Schmierer, A. (1994). Fundamentos de hipnosis clínica dental. DGZH Publications.

Stolzenberg, A. (1950). Psychogenic factors in dental care. Journal of Dentistry and Medicine, 3, 105–114.

Watkins, J., & Watkins, H. (1978). Ego-state therapy and hypnotic dissociation. American Journal of Clinical Hypnosis, 21, 215–222.

Winn, A. (1965). The Dictionary of Hypnosis. New York: Philosophical Library.

Wikström, P. O. (1997). History of hypnosis in dentistry. Nordic Dental Journal, 19, 55–61.

Artículo del Royal College of Surgeons (2015). Hypnosis in dentistry: modern applications. Disponible en: <https://publishing.rcseng.ac.uk/doi/10.1308/rcsfdj.2015.172>

Marcello Romei

Clinical Hypnologist. Diploma in Dental Hypnosis at AUDHIC.



*"They say that life is for those who know how to live, but no one is born prepared.
Life is for anyone who is brave enough to take risks
new and humble enough to learn them."
—Clarice Lispector*

Mucho más allá de la técnica: Hipnosis clínica como método de acceso a la conciencia

Francisco Marques

Introducción

La hipnosis clínica ha sido, a lo largo de las últimas décadas, objeto de un interés creciente tanto por parte de profesionales de la salud como del público general. Para algunos, se trata de una herramienta complementaria aplicada en psicología o medicina; para otros, representa un método terapéutico autónomo capaz de acceder a dimensiones profundas de la experiencia humana. [1–8]

En este artículo se propone una reflexión fundamentada sobre el alcance de la hipnosis clínica como práctica centrada en la conciencia, problematizando las lecturas que la confinan a un estatuto meramente instrumental. [5–10,11]

Esta aproximación se dirige tanto a lectores que buscan comprender la diversidad de prácticas existentes (psicólogos, hipnoterapeutas y otros profesionales de la salud), como a clientes que desean clarificar el tipo de intervención que buscan. La distinción entre hipnosis como herramienta e hipnosis como método es, en este contexto, fundamental. [5–9]

Hipnosis clínica: entre la tradición y la actualidad

A pesar de su larga historia y de la amplia documentación empírica sobre su eficacia, la hipnosis clínica es con frecuencia presentada, en contextos académicos ligados a la psicología, como una técnica

auxiliar sin autonomía conceptual. [5–9,11–15] Esta visión se debe en gran parte a la hegemonía del modelo biomédico y cognitivo-conductual, en el cual la intervención terapéutica se centra predominantemente en pensamientos, creencias, emociones y conductas, entendidos a través del funcionamiento cerebral y de su relación con el entorno. [11–14,16,17]

La evidencia disponible muestra que la hipnosis incrementa la eficacia de distintas terapias psicológicas, en particular en el manejo del dolor crónico y de otros síntomas persistentes. [1–4,12-14,16,17] Metaanálisis y ensayos clínicos han documentado reducciones clínicamente significativas en la intensidad del dolor y en el sufrimiento asociado cuando se integra la hipnosis en programas de tratamiento psicológico y médico. [1–5,12-14,16,17]

Sin embargo, limitar la identidad de la hipnosis a este papel instrumental empobrece su potencial. Desde la perspectiva aquí defendida, tal encuadre reduce el alcance de la hipnoterapia y oscurece su naturaleza más profunda: la posibilidad de trabajar directamente con los contenidos de la conciencia y con las causas subjetivas que sostienen el sufrimiento psicológico. [11,18-25]

Los abordajes exclusivamente patologizantes se revelan insuficientes cuando se trabaja de forma genuinamente centrada en la persona. [11,18–23] La

restauración de la salud psicológica y de la homeostasis interna no depende solo de la gestión de síntomas, sino también de la comprensión de las dinámicas internas que los originan. [11,18–20,22-25] Es precisamente en este nivel donde la hipnosis clínica puede demostrar su mayor contribución terapéutica. [1,2,5–9,11,18,20]

Autonomía epistémica de la hipnosis

La hipnosis posee precedencia histórica sobre la psicología como ciencia formal, lo que contribuye a su estatuto autónomo. [8,9,15,21,22] Su evolución atraviesa diferentes tradiciones —médicas, filosóficas, espirituales y psicológicas— y dio lugar a metodologías propias, independientes de cualquier modelo único. [11,15,21,22,26,27] Esta transversalidad, desde nuestra perspectiva, la vuelve incompatible con tentativas de apropiación disciplinar estricta.

Entendida como método, la hipnosis no se limita a suprimir síntomas, sino que busca comprender y transformar las causas profundas que los sostienen. [1,2,11,18-20,23] En este sentido, la hipnosis se aproxima a enfoques que trabajan con el significado, la biografía y la dimensión existencial de la experiencia humana, tal como se observa en las terapias de enfoque humanista, existencial y centrado en el significado. [11,20,24,25,28,29] Este movimiento encuentra expresión ejemplar en el trabajo de Milton Erickson, cuyo enfoque dinámico y narrativo abrió el campo a modelos posteriores, incluida la hipnosis transpersonal, marcada por una perspectiva humanista, experiencial y profundamente respetuosa del ritmo de la conciencia. [21,22,26,27,30] La hipnosis transpersonal y otras formas de trabajo con estados modificados de conciencia reflejan esta orientación, integrando

dimensiones simbólicas, espirituales y experienciales que no se reducen a modelos puramente conductuales o biomédicos. [21,22,26,27,30]

Cuando se utiliza como método, la hipnosis permite acceder a creencias centrales, patrones emocionales y estructuras simbólicas que influyen directamente en el funcionamiento psicológico. Este nivel de intervención trasciende la dimensión técnica y se aproxima a un diálogo estructurado con la conciencia del paciente. [18-27,30]

El papel del hipnoterapeuta: facilitador de la conciencia

En esta perspectiva, el hipnoterapeuta es un facilitador capaz de crear las condiciones necesarias para que la conciencia del cliente revele sus contenidos disfuncionales de forma espontánea y autorregulada. [5,8,9,11] Para ello hace uso de técnicas hipnóticas, pero no se limita a ellas. Su función requiere:

- apertura fenomenológica,
- suspensión temporal de presupuestos teóricos rígidos,
- capacidad de escucha profunda e intuitiva,
- atención a las manifestaciones simbólicas y preverbales,
- comprensión interdisciplinar de la condición humana.

[11,21,22,26,27,30,31]

La intervención hipnológica no parte de una “tabla rasa”, pero tampoco se encuentra condicionada por modelos cerrados. El terapeuta mantiene una actitud de disponibilidad integral,

permitiendo que la experiencia del cliente se manifieste en su totalidad —racional, emocional, simbólica y corporal. [11,18-23,26,27,30]

La calidad de la relación terapéutica, del *rapport* y de la sintonía consciente entre terapeuta y cliente constituye uno de los principales factores de eficacia de la hipnosis clínica. [5,8,9,11,21] Además, una formación que incluya aportaciones de antropología, filosofía, sociología, estudios espirituales y de la propia historia de la hipnosis amplía la capacidad del terapeuta para comprender la diversidad de expresiones de la conciencia. [11,21,22,26,27,30,31]

La complejidad del “setting” hipnológico

El trabajo clínico con hipnosis implica fenómenos que no son totalmente captables por los modelos nosológicos convencionales. Aunque las categorías diagnósticas puedan ofrecer un marco útil, la práctica demuestra que gran parte de los contenidos que emergen en estado hipnótico no encajan de forma rígida en clasificaciones formales. [5,8,9,11-14,32]

La conciencia, cuando se accede a ella en un estado modificado, se presenta a menudo de forma simbólica, metafórica o en imágenes, exigiendo del terapeuta una capacidad interpretativa sutil y culturalmente informada. [11,21,22,26,27,30,31,33] Relatos clínicos describen experiencias de *insight* intenso, reorganizaciones espontáneas de significado o manifestaciones subjetivas que, aunque difíciles de clasificar según criterios estrictamente biomédicos, presentan relevancia terapéutica evidenciada por la evolución del paciente. [1,2,5,11,18-20,23] Estos fenómenos, a veces denominados «no convencionales»,

forman parte integrante de muchas tradiciones hipnológicas y no deben interpretarse automáticamente como patología. [5,8,9,11,15,21,22,26,27,30]

En el campo del duelo, por ejemplo, la hipnosis se ha utilizado tanto para trabajar con niños y adultos en situaciones de pérdida traumática, como para facilitar procesos de integración simbólica del vínculo con el fallecido. [11,31,34,35,36–38] Estudios de caso y series clínicas ilustran cómo los estados hipnóticos permiten acceder a contenidos emocionales complejos, facilitando la expresión segura del dolor y la reconfiguración del vínculo interno con la persona perdida. [11,31,34-39]

Uno de los elementos diferenciadores de la hipnosis como método es precisamente su capacidad para movilizar recursos internos profundos, favoreciendo reorganizaciones terapéuticas que se prolongan más allá del espacio clínico. [1,2,5,11,18-20,23] El proceso hipnótico no termina con la sesión; continúa operando en la vida subjetiva del cliente, otorgándole plasticidad emocional y cognitiva. [11,18-20,22,23]

Paradigmas terapéuticos contemporáneos: un análisis crítico

En los contextos académicos de la psicología y de la medicina se observa a menudo una preferencia por modelos terapéuticos que se ajustan al paradigma científico dominante. Las terapias cognitivo-conductuales (TCC) se han convertido, por este motivo, en el estándar recomendado en varias directrices profesionales. [12-14,16,17] Revisiones sistemáticas y metaanálisis indican que las terapias psicológicas para el dolor crónico, incluyendo TCC y abordajes relacionados, presentan beneficios clínicos, pero

generalmente con tamaños de efecto pequeños a moderados. [12-14,16,17]

En muchos contextos, la hipnosis se integra en la TCC como técnica auxiliar, siendo presentada como potenciadora de la eficacia cognitivo-conductual. [1-4,5,7,11-14,16-20] Aunque esta combinación muestra resultados positivos, especialmente en la modulación del dolor y de la ansiedad, la intervención se mantiene centrada, en estos casos, en el control sintomatológico, sin abordar necesariamente las causas internas que originan el sufrimiento. [11,18-20,23-25]

Además, cuando la hipnosis se incorpora dentro de otro modelo, su papel tiende a ser secundarizado; los resultados alcanzados se atribuyen a menudo al modelo dominante y no a la intervención hipnótica en sí. Esto refleja un fenómeno epistemológico más amplio: aquello que se ajusta al paradigma vigente es legitimado, mientras que lo que lo trasciende tiende a ser marginalizado. [40]

Limitaciones del modelo de evidencia convencional

Los métodos tradicionales de investigación empírica —ensayos controlados aleatorizados, protocolos altamente estandarizados, seguimientos breves— no captan la complejidad real de la hipnosis clínica. [5-9,11-14,16,17] El “*setting*” hipnológico implica variables relacionales, simbólicas y fenomenológicas que difícilmente se pueden replicar en contextos experimentales muy controlados.

Gran parte de los estudios empíricos existentes es correlacional y se centra en variables de resultado relativamente simples, como intensidad de dolor o puntuaciones de ansiedad. [1-4,11-

14,16,17,32] Esto crea limitaciones significativas para la comprensión del proceso terapéutico. Para quienes practican hipnosis a un nivel profundo, la comprensión de las causas —subjetivas, biográficas y simbólicas— es central para la intervención. [11,18-25] No sorprende, por tanto, que los resultados obtenidos en contextos experimentales controlados no reflejen la riqueza de la práctica clínica. La ciencia, al trabajar con fenómenos complejos y de difícil replicación —como ocurre en la física de partículas o en los estudios contemporáneos de la conciencia— ha ido adaptando metodologías para abordar objetos de estudio no lineales. La hipnosis clínica se beneficiaría de un movimiento semejante. [5-9,11,21,22,26,27,30]

En paralelo, la literatura sobre estados modificados de conciencia inducidos por prácticas mente-cuerpo sugiere que dichos estados pueden desempeñar un papel relevante en la salud mental, en particular cuando se integran en contextos terapéuticos estructurados. [3,11,30,41]

La crítica aquí no se dirige al método científico, sino al uso restrictivo del mismo. El cientificismo —la creencia dogmática de que solo un método es válido— es, por tanto, un obstáculo para la comprensión plena de la hipnosis. Un paradigma que ignora variables subjetivas, simbólicas y relacionales corre el riesgo de reducir la complejidad de la experiencia humana a un conjunto de marcadores operativos. [11,21,22,26,27,31,41]

La psicología en la encrucijada

La psicología moderna enfrenta desafíos internos relacionados con la fragmentación de su corpus teórico y con la hegemonía de abordajes biomédicos y

cognitivo-conductuales. [12-14,16,17,32] Aunque estas aproximaciones tengan relevancia y utilidad, su predominio conduce con frecuencia al olvido de tradiciones fundamentales como:

- la psicología dinámica,
- la psicología analítica,
- las terapias narrativas y existenciales,
- la psicología humanista y la psicología transpersonal. [11,20-22,24-27,30]

Estas tradiciones siguen vivas y se aplican en la hipnosis clínica, sobre todo entre terapeutas eclécticos que eligen abordajes ajustados a las necesidades específicas de cada cliente. [5,8,9,11,21,22,26,30]

El esfuerzo de la psicología contemporánea por afirmar su “cientificidad” la aproxima cada vez más a la medicina; sin embargo, este movimiento, al buscar legitimación externa, corre el riesgo de desvalorizar la complejidad interna de la disciplina. La lucha por el reconocimiento dentro de los sistemas de salud es semejante a la lucha de la propia hipnosis para ver reconocido su potencial terapéutico. [5-9,11,15,32]

Paradójicamente, muchas de las técnicas hoy incorporadas en terapias de tercera generación —como la atención plena, la visualización guiada, la imaginería simbólica y distintas formas de aceptación experiencial— tienen raíces profundas en la historia de la hipnosis y en tradiciones filosóficas y espirituales milenarias. [11,15,20-22,24-30]

Existe, por tanto, un desfase entre la genealogía real de las técnicas y la narrativa académica dominante. Reconocer esa genealogía sería no solo un

acto de rigor histórico, sino también una forma de integrar la hipnosis en sus contextos epistemológicos propios. [11,15,21,22,26,27,30]

El terapeuta de la conciencia: competencias y fundamentos

La expresión “terapeuta de la conciencia”, frecuentemente atribuida al hipnoterapeuta que trabaja con la hipnosis como método, exige clarificación conceptual. Lejos de constituir una mera metáfora, se trata de un encuadre epistemológico que describe al profesional capaz de operar en los diferentes modos de expresión de la conciencia humana —cognitivos, emocionales, simbólicos, somáticos, relacionales y espirituales— sin reducir esa complejidad a explicaciones exclusivamente fisiológicas o conductuales. [11,20-22,24,25,26,27,30,31,41]

La formación necesaria para ejercer esta práctica supera el dominio estricto de la psicología o de la medicina. Aunque el conocimiento en estas áreas sea fundamental, no es suficiente. El trabajo clínico con estados modificados de conciencia requiere:

