

## HIPNOSIS CLÍNICA EN PSICOTERAPIA BREVE A PROPÓSITO DE UN CASO

---

### CLINICAL HYPNOSIS IN BRIEF PSYCHOTHERAPY A CASE

**M<sup>a</sup> Yolanda Ayuso de San Frutos**

Psicóloga y codirectora de la Clínica Psicolama

Máster en Psicología Clínica y Psicoterapia por la SEMPYP

Máster en Psicoterapia e Hipnosis Ericksoniana por Instituto Erickson Madrid.

Coordinadora en Madrid del Grupo de Psicología de la Universidad Oberta de Cataluña UOC.

**Resumen:** En este trabajo se presentan y sintetizan las bases conceptuales, teóricas y prácticas que conforman la Psicoterapia Breve (PB) como modelo integrador, los instrumentos, diagnóstico y evaluación según el modelo OPD-2, así como diversas técnicas y herramientas susceptibles de emplearse durante el proceso terapéutico. Todo ello se expone mediante la presentación de un caso clínico, que presenta síntomas de depresión enmascarada por duelo no resuelto con alexitimia y trastorno por somatización. Se expone además, un estudio sobre los objetivos y utilidad del empleo en PB de la Hipnosis Clínica, correlatos neurofisiológicos, evaluación de sugestionabilidad y planificación de una sesión terapéutica con hipnosis. Todo ello centrado mayoritariamente en la aplicación de la gestión del dolor crónico, que junto con E.M.D.R. conforma la base del tratamiento del caso que se presenta.

*Palabras clave: Psicoterapia Breve, OPD-2, Hipnosis Clínica, E.M.D.R., somatización*

**Abstract:** In this work I present and summarize the conceptual, theoretical and practical basis which define the Brief Psychotherapy (BP) as integrator model, also tools, diagnosis and evaluation according to the OPD-2 model bases, as well as several techniques and tools which are liable to be used along the therapeutic process. The whole content is exposed through the presentation of a clinical case, which has depression symptoms masked by no solved duel with alexithymia and disorder cause of somatization. Additionally, I expose a study about the objectives and usefulness of the BP use in Clinical Hypnosis, neurophysiological correlates, suggestibility assessment and planning of a therapeutic hypnosis session. All, mainly focused on the application of the chronic pain management, which beside E.M.D.R., form the basis of the presented case treatment.

*Key words: Brief Psychotherapy, OPD-2, Clinical Hypnosis, EMDR, somatization*

## INTRODUCCIÓN

De las variadas definiciones de Psicoterapia que podemos encontrar en los textos académicos, el Grupo de Expertos que configuran La Sociedad Española de Medicina Psicosomática y Psicoterapia (SEMPyP) profesionales con amplia trayectoria clínica, tanto psicólogos como psiquiatras de variadas orientaciones, concluyen por consenso que la Psicoterapia como paradigma de estudio consiste en (Marín, 2009):

Un tratamiento científico, de naturaleza psicológica que, a partir de manifestaciones psíquicas o físicas del malestar humano, promueve el logro de cambios o modificaciones del comportamiento, la adaptación al entorno, la salud física o psíquica, la integración de la identidad psicológica y el bienestar de la persona o grupos tales como la pareja o la familia. (p.6, M<sup>o</sup>1)

El modelo integrador de Psicoterapia Breve (en adelante PB) que propone la SEMPyP surge de la adaptación de la Psicoterapia Psicoanalítica (Preston, 2003) sustentada sobre los cimientos establecidos por la Psicoterapia Psicodinámica, que se ocupa del estudio de los efectos producidos por las experiencias vitales específicas en el ser humano (Lledó, 2009), y del modo en que el entramado de percepciones acumuladas afectan y condicionan la percepción y el comportamiento contemporáneo (Bellak y Small, 1980).

Toda esta información, de naturaleza tanto intrínseca como extrínseca, que se obtiene a lo largo de la vida, va conformando la Psique, mediante un sustrato de redes e interconexiones neuronales (Shapiro, 2004), que se cimienta, en mayor medida, en los primeros años de vida (Sánchez-Barranco y Sánchez-Barranco, 2001). Por tanto, éste modelo de Psicoterapia Breve que nos ocupa, se apoya en los descubrimientos científicos de la biología de la mente, tanto en el ámbito de la conciencia consciente como en la inconsciente, uno de los pilares de la Teoría Psicoanalítica (Freud, 1922).

A partir de esta base Psicoanalítica, se desarrolla durante los últimos 40 años la psicoterapia psicodinámica a corto plazo (STPP) de la mano de autores como Malan, Davanloo y Sifneos (Davanloo, 1980, citado en Abbass, Hancock, Henderson y Kislely, 2008), que da lugar a nuevos enfoques dentro de la Psicoterapia Breve gracias al incremento de investigaciones científicas como la psicología cognitiva de Beck, la terapia centrada en soluciones de O'Hanlon, las aportaciones del constructivismo de Nardone y Watzlawick, la psicoterapia integrativa multidimensional de Corsi, y la lectura alexitímica de los síntomas de Marín (2009).

Estos modelos comparten características comunes, como el establecimiento de criterios de selección del paciente (no todas las personas que solicitan asistencia psicológica están en disposición real de recibirla), el empleo de la relación de transferencia terapéutica, el establecimiento de un tiempo limitado y la participación activa del terapeuta en el proceso (Lledó, 2009).

Podemos añadir, además, que muchos de estos métodos hacen uso de triángulos interpretativos (Marín, 2009) como son el triángulo de conflicto en cuyos vértices encontraríamos los elementos de sentimientos o impulso, ansiedad y defensa, así como el triángulo de las personas cuyos extremos representan las relaciones actuales, la relación terapéutica y las relaciones pretéritas (Davanloo, 1980, citado en Abbass et al. 2008).

Las principales características que definen la Psicoterapia Breve (Marín, 2009) se pueden sintetizar, según el siguiente esquema:

- ➔ Base Psicoanalítica con aportaciones de otros paradigmas científicos que se define en la actualidad según sus específicas técnicas y teorías.
- ➔ Selección del paciente potencial para unos óptimos resultados.
- ➔ El principal objetivo terapéutico es la generación de cambios en áreas específicas de la personalidad del sujeto, y no meramente la desaparición sintomatológica.
- ➔ El proceso psicoterapéutico se dispone hacia un foco clínico consensuado, no obstante se añade la tarea del duelo en la última fase por el fin de la vinculación terapéutica.
- ➔ El proceso de PB tiene una limitación temporal que se dispone desde el inicio del tratamiento, que no suele ser superior a un año. En algunos casos críticos se aplica una Psicoterapia Intensiva de Urgencia P.B.I.U.
- ➔ La actitud del terapeuta es activa no directiva, en relación asimétrica.

**Figura 1. Principales características de la Psicoterapia Breve**

En cuanto a los principios terapéuticos de la Psicoterapia Breve: las estrategias motivacionales para el cambio, los instrumentos que se utilizan en las intervenciones, el planteamiento diagnóstico y la evaluación según el modelo OPD-2, sirva el siguiente gráfico a modo de croquis: (Marín, 2009)

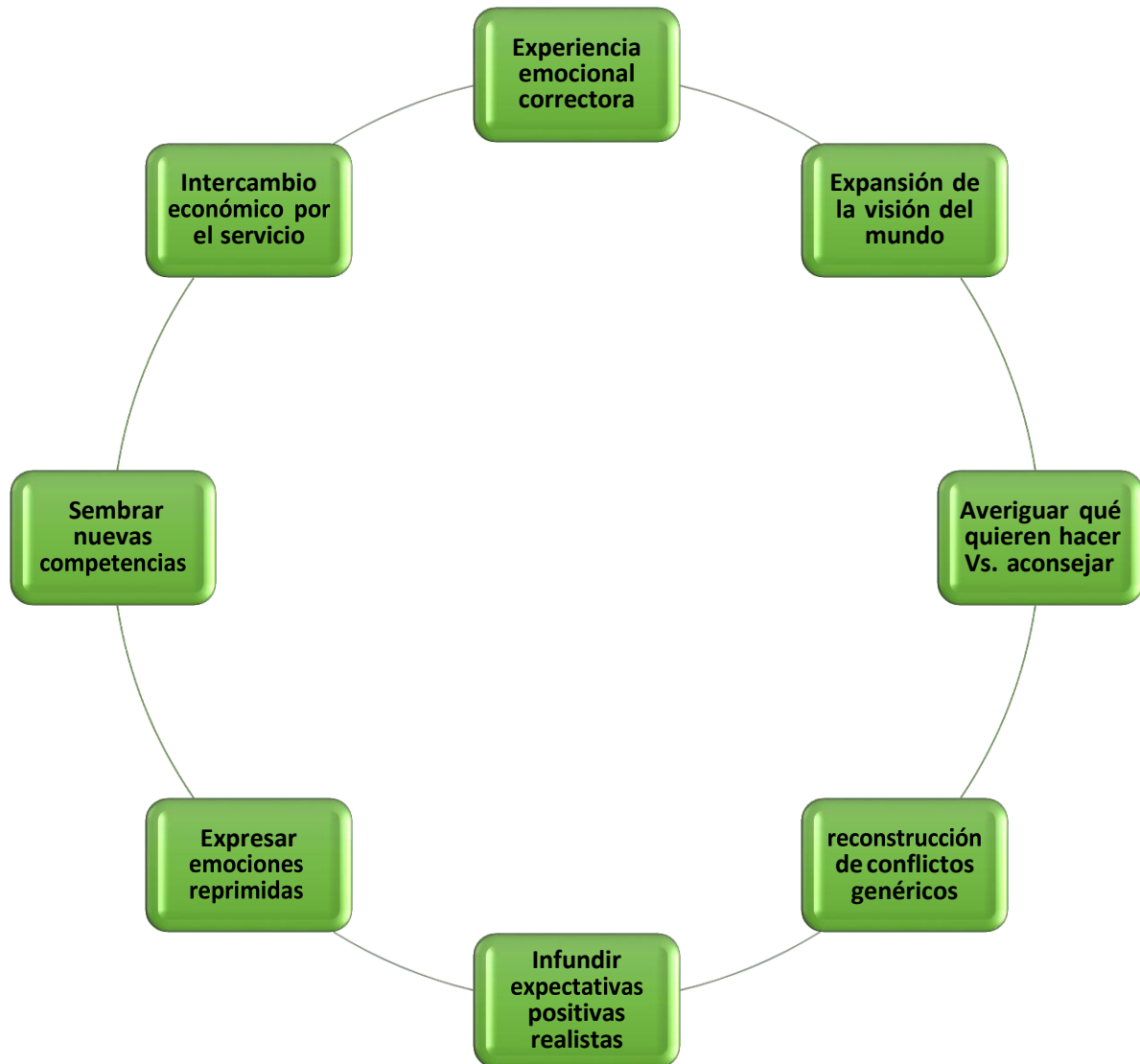


Figura 2. Principios terapéuticos de la PB

## CASO CLÍNICO

Desde el modelo de PB, se contempla como primer contacto terapéutico la llamada telefónica del paciente por el efecto movilizador de fantasías ligadas a las expectativas sobre el terapeuta y la terapia, que más tarde pueden aflorar en alguna de las sesiones. Este contacto se realiza por una tercera persona cuando el consultante es un menor de edad.

Desde los primeros instantes en que se inicia la interacción del paciente con el terapeuta es importante generar una buena alianza terapéutica y crear un clima seguro.

Tras éste primer acercamiento se inicia la fase exploratoria durante las primeras entrevistas (de dos a cuatro), que son algo más directivas que el resto en el sentido de que el terapeuta realiza un interrogatorio más dirigido, es cuando se determina si el paciente en función de sus características y junto con la demanda que formula es susceptible de ser tratado con PB, se define el modo relacional personal mediante la interacción con el terapeuta, las claves transferenciales (transferencia y contratransferencia), su capacidad retrospectiva y el modo en que conecta con sus experiencias mediante la recogida de datos de lo sucedido hasta el momento presente, si recuerda los sueños, si tiene capacidad de *insight* y finalmente se establece el *setting* o encuadre y el contrato terapéutico. Su principal función es la de realizar un pronóstico aproximado de lo que será el tratamiento (Marín, 2009).