- formación interdisciplinar (antropología, filosofía, sociología, estudios culturales y espirituales). [11,21,22,26,27,30,31,41]
- competencia fenomenológica en la escucha e interpretación de las vivencias. [11,21,22,26,27,30,41]
- capacidad para reconocer contenidos simbólicos, imagéticos y arquetípicos, tal

como describe la psicología analítica. [11,21,30,41]

- apertura a lo inesperado y flexibilidad para dialogar con manifestaciones no lineales de la experiencia. [11,21,22,26,27,30]
- sensibilidad ética y discernimiento clínico,
- uso con criterio de las propias percepciones e intuiciones, anclado en una sólida formación práctica. [5,8,9,11,21,22]

La conciencia se manifiesta, en estado hipnótico, de formas que desafían con frecuencia los modelos convencionales. Esto no significa que tales fenómenos sean necesariamente “paranormales” o mejor dicho «supranormales», significa que su encuadre exige categorías interpretativas más amplias que las presentes habitualmente en el modelo biomédico. [11,21,22,26,27,30,31,41] El terapeuta de la conciencia no intenta imponer narrativas externas, sino que crea condiciones para que el propio sujeto acceda a los contenidos que sostienen su sufrimiento. Preguntas dirigidas a la conciencia —tal como se expresa en el estado modificado— pueden revelar causas que no emergerían a través de abordajes exclusivamente racionales o discursivos. [1,2,18-27,30]

Contribución de las humanidades y de las tradiciones filosóficas

Gran parte de las psicoterapias contemporáneas tiene raíces filosóficas profundas. Tradiciones como el estoicismo, el budismo, el existencialismo o el neoplatonismo ofrecieron, a lo largo de los siglos, modelos sofisticados de

comprensión de la mente, de la ética y de la experiencia subjetiva. [15,20,24-29,41]

Muchas de estas ideas se encuentran presentes, aunque de forma implícita, en modelos terapéuticos modernos:

- la TCC retoma principios estoicos y cognitivos sobre la interpretación de los acontecimientos. [14,16,17]
- la terapia de aceptación y compromiso y las intervenciones basadas en *mindfulness* integran elementos de aceptación y observación no enjuiciadora de la experiencia. [16,17,24,25]
- la terapia existencial, la Gestalt y las intervenciones centradas en el significado se inspiran directamente en reflexiones filosóficas sobre fenomenología, sentido, libertad y responsabilidad. [20,24,25,28,29]

La hipnosis, cuando se comprende como método, se aproxima a esta perspectiva en la medida en que permite trabajar directamente con el sentido, la identidad y los conflictos profundos del *self*. [1,2,11,18-21,23-27]

Desde este ángulo, no sustituye a la psicoterapia ni se coloca por encima de ella; antes bien, constituye una vía específica de trabajo clínico que puede integrar distintas tradiciones psicoterapéuticas sin reducirse a ninguna. [5,8,9,11,20] Se debe, además, a Bernheim, hipnoterapeuta clínico de la escuela de Nancy, la creación del término «psicoterapia» para designar el trabajo clínico con hipnosis, mucho antes de que la psicología se afirmara como ciencia. [15]

Hipnosis, espiritualidad y conocimiento ancestral

A lo largo de la historia, los estados modificados de conciencia estuvieron presentes en prácticas religiosas, espirituales y culturales de numerosas civilizaciones. La meditación, el trance, la oración repetitiva, el canto rítmico y las prácticas de imaginación simbólica son, esencialmente, formas de modulación de la conciencia. [3,11,15,21,22,26,27,30,41]

Muchas de estas técnicas fueron posteriormente incorporadas en abordajes modernos y representadas como innovaciones terapéuticas. El «mindfulness científico», por ejemplo, es una práctica budista milenaria reclasificada como estrategia cognitivo-conductual. La «acupuntura neurofuncional o médica» es otro caso: a menudo se describe como un avance conceptual, a pesar de basarse en los mismos principios de la acupuntura tradicional revestidos de un lenguaje biofuncional. Este fenómeno no invalida el valor de los nuevos abordajes, pero revela una tendencia histórica a reempaquetar conocimientos antiguos bajo nuevas nomenclaturas, en ocasiones sin reconocer sus genealogías.

En el ámbito de la salud, investigaciones recientes han subrayado el papel de la espiritualidad y de las creencias religiosas en la manera en que las personas interpretan el dolor, el sufrimiento y la enfermedad crónica. [28,29,33,34,42,43] Estudios sobre dolor crónico muestran asociaciones significativas entre espiritualidad, estrategias de afrontamiento y funcionamiento psicológico, con efectos que pueden ser protectores o, en ciertos contextos, generadores de culpa y estigma. [28,29,33,42,43]

La hipnosis clínica, a lo largo de su historia, ha dialogado con estos saberes. Su complejidad conceptual no se agota en la psicología moderna: implica contribuciones transdisciplinares que ayudan a comprender la experiencia humana más allá del plano cognitivo. [21,22,26-28,30,31,33,43]

Dimensión sociocultural de la conciencia

La literatura reciente ha enfatizado el papel de los factores socioculturales, económicos y ambientales en la formación del sufrimiento psicológico. [11,32-39,42-44] La conciencia humana no es un fenómeno aislado; se manifiesta en relación constante con el entorno. Esta perspectiva ya está presente en reflexiones clásicas sobre el malestar en la cultura y se ve reforzada por la idea de que “el ser humano es él y su circunstancia”. [1,2,7,44,45]

La práctica hipnológica no puede ignorar las circunstancias que moldean al sujeto —desde la estructura familiar y sociocultural hasta el contexto histórico, espiritual y simbólico. [11,32-39,42-45] El trabajo terapéutico con la conciencia debe integrar todas estas dimensiones, reconociendo que la subjetividad se construye siempre en relación con el mundo. [20-22,31-34,36-38,42-45]

Complejidad y responsabilidad en el trabajo con la conciencia

Ser terapeuta de la conciencia implica más que disponer de técnicas o de títulos académicos. Implica cultivar:

- sabiduría práctica,
- disponibilidad interna,
- capacidad de autorreflexión,

- interrogación constante sobre el propio método,
- humildad epistemológica,
- coraje para lidiar con lo inesperado,
- respeto por la singularidad irrepetible de cada paciente. [11,21,22,26,27,31]

La clínica de la conciencia es, simultáneamente, clínica del sujeto y clínica del propio terapeuta, que se transforma al acompañar la transformación del otro.

[11,21,22,25,26,27,31] Esta intersubjetividad es uno de los elementos más profundos del trabajo hipnológico y constituye una de sus singularidades epistemológicas. [5,8,9,11,21,22,26,27,30]

El potencial terapéutico de la conciencia en la hipnosis clínica

Cuando se comprende como método y no solo como técnica complementaria, la hipnosis clínica revela un potencial terapéutico que supera los límites de muchos abordajes psicoterapéuticos convencionales. [1–9,12-14,16,17,32] Esto no se debe a ninguna propiedad “mística” de la hipnosis, sino a su capacidad para facilitar el acceso a contenidos profundos de la conciencia y para movilizar procesos espontáneos de reorganización interna. [1,2,11,24,25,41]

La salud, tal como la concibe Gadamer, es una disposición fundamental de la persona.[22] No es algo que el terapeuta “opera” directamente, sino algo que emerge de la capacidad natural del organismo para reequilibrarse. La hipnosis, al profundizar el contacto con los estados internos del sujeto, actúa precisamente

sobre esta dinámica autorreguladora de la conciencia. [11,18-21,23,25-27,41]

Durante el trance hipnótico, el sujeto puede acceder a memorias, emociones, patrones simbólicamente estructurados y significados existenciales que no se encuentran inmediatamente disponibles en estados ordinarios de conciencia. [11,18-22,23,26,27,30,41] Este acceso no implica una “regresión literal” ni la reproducción factual de eventos; implica, más bien, la reconstrucción experiencial de contenidos que organizan la vida interna. [1,2,11,18-21,23,24-27,41]

La capacidad de trabajar sobre tales contenidos permite:

- clarificar causas subjetivas del sufrimiento,
- resignificar experiencias biográficas,
- disolver patrones emocionales profundamente arraigados,
- integrar contenidos disociados,
- promover una organización simbólica coherente,
- facilitar cambios duraderos en el funcionamiento psicológico. [18-25]

La eficacia terapéutica de la hipnosis resulta, por tanto, de la interacción entre procesos de sugestión, disponibilidad interna, imaginación, simbolización y autorregulación fisiopsicológica. [1–4,5,11-14,16-28,43]

Más allá de la modulación sintomática

Gran parte de las intervenciones psicológicas contemporáneas se concentra en la modulación sintomática —reducción de la ansiedad, disminución del dolor,

control de la rumiación, regulación del estado de ánimo. [12-14,16,17] Estas intervenciones son valiosas y, en muchos casos, esenciales. Sin embargo, no abordan necesariamente las causas que sostienen tales síntomas. [11,18-25]

La hipnosis clínica, cuando se utiliza como método, puede actuar en ambos niveles:

1. Modulación de los síntomas (a través de sugestión, relajación, imaginación guiada, analgesia hipnótica, etc.) [1-4,5,12-14,16,17]

2. Reestructuración de las causas internas, actuando en el nivel profundo de la conciencia, donde se organizan las narrativas centrales de la identidad y de la experiencia. [11,18-22,23,24,25]

Esta segunda dimensión es particularmente relevante en casos de trauma, dolor crónico, duelo complicado, trastornos disociativos, perturbaciones de ansiedad complejas y sufrimiento existencial. [1,2,5,11-14,16,17,20,23-25,28,29,31,33-39,42,43]

Hipnosis clínica y la cuestión de la causalidad

Una de las críticas recurrentes a la hipnosis se refiere al modelo de evidencia científica disponible, con frecuencia basado en correlaciones y medidas de corto plazo. [1-4,5-9,11-14,16,17,32] Sin embargo, cuando se aplica como método, la hipnosis opera en un paradigma distinto, más próximo a las ciencias fenomenológicas y a los estudios de la conciencia que a ciertos enfoques experimentales tradicionales. [11,21,22,26,27,30,31]

La clínica hipnológica muestra que:

- los síntomas son con frecuencia expresiones de causas subjetivas,
- la conciencia utiliza metáforas, simbolismos e imágenes para comunicar disfunciones internas [11,21,41,44],
- el cambio terapéutico duradero requiere identificar el origen del problema, [1,2,11,18-25]
- y la literatura biomédica, centrada en la fisiología y en la conducta observable, no siempre consigue traducir esta complejidad. [12-14,16,17,22,32]

La causalidad en hipnosis no es lineal; es narrativa, simbólica, experiencial y, simultáneamente, biográfica y fenomenológica. [1,2,11,18-21,23,24,25] Trabajar directamente con estas dimensiones permite resultados que superan el mero alivio inmediato de los síntomas y favorecen transformaciones clínicas más profundas. [1,2,5,7,11-14,16,17,20,23,41]

Hipnosis clínica como campo de desarrollo continuo

Como cuerpo de conocimiento, la hipnosis clínica continúa evolucionando. Su historia demuestra una notable capacidad de adaptación, integrando contribuciones procedentes de diversas disciplinas: psicología, medicina, fenomenología, neurociencias, espiritualidad comparada y filosofías del *self*. [1-9,11,15,20,21,23-27,30-32,41,43,44]

En la actualidad, la hipnosis se encuentra especialmente bien posicionada para responder a desafíos contemporáneos como:

- el aumento del dolor crónico y de los síndromes de sufrimiento persistente, [1-4,5,11-14,16,17,20,23,28,29,32-34,42,43]
- el sufrimiento existencial asociado a crisis de sentido, [11,20,23-25,28,29]
- la intensificación de problemas emocionales derivados de factores socioculturales y espirituales, [11,28-30,32-39,42,43]
- la necesidad de abordajes terapéuticos más integrativos, centrados en la persona, [11,20-27,30-32,43]
- y el reconocimiento del papel de la conciencia en la salud y en la enfermedad. [11,20-27,30-32,41,43]

Un trabajo estructurado sobre estos estados permite:

- explorar contenidos inaccesibles en estados ordinarios de conciencia [1,2,11,41],
- favorecer reorganizaciones espontáneas,
- movilizar recursos internos,
- integrar experiencias fragmentadas,
- y promover resiliencia psicológica. [11,18-27,30,41,43]

La amplitud de estas posibilidades confirma la relevancia de comprender la hipnosis no solo como técnica auxiliar, sino como método terapéutico pleno. [11,18-21,23-27,30,43]

Los estados modificados de conciencia — cuando están bien acompañados— ofrecen

un conjunto de posibilidades clínicas difícilmente equiparables a otras modalidades terapéuticas. [1-3,5,18-22,24-27,30,43]

Entre técnica y método: una síntesis necesaria

A partir del análisis desarrollado, se vuelve evidente que la distinción entre hipnosis como herramienta e hipnosis como método es más que una cuestión terminológica: se trata de una diferencia epistemológica y clínica sustancial. [5,8,9,11,15,20-22,26,27,30]

Cuando se utiliza como herramienta, la hipnosis se integra en modelos terapéuticos preexistentes, con el objetivo de aumentar la eficacia de abordajes convencionales. Sus efectos se miden entonces principalmente en términos de:

- reducción de síntomas,
- refuerzo de la motivación para el cambio,
- facilitación del aprendizaje cognitivo,
- modulación fisiológica. [1-4,5,12-14,16,17]

Este uso es legítimo y clínicamente valioso.

Cuando se comprende como método, sin embargo, la hipnosis estructura todo el proceso terapéutico a partir de la conciencia —de sus capas simbólicas, de su organización funcional y de su potencial autorregulador. [11,18-27,41] En esta perspectiva, el foco no se limita a gestionar síntomas, sino a comprender y transformar los patrones internos que les dan origen.