Durante las fases iniciales el modelo de PB propone un proceso de evaluación y formulación del caso, de una duración aproximada de cinco sesiones, en el que además del conocimiento de la demanda, se van recopilando los datos necesarios para realizar el Diagnóstico Psicodinámico Operacional OPD-2 (consistente en una evaluación en 5 ejes, desarrollado en España por la SEMPYP a partir del *Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik* de la Universidad de Heidelberg) para a continuación realizar, en una sesión, la devolución de lo obtenido a través de la misma.

A partir de ese momento se consensua cuál será el objetivo o foco terapéutico y se acuerda el contrato o proceso de intervención para el trabajo psicoterapéutico y la consecución de los objetivos.

### **Fase exploratoria**

En la fase exploratoria utilizo una ficha clínica para la recogida de datos en el proceso de evaluación, tomando como referencia las directrices de la SEMPYP en el curso de Experto en evaluación Psicológica y Psicodiagnóstico (Aznárez, 2012).

Ana llama personalmente a la clínica para preguntar por nuestros servicios. Habla con mi colega que es quien le cita para una sesión conmigo. Cuando viene a consulta, su lenguaje corporal indica timidez, parece temerosa. Sin embargo, su expresión facial resulta inexpresiva. Acude por iniciativa propia después de haber solicitado un volante recomendando psicoterapia a su psiquiatra del seguro privado.

Al ser la primera cita, recojo los datos de filiación, ubicación familiar (origen y nuclear), el motivo de consulta, valores (Sánchez, 2006), antecedentes médicos y psicológicos familiares y propios y me informo sobre si está tomando algún tratamiento farmacológico.

Además, para realizar un diagnóstico holístico tal y como recomienda el modelo de PB, exploro su calidad de sueño, hábitos nutricionales, y si realiza alguna actividad física<sup>1</sup>.

- Ana tiene 31 años, con residencia y nacimiento en Madrid. Estudió Pedagogía y trabaja en una escuela infantil, este año con bebés, lo que le ocasiona bastante estrés.
- En relación a su familia de procedencia, su padre de origen catalán, “era banquero”, murió con 62 años de cáncer de pulmón tras un largo proceso de enfermedad, hace 3 años. Su madre, procede de un pueblo de Burgos, ama de casa aunque de joven trabajaba en una perfumería. Sufría de “depresión profunda” desde que Ana tenía 11 años y murió con 48 años de infarto cerebral dos años después, cuando ella tenía 13 años.
- Su hermano mayor, tiene 33 años y es administrativo.
- Sus padres tuvieron una hija antes de que nacieran ellos dos, que murió con 3-4 meses (no sabemos la causa)
- Respecto a su familia nuclear indica que “es soltera pero con pareja” hace 6 años. No tiene hijos pero le gustan los niños. Su pareja trabaja en una gestoría y viven juntos en la que fue la casa de los padres de Ana.

Como **motivo de consulta**, Ana refiere llevar bastante tiempo triste, sin ilusiones por nada, con cansancio físico intenso, sin ganas ni motivación para ir a trabajar desde hace 2 años, padece de dolores y contracturas en la espalda, hombros y cuello crónicos (con mayor intensidad desde hace 3 años) y en ocasiones en todo el cuerpo en general. Tiene mucha tensión en la mandíbula y bruxismo. Las pruebas médicas no muestran ninguna causa física que justifique los síntomas físicos, no obstante las analíticas muestran una ligera anemia ferropénica, por lo que el médico le ha puesto un tratamiento a base de suplementación con hierro. Además el traumatólogo le ha recomendado que acuda a un reumatólogo.

Parece que la exacerbación sintomática y el malestar psicológico suceden tras la muerte de su padre. Hasta ahora para contrarrestar la tensión corporal acude periódicamente a un fisioterapeuta. Ha realizado muchos cursos sobre psicomotricidad para aplicar los conocimientos adquiridos a su trabajo, en los que ha realizado actividades experienciales y vivenciales de autoconocimiento, así como constelaciones sistémicas familiares. Esto ha contribuido a percatarse de que necesita ayuda psicológica, y por éste motivo, al sentir que sus malestares no solo no remiten sino que empeoran, es cuando acude a terapia.

---

<sup>1</sup> Tengo formación universitaria en nutrición, salud y calidad de vida, así como en nutrición ortomolecular y en naturopatía.

Al explorar la influencia del problema en los diversos ámbitos de acción encontramos que:

- En el trabajo es donde ésta es más negativa, ya que a causa del cansancio y la desmotivación se está planteando dejar la escuela donde trabaja. No sabe que quiere hacer, tiene dudas sobre si ha acertado en la elección de su profesión.
- Respecto a su relación de pareja, se llevan bien, sin embargo tiene problemas de libido ya que *“no tiene nunca ganas de tener relaciones sexuales”* y sufre dolor en la penetración.
- Apenas tiene relación con su familia de procedencia, salvo en las fechas navideñas, y vacaciones. Con su hermano que vive en Madrid contacta con algo más de frecuencia.

El grado de bienestar que experimenta en los diferentes ámbitos de acción:

- En su casa está haciendo reformas en la cocina, muy poco a poco porque es ella misma quien está pintando las puertas, ordenando y colocando. Si bien le gusta, ha de hacerlo en periodos temporales cortos porque se agota. Su pareja que es bastante desordenado tiende a acumular muchos objetos *“por si algún día los necesitan”* y tiene demasiados utensilios de cocina (sartenes, batidoras...viejas pero que como funcionan las guarda) por lo que le provoca bastante ansiedad.
- El trabajo con niños le gusta, pero tiene una alta autoexigencia perfeccionismo, se genera excesivas responsabilidades que no le corresponden y por tanto no disfruta con él. Sí le gusta hacer talleres para padres y desarrollar su creatividad de éste modo. Está escribiendo en un cuaderno las cosas interesantes que le ocurren con los niños y las ideas que le surgen al respecto con la ilusión de algún día escribir un libro.
- Respecto al ocio y la red social de amistades, sale muy pocas veces con su pareja al cine y con algunos amigos a cenar. Le gusta el baloncesto pero hace un año que no practica ningún deporte.

En la exploración de hábitos saludables:

- No tiene problemas para dormirse pero su calidad de sueño es insuficiente porque se despierta muy cansada y con rigidez. (Con toda la sintomatología que presenta tengo sospechas que padezca fibromialgia, sin embargo no limitándome a “etiquetar” lo contemplo para el tratamiento. El médico no le ha dado aún ningún diagnóstico al respecto.)
- Su aspecto externo es calmado, sin embargo ella siente mucha ansiedad interior.
- Tiene una alimentación normal bastante saludable (aunque toma azúcar y alimentos refinados en lugar de incluir integrales) salvo su modo de desayunar (solo galletas con café).

- No fuma, no toma drogas ni bebe alcohol.
- Le gusta el baloncesto, pero no practica ningún deporte desde hace más de un año.

Respecto a su historia de enfermedades e ingresos hospitalarios, no recuerda haber tenido ninguna enfermedad relevante desde la infancia hasta ahora, salvo las pronunciadas en el motivo de consulta.

En la indagación de historia de trauma, no ha sufrido nunca maltrato físico y/o psicológico, ni abuso. Explico a Ana la importancia de los acontecimientos traumáticos y las implicaciones y condicionamientos que éstos tienen en el comportamiento y los síntomas actuales. Además mediante psicoeducación hago una definición y diferenciación de lo que es un trauma (T) y una sucesión de acontecimientos traumáticos o estresantes durante un tiempo relativamente prolongado (t), ejemplificándolos. Según Shapiro (2004, citada en Leeds, 2011), cuando ocurre un acontecimiento traumático (T) o se mantiene durante alguna de las fases de desarrollo vital un estrés persistente (t), se puede producir una interrupción en los mecanismos de procesamiento emocional de la información, tal y como ya apuntaban las hipótesis sobre la emoción vehemente de Pierre Janet sobre la disociación (Hart y Horst, 1989). Como resultado, la información queda almacenada según apunta Bower (1981, citado en Leeds, 2011) en un modo de estado específico, no logrando una resolución de forma adaptativa.

### **Señalamiento del *setting* o encuadre terapéutico**

Explico a Ana las condiciones formales del proceso terapéutico en relación a la frecuencia y tiempo de las sesiones, honorarios y la necesidad de ser rigurosos, por ambas partes, con las citas señaladas intentando en la mayor medida posible evitar variaciones e improvisaciones, ya que tienen un efecto perjudicial en el desarrollo terapéutico al funcionar a modo de artefactos (Marín, 2009). Tras las aclaraciones pertinentes, y a modo de tareas para llevar a casa, entrego:

- Cuestionario de Listado de recuerdos, en donde anote el relato de los sucesos más traumáticos, unos 10, ordenados de forma cronológica reflejando además cuál es el de mayor antigüedad, el más reciente y el de mayor impacto perturbador.
- Cuestionario de Listado de estímulos actuales<sup>6</sup> para averiguar y tomar conciencia de las situaciones que tienen efecto detonador de su sintomatología.
- Pido que recopile datos para la elaboración del Árbol genealógico/Genograma.

En la segunda sesión, recojo los cuestionarios y los analizamos conjuntamente. No solo se trata de un proceso de recogida de datos, sino que también tiene un efecto movilizador en el paciente



(Fernández-Ballesteros, R. (Dir.) 2009). Los Genogramas desde la perspectiva sistémica permiten realizar un seguimiento espacio-temporal de los problemas familiares y pautas de actuación que se repiten (Fernández, Escalante y Palmero, 2010), y es de gran utilidad para que el terapeuta pueda hacer una intervención de reformulación y normalización de problemáticas con alto contenido emocional y perturbador (McGoldrick, Gerson & Petry, 2008).

A partir de los datos recopilados en el **Listado de recuerdos** y su análisis, en la sesión realizamos la **Línea de Vida**, con lo que se obtiene con ambos instrumentos la siguiente información que señalo por orden cronológico:

- El primer acontecimiento traumático sucede cuando era muy pequeña, no recuerda la edad pero puede haber ocurrido alrededor de los 3 o 4 años.
- Al descubrirla su madre con otro niño de su misma edad realizando juegos infantiles actúa de una forma muy exagerada y le apremia con una gran regañina. En su familia el sexo es tabú.
- Con 5 años se cortó los dedos con una navaja y su padre le curó con sal. Ella sintió muchísimo dolor y lo recuerda como si hubiera sido ayer. Durante mucho tiempo se ponía nerviosa si veía cuchillos cerca. Empatiza mucho con el dolor ajeno y no puede ver ni escuchar ciertas imágenes porque le generan mucha angustia. Piensa que puede tener relación.
- Con 9 años se va a un campamento de verano y no logra integrarse.
- El siguiente acontecimiento traumático sucede a los 11 años, con la aparición de la menarquía. No había recibido ningún tipo de información al respecto por parte de su madre y lo vive de forma altamente traumática, puesto que coincide con la época en la que su madre ya padecía depresión, y según ella menciona, se pasaba todo el día en la cama sin salir de su habitación. No tuvo ningún tipo de apoyo en ese momento y el modo de afrontamiento ha sido a través de trabajo personal con la pedagogía sistémica a través de la cual ha podido ir aceptando su lado femenino.
- De forma intelectualizada añade que se encuentra en proceso de aceptar y tomar a su madre y revivir la experiencia traumática para poder experimentarla desde la perspectiva de un adulto.
- A los 13 años, ocurre la muerte de su madre. Éste es su trauma más importante. En el momento presente es cuando se empieza a sentir capacitada de hablar de la muerte de su madre y de cómo sucedió, esto hace que la tenga más presente que nunca. Tiene fotos de su madre en la cabecera de la cama de su habitación y lleva una foto suya en el móvil. Menciona que habla mucho con ella y la pregunta dudas. Escribió una carta a su madre

(durante uno de los cursos de pedagogía sistémica) explicándole cómo fue su muerte y en algunas ocasiones “se la lee”, aunque siempre que lo hace llora. Menciona que el día que se sienta preparada quemará la carta (a modo de ritual) y de ese modo “todo se irá con ella, hasta mi dolor”. Recuerda a su madre en la cama siempre, con depresión. Un día entró en su habitación para probarse uno de sus sujetadores, pero no pudo abrir la puerta. Finalmente la encontró en el suelo, con moratones y la lengua fuera.