El método hipnológico implica:

- atención a las causas y no solo a las expresiones superficiales del sufrimiento,
- apertura al lenguaje propio de la conciencia, que se manifiesta de forma simbólica, imagética y experiencial,
- reconocimiento de que el cambio profundo emerge muchas veces de reorganizaciones internas que tienen lugar más allá del discurso racional,
- comprensión de que cada proceso terapéutico es singular, no replicable e irrepetible. [11,18-27,30]

Así, la hipnosis como método no «sustituye» a otras terapias, sino que constituye un marco autónomo capaz de integrarlas cuando es necesario, sin dejarse reducir a ninguna. [11,18-21,23-27,30]

Competencias centrales del hipnoterapeuta-método

La práctica hipnológica exige un conjunto de competencias avanzadas que trasciende la mera ejecución de técnicas. El profesional que opera a través de la conciencia debe cultivar:

Competencias relacionales

- empatía profunda,
- presencia clínica estable,
- *rapport* consciente,
- capacidad de correulación emocional. [5,8,9,11,21,22]

Competencias fenomenológicas

- escucha no interpretativa,

- atención a microexpresiones emocionales y corporales,
- lectura simbólica y metafórica de los contenidos emergentes,
- flexibilidad interpretativa sin proyección teórica excesiva. [11,21,22,26,27,30,31]

Competencias epistemológicas

- capacidad de suspender presupuestos rígidos,
- apertura a lo desconocido y a lo inesperado,
- discernimiento ético y crítico,
- comprensión de las limitaciones de los modelos exclusivamente biomédicos. [11,21,22,26,27,31,32]

Competencias técnicas

- dominio de la sugestión y de los estados modificados de conciencia,
- capacidad de facilitar reorganizaciones internas profundas,
- conocimiento avanzado de las dinámicas de trauma, dolor y disociación. [1,2,5-9,11-14,16,17,20,23,32,41]

Estas competencias no están garantizadas por la posesión de un título académico, sino que se desarrollan por medio de la práctica continua, la supervisión cualificada, la madurez personal y la reflexión ética permanente. [11,21,22,24-27,31,32]

Conciencia, interacción y transformación

Uno de los aspectos más singulares de la hipnosis como método es la forma en que

moviliza la intersubjetividad terapéutica. El proceso no implica solo al paciente: implica la relación viva entre terapeuta y cliente, donde significados son co-construidos y reorganizados. [11,20-22,24-27,30,31]

Durante el trance, el terapeuta:

- acompaña al sujeto sin dirigirlo,
- facilita procesos internos sin forzarlos,
- reconoce que el cambio profundo emerge de la propia conciencia del cliente,
- utiliza su presencia como instrumento terapéutico. [5,8,9,11,21,26,27,30]

La transformación ocurre cuando el sujeto, en un estado de apertura y seguridad, se confronta con contenidos hasta entonces inaccesibles y encuentra nuevas formas de reorganización. Se trata de un proceso intrínsecamente activo y autorregulado, y no pasivo o meramente heterosugestivo. [1,2,5,11,18-21,23-25]

La hipnosis como camino terapéutico

La práctica hipnológica, entendida como método, se integra en una amplia tradición de trabajo con la conciencia presente en diversas culturas y periodos históricos. Se convierte, así, en algo más que un conjunto de técnicas: en un camino terapéutico que articula ciencia, experiencia y comprensión profunda de la condición humana. [1,2,11,15,20-27,30-32,43]

Cuando se utiliza con rigor, la hipnosis:

- respeta la complejidad del sujeto,
- evita reduccionismos,

- es sensible a las dimensiones culturales, espirituales y existenciales,
- promueve una comprensión integrada del sufrimiento,
- facilita procesos genuinos de curación psicológica y emocional. [11,20-28,31-39,42,43]

Conclusión: la hipnosis clínica como método de trabajo con la conciencia

La reflexión desarrollada a lo largo de este artículo permite sostener que la hipnosis clínica no debe entenderse solo como una técnica complementaria integrada en modelos terapéuticos dominantes. Aunque desempeñe, en estos contextos, un papel relevante y empíricamente validado, [1-9,12-14,16,17,32] su alcance supera ampliamente la esfera instrumental. [18-27,30,32,43]

Cuando se utiliza como método, la hipnosis clínica se presenta como una vía estructurada de acceso a la conciencia y a sus múltiples capas de expresión. A través de este enfoque es posible:

- explorar las causas profundas que sostienen el sufrimiento psicológico,
- resignificar experiencias biográficas y simbólicas,
- reorganizar patrones emocionales y cognitivos,
- integrar contenidos disociados,
- movilizar recursos internos orientados a la curación y al desarrollo personal. [1,2,11,18-27,30,32,41,43]

Este trabajo no es meramente sintomático. Es ontológico: implica la forma en que el sujeto se comprende, se narra y se relaciona consigo mismo y con el mundo. [11,20,22-27,30-32,41,43,45]

Conciencia como núcleo operativo de la hipnosis clínica

La hipnosis clínica, entendida desde esta perspectiva, no se limita a inducir estados alterados de conciencia. Opera dentro de un paradigma en el que la conciencia es, al mismo tiempo, el medio, el campo, el instrumento y el objeto de la intervención. [11,18-22,24-30,41,45]

Esta centralidad de la conciencia confiere a la hipnosis una singularidad clínica que no encuentra paralelo en abordajes exclusivamente cognitivo-conductuales o biomédicos.[11] Los contenidos que emergen en estado hipnótico —sean memorias autobiográficas, metáforas, imágenes, emociones o epifanías— no son accesorios, sino vehículos a través de los cuales la mente organiza significado y reconfigura sus experiencias. [1,2,11,18-22,24-27,30,41]

Trabajar terapéuticamente con estas expresiones requiere sensibilidad, competencia fenomenológica y formación interdisciplinar. [11,21,22,26,27,30,31] El terapeuta de la conciencia no se limita a aplicar técnicas: facilita la emergencia de procesos internos que la propia persona, en un ambiente de seguridad y confianza, puede reconocer, integrar y transformar. [11,18-21,23-27]

La hipnosis en el contexto de la práctica clínica contemporánea

En un contexto de creciente prevalencia de dolor crónico, trastornos de ansiedad, duelo complejo, sufrimiento existencial y

trastornos relacionados con el estrés, la hipnosis clínica surge como una aproximación particularmente adaptada a las exigencias contemporáneas. [1-4,11-14,16,17,20,23,28,29,32-34,42,43]

Los sistemas de salud podrían beneficiarse de su integración estructurada, dada su seguridad, su potencial para reducir costes, su versatilidad y su eficacia en casos resistentes a abordajes convencionales. [1-5,7,8,11-14,16,17,20,23,32,28,29,42,43]. Los estudios de eficacia en dolor crónico, trauma y sufrimiento complejo indican que la hipnosis puede actuar como un componente central o complementario en programas integrativos, con beneficios clínicamente relevantes y costes a menudo relativamente bajos. [1-4,5-8,11-14,16,17,20,23,28,29,42,43]

No obstante, la integración plena de la hipnosis depende del reconocimiento de su especificidad epistemológica. Reducirla a una técnica empobrece la comprensión de aquello que hace eficaz la intervención hipnológica: la capacidad de intervenir en la conciencia como campo dinámico y estructurante de la experiencia humana. [11,18-22,24-27,30,45]

Una perspectiva para el futuro

La hipnosis clínica se encuentra hoy en una encrucijada semejante a la que la psicología ha enfrentado en distintos momentos de su historia. [41,42] Por un lado, existe una presión institucional para presentar la hipnosis como técnica de aplicación estandarizada, fácilmente operacionalizable en protocolos rígidos. Por otro lado, existe un camino más exigente —pero también más fiel a su naturaleza— que consiste en afirmarla como método autónomo, con lugar propio en el panorama de las aproximaciones

terapéuticas basadas en la conciencia. [5,8,9,11,18-22,24-27,30,41,45]

La elección entre estas dos vías no es apenas técnica, sino profundamente epistemológica. Si la hipnosis se limita a aquello que es fácilmente cuantificable, corre el riesgo de perder la riqueza que la caracteriza desde su origen. Si, por el contrario, asume la complejidad de su objeto de estudio —la conciencia— podrá contribuir de forma decisiva a la renovación de las ciencias psicológicas y a una comprensión más amplia e integrada del sufrimiento humano. [11,20-27,30,32,41,43,45]

Síntesis final

La hipnosis clínica se sitúa entre la técnica y el método, pero es en el dominio metodológico donde revela toda su potencia. [11,18-22,24-27,30,45] Como técnica, es útil; como método, es transformadora. Su contribución para la salud humana no reside apenas en la capacidad de aliviar síntomas, sino sobre todo en permitir que el sujeto acceda a los procesos internos que configuran su experiencia y encuentre, a partir de ellos, caminos propios de reorganización y curación. [11,18-27,30,32,41,43,45]

Así entendida, la hipnosis no es solo una herramienta terapéutica. Es una vía de trabajo con la conciencia, profundamente enraizada en la tradición humana de comprender la mente, el sufrimiento y el potencial de transformación interior. [1,2,11,20-28,30,32,41,43,45].

Referencias

1. Almeida Marques FXD, et al. Hypnosis is more effective than clinical interviews: Occurrence of trauma in fibromyalgia. *Int*

J Clin Exp Hypn. 2018;66(1):3-18. doi:10.1080/00207144.2018.1396104

2. De Almeida Marques FX, et al. Causal attributions of potentially traumatic life events in fibromyalgia patients. *Int J Rheum Dis.* 2019;22(12):2170-7. doi:10.1111/1756-185X.13739

3. Corso SF, O'Malley KY, Subaiya S, Mayall D, Dakwar E. The role of non-ordinary states of consciousness occasioned by mind-body practices in mental health illness. *J Affect Disord.* 2023;335:166-76.

4. De-Diego-Cordero R, Velasco-Domínguez C, Aranda-Jerez A, Vega-Escañó J. The spiritual aspect of pain: An integrative review. *J Relig Health.* 2023;63(1):159-84.

<https://doi.org/10.1007/s10943-023-01890-9>

5. Häuser W, et al. The efficacy, safety and applications of medical hypnosis: A systematic review of meta-analyses. *Dtsch Arztebl Int.* 2016;113(17):289-96. doi:10.3238/arztebl.2016.0289

6. Montgomery GH, DuHamel KN, Redd WH. A meta-analysis of hypnotically induced analgesia: How effective is hypnosis? *Int J Clin Exp Hypn.* 2000;48(2):138-53.

<https://doi.org/10.1080/00207140008410045>

7. Rosendahl J, et al. Meta-analytic evidence on the efficacy of hypnosis for mental and somatic health issues: A 20-year perspective. *Front Psychol.* 2024. doi:10.3389/fpsyg.2023.1330238

8. Milling LS, editor. Evidence-based practice in clinical hypnosis. Washington,

DC: American Psychological Association; 2023. doi:10.1037/0000347-000.

9. Lynn SJ, Green JP. An introduction to the practice of clinical hypnosis. In: Milling LS, editor. Evidence-based practice in clinical hypnosis. Washington, DC: American Psychological Association; 2023. p.3-27. doi:10.1037/0000347-001.

10. Lynn SJ, Green JP, Kirsch I, Capafons A. Grounding hypnosis in science: The “new” APA Division 30 definition of hypnosis as a step backward. *Am J Clin Hypn*. 2015;57(4):390-401. doi:10.1080/00029157.2015.1011472.

11. Hawkins, P.J., *Hipnosis & Estrés*. Desclée De Brouwer; Sep. 2007. ISBN-10: 8433021753. ISBN - 13: 978-8433021755.

12. Williams ACdeC, Eccleston C, Morley S. Psychological therapies for the management of chronic pain (excluding headache) in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012–2020;(11):CD007407. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007407.pub3>

13. Sanabria-Mazo JP, Colomer-Carbonell A, Fernández-Vázquez Ó, et al. A systematic review of cognitive behavioral therapy-based interventions for comorbid chronic pain and clinically relevant psychological distress. *Front Psychol*. 2023;14:1200685. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1200685>

14. Ehde DM, Dillworth TM, Turner JA. Cognitive-behavioral therapy for individuals with chronic pain: Efficacy, innovations, and directions for research. *Am Psychol*. 2014;69(2):153-66. <https://doi.org/10.1037/a0035747>

15. Tortosa F, González-Ordi H, Miguel-Tobal JJ. La hipnosis: Una controversia interminable. *Anales de la Psicología*. 1999;15(1):3–25.

16. Veehof MM, Trompetter HR, Bohlmeijer ET, Schreurs KMG. Acceptance- and mindfulness-based interventions for the treatment of chronic pain: A meta-analytic review. *Cogn Behav Ther*. 2016;45(1):5-31. <https://doi.org/10.1080/16506073.2015.1098724>

17. McCracken LM, Vowles KE. Acceptance and commitment therapy and mindfulness for chronic pain: Model, process, and progress. *Am Psychol*. 2014;69(2):178-87. <https://doi.org/10.1037/a0035623>

18. Jensen MP. Hypnosis for chronic pain management. New York: Oxford University Press; 2011. <https://doi.org/10.1093/med:psych/978019772377.001.0001>

19. Jensen MP, Adachi T, Hakimian S. Mechanisms of hypnosis: Toward the development of a biopsychosocial model. *Int J Clin Exp Hypn*. 2015;63(1):34-75. <https://doi.org/10.1080/00207144.2014.961875>

20. Jensen MP, et al. Effects of hypnosis, cognitive therapy, hypnotic cognitive therapy, and pain education in adults with chronic pain: A randomized clinical trial. *Pain*. 2020;161(10):2284-93. doi:10.1097/j.pain.0000000000001943.

21. Jung CG. The archetypes and the collective unconscious. London: Taylor & Francis; 1991. ISBN 9780415058445.

22. Gadamer H-G. O mistério da saúde: O cuidado da saúde e a arte da medicina.

Lisboa: Edições 70; 2009. ISBN 9789724415505.

23. Van der Kolk BA. The body keeps the score: Brain, mind, and body in the healing of trauma. New York: Viking, Penguin Publishing Group; 2014. ISBN 9780670785933.

24. Vos J, Craig M, Cooper M. Existential therapies: A meta-analysis of their effects on psychological outcomes. *J Consult Clin Psychol*. 2015;83(1):115-28. <https://doi.org/10.1037/a0037167>

25. Vos J, Vitali D. The effects of psychological meaning-centered therapies on quality of life and psychological stress: A meta-analysis. *Palliat Support Care*. 2018;16(5):608-32. <https://doi.org/10.1017/S1478951517000931>

26. Hartelius G, Caplan M, Rardin MA. Transpersonal psychology: Defining the past, divining the future. *Humanistic Psychol*. 2007;35(2):135-60.

27. Park CL. Making sense of the meaning literature: An integrative review of meaning making and its effects on adjustment to stressful life events. *Psychol Bull*. 2010;136(2):257-301. <https://doi.org/10.1037/a0018301>

28. Sena MAB, Damiano RF, Lucchetti G, Peres MFP. Defining spirituality in healthcare: A systematic review and conceptual framework. *Front Psychol*. 2021;12:756080.

29. Ferreira-Valente A, Sharma S, Torres S, et al. Does religiosity/spirituality play a role in function, pain-related beliefs, and coping in patients with chronic pain? A systematic review. *J Relig Health*. 2022;61(3):2331-85.

<https://doi.org/10.1007/s10943-019-00914-7>

30. Hartelius G. What is transpersonal psychology? A concise definition based on 20 years of research. *Int J Transpersonal Stud*. 2022;5:1-16.

31. Park S, Kim J, Lee Y, Oh H. Community-based death preparation education: Cultural and individual factors in death awareness and learning. *Front Public Health*. 2022;10:9990089. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.9990089>

32. Patel V, Saxena S, Lund C, et al. The Lancet Commission on global mental health and sustainable development. *Lancet*. 2018;392(10157):1553-98. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31612-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31612-X)

33. Girum Melkamu Tadesse. Sacred suffering and stigma: Cultural pathways to mental health in Ethiopia. *Explore*. 2025;103289. <https://doi.org/10.1016/j.explore.2025.103289>

34. Holloway M, Adamson S, Grant L. Death education in practice: A scoping review. *Omega (Westport)*. 2025. <https://doi.org/10.1177/00302228251338643>

35. Gupta A. Clinical hypnotherapy in grief resolution: A case report. *Indian J Psychol Med*. 2020;42(3):283-5. https://doi.org/10.4103/IJPSYM.IJPSYM_476_19

36. Rosenblatt PC. Grief across cultures: A review and research agenda. In: Stroebe MS, Hansson RO, Schut H, Stroebe W, editors. *Handbook of bereavement research and practice: Advances in theory*

and intervention. Washington, DC: American Psychological Association; 2008. p.207-22.

37. Stroebe MS, Schut H. The dual process model of coping with bereavement: A decade on. *Omega* (Westport). 2010;61(4):273-89. <https://doi.org/10.2190/OM.61.4.b>

38. Stroebe M, Schut H, Boerner K. Models of coping with bereavement: An updated overview. *Estud Psicol*. 2017;38(3):582-607. <https://doi.org/10.1080/02109395.2017.1340055>

39. Iglesias A, Iglesias A. Hypnotic treatment of PTSD in children who have complicated bereavement. *Am J Clin Hypn*. 2005;48(2-3):183-9.

<https://doi.org/10.1080/00029157.2005.10401515>

40. Kuhn, T. S. *The Structure of Scientific Revolutions*. The University of Chicago Press. Apr. 2012. ISBN: 9780226458120.

41. Baruss, I. (2020). *Alterations of Consciousness: An empirical analysis for social scientists* (2nd ed). APA. [doi.org:10.2307/j.ctv1chs19d](https://doi.org/10.2307/j.ctv1chs19d).

42. Najem C, Mukhtar NB, Ayoubi F, et al. Religious beliefs and attitudes in relation to pain, pain-related beliefs, function, and coping in chronic musculoskeletal pain: A systematic review. *Pain Physician*. 2021;24(8):E1163-77.

43. Korkut S, Ülker T, Saatçi G. The power of spiritual well-being: Its relationship with pain intensity, pain management, and pain catastrophizing in individuals with chronic pain. *Pain Manag Nurs*. 2024;25(1):62-8. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2023.09.004>

44. Freud, S. (2016). *El Mal Estar en la Cultura*. Publisher Createspace Independent Publishing Platform. ISBN-10: 1532827261. ISBN-13: 978-1532827266.

45. Park CL. The Meaning Making Model: A framework for understanding meaning, spirituality, and stress-related growth in health psychology. *Eur Health Psychol*. 2013;15(2):40-7.

Francisco Marques

Psicohipnoterapeuta de orientación Humanista y transpersonal.



Far beyond technique: Clinical hypnosis as a method of accessing consciousness

Francisco Marques

Introduction

Over the last few decades, clinical hypnosis has been the subject of growing interest among both health professionals and the general public. For some, it is a complementary tool applied in psychology or medicine; for others, it represents an autonomous therapeutic method capable of accessing deep dimensions of human experience.[1–8]

This article offers a reasoned reflection on the scope of clinical hypnosis as a practice focused on consciousness, questioning interpretations that confine it to a merely instrumental status.[5–10,11]

This approach is aimed both at readers seeking to understand the diversity of existing practices (psychologists, hypnotherapists, and other health professionals) and at clients who wish to clarify the type of intervention they are seeking. The distinction between hypnosis as a tool and hypnosis as a method is, in this context, fundamental.[5–9]

Clinical hypnosis: between tradition and the present day

Despite its long history and extensive empirical documentation of its effectiveness, clinical hypnosis is often presented in academic contexts linked to psychology as an auxiliary technique without conceptual autonomy.[5–9,11–15] This view is largely due to the hegemony

of the biomedical and cognitive-behavioural model, in which therapeutic intervention focuses predominantly on thoughts, beliefs, emotions, and behaviours, understood through brain functioning and its relationship with the environment.[11–14,16,17]

The available evidence shows that hypnosis increases the effectiveness of various psychological therapies, particularly in the management of chronic pain and other persistent symptoms.[1–4,12-14,16,17] Meta-analyses and clinical trials have documented clinically significant reductions in pain intensity and associated suffering when hypnosis is integrated into psychological and medical treatment programmes.[1–5,12-14,16,17]

However, limiting the identity of hypnosis to this instrumental role impoverishes its potential. From the perspective defended here, such a framing reduces the scope of hypnotherapy and obscures its deeper nature: the possibility of working directly with the contents of consciousness and with the subjective causes that underlie psychological suffering.[11,18-25]

Exclusively pathologising approaches prove insufficient when working in a genuinely person-centred way.[11,18–23] The restoration of psychological health and internal homeostasis depends not only on symptom management, but also on understanding the internal dynamics that give rise to them.[11,18–20,22-25] It is

precisely at this level that clinical hypnosis can demonstrate its greatest therapeutic contribution.[1,2,5–9,11,18,20]

Epistemic autonomy of hypnosis

Hypnosis has historical precedence over psychology as a formal science, which contributes to its autonomous status.[8,9,15,21,22] Its evolution spans different traditions—medical, philosophical, spiritual, and psychological—and has given rise to its own methodologies, independent of any single model.[11,15,21,22,26,27] This transversality, from our perspective, makes it incompatible with attempts at strict disciplinary appropriation.

Understood as a method, hypnosis is not limited to suppressing symptoms but seeks to understand and transform the root causes that sustain them. [1,2,11,18-20,23] In this sense, hypnosis is similar to approaches that work with meaning, biography, and the existential dimension of human experience, as seen in humanistic, existential, and meaning-centred therapies.[11,20,24,25,28,29] This movement finds exemplary expression in the work of Milton Erickson, whose dynamic and narrative approach opened the field to later models, including transpersonal hypnosis, marked by a humanistic, experiential and deeply respectful perspective on the rhythm of consciousness. Transpersonal hypnosis and other forms of working with altered states of consciousness reflect this orientation, integrating symbolic, spiritual, and experiential dimensions that cannot be reduced to purely behavioural or biomedical models.

When used as a method, hypnosis allows access to core beliefs, emotional patterns

and symbolic structures that directly influence psychological functioning. This level of intervention transcends the technical dimension and approaches a structured dialogue with the patient's consciousness. [18-27,30]

The role of the hypnotherapist: facilitator of consciousness

From this perspective, the hypnotherapist is a facilitator capable of creating the necessary conditions for the client's consciousness to reveal its dysfunctional contents in a spontaneous and self-regulated manner. [5,8,9,11] To do this, they use hypnotic techniques but are not limited to them. Their role requires:

- phenomenological openness,
 - temporary suspension of rigid theoretical assumptions,
 - ability to listen deeply and intuitively,
 - attention to symbolic and preverbal expressions,
 - interdisciplinary understanding of the human condition.
- [11,21,22,26,27,30,31]

Hypnological intervention does not start from a "blank slate", but neither is it conditioned by closed models. The therapist maintains an attitude of complete availability, allowing the client's experience to manifest itself in its entirety—rational, emotional, symbolic and physical.[11,18-23,26,27,30]

The quality of the therapeutic relationship, rapport, and conscious attunement between therapist and client is one of the main factors in the effectiveness of clinical hypnosis. [5,8,9,11,21] In addition, training that includes contributions from

anthropology, philosophy, sociology, spiritual studies, and the history of hypnosis itself broadens the therapist's ability to understand the diversity of expressions of consciousness. [11,21,22,26,27,30,31]

The complexity of the hypnological setting

Clinical work with hypnosis involves phenomena that are not fully captured by conventional nosological models. Although diagnostic categories can provide a useful framework, practice shows that much of the content that emerges in the hypnotic state does not fit rigidly into formal classifications. [5,8,9,11-14,32]

When accessed in an altered state, consciousness often presents itself symbolically, metaphorically, or in images, requiring the therapist to have subtle and culturally informed interpretative skills. [11,21,22,26,27,30,31,33] Clinical reports describe experiences of intense insight, spontaneous reorganisation of meaning or subjective manifestations which, although difficult to classify according to strictly biomedical criteria, are therapeutically relevant, as evidenced by the patient's progress. [1,2,5,11,18-20,23] These phenomena, sometimes referred to as "unconventional," are an integral part of many hypnological traditions and should not be automatically interpreted as pathology. [5,8,9,11,15,21,22,26,27,30]

In the field of grief, for example, hypnosis has been used both to work with children and adults in situations of traumatic loss and to facilitate processes of symbolic integration of the bond with the deceased. [11,31,34,35,36-38] Case studies and clinical series illustrate how hypnotic

states allow access to complex emotional content, facilitating the safe expression of grief and the reconfiguration of the internal bond with the lost person. [11,31,34-39]

One of the distinguishing features of hypnosis as a method is precisely its ability to mobilise deep internal resources, promoting therapeutic reorganisations that extend beyond the clinical setting. [1,2,5,11,18-20,23] The hypnotic process does not end with the session; it continues to operate in the client's subjective life, giving them emotional and cognitive plasticity. [11,18-20,22,23]

Contemporary therapeutic paradigms: a critical analysis

In academic contexts in psychology and medicine, there is often a preference for therapeutic models that conform to the dominant scientific paradigm. Cognitive-behavioural therapies (CBT) have therefore become the recommended standard in various professional guidelines. [12-14,16,17] Systematic reviews and meta-analyses indicate that psychological therapies for chronic pain, including CBT and related approaches, have clinical benefits, but generally with small to moderate effect sizes. [12-14,16,17]

In many contexts, hypnosis is integrated into CBT as an auxiliary technique, being presented as an enhancer of cognitive-behavioural efficacy. [1-4,5,7,11-14,16-20] Although this combination shows positive results, especially in the modulation of pain and anxiety, the intervention remains focused, in these cases, on symptom control, without necessarily addressing the internal causes of suffering. [11,18-20,23-25]

Furthermore, when hypnosis is incorporated into another model, its role tends to be secondary; the results achieved are often attributed to the dominant model and not to the hypnotic intervention itself. This reflects a broader epistemological phenomenon: that which fits the current paradigm is legitimised, while that which transcends it tends to be marginalised. [40]

Limitations of the conventional evidence model

Traditional methods of empirical research—randomised controlled trials, highly standardised protocols, brief follow-ups—do not capture the real complexity of clinical hypnosis.[5–9,11-14,16,17] The hypnological setting involves relational, symbolic, and phenomenological variables that are difficult to replicate in highly controlled experimental contexts.

Much of the existing empirical research is correlational and focuses on relatively simple outcome variables, such as pain intensity or anxiety scores.[1–4,11–14,16,17,32] This creates significant limitations for understanding the therapeutic process. For those who practise hypnosis at a deep level, understanding the causes—subjective, biographical, and symbolic—is central to the intervention.[11,18–25] It is therefore not surprising that the results obtained in controlled experimental contexts do not reflect the richness of clinical practice. Science, when working with complex and difficult-to-replicate phenomena—as in particle physics or contemporary studies of consciousness—has adapted methodologies to address non-linear objects of study. Clinical hypnosis would benefit from a similar movement. [5–9,11,21,22,26,27,30]

In parallel, the literature on altered states of consciousness induced by mind-body practices suggests that such states may play a relevant role in mental health, particularly when integrated into structured therapeutic contexts. [3,11,30,41]

The criticism here is not directed at the scientific method, but at its restrictive use. Scientism—the dogmatic belief that only one method is valid—is therefore an obstacle to a full understanding of hypnosis. A paradigm that ignores subjective, symbolic, and relational variables risks reducing the complexity of human experience to a set of operational markers. [11,21,22,26,27,31,41]

Psychology at a crossroads

Modern psychology faces internal challenges related to the fragmentation of its theoretical corpus and the hegemony of biomedical and cognitive-behavioural approaches. [12-14,16,17,32] Although these approaches are relevant and useful, their predominance often leads to the neglect of fundamental traditions such as:

- dynamic psychology,
- analytical psychology,
- narrative and existential therapies,
- humanistic psychology and transpersonal psychology. [11,20-22,24-27,30]

These traditions are still alive and applied in clinical hypnosis, especially among eclectic therapists who choose approaches tailored to the specific needs of each client.[5,8,9,11,21,22,26,30]

Contemporary psychology's efforts to assert its "scientificity" bring it closer and closer to medicine; however, this

movement, in seeking external legitimisation, runs the risk of devaluing the internal complexity of the discipline. The struggle for recognition within health systems is similar to the struggle of hypnosis itself to have its therapeutic potential recognised.[5–9,11,15,32]

Paradoxically, many of the techniques now incorporated into third-generation therapies—such as mindfulness, guided visualisation, symbolic imagery, and various forms of experiential acceptance—have deep roots in the history of hypnosis and in ancient philosophical and spiritual traditions. [11,15,20-22,24-30]

There is, therefore, a gap between the actual genealogy of the techniques and the dominant academic narrative. Recognising this genealogy would not only be an act of historical rigour, but also a way of integrating hypnosis into its own epistemological contexts. [11,15,21,22,26,27,30]

The consciousness therapist: competencies and fundamentals

The expression "consciousness therapist", often attributed to hypnotherapists who work with hypnosis as a method, requires conceptual clarification. Far from being a mere metaphor, it is an epistemological framework that describes a professional capable of operating in the different modes of expression of human consciousness and consciousness—cognitive, emotional, symbolic, somatic, relational, and spiritual—without reducing that complexity to exclusively physiological or behavioural explanations. [11,20-22,24,25,26,27,30,31,41]

The training required to practise this goes beyond the strict domain of psychology or

medicine. Although knowledge in these areas is fundamental, it is not sufficient. Clinical work with altered states of consciousness requires:

- interdisciplinary training (anthropology, philosophy, sociology, cultural and spiritual studies),[11,21,22,26,27,30,31,41]
- phenomenological competence in listening to and interpreting experiences,[11,21,22,26,27,30,41]
- ability to recognise symbolic, imagistic and archetypal content, as described in analytical psychology,[11,21,30,41]
- openness to the unexpected and flexibility to engage in dialogue with non-linear manifestations of experience,[11,21,22,26,27,30]
- ethical sensitivity and clinical discernment,
- judicious use of one's own perceptions and intuitions, anchored in solid practical training. [5,8,9,11,21,22]

Consciousness manifests itself in a hypnotic state in ways that often defy conventional models. This does not mean that such phenomena are necessarily 'paranormal' or, rather, 'supranormal'; it means that their framing requires broader interpretative categories than those usually found in the biomedical model. [11,21,22,26,27,30,31,41] The consciousness therapist does not attempt to impose external narratives, but rather creates conditions for the subject to access the contents that underlie their suffering. Questions directed at consciousness—as expressed in the altered state—can reveal causes that would not emerge through

exclusively rational or discursive approaches. [1,2,18-27,30]

Contribution of the humanities and philosophical traditions

Much of contemporary psychotherapy has deep philosophical roots. Traditions such as Stoicism, Buddhism, existentialism, and Neoplatonism have offered sophisticated models of understanding the mind, ethics, and subjective experience over the centuries. [15,20,24-29,41]

Many of these ideas are present, albeit implicitly, in modern therapeutic models:

- CBT draws on Stoic and cognitive principles regarding the interpretation of events,[14,16,17]
- Acceptance and commitment therapy and mindfulness-based interventions integrate elements of acceptance and non-judgmental observation of experience, [16,17,24,25]
- Existential therapy, Gestalt therapy, and meaning-centred interventions are directly inspired by philosophical reflections on phenomenology, meaning, freedom, and responsibility. [20,24,25,28,29]

Hypnosis, when understood as a method, approaches this perspective insofar as it allows one to work directly with meaning, identity, and deep conflicts of the self. [1,2,11,18-21,23-27]

From this angle, it does not replace psychotherapy or place itself above it; rather, it constitutes a specific avenue of clinical work that can integrate different

psychotherapeutic traditions without being reduced to any one of them.[5,8,9,11,20] Bernheim, a clinical hypnotherapist from the Nancy school, also coined the term 'psychotherapy' to describe clinical work with hypnosis, long before psychology established itself as a science.[15]

Hypnosis, spirituality and ancestral knowledge

Throughout history, altered states of consciousness have been present in the religious, spiritual and cultural practices of numerous civilisations. Meditation, trance, repetitive prayer, rhythmic chanting and symbolic imagery practices are, in essence, forms of consciousness modulation.[3,11,15,21,22,26,27,30,41]

Many of these techniques were later incorporated into modern approaches and reintroduced as therapeutic innovations. "Scientific mindfulness", for example, is an ancient Buddhist practice reclassified as a cognitive-behavioural strategy. "Neurofunctional or medical acupuncture" is another case: it is often described as a conceptual advance, despite being based on the same principles as traditional acupuncture, cloaked in biofunctional language. This phenomenon does not invalidate the value of the new approaches, but it reveals a historical tendency to repackage ancient knowledge under new nomenclatures, sometimes without acknowledging its genealogy.