Le había dado un ACV. Recuerda que vino la ambulancia y se la llevó al hospital. No la volvió a ver. Llevaron a su hermano a casa de unos tíos y a ella con otros de sus tíos. A los dos días falleció en el hospital. Ana no quiso ir al entierro aunque su padre le preguntó que si quería ir.

Siente mucha culpabilidad porque la noche que la encontró en el suelo no fue a ver cómo estaba ni a darle un beso. Al año siguiente la diagnostican anemia ferropénica.

- Con 28 años, un año después de que Ana se independice, muere su padre de cáncer de pulmón tras un largo periodo de enfermedad. No daba muestras de enfermedad “para no molestar a nadie” hasta que le ingresan en el hospital y tras un par de meses fallece. Ana dice que se siente en proceso de superar su duelo pero necesita tiempo, su muerte le ha hecho revivir la de su madre.

Por otra parte se siente en paz porque como escribe en el cuestionario “sé que era lo que él quería (estar con mi madre) y me tranquiliza saber que están juntos”.

- Los acontecimientos traumáticos más recientes suceden durante el siguiente año de morir su padre, cuando ella tiene 29 años. Fallecen sus abuelos por parte materna, y su abuela por parte paterna (dice que muere de pena).

## ADMINISTRACIÓN DE PRUEBAS

### Realización del Árbol genealógico/Genograma

Ana muestra mucho interés y motivación y lo hace ella misma mientras va relatando los detalles familiares. Trae mucha información de todos los representantes del sistema familiar, sobre sus profesiones, enfermedades, características y rasgos de sus personalidades, y el tipo de relaciones existentes entre ellos. Mientras lo elaboramos sí manifiesta respuestas emocionales al hablar de su madre.

En la tercera sesión realiza los test proyectivos gráficos de la persona, el árbol y la casa o HTP (Buck, 1949, citado en Fernández-Ballesteros, 2009), el test de los colores de Lüscher y el Cuestionario Desiderativo. Las pruebas proyectivas son de utilidad porque permiten ver las estructuras profundas de la personalidad del sujeto evaluado (de Santiago, Fernández y Guerra, 1999), por tanto no se refiere al concepto Freudiano de proyección psicoanalítico como mecanismo

defensivo del sujeto que externaliza los contenidos pulsionales no aceptables de sí mismo (Valls, 1995). Además permiten acceder la masa aperceptiva, o el residuo marcado por la experiencia interna así como las necesidades del sujeto que tal y como apunta Bellak (1975, citado en de Santiago et al., 1999). Conclusiones en el caso que nos ocupa:

- ✓ Presión débil o liviana del lápiz, indicativo de inseguridad, timidez, sentimentalismo, suele ser un rasgo de depresión.
- ✓ Simetría bastante rígida, que suele reflejar un tipo de personalidad insegura y emocionalmente fría.
- ✓ Trazos de movimientos restringidos representativos de tendencia a la introversión y personalidad inhibida, finos y quebrados, indicativos según Machover (1971, citado en de Santiago et al.1999) de timidez e inseguridad y agresividad y hostilidad, respectivamente.
- ✓ El tamaño de los dibujos es bastante pequeño, y tanto en el árbol como en la figura humana, tienen escasa representación lo cual suele aparecer en la neurosis depresiva (Machover, 1971, citado en de Santiago et al.1999).
- ✓ La localización del dibujo en el folio proporciona información sobre la posible existencia de trastornos depresivos, neuróticos y asténicos.
- ✓ Ha utilizado el borrado sin llegar a ser excesivo para mejorar el dibujo, sin ensuciar.
- ✓ Podemos contemplarlo como indicativo de ansiedad intrapsíquica, autoinsatisfacción o de ciertos mecanismos de anulación respecto a deseos palabras o actos intolerables por uno mismo (Villamarzo, 1989, citado en de Santiago et al.1999).
- ✓ Cabeza más bien pequeña, que apunta hacia una tendencia depresiva y/o neurótica con inhibición social, algo que se repite en la copa del árbol.
- ✓ Omisión del pecho en la figura femenina, significativo de temor en relación a su maduración.
- ✓ Copa esférica que señala poca energía, temores y resistencias hacia la realidad externa y vivencia de fantasía con pequeñas flores representativas de tendencia a la ensoñación.
- ✓ Tronco delgado con manchas, indica una escasa fortaleza yoica así como la manifestación de situaciones traumáticas.
- ✓ Ramas tubulares que indican un buen pronóstico hacia el proceso psicoterapéutico por su gran capacidad de exploración.
- ✓ Raíces de un solo trazo que apuntan hacia cierto grado de inmadurez en relación a las perspectivas de futuro.
- ✓ Puesta de la casa y ventanas pequeñas, que señala timidez y miedo a las relaciones interpersonales.

**Test de los colores de Lüscher:**

<b>5</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>7</b>	<b>6</b>	<b>3</b>
<b>+c</b>	<b>+</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>=</b>	<b>=</b>	<b>-</b>	<b>-A!!!</b>
<b>5</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	<b>6</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>7</b>
<b>+c</b>	<b>+</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>=</b>	<b>-A!</b>	<b>-A!!</b>	<b>-A</b>

**Figura 3: Test de los colores de la paciente**

Conclusiones a partir de las indicaciones de Lüscher:

- **Focos de tensión:** azul y verde en 6° y 7° lugar: deficiencia orgánica o psicológica, necesidad básica insatisfecha, Negro en 8° lugar: necesidad reprimida.
- **Violeta en 1er lugar:** Es una compensación. Significa la “identificación” representa una especie de encantamiento o estado mágico para que se cumplan sus deseos. Puede indicar además identificación con su falta de decisión y constantes titubeos, inmadurez preadolescente trasladada a su etapa adulta.  
Su necesidad de identificación y comprensión intuitiva tiende a la proyección hacia objetos, dando lugar a inclinaciones hacia ocupaciones profesionales.
- **Negro en 8° lugar:** Representa temor y angustia a perder o ser privado de algo.
- **En las primeras posiciones se encuentra el amarillo y el rojo, que forman parte del grupo laboral junto con el 2.** Al estar el verde en la 7ª posición separado de los anteriores, indica que tiene dudas sobre si su trabajo es satisfactorio, sin embargo, el amarillo muestra que goza proyectándose en algún aspecto que sí le resulta interesante.
- **(5 – 4) (+ +):** Quiere o ansía aventuras, fantasía, imaginación, Se hace querer por los demás intentando agradar.
- **(3 – 0) (x x):** Está actuando de manera impulsiva emprendiendo actividades por la satisfacción que le provocan, sin embargo no tiene en cuenta las posibles consecuencias, lo que le produce tensión e irritabilidad.
- **(6 – 1) (= =):** El bienestar sensual se mantiene reservado mediante control restrictivo. Puede lograr cierta satisfacción físicamente no obstante tiene tendencia a retraerse sentimentalmente lo que le impide vincularse en profundidad.

- (2 – 7) (- -): Tiene dificultades con su propia integridad, y se siente incapaz de rechazar la influencia de los demás. SE siente frustrada por restricciones sobre su propia libertad de acción, lo que provoca tensión. Busca por tanto la independencia evitando obligaciones.

Se siente sometida a una gran presión y quiere librarse de ella para lograr lo que necesita pero le falta fortaleza en sus propósitos para lograr el éxito.

- (1 – 2) (- -): Resistencia y tenacidad en peligro de sobrecarga por el permanente intento de superar sus dificultades, Se aferra a sus objetivos pero a la vez se siente sometida a intolerables presiones. Lo compensa con su tendencia a la fantasía y deseo de aventuras.
- Problema actual: su necesidad insatisfecha (negro) junto con la compensación (violeta) indican su problemática en el presente: Necesidad de autodeterminación, intenta impedir las restricciones percibidas acerca de su libertad de acción y evitar las críticas mediante el desarrollo de su atracción personal en el trato con los demás.

#### **Cuestionario desiderativo:**

Desearía: Pájaro - molécula de agua viajando por un río – un monstruo.

No desearía: una percha – un gato – un vampiro.

Dificultades a la hora de tomar la consigna “como sí” de manera que se bloquea en un principio aunque finalmente es capaz de tomar la distancia necesaria para aceptar la simbolización. Los TR aumentan a lo largo de la secuencia reflejando la ansiedad que la prueba le provoca.

**Catexias positivas:** en un principio solo se le ocurren cosas que rechaza (fallo inicial). Existencia de racionalización al dar una explicación coherente dese la lógica, así como sobredimensionamiento. Destaca cualidades del símbolo que le son ajenas, mostrando en sus explicaciones necesidades propias. En 1+, primera elección de un animal según secuencia normal de los reinos, aunque sea un ave se relaciona con los instintos vitales amorosos y de autoconservación. En 2+ elección de un símbolo disgregado, significa falta de línea divisoria entre sí mismo y el exterior. En 3+ da una respuesta antropomórfica, no puede desprenderse de los aspectos humanos de la identidad, además en su explicación apunta “para ser un poco mala”, es un deseo de ser más transgresora con las normas y romper con su habitual comportamiento de complacer a los demás, proyección de aspectos libidinales y de agresividad. Se aprecia como mecanismo defensivo una formación reactiva y un modo de vinculación predominante.

**Catexias negativas:** En 1- selecciona un objeto, lo que muestra una secuencia esperable en negativas. La elección del mismo puede ser un rechazo a su sintomatología (percha = dolor de cuello y hombros) mecanismo defensivo a través de la negación. En 2- se interrumpe la normalidad en la

secuencia, elije un animal, y en su explicación muestra el miedo ante lo imprevisto, un conflicto entre sus necesidades y deseos en relación a la independencia como. En 3- repite respuesta antropomórfica rompiendo la secuencia esperable.

En la cuarta sesión exploramos más información biográfica apoyándonos en la **Entrevista de Apego Adulto**. Realización del CaMir9 y Lista de creencias negativas. Según la Entrevista de Apego Adulto: la relación con su madre fue indiferencia, distante, no estaba para atender a sus necesidades, lejana y sin confianza. Con su padre tuvo una relación más cercana y de cierta protección, aunque sin confianza para expresar abiertamente sus problemas vitales. Desde el bucle de la reivindicación, descubrimos necesidad de seguridad, confianza, apoyo y expresión emocional, y de apertura hacia la espontaneidad. Se describe a sí misma como una persona introvertida, con necesidad de aprobación, insegura, con capacidad de sacrificio.

Lista de cogniciones negativas: No estoy bien, no sé qué siento (alexitimia) soy insegura, no puedo sentir mis emociones con seguridad, no tengo fuerzas.