In the field of health, recent research has highlighted the role of spirituality and religious beliefs in how people interpret pain, suffering, and chronic illness. [28,29,33,34,42,43] Studies on chronic pain show significant associations between spirituality, coping strategies, and psychological functioning, with effects that can be protective or, in certain

contexts, generate guilt and stigma. [28,29,33,42,43]

Throughout its history, clinical hypnosis has engaged with these fields of knowledge. Its conceptual complexity is not limited to modern psychology: it involves transdisciplinary contributions that help to understand human experience beyond the cognitive level. [21,22,26-28,30,31,33,43]

Sociocultural dimension of consciousness

Recent literature has emphasised the role of sociocultural, economic, and environmental factors in the formation of psychological suffering. [11,32-39,42-44] Human consciousness is not an isolated phenomenon; it manifests itself in constant relation to the environment. This perspective is already present in classical reflections on malaise in culture and is reinforced by the idea that "human beings are themselves and their circumstances." [1,2,7,44,45]

Hypnological practice cannot ignore the circumstances that shape the subject — from family and sociocultural structure to historical, spiritual, and symbolic context. [11,32-39,42-45] Therapeutic work with consciousness must integrate all these dimensions, recognising that subjectivity is always constructed in relation to the world. [20-22,31-34,36-38,42-45]

Complexity and responsibility in working with consciousness

Being a therapist of consciousness involves more than just having techniques or academic qualifications. It involves cultivating:

- practical wisdom,

- inner availability,
- capacity for self-reflection,
- constant questioning of one's own method,
- epistemological humility,
- courage to deal with the unexpected,
- respect for the unique and unrepeatable nature of each patient. [11,21,22,26,27,31]

The clinic of consciousness is simultaneously the clinic of the subject and the clinic of the therapist themselves, who is transformed by accompanying the transformation of the other. [11,21,22,25,26,27,31] This intersubjectivity is one of the most profound elements of hypnological work and constitutes one of its epistemological singularities. [5,8,9,11,21,22,26,27,30]

The therapeutic potential of consciousness in clinical hypnosis

When understood as a method and not just as a complementary technique, clinical hypnosis reveals a therapeutic potential that exceeds the limits of many conventional psychotherapeutic approaches. [1–9,12-14,16,17,32] This is not due to any "mystical" property of hypnosis, but rather to its ability to facilitate access to deep contents of consciousness and to mobilise spontaneous processes of internal reorganisation. [1,2,11,24,25,41]

Health, as conceived by Gadamer, is a fundamental disposition of the person. [22] It is not something that the therapist "operates" directly, but something that emerges from the organism's natural capacity to rebalance itself. Hypnosis, by deepening contact with the subject's

internal states, acts precisely on this self-regulating dynamic of consciousness. [11,18-21,23,25-27,41]

During the hypnotic trance, the subject can access memories, emotions, symbolically structured patterns, and existential meanings that are not immediately available in ordinary states of consciousness. [11,18-22,23,26,27,30,41] This access does not imply a "literal regression" or factual reproduction of events; rather, it implies the experiential reconstruction of contents that organise internal life. [1,2,11,18-21,23,24-27,41]

The ability to work on such content allows for:

- clarify subjective causes of suffering,
- reinterpret biographical experiences,
- dissolve deeply rooted emotional patterns,
- integrating dissociated content,
- promote coherent symbolic organisation,
- facilitate lasting changes in psychological functioning. [18-25]

The therapeutic efficacy of hypnosis therefore results from the interaction between processes of suggestion, internal availability, imagery, symbolisation and physiopsychological self-regulation. [1-4,5,11-14,16-28,43]

Beyond symptomatic modulation

Much of contemporary psychological intervention focuses on symptomatic modulation —reducing anxiety, decreasing pain, controlling rumination, regulating mood. [12-14,16,17] These

interventions are valuable and, in many cases, essential. However, they do not necessarily address the underlying causes of such symptoms. [11,18-25]

Clinical hypnosis, when used as a method, can act on both levels:

1. Modulation of symptoms (through suggestion, relaxation, guided imagery, hypnotic analgesia, etc.), [1-4,5,12-14,16,17]
2. Restructuring internal causes, acting at the deep level of consciousness, where the central narratives of identity and experience are organised. [11,18-22,23,24,25]

This second dimension is particularly relevant in cases of trauma, chronic pain, complicated grief, dissociative disorders, complex anxiety disorders, and existential suffering. [1,2,5,11-14,16,17,20,23-25,28,29,31,33-39,42,43]

Clinical hypnosis and the question of causality

One of the recurring criticisms of hypnosis concerns the model of scientific evidence available, which is often based on correlations and short-term measurements. [1-4,5-9,11-14,16,17,32] However, when applied as a method, hypnosis operates in a different paradigm, closer to phenomenological sciences and consciousness studies than to certain traditional experimental approaches. [11,21,22,26,27,30,31]

Hypnological clinical practice shows that:

- symptoms are often expressions of subjective causes,

- consciousness uses metaphors, symbolism and images to communicate internal dysfunctions [11,21,41,44],
- lasting therapeutic change requires identifying the source of the problem, [1,2,11,18-25]
- and biomedical literature, focused on physiology and observable behaviour, does not always manage to convey this complexity. [12-14,16,17,22,32]

Causality in hypnosis is not linear; it is narrative, symbolic, experiential and, simultaneously, biographical and phenomenological. [1,2,11,18-21,23,24,25] Working directly with these dimensions allows for results that go beyond mere immediate symptom relief and promote deeper clinical transformations. [1,2,5,7,11-14,16,17,20,23,41]

Clinical hypnosis as a field of continuous development

As a body of knowledge, clinical hypnosis continues to evolve. Its history demonstrates a remarkable capacity for adaptation, integrating contributions from various disciplines: psychology, medicine, phenomenology, neuroscience, comparative spirituality, and philosophies of self. [1-9,11,15,20,21,23-27,30-32,41,43,44]

Today, hypnosis is particularly well positioned to respond to contemporary challenges such as:

- the increase in chronic pain and persistent suffering syndromes,[1-4,5,11-

14,16,17,20,23,28,29,32-34,42,43]

- existential suffering associated with crises of meaning,[11,20,23-25,28,29]
- the intensification of emotional problems arising from sociocultural and spiritual factors,[11,28-30,32-39,42,43]
- the need for more integrative, person-centred therapeutic approaches,[11,20-27,30-32,43]
- and recognition of the role of consciousness in health and illness. [11,20-27,30-32,41,43]

Structured work on these states allows for:

- explore content that is inaccessible in ordinary states of consciousness, [1,2,11,41]
- promote spontaneous reorganisations,
- mobilise internal resources,
- integrate fragmented experiences,
- and promote psychological resilience. [11,18-27,30,41,43]

The breadth of these possibilities confirms the importance of understanding hypnosis not only as an auxiliary technique, but as a full therapeutic method. [11,18-21,23-27,30,43]

Modified states of consciousness —when properly accompanied— offer a set of clinical possibilities that are difficult to match with other therapeutic modalities. [1–3,5,18-22,24-27,30,43]

Between technique and method: a necessary synthesis

Based on the analysis developed, it becomes clear that the distinction between hypnosis as a tool and hypnosis as a method is more than a question of terminology: it is a substantial epistemological and clinical difference. [5,8,9,11,15,20-22,26,27,30]

When used as a tool, hypnosis is integrated into pre-existing therapeutic models with the aim of increasing the effectiveness of conventional approaches. Its effects are then measured mainly in terms of:

- symptom reduction,
- reinforcement of motivation for change,
- facilitation of cognitive learning,
- physiological modulation. [1–4,5,12–14,16,17]

This use is legitimate and clinically valuable.

When understood as a method, however, hypnosis structures the entire therapeutic process based on consciousness —its symbolic layers, its functional organisation, and its self-regulatory potential. [11,18-27,41] From this perspective, the focus is not limited to managing symptoms, but rather to understanding and transforming the internal patterns that give rise to them.

The hypnological method involves:

- attention to the causes and not just the superficial expressions of suffering,
- openness to the language of consciousness, which manifests itself symbolically, imaginatively and experientially,
- Recognition that profound change often emerges from internal reorganisations that take place beyond rational discourse.
- understanding that each therapeutic process is unique, non-replicable and unrepeatable. [11,18-27,30]

Thus, hypnosis as a method does not "replace" other therapies, but rather constitutes an autonomous framework capable of integrating them when necessary, without being reduced to any one of them. [11,18-21,23-27,30]

Core competencies of the hypnotherapist-method

Hypnological practice requires a set of advanced competencies that transcend the mere execution of techniques. Professionals who operate through consciousness must cultivate:

Relational competencies

- deep empathy,
- stable clinical presence,
- conscious rapport,
- capacity for emotional co-regulation. [5,8,9,11,21,22]

Phenomenological competencies

- non-interpretative listening,
 - attention to emotional and bodily micro-expressions,
 - symbolic and metaphorical reading of emerging content,
 - interpretative flexibility without excessive theoretical projection.
- [11,21,22,26,27,30,31]

Epistemological competencies

- ability to suspend rigid assumptions,
 - openness to the unknown and the unexpected,
 - ethical and critical discernment,
 - understanding of the limitations of exclusively biomedical models.
- [11,21,22,26,27,31,32]

Technical competencies

- mastery of suggestion and altered states of consciousness,
- ability to facilitate profound internal reorganisations,
- advanced knowledge of the dynamics of trauma, pain, and dissociation. [1,2,5–9,11-14,16,17,20,23,32,41]

These competencies are not guaranteed by the possession of an academic degree, but are developed through continuous practice, qualified supervision, personal maturity, and ongoing ethical reflection. [11,21,22,24-27,31,32]

Awareness, interaction and transformation

One of the most unique aspects of hypnosis as a method is the way it mobilises therapeutic intersubjectivity. The process does not involve only the patient: it involves the living relationship between therapist and client, where meanings are co-constructed and reorganised.[11,20-22,24-27,30,31]

During the trance, the therapist:

- accompanies the subject without directing them,
 - facilitates internal processes without forcing them,
 - recognises that profound change emerges from the client's own consciousness,
 - uses its presence as a therapeutic tool.
- [5,8,9,11,21,26,27,30]

Transformation occurs when the subject, in a state of openness and security, is confronted with previously inaccessible content and finds new ways of reorganising themselves. It is an intrinsically active and self-regulated process, rather than a passive or merely heterosuggestive one. [1,2,5,11,18-21,23-25]

Hypnosis as a therapeutic path

Hypnological practice, understood as a method, is part of a broad tradition of working with consciousness present in various cultures and historical periods. It thus becomes more than a set of techniques: it is a therapeutic path that articulates science, experience, and a deep

understanding of the human condition.
[1,2,11,15,20-27,30-32,43]

When used rigorously, hypnosis:

- respects the complexity of the subject,
- avoids reductionism,
- is sensitive to cultural, spiritual and existential dimensions,
- promotes an integrated understanding of suffering,
- facilitates genuine psychological and emotional healing processes. [11,20-28,31-39,42,43]

Conclusion: clinical hypnosis as a method of working with consciousness

The reflection developed throughout this article allows us to argue that clinical hypnosis should not be understood solely as a complementary technique integrated into dominant therapeutic models. Although it plays a relevant and empirically validated role in these contexts, [1–9,12-14,16,17,32] its scope goes far beyond the instrumental sphere.[18-27,30,32,43]

When used as a method, clinical hypnosis presents itself as a structured pathway to consciousness and its multiple layers of expression. Through this approach, it is possible to:

- explore the root causes underlying psychological suffering,
- Reinterpret biographical and symbolic experiences,

- reorganise emotional and cognitive patterns,
- integrating dissociated content,
- mobilise internal resources aimed at healing and personal development.
[1,2,11,18-27,30,32,41,43]

This work is not merely symptomatic. It is ontological: it involves the way in which the subject understands, narrates and relates to themselves and the world. [11,20,22-27,30-32,41,43,45]

Consciousness as the operational core of clinical hypnosis

Clinical hypnosis, understood from this perspective, is not limited to inducing altered states of consciousness. It operates within a paradigm in which consciousness is, at the same time, the medium, the field, the instrument, and the object of intervention. [11,18-22,24-30,41,45]

This centrality of consciousness gives hypnosis a clinical uniqueness that is unparalleled in exclusively cognitive-behavioural or biomedical approaches. [11] The contents that emerge in the hypnotic state—whether autobiographical memories, metaphors, images, emotions, or epiphanies—are not incidental, but rather vehicles through which the mind organises meaning and reconfigures its experiences. [1,2,11,18-22,24-27,30,41]

Working therapeutically with these expressions requires sensitivity, phenomenological competence, and interdisciplinary training. [11,21,22,26,27,30,31] The consciousness therapist does not merely apply techniques: they facilitate the emergence of internal processes that the person

themselves, in an environment of safety and trust, can recognise, integrate, and transform.[11,18-21,23-27]

Hypnosis in the context of contemporary clinical practice

In the context of increasing prevalence of chronic pain, anxiety disorders, complex grief, existential suffering and stress-related disorders, clinical hypnosis emerges as an approach particularly suited to contemporary demands. [1-4,11-14,16,17,20,23,28,29,32-34,42,43]

Healthcare systems could benefit from its structured integration, given its safety, potential for cost reduction, versatility, and effectiveness in cases resistant to conventional approaches. [1-5,7,8,11-14,16,17,20,23,32,28,29,42,43]. Efficacy studies in chronic pain, trauma, and complex suffering indicate that hypnosis can act as a central or complementary component in integrative programmes, with clinically relevant benefits and often relatively low costs. [1-4,5-8,11-14,16,17,20,23,28,29,42,43]

However, the full integration of hypnosis depends on the recognition of its epistemological specificity. Reducing it to a technique impoverishes the understanding of what makes hypnological intervention effective: the ability to intervene in consciousness as a dynamic and structuring field of human experience. [11,18-22,24-27,30,45]

A perspective for the future

Clinical hypnosis today finds itself at a crossroads similar to that faced by psychology at different times in its history. [41,42] On the one hand, there is institutional pressure to present hypnosis as a standardised technique that can be

easily operationalised in rigid protocols. On the other hand, there is a more demanding path—but also one that is more faithful to its nature—which consists of affirming it as an autonomous method, with its own place in the landscape of consciousness-based therapeutic approaches. [5,8,9,11,18-22,24-27,30,41,45]

The choice between these two paths is not merely technical, but deeply epistemological. If hypnosis is limited to what is easily quantifiable, it runs the risk of losing the richness that has characterised it since its inception. If, on the contrary, it embraces the complexity of its object of study—consciousness—it can make a decisive contribution to the renewal of the psychological sciences and to a broader and more integrated understanding of human suffering. [11,20-27,30,32,41,43,45]

Final synthesis

Clinical hypnosis lies between technique and method, but it is in the methodological domain that it reveals its full potential. [11,18-22,24-27,30,45] As a technique, it is useful; as a method, it is transformative. Its contribution to human health lies not only in its ability to alleviate symptoms, but above all in allowing the subject to access the internal processes that shape their experience and, based on these, find their own paths to reorganisation and healing. [11,18-27,30,32,41,43,45]

Understood in this way, hypnosis is not just a therapeutic tool. It is a way of working with consciousness, deeply rooted in the human tradition of understanding the mind, suffering, and the potential for inner transformation. [1,2,11,20-28,30,32,41,43,45].