#### Versión española del CaMir:

Los datos obtenidos son los siguientes, tal y como podemos apreciar en los gráficos de resultados que a continuación expongo en la siguiente página: Ana presenta rasgos de Apego Preocupado, dando además puntuaciones altas (encima de 60) en: queja por ser tratado de manera infantil por los padres, falta de disponibilidad de los padres, reconocimiento de apoyo, bloqueo de recuerdos, dimisión parental, y en donde se aprecia la puntuación más alta es en rencor hacia los padres. Asimismo por sus bajas puntuaciones, podemos inferir que Ana tiene problemas en mayor medida de falta de comunicación abierta con los padres, falta de apoyo de los mismos, así como falta de reconocimiento de apoyo

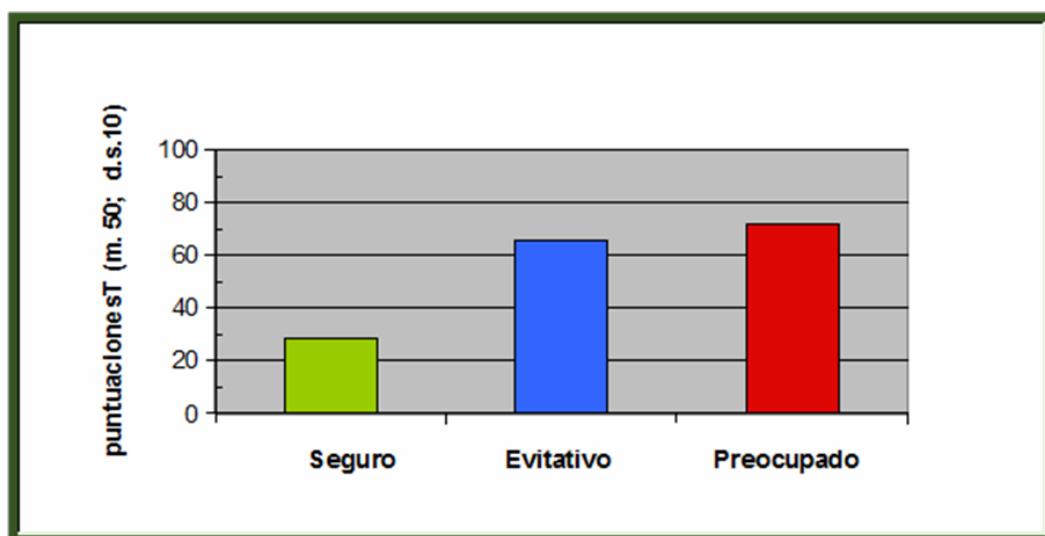


Figura 4: Resultados de el Test Camir

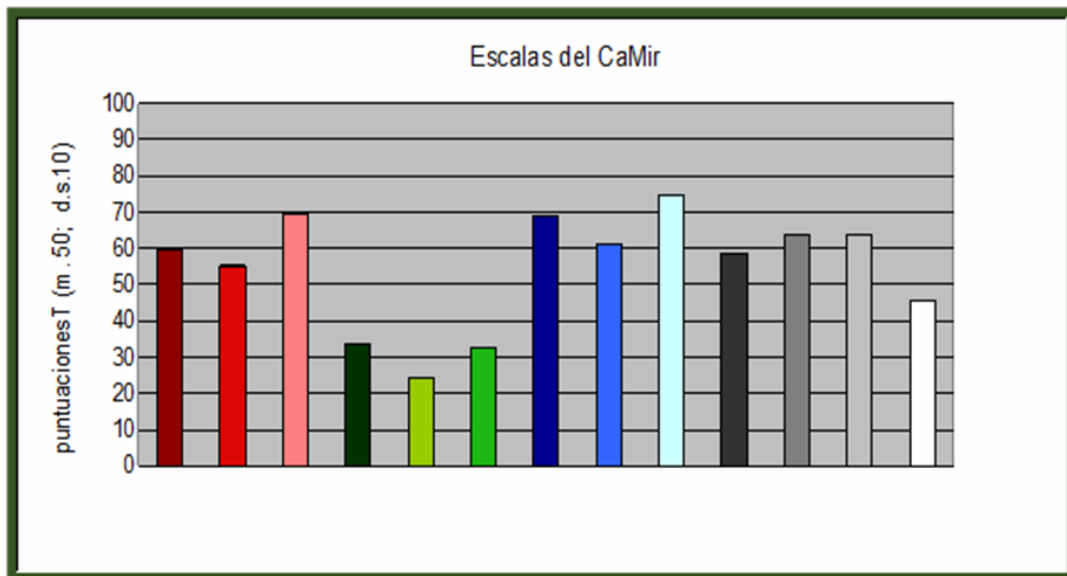


Figura 5: Escalas de el CaMir

- |  |                            |
|--|----------------------------|
| 1. Interferencia de los Padres                             | 2. Preocupación Familiar   |
| 3. Queja por ser Tratado de Manera Infantil por los Padres | 4. Apoyo de los Padres     |
| 5. Comunicación Abierta                                    | 6. Reconocimiento de apoyo |
| 7. Falta de Disponibilidad de los Padres                   | 8. Autosuficiencia         |
| 9. Rencor contra los padres                                | 10. Traumatismo Infantil   |
| 11. Bloqueo de recuerdos                                   | 12. Dimisión parental      |
| 13. Valoración de la jerarquía                             |                            |

## INFORME CLÍNICO PSICOLÓGICO (IPC)

A partir de todos los datos recogidos en las sesiones anteriores de la fase exploratoria, confirmo que Ana es una paciente apropiada para realizar Psicoterapia Breve puesto que tal y como señala este modelo terapéutico, según Marín (2009):

- A pesar de su sufrimiento es capaz de reflexionar y autocuestionarse.
- Tiene capacidad de *insight*.
- Ha presentado una demanda de tipo introspectivo y está motivada hacia el cambio.
- Sus deseos como paciente son susceptibles de tratamiento.
- Su demanda expresa el conflicto interno.

A continuación expongo el IPC a partir del modelo proporcionado por la SEMPYP consistente en un sistema de evaluación en cinco ejes según el modelo psicodinámico de psicoterapia (Pinedo, Plaza, y Alvarado, 2010) el Diagnóstico Psicodinámico Operacional OPD-2, desarrollado en España por la SEMPYP a partir del *Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik* de la Universidad de Heidelberg, 20

M<sup>a</sup> Yolanda Ayuso de San Frutos  
Psicóloga. Colegiado N<sup>o</sup>: M-13224

Calle Cía Bermúdez 21, Bajo Iz.  
28005 Madrid

## INFORME PSICOLÓGICO CLÍNICO

### DATOS DE FILIACIÓN

Nombre:

Apellidos:

Fecha de nacimiento: XX

Domicilio: XX

Estado civil: Soltera en pareja

Hijos: no

Estudios realizados: Pedagogía, Psicomotricidad. Ocupación:

Pedagoga en escuela infantil.

Teléfonos: E-

mail: XX

### ENTREVISTA DIAGNÓSTICA

#### Motivo de consulta o de referencia:

Ana acude a mi consulta por propia decisión, porque está pasando por una crisis vital en relación a su trabajo y padece una sintomatología física cronicada que se ha acrecentado en los últimos años, así como un gran malestar emocional. Es consciente por sus conocimientos profesionales y sus inquietudes académicas de que sus padecimientos pueden estar relacionados con factores de índole psicológico, no solo con su origen sino en la evolución y empeoramiento del cuadro.

#### Historia clínica o referencia de antecedentes:

El rasgo más característico de la historia de Ana es la presencia de duelo complicado en forma de duelo prolongado sin resolución, y la tendencia hacia la somatización por los rasgos de alexitimia que presenta. Ana reconoce que no sabe identificar las emociones y en momentos críticos de su vida en los que se siente bajo presión, ha de tomar decisiones u ocurre algún acontecimiento traumático, sus síntomas físicos se exacerban. Su sistema esqueleto-muscular es claramente su diana recurrente expresándose a través del dolor y la tensión. El mantenimiento crónico de éste estado da lugar a un gran cansancio con fluctuaciones de intensidad pero sin llegar a desaparecer en ningún momento. Actualmente solo tiene tratamiento farmacológico con suplementación de hierro para la anemia ferropénica que cursa desde hace muchos años.



#### Situaciones presentes y recientes:

Como antes señalé, la situación actual de Ana es la de crisis vital laboral que repercute en el bienestar general del resto de áreas. Le gustan mucho los niños y la labor educativa, sin embargo, el trato con los mismos le generan muchísima ansiedad, sobre todo ahora que trabaja con bebés. Tiene dudas sobre los sistemas pedagógicos actuales que considera no eficaces y esto le provoca una gran desmotivación hacia su trabajo. Se ha planteado dejarlo, pero la inseguridad y el miedo que le produce le impide hacerlo. Tiene muchas ideas e inquietudes académicas sobre otros modos alternativos pedagógicos, pero no ve el modo de lograr satisfacer sus deseos al respecto. Todo lo anterior activa sus recuerdos traumáticos de duelo que se manifiesta a través de síntomas somáticos, repercutiendo en su estado físico y psicológico.

#### Constelaciones familiares y red social:

La dinámica del sistema familiar se orienta hacia la vida laboral, no aparecen puntos de referencia o modelos orientados hacia la expresión emocional, sin más bien la tendencia alexitímica es la “norma”. Ana desarrolla una relación vincular de apego durante su edad temprana siguiendo éste patrón. Además la larga enfermedad de su madre (depresión) durante su niñez (11) y muerte prematura de su madre en su adolescencia (13) hace desaparecer una de sus figuras de apego y el resto de su familia no le sirve de soporte. La pérdida de su padre hace 3 años y la de sus abuelos maternos y abuelo paterno hace 2 años no hace más que empeorar la situación. Con el resto de la familia mantiene una relación esporádica. Su pareja no parece ser un apoyo suficiente para encontrar el cariño, la seguridad y estabilidad que necesita, de hecho a menudo se plantea si le quiere o no. Ana tiene amistades pero no puede identificar ningún amigo íntimo.

#### Comportamiento y actitud frente a la evaluación:

Ana mantiene un estado de disposición y colaboración en todo momento. Muestra mucho interés en aportar datos de su historia personal y familiar. Ha realizado todas las pruebas sin presentar oposiciones, no obstante, durante algunas sesiones han aflorado lágrimas sin ninguna expresión facial de emoción.

#### Instrumentos utilizados en la evaluación:

- Test de el Árbol/ Test de la Figura Humana/ Test de la casa
- Cuestionario Desiderativo.
- Test de los Colores de Lüscher.
- Listado de cogniciones negativas.
- Entrevista de Apego Adulto.
- Versión española de el CaMir.

## RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN E IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

**Eje I:** Vivencia de la enfermedad, características de la situación actual y prerequisites para el tratamiento

La gravedad de su sintomatología encaja dentro de Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG) con una puntuación de 61, lo que implica que es moderada. A pesar de este dato, su vivencia subjetiva es intensa, y se representan en los ámbitos siguientes: somático, psíquico y conductual (dolor intenso de espalda, cuello y hombros, cansancio).

La crisis vital de su presente ha puesto en alerta sus mecanismos de defensa, incrementando su somatización en el sistema musculo-esquelético. La falta de base segura por el desarrollo de un Apego Preocupado, le impide el adecuado afrontamiento para un posible cambio en su insatisfactoria vida laboral.

Dado su alta motivación y disposición hacia el tratamiento psicológico, la necesidad de resolver asuntos traumáticos del pasado, sus inquietudes hacia su propio conocimiento que le sirva para su crecimiento personal en diferentes áreas y su capacidad de insight e introspección, le llevan a una adecuada situación para la psicoterapia.

**Eje II:** Relacional

Respecto al eje relacional, Ana se encuentra más cómoda desenvolviéndose en ámbitos donde puede mostrar sus competencias cognitivas evitando las emocionales. Su modo de afrontamiento cuando éstas no resultan congruentes o fracasan es mediante la intelectualización, la fantasía y el acting (pintar la casa, ordenar, limpiar).

**Eje III:** Conflictual

Conflicto disfuncional repetitivo	Poco significativo	Significativo	Muy Significativo
1. Individuación versus Dependencia	1	2	3
2. Sumisión versus Control	1	2	3
3. Deseo de Protección y Cuidado versus Autarquía (autosuficiencia)	1	2	3
4. Conflicto de Autovaloración	1	2	3
5. Conflicto de Culpa	1	2	3
6. Conflicto Edípico	1	2	3
7. Conflicto de Identidad	1	2	3

Descripción de los conflictos más significativos:

1. Individuación versus Dependencia: Muestra angustia existencial ante la posible pérdida objetal. Aunque aparentemente quiere mostrar independencia, mantiene una búsqueda permanente de apego.
3. Deseo de Protección versus Autoarquía: Constante temor a la pérdida del amor del objeto que vive con tristeza y depresión, presentando sentimientos depresivos ocultos que intenta rechazar de manera defensiva.
6. Conflicto Edípico: A la hora de manifestar sus deseos sexuales presenta angustia y timidez pudorosa.

#### **Eje IV:** Estructura de Personalidad

Se vincula con la integridad o vulnerabilidad de su personalidad, de la capacidad de elaboración de conflictos internos como externos, así como la propensión hacia la enfermedad.

Ana presenta un nivel medio de integración, en referencia a que ante la presencia de un conflicto intrapsíquico básico provocado por Apego preocupado, su historia vital, y el duelo enmascarado que se manifiesta a través de síntomas somáticos y conductuales, ha desarrollado patrones defensivos aunque manteniendo un nivel aceptable de integración.

En relación a lo anterior, Ana ha gestado unos mecanismos defensivos poco adaptativos en forma de somatizaciones para la autogestión de sus emociones cuando ha de enfrentarse a acontecimientos estresantes. Otro modo de gestionar sus emociones es mediante el *acting*.

La dureza de los acontecimientos que ha vivido desde su niñez junto con la situación actual que le genera la necesidad de tomar determinadas decisiones que implicarían una pérdida, provocan una sobrecarga de sus barreras defensivas.

#### Principales mecanismos de defensa:

Nivel de inhibiciones mentales (formación de compromisos): En este nivel, el mecanismo de defensa habilita que tanto ideas, como sentimientos, recuerdos, deseos y temores que pueden ser potencialmente comprometidos o amenazantes, se mantengan fuera de la conciencia del individuo.

En relación a lo anterior encontramos en Ana los siguientes:

- Disociación: principalmente somatizando.
- Represión: de deseos sexuales, de sus necesidades generales de satisfacción y de los sentimientos de rencor hacia sus padres.
- Intelectualización: mitigación de su malestar mediante ideación abstracta.

Nivel de acción: Se refiere a los mecanismos de defensa que utilizan una acción o retirada cuando el sujeto se enfrenta a amenazas de origen interno o externo. Encontramos: retirada apática y aislamiento afectivo. Se desmotiva, siente agotamiento físico evitando el contacto con los demás ante amenazas de éste tipo.

**Eje V: Diagnóstico DSM-IV**

F39. Trastorno de ánimo no especificado (296.90)

F45.0 Trastorno de somatización (300.81)

Aparte del diagnóstico categorial DSM-IV, puedo concluir que Ana tiene síntomas de depresión enmascarada por duelo no resuelto que cursa con alexitimia.

**CONCLUSIONES Y ORIENTACIÓN TERAPÉUTICA**

Los datos obtenidos a través de las distintas pruebas realizadas y su análisis junto con el juicio clínico alcanzado durante las sesiones de entrevista mantenidas con la paciente, me inducen a concluir que Ana se encuentra en un momento vital clave en el que necesita todos sus recursos, y sus mecanismos defensivos que hasta ahora la han ayudado en el pasado no le son eficaces. Todo esto implica la activación de problemáticas no resueltas de su pasado y la necesidad imperante de resolverlas para enfrentarse al futuro de manera en que no interfieran en la toma de decisiones importantes y no condicionen su vida perjudicialmente.

La génesis de su sintomatología, a mi juicio, parece concentrado en la deficiente vinculación en forma de apego preocupado y en el duelo complicado no resuelto por la muerte de su madre en la adolescencia. Ello dio lugar a una insuficiente integración de la estructura de su personalidad, que le impide actuar con completa autonomía y madurez. El miedo y la inseguridad que siente así como la alexitimia, es decir, la imposibilidad de expresar e identificar sus emociones adecuadamente, le llevan a una excesiva somatización que se va acrecentando.

Su intensa somatización mantenida a lo largo de los años, la insatisfacción personal en relación a su trabajo y posiblemente en relación a su pareja, significan un colapso del funcionamiento adaptativo de sus mecanismos de defensa y por tanto la necesidad de desarrollarse íntegramente como adulta. Según mi apreciación, su desarrollo de cambio puede enfocarse mediante un proceso psicoterapéutico que cumpla las determinaciones que a continuación expongo:

1. En relación a los focos anteriormente descritos a modo de áreas de análisis y superación, sondear en su génesis (cómo, cuándo y porqué) y cuál es el motivo de su mantenimiento en la actualidad. Los disparadores que hacen que se mantengan, los posibles beneficios secundarios. Emplear las técnicas y herramientas apropiadas para su resolución.
2. Resolver los conflictos de separación, fomentar la vivencia, experimentación y expresión de sentimientos que ha estado evitando.

3. Debido a la alexitimia que presenta la paciente, se hace necesario un trabajo en profundidad de desarrollo de la inteligencia emocional, en que aprenda a reconocer e identificar las emociones, tanto en sí misma como en los otros. Que aprenda a diferenciar los sentimientos de las sensaciones corporales que acompañan a la activación emocional. Que aprenda a reconocer sus necesidades emocionales, de modo que desarrolle un nivel óptimo de autorregulación y que sea capaz de demandar apoyo emocional adecuadamente y de forma explícita, lo que le permitirá incrementar sus niveles de autonomía además de establecer vínculos de forma más ecológica y adaptativa.
4. Trabajar con los mecanismos de defensa que no son eficientes y aprender otros más adaptativos.
5. Reconstruir la narrativa de su historia vital para hacer una comprensión más ecológica, de modo que pueda vivir el presente si los condicionamientos perturbadores del pasado y pueda incorporar todos sus recursos potenciales y de adaptación para crear nuevas perspectivas de futuro más enriquecedoras.
6. Se hará empleo de EMDR para reprocesar los acontecimientos traumáticos que la terapeuta considere convenientes.
7. Se hará empleo de Hipnosis Clínica para activar los recursos positivos internos, y como tratamiento de la autogestión del dolor.

Con todo ello se espera además un mejoramiento de los síntomas físicos, adquisición de habilidades para desenvolverse adecuadamente en las diversas áreas con autonomía, seguridad y percepción de dominio ante las situaciones estresantes de la vida que repercutirá en obtención de un mayor bienestar psíquico. Sugiero, por tanto, iniciar un proceso de Psicoterapia Breve durante un periodo aproximado de 20 sesiones, distribuidos a lo largo de cinco/seis meses, con citas semanales.

En Madrid, a 7 de septiembre de 2013

Firmado: M<sup>a</sup> Yolanda Ayuso de San Frutos

*Este documento es un informe clínico, no constituyendo Dictamen Pericial a los efectos de su presentación en Juicio; por lo que este Centro y la arriba firmante no podrán ser propuestos ante tribunales a efectos de su ratificación o aclaración.*

## OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO

Tal como señalo en el IPC, el tratamiento de Ana se centra en los siguientes objetivos:

- Trabajar sus problemas vinculares de apego preocupado y transformarlo en una nueva forma de vinculación mediante las bases de un apego seguro.
- Trabajar hacia una integración de la estructura de su personalidad para adquirir madurez y autonomía.
- Aumentar su autoestima estimulando sus recursos internos y adquiriendo las necesarias habilidades nuevas.
- Explorar sus mecanismos de defensa para modificar los que fracasen y buscar otros más adaptativos y ecológicos.
- Trabajar la alexitimia mediante un trabajo en profundidad del desarrollo emocional, para que sepa identificar y expresar sus emociones y las de los otros. Que aprenda a distinguir cuándo y cómo se produce una activación emocional a través de las sensaciones corporales y los sentimientos que las acompañan. Aprender a identificar sus necesidades de apoyo emocional.
- Modificar su patrón somatizador.
- Resolver los conflictos de separación.
- Trabajar los acontecimientos traumáticos de su biografía para reprocesarlos.
- Que aprenda a vincularse de una forma más espontánea, con confianza, expresando y demandando sus necesidades emocionales.
- Elaborar los duelos complicados que aún no han sido resueltos, mediante la vivencia y expresión de emociones y sentimientos que hasta ahora evitaba.
- Realizar una reconstrucción de la narrativa de su historia vital trabajando la ira enmascarada hacia sus padres, y realizando una nueva concepción de los acontecimientos traumáticos del pasado.
- Aprender a autogestionar la tensión muscular y el dolor. Enseñarle técnicas de relajación y de autohipnosis.
- Sincronización de los ritmos biológicos para promover un descanso reparador.
- Fomentar la actividad física moderada.
- Fomentar hábitos saludables dietéticos y nutricionales.

## PLAN DE TRATAMIENTO

Se plantea un plan de intervención de una duración de 20 sesiones de una hora, con frecuencia semanal. Para la consecución de los objetivos del tratamiento, planteo la utilización de las siguientes técnicas en el proceso de intervención terapéutica:

- EMDR
- Entrenamiento autógeno de Schultz.
- Silla vacía.
- Psicoeducación. Pautas de sincronización de ritmos biológicos, dieta, actividad física.
- Hipnosis.

### **Proceso de intervención terapéutica**

A continuación voy exponiendo cómo se desarrolla el proceso de intervención a través de la aplicación de las técnicas utilizadas en el mismo.

#### EMDR

Dado que la pérdida de seres queridos suponen una experiencia traumática, el empleo de EMDR puede ser de utilidad (Leeds, 2011), no para eliminar las emociones sanas y adecuadas de dolor emocional, sino para permitir que las personas se concilien con una mayor percepción de paz interior (Shapiro, 2004).

Instalación del lugar seguro: Ana asocia su lugar seguro a una playa, con emociones de tranquilidad, sensación de relajación y protección y lo ancla con la palabra “libertad”.

Instalación de recursos positivos:

- Adquiridos: se siente muy orgullosa de haber logrado con mucho esfuerzo la comprensión y el trato con los niños. Implica para ella un reconocimiento personal y externo. Su cognición al respecto es “valgo más de lo que pensaba”.
- Innatos: Su habilidad por los deportes. Su cognición “satisfacción personal”.

Procedimiento convencional de desensibilización y reprocesamiento de las siguientes dianas:

- Muerte de su padre.
- Muerte de su madre.
- El día que Ana encontró a su madre en el suelo por el ACV.

#### Entrenamiento autógeno de Schultz

Se trata de una autorrelajación concentrativa que es de mucha utilidad en los sujetos con padecimientos de tipo espástico en la que se halla una mezcla de factores psíquicos y físicos. Las tensiones musculares que son predominantemente constitucionales se pueden mejorar mediante una gimnasia activa previa que se efectúa mediante tensiones activas máximas seguida de una disminución progresiva de la presión, lo que conduce a la transformación de tensión en relajación (Schultz, 1962).

### Silla vacía

La alexitimia se presenta en los procesos de duelo como consecuencia del mismo, pero además, como se añade en el caso de Ana, como un factor de vulnerabilidad, representando un factor de riesgo hacia la somatización (Alvarado, 2013).

La técnica de la silla vacía es una técnica que hace que el doliente pueda hablar directamente con la persona fallecida y pueda despedirse hablando de asuntos pendientes que se quedaron sin resolver y le perturban. Para que resulte efectivo ha de hacerlo en tiempo presente y en primera persona (Marín, 2009).

### Psicoeducación

Se realiza una labor de psicoeducación con el objeto de reorientar los hábitos no saludables de la paciente hacia la creación de nuevos hábitos que contribuyan a la recuperación y mantenimiento de la salud, física y psicológica:

- Sincronización de los ritmos biológicos en relación a restaurar la posible cronodisrupción, de manera que se garantice el descanso reparador.
- Dieta: educar hacia el abandono del azúcar ya que constituye una droga generadora de picos hipoglucémicos reactivos. Incidir en la garantización de la ingesta de A.G. Omega – 3 como fuente natural antidepresiva. Recomendar hábitos de dietasaludables.
- Instaurar pautas de actividad física moderada para generar endorfinas endógenas y regular el sistema adrenérgico.

### Hipnosis

Se emplea la hipnosis con el objetivo general de activar los recursos internos de Ana de modo que pueda lograr los cambios positivos esperados. Se hace un trabajo de enseñanza de autohipnosis para que sea ella misma la que utilice esta herramienta cuando sea necesario, de este modo adquiere control y autonomía (Yapko, 1995).