References

1. Almeida Marques FXD, et al. Hypnosis is more effective than clinical interviews: Occurrence of trauma in fibromyalgia. *Int J Clin Exp Hypn*. 2018;66(1):3-18. doi:10.1080/00207144.2018.1396104
2. De Almeida Marques FX, et al. Causal attributions of potentially traumatic life events in fibromyalgia patients. *Int J Rheum Dis*. 2019;22(12):2170-7. doi:10.1111/1756-185X.13739
3. Corso SF, O'Malley KY, Subaiya S, Mayall D, Dakwar E. The role of non-ordinary states of consciousness occasioned by mind-body practices in mental health illness. *J Affect Disord*. 2023;335:166-76.
4. De-Diego-Cordero R, Velasco-Domínguez C, Aranda-Jerez A, Vega-Esaño J. The spiritual aspect of pain: An integrative review. *J Relig Health*. 2023;63(1):159-84.
<https://doi.org/10.1007/s10943-023-01890-9>
5. Häuser W, et al. The efficacy, safety and applications of medical hypnosis: A systematic review of meta-analyses. *Dtsch Arztebl Int*. 2016;113(17):289-96. doi:10.3238/arztebl.2016.0289
6. Montgomery GH, DuHamel KN, Redd WH. A meta-analysis of hypnotically induced analgesia: How effective is hypnosis? *Int J Clin Exp Hypn*. 2000;48(2):138-53.
<https://doi.org/10.1080/00207140008410045>
7. Rosendahl J, et al. Meta-analytic evidence on the efficacy of hypnosis for mental and somatic health issues: A 20-year perspective. *Front Psychol*. 2024. doi:10.3389/fpsyg.2023.1330238
8. Milling LS, editor. Evidence-based practice in clinical hypnosis. Washington, DC: American Psychological Association; 2023. doi:10.1037/0000347-000.
9. Lynn SJ, Green JP. An introduction to the practice of clinical hypnosis. In: Milling LS, editor. Evidence-based practice in clinical hypnosis. Washington, DC: American Psychological Association; 2023. p.3-27. doi:10.1037/0000347-001.
10. Lynn SJ, Green JP, Kirsch I, Capafons A. Grounding hypnosis in science: The “new” APA Division 30 definition of hypnosis as a step backward. *Am J Clin Hypn*. 2015;57(4):390-401. doi:10.1080/00029157.2015.1011472.
11. Hawkins, P.J., *Hipnosis & Estrés*. Desclée De Brouwer; Sep. 2007. ISBN-10: 8433021753. ISBN - 13: 978-8433021755.
12. Williams ACdeC, Eccleston C, Morley S. Psychological therapies for the management of chronic pain (excluding headache) in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012–2020;(11):CD007407.
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD007407.pub3>
13. Sanabria-Mazo JP, Colomer-Carbonell A, Fernández-Vázquez Ó, et al. A systematic review of cognitive behavioral therapy-based interventions for comorbid chronic pain and clinically relevant psychological distress. *Front Psychol*. 2023;14:1200685.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1200685>
14. Ehde DM, Dillworth TM, Turner JA. Cognitive-behavioral therapy for

individuals with chronic pain: Efficacy, innovations, and directions for research. *Am Psychol.* 2014;69(2):153-66. <https://doi.org/10.1037/a0035747>

15. Tortosa F, González-Ordi H, Miguel-Tobal JJ. La hipnosis: Una controversia interminable. *Anales de la Psicología.* 1999;15(1):3-25.

16. Veehof MM, Trompetter HR, Bohlmeijer ET, Schreurs KMG. Acceptance- and mindfulness-based interventions for the treatment of chronic pain: A meta-analytic review. *Cogn Behav Ther.* 2016;45(1):5-31. <https://doi.org/10.1080/16506073.2015.1098724>

17. McCracken LM, Vowles KE. Acceptance and commitment therapy and mindfulness for chronic pain: Model, process, and progress. *Am Psychol.* 2014;69(2):178-87. <https://doi.org/10.1037/a0035623>

18. Jensen MP. Hypnosis for chronic pain management. New York: Oxford University Press; 2011. <https://doi.org/10.1093/med:psych/9780199772377.001.0001>

19. Jensen MP, Adachi T, Hakimian S. Mechanisms of hypnosis: Toward the development of a biopsychosocial model. *Int J Clin Exp Hypn.* 2015;63(1):34-75. <https://doi.org/10.1080/00207144.2014.961875>

20. Jensen MP, et al. Effects of hypnosis, cognitive therapy, hypnotic cognitive therapy, and pain education in adults with chronic pain: A randomized clinical trial. *Pain.* 2020;161(10):2284-93. doi:10.1097/j.pain.0000000000001943.

21. Jung CG. The archetypes and the collective unconscious. London: Taylor & Francis; 1991. ISBN 9780415058445.

22. Gadamer H-G. O mistério da saúde: O cuidado da saúde e a arte da medicina. Lisboa: Edições 70; 2009. ISBN 9789724415505.

23. Van der Kolk BA. The body keeps the score: Brain, mind, and body in the healing of trauma. New York: Viking, Penguin Publishing Group; 2014. ISBN 9780670785933.

24. Vos J, Craig M, Cooper M. Existential therapies: A meta-analysis of their effects on psychological outcomes. *J Consult Clin Psychol.* 2015;83(1):115-28. <https://doi.org/10.1037/a0037167>

25. Vos J, Vitali D. The effects of psychological meaning-centered therapies on quality of life and psychological stress: A meta-analysis. *Palliat Support Care.* 2018;16(5):608-32. <https://doi.org/10.1017/S1478951517000931>

26. Hartelius G, Caplan M, Rardin MA. Transpersonal psychology: Defining the past, divining the future. *Humanistic Psychol.* 2007;35(2):135-60.

27. Park CL. Making sense of the meaning literature: An integrative review of meaning making and its effects on adjustment to stressful life events. *Psychol Bull.* 2010;136(2):257-301. <https://doi.org/10.1037/a0018301>

28. Sena MAB, Damiano RF, Lucchetti G, Peres MFP. Defining spirituality in healthcare: A systematic review and conceptual framework. *Front Psychol.* 2021;12:756080.

29. Ferreira-Valente A, Sharma S, Torres S, et al. Does religiosity/spirituality play a role in function, pain-related beliefs, and coping in patients with chronic pain? A systematic review. *J Relig Health*. 2022;61(3):2331-85.
<https://doi.org/10.1007/s10943-019-00914-7>
30. Hartelius G. What is transpersonal psychology? A concise definition based on 20 years of research. *Int J Transpersonal Stud*. 2022;5:1-16.
31. Park S, Kim J, Lee Y, Oh H. Community-based death preparation education: Cultural and individual factors in death awareness and learning. *Front Public Health*. 2022;10:9990089.
<https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.9990089>
32. Patel V, Saxena S, Lund C, et al. The Lancet Commission on global mental health and sustainable development. *Lancet*. 2018;392(10157):1553-98.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31612-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31612-X)
33. Girum Melkamu Tadesse. Sacred suffering and stigma: Cultural pathways to mental health in Ethiopia. *Explore*. 2025;103289.
<https://doi.org/10.1016/j.explore.2025.103289>
34. Holloway M, Adamson S, Grant L. Death education in practice: A scoping review. *Omega (Westport)*. 2025.
<https://doi.org/10.1177/00302228251338643>
35. Gupta A. Clinical hypnotherapy in grief resolution: A case report. *Indian J Psychol Med*. 2020;42(3):283-5.
https://doi.org/10.4103/IJPSYM.IJPSYM_476_19
36. Rosenblatt PC. Grief across cultures: A review and research agenda. In: Stroebe MS, Hansson RO, Schut H, Stroebe W, editors. *Handbook of bereavement research and practice: Advances in theory and intervention*. Washington, DC: American Psychological Association; 2008. p.207-22.
37. Stroebe MS, Schut H. The dual process model of coping with bereavement: A decade on. *Omega (Westport)*. 2010;61(4):273-89.
<https://doi.org/10.2190/OM.61.4.b>
38. Stroebe M, Schut H, Boerner K. Models of coping with bereavement: An updated overview. *Estud Psicol*. 2017;38(3):582-607.
<https://doi.org/10.1080/02109395.2017.1340055>
39. Iglesias A, Iglesias A. Hypnotic treatment of PTSD in children who have complicated bereavement. *Am J Clin Hypn*. 2005;48(2-3):183-9.
<https://doi.org/10.1080/00029157.2005.10401515>
40. Kuhn, T. S. *The Structure of Scientific Revolutions*. The University of Chicago Press. Apr. 2012. ISBN: 9780226458120.
41. Baruss, I. (2020). *Alterations of Consciousness: An empirical analysis for social scientists* (2nd ed). APA. doi.org/10.2307/j.ctv1chs19d.
42. Najem C, Mukhtar NB, Ayoubi F, et al. Religious beliefs and attitudes in relation to pain, pain-related beliefs, function, and coping in chronic musculoskeletal pain: A systematic review. *Pain Physician*. 2021;24(8):E1163-77.
43. Korkut S, Ülker T, Saatçi G. The power of spiritual well-being: Its

relationship with pain intensity, pain management, and pain catastrophizing in individuals with chronic pain. *Pain Manag Nurs*. 2024;25(1):62-8.

<https://doi.org/10.1016/j.pmn.2023.09.004>

44. Freud, S. (2016). *El Mal Estar en la Cultura*. Publisher Createspace Independent Publishing Platform. ISBN-10: 1532827261. ISBN-13: 978-1532827266.

45. Park CL. The Meaning Making Model: A framework for understanding meaning, spirituality, and stress-related growth in health psychology. *Eur Health Psychol*. 2013;15(2):40-7.

Francisco Marques

Psychohypnotherapist with a Humanistic and transpersonal orientation.



El atrapasueños como herramienta hipnótica

Joe A. Rosa

Introducción

Seguramente conoces los atrapasueños, ese aro con red y plumas que muchos cuelgan sobre la cama. Tradicionalmente, se le atribuye la función de filtrar los sueños, dejando pasar los buenos y atrapando los perturbadores o sueños malos. El atrapasueños (*dreamcatcher*) tiene su origen en los pueblos Anishinaabe, especialmente los Ojibwa (Chippewa) de la región de los Grandes Lagos en Norteamérica. Dentro de su cosmovisión, el sueño no era una actividad pasiva, sino un espacio de comunicación entre el mundo consciente, el inconsciente y el mundo espiritual. Para esas culturas, el ser humano no dormía solo, durante el sueño se producía una apertura del alma, lo que permitía la entrada tanto de mensajes protectores como de influencias perturbadoras. El atrapasueños surgió como un dispositivo simbólico de protección psíquica, especialmente para niños, mujeres embarazadas y personas en procesos de vulnerabilidad emocional.

Pero más allá de la tradición, desde la psicología y la hipnoterapia, este objeto tiene un significado simbólico profundo y práctico. En mi práctica como hipnoterapeuta y terapeuta de pareja, el atrapasueños se convierte en un puente entre lo consciente y lo inconsciente, un recurso que facilita la regulación emocional, la interpretación de sueños y la exploración de estados internos durante los procesos de hipnosis. Este artículo explora cómo el atrapasueños puede

integrarse de forma ética y clínica, aportando herramientas concretas tanto a la práctica profesional como al crecimiento personal.

El atrapasueños como símbolo psicológico

Cada elemento del atrapasueños se le asigna un significado simbólico que puede utilizarse en terapia profesional.

- El aro circular- Puede representar totalidad, protección y continuidad. Psicológicamente, podría evocar la integridad del “*self*” y la necesidad de sentirnos completos, especialmente cuando enfrentamos conflictos internos o emociones difíciles.
- La red- Podríamos decir que funciona como un reflejo del aparato psíquico, filtrando experiencias, emociones y recuerdos. Este puede simbolizar la capacidad de la mente para procesar y organizar el material inconsciente.
- El centro de la red- Este podría interpretarse como el núcleo del inconsciente, donde confluyen emociones reprimidas, recuerdos y deseos. Durante el trance hipnótico, este punto simbólico puede facilitar el acceso a experiencias profundas de manera segura.
- Las plumas- Pueden representar ligereza, transición y movimiento, evocando la capacidad de fluir entre diferentes estados de conciencia, un elemento clave en la hipnosis y la integración emocional.

En conjunto, el atrapasueños funcionaría como una metáfora tangible de la mente humana, ofreciendo una representación visual de cómo nuestros pensamientos y emociones se entrelazan y se transforman.

Sueños, inconsciente y trance

El sueño y la hipnosis comparten características esenciales: disminución del control consciente, aumento de la creatividad simbólica y apertura a contenidos profundos de la mente. Desde Freud, los sueños son la vía regia al inconsciente; Jung los ve como mecanismos compensatorios que buscan equilibrar la psique.

En hipnoterapia, podemos usar esta dinámica para:

- Facilitar la resignificación de experiencias que generan malestar emocional.
- Mejorar la autorregulación emocional, ayudando a clientes y/o pacientes a contener y transformar emociones difíciles.
- Crear un marco seguro para explorar recuerdos y emociones que normalmente estarían fuera del alcance consciente.

El atrapasueños, colocado como símbolo en el entorno terapéutico o en casa, podría reforzar la sensación de seguridad, contención y capacidad de procesamiento emocional.