El objetivo principal para el que empleo la hipnosis en para el tratamiento del dolor es facilitar el descanso, la instalación de hábitos saludables y la ayuda en la modificación de patrones desadaptativos. En este sentido utilizo una inducción clásica de reducción del dolor mediante la técnica del “guante de anestesia” que consiste en inducir sensación de frío y acorchamiento a través de la mano y llevarla a cualquier parte del cuerpo. Otra inducción clásica que he empleado es la de la ducha analgésica, en la que se van dando sugerencias utilizando recursos lingüísticos y lenguaje metafórico (Watzlawick, 1994), de que a medida que el agua cae, va disminuyendo la sensación de dolor, anestesiando todo el cuerpo hasta una percepción agradable y relajada del mismo.



Una de las sesiones de hipnosis fue grabada, por lo que a continuación la expongo con un análisis detallado de los objetivos buscados mediante el uso de metáforas y el lenguaje, según los patrones lingüísticos de la Hipnosis Ericksoniana

<p><i>Permítete acomodarte todo lo que sea necesario para ti...nivelando tu respiración....escuchado como te acompaña mi voz, rítmicamente... Sabes que puedes hacer cualquier cosa que necesites para sentirte más cómoda...cambiar de posición...y aun así seguirás centrada en mi voz...que te acompaña...mientras te permites cerrar los ojos cómodamente....cuando estés lista Y puedes tener una respiración profunda, retener... y soltar.....observa como todo comienza a relajarse....cada vez más y más....</i></p> <p><i>Profundamente....a medida que respiras fácilmente Con cada respiración inhalas confort....</i></p> <p><i>Exhalas tensión....</i></p> <p><i>Observa cómo cambia el aire con la respiración... Aire fresco entra....y aire caliente sale</i></p> <p><i>Inhala abiertamente, libremente, cómodamente....</i></p> <p><i>Quizás siendo consciente del oxígeno que entra en los pulmones...siente el oxígeno suavizando todo el cuerpo suavemente....fácilmente...y conmigo a medida que voy contando de 10 a 1 puedes ir más fácilmente...puedes permitirte ir más profundo...y más y más profundo con cada respiración... 10...tan profundo como sea necesario y beneficioso para ti...en la comodidad de esa silla en la que tu cuerpo reposa...</i></p> <p><i>9...más y más concentrada la atención en mi voz..., más y más relajada...</i></p> <p><i>8...y no sé si te imaginas cómo el oxígeno suaviza al entrar todo el cuerpo y...todos los músculos...</i></p> <p><i>Y cómo se relajan los músculos de los pies....</i></p> <p><i>7...puede que incluso esa agradable sensación suba por los tobillos...pantorrilla, toda la pierna...</i></p> <p><i>6...sintiendo cómo se suavizan...y aun así, a medida</i></p>	<p>Permisivo, está implícito que se va a acomodar VAK de absorción</p> <p>Preparo uno de los objetivos: hacer algo para sentirse mejor</p> <p>Es muy auditiva además de kinestésica</p> <p>La compañía, no está sola, rapport. Permisivo</p> <p>Mensajes de comodidad</p> <p>Es un ancla para el futuro, para que se relaje cuando lo necesite</p> <p>Se relaja más y profundiza en el trance Continúo con el ancla para que lo incorpore Repetición e intercalado Refuerzo el ancla, observando cada detalle Sugestión de libertad, apertura y comodidad. Encadenamiento. Permisivo. Utilización de algo que es natural. Sugestiones de suavidad, facilidad</p> <p>La compañía en el proceso. Presente de indicativo. Comienzo una cuenta atrás para hacer una relajación progresiva. Repetición para enfatizar. Intercalado y repetición del ancla</p> <p>Permisivo, lo que ella necesite, presupongo que está cómoda, reposando. Cuerpo reposa: palabras con eco para que tenga más efectividad.</p> <p>Focalización</p> <p>Encadenamiento con conjunción simple (y)</p> <p>“Los”, en lugar de “tus” la disocia más y le ayuda a la disminución del dolor y tensión</p> <p>Suposición de que es agradable para ella Presente de indicativo</p> <p>Muchas repeticiones para profundizar la relajación.</p> <p>Oxímoron: relajados parece que es opuesto a reforzados, fuertes y energético.</p>
--	---

*que los músculos se relajan también puedes ser consciente de que los músculos relajados son también más fuertes, reforzados y fuertes, llenos de energía....*

*5...muy bien...más y más relajada...con cada respiración...libremente...observando cómo los músculos de los brazos se suavizan...se sueltan...más y más profundamente....*

*4...más focalizada...los pulmones se abren...tu espalda...tu abdomen se suelta y relaja a medida que entra y sale el aire...suavemente....*

*3...los hombros descansan....la nuca...todo el cuello...respirando...*

*2.....casi has llegado...tan relajante....*

*1...completamente relajada, a medida que permites que tu cuerpo descanse....sabiendo que vas a permitir que entre más energía tras el descanso...*

*Y puedes encontrarte a ti misma en un lugar que sabes que vas a estar segura...donde tomar contacto con esa energía y esa fuerza...puede que sea una playa...el mar...el ruido callado de las olas que vienen y van, rítmicamente, energéticamente, relajadamente, el cielo de un azul confortable... Puede que haya nubes en el cielo, pero son tan libres...Y puedes disfrutar del lugar tanto como lo necesites, siempre que lo necesites...*

*Quizás puede que te veas a ti misma unas semanas en el futuro...y saber qué has conseguido en unas cuantas semanas en el futuro, involucrada en algún tipo de ejercicio reforzante...sintiendo el bienestar que esto te produce...porque el ejercicio mejora la calidad de vida...mejora la salud....porque produce bienestar....*

*Puedes ver en su rostro y en su cuerpo que por ello se siente más cómoda, abierta, libre,*

*Y puedes sentir su energía, optimismo y esperanza...está radiante...energéticamente enrgetzada... Y ahora tú puedes convertirte en esa*

Realizo un reencuadre o reestructuración cognitiva para que cambie esta idea errónea. La nueva idea es que más relajación más energía y mejor se siente.

Metáfora de apertura. Repito el ancla

Que pueda relajarse cuando lo necesite con el ancla de la respiración.

He percibido por sus respuestas que ya está relajada.

Acompasamiento.

Permisivo y directivo a la vez. Juego con las palabras.

Disociación a un lugar seguro, será su lugar "especial" que ella misma elige.

Ruido callado: Oxímoron.

Metáfora de las olas, como la respiración, es relajado y a la vez energetizante.

Metáfora, nubes en el cielo son sus malestares

Ancla para el futuro, siempre puede volver Permisivo.

Progresión de futuro. Pleonasma: verte a ti misma.

Doy por hecho que ha conseguido los objetivos. Para involucrarla, en la actividad física.

La explicación refuerza el mensaje. Nominalización.

Otro porque para enfatizar. Los resultados son objetivos, se pueden comprobar.

Sugestiones encadenadas.

Siempre hacia un futuro temprano más saludable.

Esperanza de que es posible, ya ha ocurrido, puede hacerlo.

Asociación con esas sensaciones y experiencias de bienestar, fuerza, energía

*persona futura, permítete convertirte en esa persona ahora...siente*

*esa fuerza, energía energizante y escucha esos pensamientos tranquilizantes, vitalizantes...que te impulsan hacia tu mejor bienestar...permítete ese bienestar, esa libertad, esa energía...y me pregunto cuáles son esos pensamientos....que te dan fuerza, y si te lo permites puedes experimentar como incrementa esa fuerza en tu cuerpo plácidamente...y puede que mires atrás y te das cuenta de otras cosas también han cambiado...*

*Puede que te hayas tomado más tiempo para meditar, puede que te hayas tomado más tiempo para cantar, disfrutar, siempre experimentando esa sensación de libertad...*

*Y ahora puedes volver...trae contigo toda esa experiencia....cualquier pensamiento de esperanza que puede serte útil y permite que sean parte de ti ahora...ayudándote a sentirte más segura, y hasta el punto que te sean útiles puedes permitir que esos pensamientos sean parte de ti ahora y en el futuro...después de esta sesión que formen ya parte de ti...puede que tomando una respiración, reteniendo y soltando....o puede que contando o quizás cantando...yo no puedo decir cómo vas a hacerlo pero sí sé que permitirás que así sea siempre que esos pensamientos sean útiles...y puedes volver al aquí y ahora...trayendo pensamientos y sensaciones que quieras que profundicen en ti...volver refrescada, relajada y muy reforzada....tomando contacto de nuevo con tu cuerpo, sintiendo tus pies, moviendo los dedos de la manos y tomando una respiración para tomar contacto a tu ritmo con el aquí y ahora.*

Sugestión, cambio de pensamientos negativos hacia positivos.

Permisivo. Ese, esa, lo hace más objetivo y lo repito.

Para que preste atención en este momento a esos pensamientos y sea consciente de ellos.

Incremento de fuerza y placidez, de nuevo parece un oxímoron para ella pero le indico que no lo es. Doy por hecho que los cambios ya han sucedido, no solo los que la indico, sino todos los que ella necesite para sentirse mejor.

Le gusta meditar y cantar la ayuda a sentirse mejor.

Preparo la salida del trance. Encadenamiento.

Repito las sugerencias para reforzar. Ahora: ya forma parte del presente.

Sugestión posthipnótica.

Permisivo, puede ella misma hacerlo con las anclas: respirar, contar, cantar.

Muy permisivo pero con la seguridad de que ocurrirá. Reasociación.

Repetición de los aprendizajes.

VAK de reasociación para salir del trance.

A tu ritmo es permisivo pero "ahora" es directivo aunque no lo parece.

## EVALUACIÓN DE RESULTADOS

Tras la finalización del proceso terapéutico, en el número de sesiones acordado en un principio, Ana ha notado una gran mejoría en las diferentes áreas y focos de actuación establecidos. Exterioriza, reconoce e identifica, algo más sus emociones en sí misma y en los otros y comienza a ser capaz de expresar sus necesidades emocionales ante los demás.

Se encuentra en proceso de identificación de los disparadores que le provocan tensión muscular, dolor y cansancio, y ha aprendido técnicas de relajación y autohipnosis para la propia gestión de la percepción del dolor, que si bien ha ido disminuyendo progresivamente en intensidad a lo largo del tratamiento terapéutico, en ocasiones tiene recaídas.

No obstante, la sensación de control de la sintomatología que le produce el aprendizaje de las técnicas anteriormente citadas para la autogestión del dolor, le ha servido para aumentar su autoestima y disminuir la frustración que tenía al sentir de forma crónica sus dolencias.

Ha resuelto los conflictos por separación y elaborado el duelo por la muerte de su padre satisfactoriamente y puede hablar de él sin llorar (Bowlby, 2006). También ha elaborado adecuadamente el duelo por la muerte de su madre, aunque aún siente aflicción cuando la recuerda.

Ha podido encontrar significado a la pérdida y transmutar el enfado y la culpa (Bayés, 2001), cuyo desplazamiento se dirigían hacia sí misma experimentarse con síntomas depresivos, disminución de la autoestima y somatizaciones (Worden, 2004) sublimándolos y dirigiéndolos hacia su propio autoconocimiento. Ya no tiene necesidad de mantener su fotografía en el dormitorio (la ha guardado en un álbum) y poco a poco va desprendiéndose de objetos que atesoraba pertenecientes a su madre.

Ha podido hacer una reconstrucción más adaptativa de la narrativa de su historia vital de manera que vive el presente con más conciencia y se plantea el futuro de manera más esperanzadora. Está en proceso de activación de sus recursos internos creativos, y se plantea la posibilidad de dejar su trabajo, ahora no por incapacidad o ansiedad, sino para realizar una búsqueda activa de un nuevo trabajo con los niños, e incluso un proyecto empresarial en el que pueda integrar todos sus conocimientos y habilidades.

Hace ejercicio moderado regularmente y ha regularizado sus ciclos biológicos de sueño con la consiguiente mejoría del cansancio que padecía, adquiriendo, además, hábitos saludables de alimentación.

## LA HIPNOSIS CLÍNICA EN PB

### Objetivos y utilidad del empleo de hipnosis

Tal y como apunta Watzlawick (1997, citado en Aguado, 2008), entendemos la psicoterapia como el arte de sustituir una construcción de la realidad no adaptativa por otra más adaptativa. La hipnosis es una herramienta terapéutica compatible con cualquier modelo de psicoterapia que contribuye a realizar este cambio mediante el acceso a los recursos personales (conscientes e inconscientes) del cliente para poder utilizarlos hacia la consecución del objetivo o meta terapéutica (Ramos, 2002).

En estado hipnótico, el cliente recibe información directa del inconsciente, tal y como sucede en el sueño natural, no obstante, a pesar de que en estos dos estados el hemisferio derecho es dominante y el contenido no viene determinado por la lógica analítico-lingüística racional característica del hemisferio izquierdo, sí que está cargada de una lógica simbólica, arcaica, creativa y holística (Watzlawick, 1994).

Según Milton Erickson, el inconsciente no puede separarse del consciente, ya que el consciente influye al inconsciente y viceversa, de manera que la persona alimenta constantemente a través de sus experiencias y percepciones a ambos (Costa, 2011).

En la intervención terapéutica, accedemos a la parte inconsciente para trabajar desde aquí y mediante la activación de los recursos del cliente, volver con el problema resuelto al consciente, que en todo momento es “testigo” de lo que sucede mediante el “yo ejecutivo” u “observador oculto” según el modelo disociativo de hipnosis de Hilgard (1991, citado en Yapko, 2008), esto es, se produce una disociación entre la mente consciente e inconsciente ya que mientras la persona en hipnosis concentra su atención consciente selectivamente en los detalles del proceso hipnótico, la mente inconsciente busca de forma activa asociaciones pasadas, respuestas a las sugerencias y significados simbólicos.

La hipnosis nos permite:

- Hacer modificaciones de la intensidad de la experiencia:
  - Más vívido: Incrementando las percepciones y sensaciones (sonidos, sabores, colores, emociones).
  - Menos vívido: Disminuyéndolas.
- Suscitar una disociación consciente: La persona percibe conscientemente lo que sucede en el proceso hipnótico escuchando al terapeuta y al mismo tiempo experimenta vivencias internas mientras su inconsciente registra las sugerencias que emite el terapeuta mediante los recursos

lingüísticos y el lenguaje a doble nivel, como si estuviera en dos lugares a la vez (dentro/fuera). Esto permite:

- Tomar una distancia objetiva ante situaciones traumáticas.
  - Tener mayor control sobre el dolor y las emociones.
  - Emplazar a la persona que se encuentra muy disociada con el “aquí y ahora”.
  - Hacer una proyección al futuro hacia una situación en la que el cliente haya conseguido la meta o solucionado su problema actual. Como ya hemos visto anteriormente, en el cerebro se activan áreas como si realmente estuviera viviendo esa situación asociándola a la emociones elicítadas, dejando así una huella neuronal (García-Sánchez, 2012).
- Facilitar la concentración. Se produce la máxima eficacia en la focalización de la atención, libre de distracciones y con ausencia de esfuerzo.
  - Eliminar resistencias. Mediante el empleo de sugerencias indirectas, se eliminan las posibles defensas provocadas por el miedo al cambio, llevan incorporadas órdenes encubiertas mediante dobles vínculos que llevan implícita una ilusión de libertad de elección. Por ejemplo: “no sé qué mano será la primera que va a empezar a moverse, quizás sea la derecha, o probablemente la izquierda, puede que incluso sean las dos a la vez”.
  - La incorporación del aprendizaje. La hipnosis crea una experiencia vívida, la persona siente esa vivencia, facilita el darse cuenta, por lo que se incorpora el aprendizaje y se elicitación motivación.

## EVALUACIÓN DE LA SUGESTIONABILIDAD

Existen numerosas controversias sobre la necesidad de evaluar la sugestionabilidad de las personas. La presión entre los profesionales para efectuar pruebas formales de hipnotizabilidad se ha incrementado mayoritariamente en investigaciones con el objeto de alcanzar mayor reconocimiento de la hipnosis como ciencia.

Sin embargo muchos profesionales prefieren en la práctica clínica habitual, no utilizar métodos estandarizados de evaluación de la receptividad por no estimarse necesarios en la mayoría de los casos (Cohen, 1989).

No obstante, gracias a ellas se ha podido comprobar las notables diferencias en cuanto a la capacidad hipnótica de las personas y su grado de respuesta a las sugerencias, y muchos datos clínicos apuntan a que aquellos con una fuerte personalidad y niveles altos de inteligencia son los mejores sujetos hipnóticos (Kish & Council, 1992, citado en Yapko, 1995).

Filosóficamente, el modelo Ericksoniano opina que la capacidad hipnótica surge en el marco de unas condiciones contextuales e interpersonales adecuadas, no dando demasiada importancia a las puntuaciones de las pruebas estandarizadas de sugestionabilidad, puesto que numerosas personas “poco hipnotizables” mejoran cuando se encuentran en condiciones clínicas favorables (Gearan, Schoenberger & Kirsch, 1995; Spanos, 1991, citados en Yapko, 2008).

Por tanto se da por supuesto que el paciente es siempre potencialmente sugestionable y se intenta averiguar el modo de estructurar las sugerencias a “medida” de la persona, de manera que se incremente la probabilidad de que sean aceptadas.

Además de determinar el grado de sugestionabilidad, estas pruebas pueden servir, por ejemplo, para medir la capacidad de respuesta y de este modo averiguar qué método es idóneo con un cliente porque sea más adecuado para él o favorezca la relación terapéutica, si es mejor el empleo de métodos indirectos o directos, sugerencias negativas o positivas, flexibles o permisivas.

A pesar de que hay opiniones contrapuestas respecto al empleo de instrumentos estandarizados para medir la sugestionabilidad y la receptividad hipnótica, hay que sopesar el entorno laboral (clínico, de investigación, legal, etc.) para decidir si es importante o no utilizarlas. Lo que no cabe duda es que gracias a ellas la hipnosis se ha ganado la confianza científica (Capafons, 2001).

Veamos algunas de las pruebas formales estandarizadas más utilizadas:

<b>Evaluación formal de la receptividad a la hipnosis</b>	
Escalas de Susceptibilidad Hipnótica de Stanford SHSS	Se compone de 12 elementos que abarcan respuestas motoras y elementos cognitivos, se siguen criterios objetivos en la puntuación de cada ítem, siendo la suma total el grado de hipnotizabilidad.
Escala de susceptibilidad hipnótica grupal de Harvard	Para grupos de hasta 20 personas. Sirve como instrumento de screening preliminar.
Perfil de Inducción Hipnótica HIP	Mide la señal de rotación ocular como marcador biológico de hipnotizabilidad.

**Figura 6: Pruebas formales de receptividad a la hipnosis**

A continuación, muestro algunas de las pruebas informales más utilizadas:

<b>Evaluación informal de la receptividad a la hipnosis</b>	
El péndulo de Chevreul	Miniprueba estructurada que provoca respuestas ideomotoras. Efectuada antes de la hipnosis formal ayuda al cliente a habituarse con respuestas hipnóticas (Bates, 1993, citado en Yapko, 2008).
Prueba del “objeto caliente”	Se da una sugestión que provoca una sensación alucinatoria de calor.
Apretón de manos	Subprueba de la Escala de Stanford, que provoca un desafío a la persona. Se pide que junte las manos con los dedos entrelazados y se le dan sugestiones de que se están quedando pegadas y cuanto más intente separarlas, más unidas estarán.
Cambios no verbales	Se imita la postura corporal de la persona y después se cambia de manera que si hace lo mismo evidencia el establecimiento del <i>rapport</i> y la sugestionabilidad a nivel inconsciente.

**Figura 7: Pruebas informales de receptividad a la hipnosis**

## **PLANIFICACIÓN DE UNA SESIÓN TERAPÉUTICA CON HIPNOSIS**

Cada sesión terapéutica se puede estructurar tal y como expongo a continuación, del siguiente modo según Geary (2008):

1. Establecimiento de una meta para la sesión. En el proceso terapéutico existen dos tipos de metas:
  - El foco terapéutico, para resolver el problema o demanda inicial.
  - La meta acordada y negociada en cada sesión. Esta meta tiene que cumplir las siguientes características:
    - Ser realista.
    - Ha de ser algo que ocurra durante la sesión, comprobable.
    - Debe ser cuantificable, medible.



2. Planificación de los fenómenos hipnóticos que se van a emplear en función del problema a tratar. Determinar si se utilizarán movimientos ideomotores, u otros fenómenos hipnóticos, etc.
3. Decisión de cómo se va a utilizar lo que se ha elicitado en la entrevista previa. Si se utilizarán en una reestructuración cognitiva, como valores o fenómenos hipnóticos.
4. Decisión del método que se va a emplear, en función de cómo responde mejor la persona, balanceando entre método directo e indirecto. Seleccionar si se van a emplear metáforas, historias, sugerencias directas, disociación, confrontación, métodos cognitivos, etc.
5. Emplear sugerencias posthipnóticas. De este modo se transfieren los beneficios de la hipnosis a la vida cotidiana.
6. Cierre de la sesión. Valoración para determinar si se ha cumplido la meta de la sesión o no.

## CORRELATOS NEUROFISIOLÓGICOS DE LA HIPNOSIS

Los numerosos avances tecnológicos que en la actualidad permiten la investigación del cerebro humano, nos brindan la posibilidad de estudiar aspectos de su funcionamiento que antes eran inalcanzables (Nardone, Zeig, Loredano & Watzlawick, 2008). El cerebro es el órgano en el que se implementan numerosos procesos mentales, se encarga del procesamiento y control de la información, sensaciones, percepciones, la memoria, imaginación, fenómenos volitivos, siendo es el medio en el que se genera la experiencia de los fenómenos hipnóticos (Cava y Luna, 2012).

Weitzenhoffer (2000) mencionaba que “El único argumento con algo de peso que se ha propuesto para no aceptar la realidad de la hipnosis es la imposibilidad hasta el momento de encontrar correlatos fisiológicos consistentes y relevantes de este estado” (p.82).

Sin embargo, hoy en día existen multitud de estudios sobre la neuropsicofisiología de la hipnosis, que dan suficiente validez y consistencia para aceptar la hipnosis como una realidad científicamente demostrable en la que se producen cambios neurofisiológicos funcionales que son característicos del estado hipnótico y que lo diferencian de otros estados (como la meditación, el sueño, etc.) (Cava y Luna, 2012). Por tanto responden a las cuestiones planteadas en las investigaciones sobre:

- La existencia de correlatos neuropsicofisiológicos de la hipnosis.
- Consecuencias y efectos de las sugerencias hipnóticas.
- Mediciones diferenciales sobre el grado o nivel de sugestionabilidad.

La tecnología que se emplea para valorar los cambios producidos en las funciones cerebrales como respuesta a la hipnosis, no está carente de limitaciones tal y como apunta Graham (2002, citado en Yapko, 2008), entre otras, la dificultad que acarrea la definición y cuantificación de los estados subjetivos como los que representan la experiencia hipnótica. Por este motivo y la idoneidad para la manifestación de marcadores de la experiencia hipnótica, los estudios se centran mayoritariamente en personas “muy hipnotizables o sugestionables” (Yapko, 2008).

Existen diversos medios tecnológicos para la investigación en neuropsicofisiología que o bien de forma unitaria o en combinación, son de utilidad en los estudios del funcionamiento del cerebro en estado de hipnosis (González 2000):

**Tecnologías empleadas en la investigación:**

EEG (Electroencefalografía).

PE (Potencial Evocado).

SERP (Potencial Evocado Somatosensorial).

PET (Tomografía por Emisión de Positrones).