El atrapasueños como recurso de sugestión hipnoterapéutica

El verdadero poder del atrapasueños no está en el objeto en sí, sino en el significado que le asigna cada persona. Desde la hipnoterapia Ericksoniana, puede utilizarse como:

- Anclaje simbólico de seguridad emocional, recordando al cliente y/o paciente que puede contener sus emociones y sueños.
- Objeto transicional, que ayuda a transferir la sensación de seguridad de la sesión terapéutica al entorno cotidiano.
- Foco de atención durante inducciones hipnóticas, facilitando la relajación profunda y el acceso a contenidos inconscientes.

Cuando se integra en la sesión, el atrapasueños refuerza la idea de que los sueños no son amenazas, sino información que puede observarse, contenerse y transformarse.

Aplicaciones clínicas y terapéuticas

En un contexto profesional, el atrapasueños puede ser un recurso para:

- Pesadillas recurrentes, mediante sugestiones de contención y transformación de los sueños, el cliente y/o paciente aprende a resignificar experiencias oníricas perturbadoras.
- Hipnosis orientada al descanso, aumenta la sensación de seguridad y tranquilidad, mejorando la calidad del sueño y la regulación emocional.
- Exploración simbólica del inconsciente, funciona como estímulo proyectivo durante el trance, facilitando la identificación de patrones emocionales y conductuales.
- Terapia de pareja; puede convertirse en un símbolo compartido de protección, cuidado y comunicación emocional entre la pareja.
- Trabajo con emociones traumáticas, actúa como metáfora de contención y reorganización emocional segura.

El valor del atrapasueños reside en el marco simbólico que construimos con

cada paciente, potenciando la eficacia de la hipnoterapia sin atribuirle propiedades mágicas.

Integración con la hipnosis Ericksoniana

Milton Erickson enseñaba que las metáforas y los símbolos indirectos son herramientas muy poderosas para el cambio terapéutico. El atrapasueños encaja perfectamente en este enfoque: Es una metáfora viva del filtrado emocional, mostrando que no necesitamos rechazar emociones difíciles, sino transformarlas; además facilita la autosugestión positiva y el aprendizaje implícito fuera de la sesión y por último refuerza la alianza terapéutica, especialmente en la terapia de pareja, ya que se convierte en un símbolo compartido de cuidado y protección.

En este sentido, el atrapasueños funciona como extensión del proceso terapéutico, conectando la experiencia clínica con la vida cotidiana.

Consideraciones éticas y culturales

Al integrar el atrapasueños en la hipnoterapia, debemos ser claros, no es un amuleto ni un objeto mágico sino un recurso simbólico y clínico. Su uso debe:

- Respetar el contexto cultural de origen.
- Explicarse claramente a los clientes y/o pacientes como símbolo de contención y transformación.
- Evitar reforzar creencias supersticiosas o mágicas.

Esta aproximación garantiza un uso profesional, ético y respetuoso de la cultura y de la práctica clínica.

Conclusión

El atrapasueños no es solo un objeto decorativo, es un puente entre tradición ancestral, psicología profunda e hipnoterapia moderna. Cuando se integra de manera ética y clínica, potencia la regulación emocional, la resignificación de sueños y el acceso seguro a contenidos inconscientes. Es una herramienta simbólica que refuerza la relación terapéutica, facilita la autosugestión y aporta un sentido de protección tanto en sesiones individuales como en terapia de pareja.



Integrar el atrapasueños en la práctica profesional nos recuerda que la mente

humana siempre busca formas de organizar, proteger y transformar su mundo interno. En hipnoterapia, este símbolo se convierte en un aliado poderoso, tangible y significativo para nuestros clientes y/o pacientes.

Referencias

Freud, S. (1900). La interpretación de los sueños. Viena: Franz Deuticke.

Jung, C. G. (1964). El hombre y sus símbolos. Londres: Aldus Books.

Jung, C. G. (1954). La naturaleza de los sueños. Obras Completas, Vol. 8. Madrid: Trotta.

Winnicott, D. W. (1971). Realidad y juego. Londres: Tavistock Publications.

Erickson, M. H., Rossi, E. L., & Rossi, S. I. (1976). Hipnoterapia. Nueva York: Irvington Publishers.

Rossi, E. L. (1986). The Psychobiology of Mind-Body Healing. Nueva York: W. W. Norton.

Hartmann, E. (1998). Dreams and Nightmares. Nueva York: Perseus Publishing.

Hobson, J. A. (2002). Dreaming: An Introduction to the Science of Sleep. Oxford: Oxford University Press.

Gill, S. D., & Sullivan, I. F. (1992). Dictionary of Native American mythology. Oxford University Press.

J Rosa, (2023) Terapia concreta, manual para el profesional de la conducta humana.

Joe A. Rosa

Consejero Profesional Licenciado en Puerto Rico e Hipnoterapeuta.



The dreamcatcher as a hypnotic tool

Joe A. Rosa

Introduction

You are probably familiar with dreamcatchers, those rings with nets and feathers that many people hang above their beds. Traditionally, they are believed to filter dreams, letting the good ones through and trapping the disturbing or bad ones. The dreamcatcher originated with the Anishinaabe peoples, especially the Ojibwa (Chippewa) of the Great Lakes region of North America. In their worldview, sleep was not a passive activity, but a space for communication between the conscious world, the unconscious world, and the spiritual world. For these cultures, human beings did not sleep alone; during sleep, the soul opened up, allowing both protective messages and disturbing influences to enter. The dreamcatcher emerged as a symbolic device for psychic protection, especially for children, pregnant women, and people in processes of emotional vulnerability.

But beyond tradition, from the perspective of psychology and hypnotherapy, this object has a profound and practical symbolic meaning. In my practice as a hypnotherapist and couples' therapist, the dreamcatcher becomes a bridge between the conscious and the unconscious, a resource that facilitates emotional regulation, dream interpretation, and the exploration of internal states during hypnosis processes. This article explores how the dreamcatcher can be integrated ethically and clinically, providing concrete tools for both professional practice and personal growth.

The dreamcatcher as a psychological symbol

Each element of the dreamcatcher is assigned a symbolic meaning that can be used in professional therapy.

- The circular hoop- It can represent wholeness, protection, and continuity. Psychologically, it could evoke the integrity of the "self" and the need to feel complete, especially when facing internal conflicts or difficult emotions.
- The web- We could say that it functions as a reflection of the psychic apparatus, filtering experiences, emotions, and memories. It can symbolize the mind's ability to process and organize unconscious material.
- The center of the net- This could be interpreted as the core of the unconscious, where repressed emotions, memories, and desires converge. During hypnotic trance, this symbolic point can facilitate safe access to deep experiences.
- The feathers- These can represent lightness, transition, and movement, evoking the ability to flow between different states of consciousness, a key element in hypnosis and emotional integration.

Together, the dreamcatcher would function as a tangible metaphor for the human mind, offering a visual representation of how our thoughts and emotions intertwine and transform.

Dreams, the unconscious, and trance

Dreams and hypnosis share essential characteristics: decreased conscious control, increased symbolic creativity, and openness to deep contents of the mind. Since Freud, dreams have been the royal road to the unconscious; Jung sees them as compensatory mechanisms that seek to balance the psyche.

In hypnotherapy, we can use this dynamic to:

- Facilitate the reframing of experiences that cause emotional distress.
- Improve emotional self-regulation, helping clients and/or patients to contain and transform difficult emotions.
- Create a safe framework for exploring memories and emotions that would normally be beyond conscious reach.

The dreamcatcher, placed as a symbol in the therapeutic environment or at home, could reinforce feelings of security, containment, and emotional processing capacity.

The dreamcatcher as a resource for hypnotic suggestion

The true power of the dreamcatcher lies not in the object itself, but in the meaning each person assigns to it. In Ericksonian hypnotherapy, it can be used as:

- A symbolic anchor of emotional security, reminding the client and/or patient that they can contain their emotions and dreams.
- A transitional object, helping to transfer the feeling of security from the therapeutic session to the everyday environment.
- A focus of attention during hypnotic inductions, facilitating deep relaxation and access to unconscious content.

When integrated into the session, the dreamcatcher reinforces the idea that dreams are not threats, but information that can be observed, contained, and transformed.

Clinical and therapeutic applications

In a professional context, the dreamcatcher can be a resource for:

- Recurring nightmares, through suggestions of containment and transformation of dreams, the client and/or patient learns to reframe disturbing dream experiences.
- Rest-oriented hypnosis, increases the feeling of security and tranquility, improving sleep quality and emotional regulation.
- Symbolic exploration of the unconscious, functioning as a projective stimulus during trance, facilitating the identification of emotional and behavioral patterns.
- Couples therapy, it can become a shared symbol of protection, care, and emotional communication between the couple.
- Working with traumatic emotions, it acts as a metaphor for containment and safe emotional reorganization.

The value of the dreamcatcher lies in the symbolic framework we build with each patient, enhancing the effectiveness of hypnotherapy without attributing magical properties to it.

Integration with Ericksonian hypnosis

Milton Erickson taught that metaphors and indirect symbols are very powerful tools for therapeutic change. The dreamcatcher fits perfectly into this approach: it is a living metaphor for emotional filtering, showing that we do not need to reject difficult emotions, but rather transform them. It also facilitates positive self-

suggestion and implicit learning outside the session and, finally, reinforces the therapeutic alliance, especially in couples therapy, as it becomes a shared symbol of care and protection.

In this sense, the dreamcatcher functions as an extension of the therapeutic process, connecting the clinical experience with everyday life.

Ethical and cultural considerations

When integrating dreamcatchers into hypnotherapy, we must be clear that they are not amulets or magical objects, but rather symbolic and clinical resources. Their use must:

- Respect the cultural context of origin.
- Be clearly explained to clients and/or patients as a symbol of containment and transformation.
- Avoid reinforcing superstitious or magical beliefs.

This approach ensures professional, ethical, and respectful use of the culture and clinical practice.

Conclusion

The dreamcatcher is not just a decorative object; it is a bridge between ancestral tradition, depth psychology, and modern hypnotherapy. When integrated ethically and clinically, it enhances emotional regulation, the reframing of dreams, and safe access to unconscious content. It is a symbolic tool that strengthens the therapeutic relationship, facilitates self-suggestion, and provides a sense of protection in both individual and couples therapy sessions.

Integrating dreamcatchers into professional practice reminds us that the

human mind is always looking for ways to organize, protect, and transform its inner world. In hypnotherapy, this symbol becomes a powerful, tangible, and meaningful ally for our clients and/or patients.



References

- Freud, S. (1900). *La interpretación de los sueños*. Viena: Franz Deuticke.
- Jung, C. G. (1964). *El hombre y sus símbolos*. Londres: Aldus Books.
- Jung, C. G. (1954). *La naturaleza de los sueños*. *Obras Completas*, Vol. 8. Madrid: Trotta.

Winnicott, D. W. (1971). *Realidad y juego*. Londres: Tavistock Publications.

Erickson, M. H., Rossi, E. L., & Rossi, S. I. (1976). *Hipnoterapia*. Nueva York: Irvington Publishers.

Rossi, E. L. (1986). *The Psychobiology of Mind-Body Healing*. Nueva York: W. W. Norton.

Hartmann, E. (1998). *Dreams and Nightmares*. Nueva York: Perseus Publishing.

Hobson, J. A. (2002). *Dreaming: An Introduction to the Science of Sleep*. Oxford: Oxford University Press.

Gill, S. D., & Sullivan, I. F. (1992). *Dictionary of Native American mythology*. Oxford University Press.

J Rosa, (2023) *Terapia concreta, manual para el profesional de la conducta humana*.

Joe A. Rosa

Licensed Professional Counselor in Puerto Rico and Hypnotherapist.



La relación entre el «cuñadismo» pandémico y el efecto Dunning–Kruger. Una aproximación desde la psicología social

Carlos Conde Arranz

Vivimos tiempos líquidos (en términos de Zygmunt Bauman), unos tiempos caracterizados fundamentalmente por la fragilidad de los referentes, la volatilidad del conocimiento y la hipertrofia de la opinión basada en gran medida en una gran ignorancia voluntaria. En este contexto, la estupidez humana y el denominado «cuñadismo pandémico» parecen haber alcanzado índices de prevalencia preocupantes, hasta el punto de adquirir rasgos cuasi normativos. Paradójicamente, su única dificultad diagnóstica reside en el número: cuando el fenómeno se generaliza, deja de percibirse como desviación y pasa a integrarse en la normalidad estadística.

Diferentes autores han abordado este fenómeno desde perspectivas distintas, pero complementarias. Aaron James, en su célebre obra “Assholes: a stupidity Theory” (2012), sostiene que la estupidez, entendida no como déficit intelectual, sino como una disposición relacional, se manifiesta de forma omnipresente en la vida cotidiana: en el trabajo, en el ámbito familiar, en el espacio público y, de forma especialmente intensa, en la esfera política y mediática. El “imbécil moral”, afirma James, no duda de su legitimidad para imponer su punto de vista, mostrando una decidida impermeabilidad a la crítica y a la evidencia.

En la misma línea, Cebriá y Cabré publicaron en “JANO. Humanidades

Médicas” (2005) un provocador artículo, “*La estupidez perjudica seriamente la salud*”, en el que afirmaban que “*probablemente la estupidez sea la primera causa de sufrimiento en nuestra especie, por delante de las enfermedades o de la maldad*”. Esta afirmación, lejos de ser una exageración, apunta a un hecho clínicamente reconocible: una parte importante del malestar psicológico que llega a consulta no se encuentra en fenómenos psicopatológicos graves, sino en la exposición prolongada a dinámicas relacionales marcadas por la torpeza cognitiva, la rigidez mental y la arrogancia ignorante de terceros.

Las redes sociales han actuado como un amplificador sin precedentes de este fenómeno. Cada día emergen nuevos “cuñados”, convencidos omniscientes, opinadores universales que suelen introducir sus sentencias con fórmulas del tipo: “*A ver, te lo voy a explicar...*”. Aprendices de todo y maestros de nada, despliegan una seguridad epistémica inversamente proporcional a su competencia real. Frente a ellos, la retirada estoica suele ser la única estrategia viable: debatir con un “cuñado” no solo resulta estéril, sino profundamente desgastante, pues como señalara Charles Darwin, “la ignorancia genera más confianza que el conocimiento”.

Este patrón alcanza una expresión especialmente llamativa cuando se refiere

a la psicología y la psicoterapia. No es infrecuente escuchar afirmaciones como: “yo no necesito ir a ningún psicólogo; yo soy mi propio psicólogo”. Tales declaraciones no son fruto de la autonomía emocional, ni un ejercicio de introspección madura, sino una forma de “ilusoria autosuficiencia cognitiva”, ampliamente estudiada en psicología social, un esquema extendido en multitud de ámbitos.

El efecto Dunning–Kruger: incompetencia metacognitiva y sobreconfianza

La relación entre estupidez, vanidad y sobreestimación de las propias capacidades fue descrita empíricamente por David Dunning y Justin Kruger, psicólogos y profesores en la Universidad de Cornell (New York), en su trabajo publicado en el “Journal of Personality and Social Psychology” (1999). El denominado “efecto Dunning–Kruger” no se refiere particularmente a “*personas poco inteligentes*”, sino a un déficit mucho más específico: “*la incapacidad metacognitiva para reconocer los propios límites*”, lo que en lenguaje mucho más vulgar podríamos denominar “cuñadismo”.

En su investigación, los autores demostraron que los individuos estúpidos resultan incapaces de reconocer las habilidades de los demás, mientras que tienden a sobreestimar las propias, llegando a conclusiones erróneas y tomando decisiones desacertadas. Dunning y Kruger realizaron un experimento en el que midieron las habilidades intelectuales y sociales de una muestra de estudiantes. Paralelamente les pedían a los participantes que estimasen cuáles iban a ser los resultados. Invariable y reveladoramente, los más mediocres estimaban encontrarse por encima de la

media y esperaban unos resultados que avalasen sus expectativas, mientras que los más brillantes estimaron que se encontrarían por debajo de la media estadística resultante. Obviamente, los resultados reales no confirmaban las hipótesis de los participantes. Este fenómeno, no explicado exclusivamente por un narcisismo en sentido clínico, sino por una falta de capacidad para reconocer los errores propios, es lo que Dunning describió posteriormente como una forma de “incompetencia epistémica autorreforzada” (Dunning, 2011). En otras palabras: para reconocer que uno se equivoca, primero hay que saber lo suficiente como para entender por qué está equivocado.

Investigaciones posteriores realizadas por Pennycook (2017) y Anson (2018) han replicado y matizado el efecto, señalando que se intensifica en contextos de alta carga ideológica, baja rendición de cuentas y exposición a entornos que refuerzan la autoafirmación acrítica, tal como sucede en las redes sociales (Pennycook et al., 2017; Anson, 2018).

Cipolla y la estupidez como fenómeno estructural

Desde una perspectiva más sociológica e histórica, Carlo Cipolla, historiador y profesor de diversas universidades italianas, así como en la Universidad de Berkeley hasta 1991, enunció en su obra “Las leyes fundamentales de la estupidez humana” (1976/2013), cinco leyes fundamentales relacionadas con la estupidez y su índice de prevalencia poblacional:

1. Siempre e inevitablemente, cada uno de nosotros subestima el número de individuos estúpidos que circulan por el mundo. “*Stultorum infinitus est numerus*”, afirma

la Vulgata (traducción de la biblia al latín, a cargo de San Jerónimo en el siglo IV).

2. La probabilidad de que una persona determinada sea estúpida es independiente de cualquier otra característica de la misma persona, incluso su nivel “educativo”, que no cultural.

3. Una persona estúpida es una persona que causa un daño a otra persona o grupo de personas, sin obtener al mismo tiempo un provecho para sí, o incluso obteniendo un perjuicio.

4. Las personas no estúpidas subestiman siempre el potencial nocivo de las personas estúpidas. En tanto que al malvado le vemos venir, el estúpido es más imprevisible.

5. La persona estúpida es el tipo de persona más peligrosa que existe, incluso más que el malvado.

Estas leyes concuerdan de forma notable con el efecto Dunning–Kruger: ambos describen sujetos que operan con “certeza subjetiva y ausencia de conciencia de daño”, lo que los convierte en agentes particularmente desorganizadores a nivel social y relacional.

No es casual que el lector de este artículo, al recorrer estas descripciones, tienda a identificar rápidamente ejemplos en su entorno. Lo verdaderamente inquietante (y aquí Cipolla es especialmente lúcido) es la dificultad para reconocerse a uno mismo dentro de dicha categoría, lo que convierte a la estupidez en un fenómeno autorreferencialmente ciego.

Conclusión

Más que una categoría diagnóstica futura (quién sabe si en el próximo DSM-VI) la

estupidez contemporánea parece constituir un “problema de salud relacional colectiva”, alimentado por la sobreexposición a opiniones no cualificadas, la devaluación del conocimiento experto y la ilusión de competencia universal. Comprender el efecto Dunning–Kruger no solo nos permite identificar el “cuñadismo pandémico”, sino también introducir una saludable dosis de duda epistemológica sobre nuestras propias certezas. Porque, en última instancia, el verdadero antídoto contra la estupidez no es ya la inteligencia, sino la “conciencia de los propios límites”.

Referencias

- Anson, I. G. (2018). “Partisanship, political knowledge, and the Dunning–Kruger effect”. *Electoral Studies*, 56, 119–122.
- Bauman, Z. (2000). “Modernidad líquida”. Tusquets.
- Cebriá, J., & Cabré, J. (2005). “La estupidez perjudica seriamente la salud”. *JANO. Humanidades Médicas*, 68, 52–56.
- Cipolla, C. M. (2013). “Las leyes fundamentales de la estupidez humana”. *Crítica*.
- Dunning, D. (2011). “The Dunning–Kruger effect: On being ignorant of one’s own ignorance”. *Advances in Experimental Social Psychology*, 44, 247–296.
- Dunning, D., & Kruger, J. (1999). “Unskilled and unaware of it”. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77(6), 1121–1134.

James, A. (2012). *“Assholes: A theory”*. Doubleday.

Marina, J. A. (2004). *“La inteligencia fracasada”*. Anagrama.

Marmion, J.-F. (2019). *“La psicología de la estupidez”*. Alianza Editorial.

Pennycook, G., Cheyne, J. A., Barr, N., Koehler, D. J., & Fugelsang, J. A. (2017). *“On the reception and detection of pseudo-profound bullshit”*. *Judgment and Decision Making*, 10(6), 549–563.

Carlos Conde Arranz
Psicólogo sanitario y forense.



The relationship between pandemic "cuñadismo" and the Dunning–Kruger effect. An approach from social psychology

Carlos Conde Arranz

We live in liquid times (in Zygmunt Bauman's terms), times characterised fundamentally by the fragility of references, the volatility of knowledge and the hypertrophy of opinion based largely on wilful ignorance. In this context, human stupidity and so-called pandemic "cuñadismo"¹ (brother-in-law syndrome) seem to have reached worrying levels of prevalence, to the point of acquiring quasi-normative traits. Paradoxically, the only difficulty in diagnosing it lies in its numbers: when the phenomenon becomes widespread, it is no longer perceived as a deviation and becomes part of statistical normality.

Different authors have approached this phenomenon from different but complementary perspectives. Aaron James, in his famous work *Assholes: A Theory of Stupidity* (2012), argues that stupidity, understood not as an intellectual deficit but as a relational disposition, manifests itself ubiquitously in everyday life: at work, in the family sphere, in public spaces and, particularly intensely, in the political and media spheres. The "moral imbecile", James asserts, does not doubt his legitimacy in imposing his point of

view, showing a determined imperviousness to criticism and evidence.

Along the same lines, Cebriá and Cabré published a provocative article in *JANO. Humanidades Médicas* (2005) entitled *"Stupidity seriously damages health"*, in which they stated that *"stupidity is probably the leading cause of suffering in our species, ahead of disease or evil"*. This statement, far from being an exaggeration, points to a clinically recognisable fact: a significant part of the psychological distress that comes to consultation is not found in serious psychopathological phenomena, but in prolonged exposure to relational dynamics marked by cognitive clumsiness, mental rigidity and the ignorant arrogance of others.

Social media has acted as an unprecedented amplifier of this phenomenon. Every day, new "brothers-in-law" emerge, convinced they are omniscient, universal opinionators who often introduce their pronouncements with phrases such as, *"Let me explain..."* Apprentices of everything and masters of nothing, they display an epistemic confidence inversely proportional to their actual competence. In the face of them, stoic withdrawal is often the only viable strategy: debating with a "know-it-all" is not only futile, but deeply exhausting, for as Charles Darwin pointed out, "ignorance breeds more confidence than knowledge".

¹ N.T. In Spanish, "cuñado" means brother-in-law. But when the author says "cuñadismo", he's using a colloquial way of referring to that "wise guy" who, at a dinner, argues with a physicist about dark matter, with a coach about soccer, and with a bishop about theology. And he's always right.

This pattern reaches a particularly striking expression when it comes to psychology and psychotherapy. It is not uncommon to hear statements such as: "I don't need to go to a psychologist; I am my own psychologist." Such statements are not the result of emotional autonomy, nor an exercise in mature introspection, but rather a form of "illusory cognitive self-sufficiency", widely studied in social psychology, a pattern that is widespread in many fields.

The Dunning–Kruger effect: metacognitive incompetence and overconfidence

The relationship between stupidity, vanity and overestimation of one's own abilities was empirically described by David Dunning and Justin Kruger, psychologists and professors at Cornell University (New York), in their paper published in the *Journal of Personality and Social Psychology* (1999). The so-called "Dunning–Kruger effect" does not refer particularly to "*unintelligent people*", but to a much more specific deficit: "*the metacognitive inability to recognise one's own limitations*", which in much more colloquial language we could call "brother-in-law syndrome".

In their research, the authors demonstrated that stupid individuals are unable to recognise the abilities of others, while tending to overestimate their own, leading them to draw erroneous conclusions and make poor decisions. Dunning and Kruger conducted an experiment in which they measured the intellectual and social abilities of a sample of students. At the same time, they asked the participants to estimate what the results would be. Unsurprisingly and revealingly, the most mediocre estimated themselves to be above average and expected results that

would confirm their expectations, while the most brilliant estimated that they would be below the resulting statistical average. Obviously, the actual results did not confirm the participants' hypotheses. This phenomenon, which cannot be explained solely by narcissism in the clinical sense, but rather by a lack of ability to recognise one's own mistakes, is what Dunning later described as a form of "self-reinforcing epistemic incompetence" (Dunning, 2011). In other words, in order to recognise that one is wrong, one must first know enough to understand why one is wrong.

Subsequent research by Pennycook (2017) and Anson (2018) has replicated and refined the effect, noting that it intensifies in contexts of high ideological bias, low accountability, and exposure to environments that reinforce uncritical self-affirmation, such as social media (Pennycook et al., 2017; Anson, 2018).

Cipolla and stupidity as a structural phenomenon

From a more sociological and historical perspective, Carlo Cipolla, historian and professor at various Italian universities, as well as at the University of Berkeley until 1991, outlined five fundamental laws related to stupidity and its prevalence in the population in his work "*The Fundamental Laws of Human Stupidity*" (1976/2013):

1. Always and inevitably, each of us underestimates the number of stupid individuals circulating in the world. "*Stultorum infinitus est numerus*", states the Vulgate (Latin translation of the Bible by St. Jerome in the 4th century).
2. The probability that a given person is stupid is independent of any other

characteristic of that person, including their level of "education", not culture.

3. A stupid person is someone who causes harm to another person or group of people without gaining any benefit for themselves, or even suffering harm.

4. Non-stupid people always underestimate the harmful potential of stupid people. While we can see the evil person coming, the stupid person is more unpredictable.

5. The stupid person is the most dangerous type of person there is, even more so than the evil person.

These laws are remarkably consistent with the Dunning–Kruger effect: both describe individuals who operate with "subjective certainty and a lack of awareness of harm", which makes them particularly disruptive agents at a social and relational level.

It is no coincidence that readers of this article, when reading these descriptions, tend to quickly identify examples in their own environment. What is truly disturbing (and here Cipolla is particularly lucid) is the difficulty of recognising oneself within this category, which makes stupidity a self-referentially blind phenomenon.

Conclusion

More than a future diagnostic category (who knows if it will appear in the next DSM-VI), contemporary stupidity seems to constitute a "collective relational health problem", fuelled by overexposure to unqualified opinions, the devaluation of expert knowledge, and the illusion of universal competence. Understanding the Dunning–Kruger effect not only allows us to identify "pandemic brother-in-lawism", but also to introduce a healthy dose of epistemological doubt about our own certainties. Because, ultimately, the true antidote to stupidity is no longer intelligence, but "awareness of one's own limitations".

References

- Anson, I. G. (2018). "*Partisanship, political knowledge, and the Dunning–Kruger effect*". *Electoral Studies*, 56, 119–122.
- Bauman, Z. (2000). "*Modernidad líquida*". Tusquets.
- Cebriá, J., & Cabré, J. (2005). "*La estupidez perjudica seriamente la salud*". *JANO. Humanidades Médicas*, 68, 52–56.
- Cipolla, C. M. (2013). "*Las leyes fundamentales de la estupidez humana*". Crítica.
- Dunning, D. (2011). "*The Dunning–Kruger effect: On being ignorant of one's own ignorance*". *Advances in Experimental Social Psychology*, 44, 247–296.
- Dunning, D., & Kruger, J. (1999). "*Unskilled and unaware of it*". *Journal of Personality and Social Psychology*, 77(6), 1121–1134.
- James, A. (2012). "*Assholes: A theory*". Doubleday.
- Marina, J. A. (2004). "*La inteligencia fracasada*". Anagrama.
- Marmion, J.-F. (2019). "*La psicología de la estupidez*". Alianza Editorial.
- Pennycook, G., Cheyne, J. A., Barr, N., Koehler, D. J., & Fugelsang, J. A. (2017). "*On the reception and detection of pseudo-profound bullshit*". *Judgment and Decision Making*, 10(6), 549–563.

Carlos Conde Arranz

Health and forensic psychologist.



In memoriam

Isidro Pérez Hidalgo

En nuestra querida Sociedad Hipnológica Científica, hemos tenido este año una gran pérdida: nuestro compañero y amigo, el Doctor Fernando Martínez-Pintor nos ha dejado. Su muerte, inesperada, ha sido un duro golpe.

Fernando fue para mí, y creo que para todos los miembros de nuestra sociedad, un amigo en primer lugar y un gran profesional de la medicina, que ejerció brillantemente hasta que ya no pudo más.

Su *curriculum* ocupaba un gran espacio. Acumulaba muchos méritos y distinciones. Siempre estaba en vanguardia de la reumatología, muy interesado por los aspectos psicológicos y antropológicos de la enfermedad, además de las partes más puramente biológicas.

Tuve la suerte y el privilegio de trabajar con él en Barcelona, en el Instituto de Reumatología que fundó hace ya más de 20 años. Siempre admiré su lado humano en perfecta conjunción con su rigor como clínico.

En el último libro de nuestra sociedad científica contamos con un capítulo de su autoría. Cuando lo recibimos nunca imaginamos que sería una aportación póstuma.

Hipnológica guardará siempre un recuerdo entrañable de uno de sus miembros más destacados.

Hasta siempre, Fernando.



Our beloved Scientific Hypnological Society has suffered a great loss this year: our colleague and friend, Dr. Fernando Martínez-Pintor, has passed away. His unexpected death has been a heavy blow. Fernando was for me, and I believe for all the members of our society, first and foremost a friend and a great medical professional, who practised brilliantly until he could no longer do so.

His CV was extensive. He accumulated many merits and distinctions. He was always at the forefront of rheumatology, very interested in the psychological and anthropological aspects of the disease, in addition to the more purely biological aspects.

I had the good fortune and privilege of working with him in Barcelona, at the Institute of Rheumatology that he founded more than 20 years ago. I always admired his human side, which was in perfect harmony with his rigour as a clinician.

Our scientific society's latest book includes a chapter written by him. When we received it, we never imagined that it would be a posthumous contribution.

Hipnológica will always cherish the memory of one of its most distinguished members.

Farewell, Fernando.

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 estas 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 16 – NÚMERO 18
Diciembre 2025