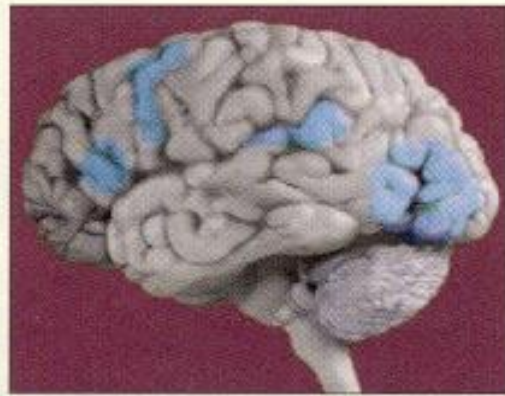
rCBF (Flujo Sanguíneo Cerebral Regional).

SPECT (Tomografía Computerizada por Emisión Única de Fotones).

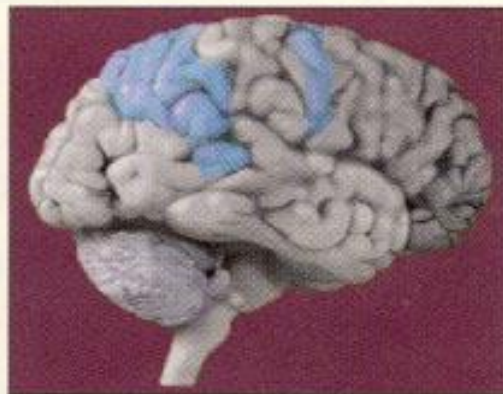
fMRI (Imagen Resonancia Magnética Funcional).

Según Raz & Shapiro (2002) la incorporación de la hipnosis a modo de variable en la investigación, puede ser un medio valioso para el estudio de aspectos del tratamiento terapéutico. No obstante tal y como señala Yapko (2005) no podemos ni debemos definir las experiencias de las personas en términos meramente biológicos, en función de las ondas cerebrales o de la neuroquímica, sino que hemos de comprender que poseen correlatos de cariz tanto biológico como psicológico y social. Por todo ello tenemos que tener presente que la experiencia de la hipnosis acontece en el marco de un contexto interpersonal (social) en la que entran en juego características como la motivación de la persona así como sus expectativas. Gracias a estas tecnologías se ha podido distinguir las áreas de activación en diferentes estados de conciencia, viendo que el estado hipnótico difiere del sueño, la meditación o la esquizofrenia como podemos observar en las siguientes imágenes (Carter, 1998) y podemos concluir que: “La hipnosis es un estado psicológico con correlatos neurales diferenciados” (Kosslyn et al., 2000, p. 143).

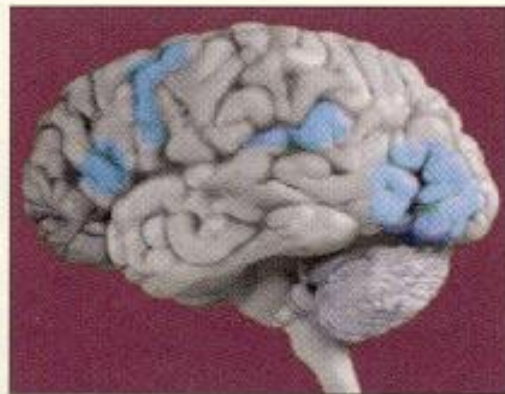
Podemos observar imágenes que corroboran los efectos fisiológicos del estado hipnótico, y las diferencias con otros estados mentales, tal y como expongo a continuación según “El nuevo mapa del cerebro” de Carter (1998):



Hipnosis



Meditación



Hipnosis



Sueño de onda lenta

De manera sintetizada, veamos algunos de los estudios más significativos en relación a todo lo anterior:

De Pascalis et al. (1987, 1989, 1998, citado en Cava y Luna, 2012) comprobaron en sujetos altamente hipnotizables un incremento en de la densidad de ritmos 40-Hz EEG durante emociones positivas en el hemisferio derecho y un decremento en el HCI que es más pronunciada durante la condición hipnótica que en el estado de vigilia normal. Además De Pascalis (1993) comprobó que la amplitud espectral 40-Hz EEG (expresión fisiológica de la activación arousal focalizada, según Sherr, 1989, citado en Yapko, 2008) se incrementa en función del grado de hipnotizabilidad de los sujetos y el estado de hipnosis. Experimentos realizados con Potenciales Evocados indican que se pueden sugerir variaciones en la percepción de estímulos bajo estado hipnótico, que tienen el mismo efecto en cuanto a la relación con los PE, que una variación en una experiencia real de los mismos (De Pascalis 1994, citado en Yapko, 2008).

En el fenómeno de analgesia hipnótica, se ha comprobado que existen incrementos significativos del flujo sanguíneo en el córtex órbita-frontal y en el córtex sensoriomotor en sujetos altamente hipnotizables que refleja una mayor capacidad para la atención (Crawford et al., 1993). En respuesta a sugerencias de alucinación auditiva, empleando PET se ha concluido que el córtex cingulado anterior derecho se activa igualmente tanto cuando los sujetos oyen una voz grabada realmente que cuando en condiciones de hipnosis se les dan sugerencias de alucinación auditiva. Sin embargo, no se activa cuando los sujetos imaginan la voz de la grabación (Szechtman, 1998 citado en Cava y Luna 2012).

Estudios sobre la percepción del color, revelan que las activaciones de las áreas de color del cerebro son iguales bajo hipnosis y con exposición real y que difieren cuando fuera de hipnosis se les pide a los sujetos que imaginen los colores (solamente se activa el hemisferio derecho) (Rainville, 1998).

Mediante el empleo de PET y EEG, se ha comprobado que el estado hipnótico en sujetos altamente hipnotizables correlaciona con un incremento del flujo sanguíneo regional y de la actividad de la corteza occipital bilateral en banda delta (Rainville, Houfbauer, Bushnell, Duncan y Price, 2002, citados en Lanfranco, 2010).

En la Universidad de Hull (UK) se ha realizado un experimento mediante RMf para comprobar si la hipnosis conlleva a una alteración del estado “normal” cerebral concluyendo que: “La inducción hipnótica crea un patrón distinto y único de activación cerebral en los sujetos altamente sugestionables.” (McGeown et al., 2009, p.129).

## HIPNOSIS EN EL TRATAMIENTO DEL DOLOR

De los múltiples beneficios que se pueden obtener mediante hipnosis, el fenómeno de la analgesia hipnótica es uno de los más espectaculares, ya que es difícil de creer que una persona que, por ejemplo, se está sometiendo a un procedimiento médico invasivo y doloroso, sin la intervención de ningún agente químico anestésico, y que únicamente mediante el empleo de la palabra de la mano de un clínico experimentado, no manifieste rasgos de sentir dolor alguno. (Barber, 1999).

Podemos encontrar dolores de distinta naturaleza, ya sean agudos, crónicos, recurrentes, dolores benignos crónicos o psicógenos, que no son susceptibles de mejora mediante un tratamiento médico habitual o/y cognitivo-conductual. También hay que contemplar los efectos iatrogénicos de la administración de fármacos analgésicos con efectos secundarios importantes (Barber, 1999).

Según el estudio de Lera (2006) numerosos autores coinciden en que el dolor crónico, así como el dolor que padecen personas con fibromialgia y otras enfermedades reumáticas, es un trastorno en el que acuden con frecuencia numerosas personas a las consultas de diferentes áreas de la salud (White y Thompson, 2003; Buskila y cols, 2001; Estudio EPISER, 1998). En el caso de dolor crónico, del dolor de origen psicógeno, tanto como en fibromialgia existe muy poco acerca de su etiología y la sanidad dispone de escasos recursos para su tratamiento, lo que produce que en la práctica clínica los pacientes acudan de forma reiterativa tramitando consultas y quejas por los diferentes departamentos de distintas especialidades médicas incómodos por la poca comprensión y atención que en numerosas ocasiones reciben, lo que conlleva a un estado de gravosa desesperanza y frustración (Lera, 2006).

En la comunidad científica existe bastante escepticismo con respecto a este trastorno principalmente debido a falta de pruebas diagnósticas que otorguen datos objetivos, ya que éstas dan resultados normales a pesar de que el paciente persista en sus síntomas. No obstante, a pesar de la subjetividad de la percepción del dolor, no significa que los síntomas sean inventados por los pacientes, principalmente mujeres (Alentorn, 2008).

El síndrome de fibromialgia como apuntan González, Fernández & Torres (2010) tiene como principal característica la manifestación de dolor musculo esquelético generalizado y persistente durante tres meses como mínimo (Wolfe, Smythe, Yunus, Bennett, Bombardier & Goldenberg, 1990), aunque los pacientes manifiestan además múltiples síntomas o trastornos como son: continua fatiga, pérdida de fuerza muscular y rigidez articular (principalmente matutina), debilidad sueño no reparador, cefaleas, parestesias, fenómeno de Raynaud, síndrome de colon irritable, síndrome premenstrual, además de depresión, estrés y ansiedad generalizada junto a frecuentes dificultades cognitivas como la memoria y atención según Friedberg y Jason (2001, citados en Lera, 2006).

Paradójicamente la batalla por mantener bajo control todas estas sensaciones y luchar contra el dolor generan aún más dolor y malestar (González, Fernández & Torres, 2010). Muchos médicos están considerando la utilización del tratamiento hipnótico para ayudar a reducir el dolor e inducir analgesia (Patterson, 2004) como coadyuvante e incluso sustituto de los tratamientos farmacológicos habituales por los beneficios que podrían obtener los pacientes (Jensen y Patterson, 2006).

Así pues, el tratamiento con hipnosis puede provocar beneficios mediante sugerencias directas para mitigar el dolor (Barber, 1999) y producir analgesia (Jensen, McArthur, Kristin, Barber, Hanley, Engel, Romano, Cardenas, Kraft, Hoffman & Patterson, 2006), pero además según estudios clínicos, provocar una mejoría generalizada, incremento del control percibido del dolor, incremento de sensación de bienestar y relajación (Lanfranco, 2010). y disminución del estrés, incluso en aquellos participantes en los que los síntomas específicos del dolor no disminuyeron considerablemente (Jensen et al. 2006).

Existen investigaciones que correlacionan varios factores psicológicos entre ellos la susceptibilidad hipnótica y los efectos producidos en pacientes que padecen dolor crónico (Castell, Pérez, Sala, Padroll & Rull, 2007).

A pesar de los estudios realizados, con evidencias empíricas de los beneficios de la hipnosis como coadyuvante de otros tratamientos las creencias erróneas y los “falsos mitos” hacen que muchos terapeutas reaccionen con escepticismo a utilizarla en la práctica, en parte debido a la escasez de formación de base científica en hipnosis ofrecida a niveles universitarios (Mendoza, Capafons, Espejo & Montalvo, 2009). Una gran mayoría de profesionales de diversos países mantienen que existe actualmente poca información acerca de la hipnosis y sostienen la necesidad de una formación más amplia para su aplicación (Vingoe, 1982; Yapko, 1994, citados en Mendoza et al. 2009).

Mendoza (2002) en la revisión de la obra “*Hipnosis*” de Capafons (2001) comenta que puede ser una herramienta de utilidad para mitigar las creencias erróneas sobre la hipnosis, ya que apunta a la eficacia de ésta junto a los tratamientos cognitivo-comportamentales. Capafons, es uno de los más prestigiosos expertos en hipnosis en nuestro país dirigiendo numerosas investigaciones en este campo por el grupo de la Universidad de Valencia. Además Capafons, explica en su obra las diferentes modalidades de sugerencias y en qué casos es conveniente su utilización con ejemplos prácticos sobre cómo realizar sugerencias para que sean más eficaces en la consecución de sus objetivos.

Uno de los pioneros en hipnosis según O'Hanlon (1993) fue Milton Erickson que formó durante toda su vida, en la ahora conocida como Hipnosis Ericksoniana, a numerosos terapeutas de todo el mundo con técnicas y estrategias, entre otras, para controlar y manejar de forma exitosa el dolor, basadas fundamentalmente en el empleo de metáforas y sugerencias naturalistas. O'Hanlon (1993) expone el siguiente ejemplo de intervención:

Ustedes saben que pueden ir a ver un espectáculo, una película de suspense y olvidarse del dolor de muelas. Pueden ir a ver una película de suspense y olvidarse del dolor de cabeza. Si uno tiene una sorpresa muy agradable, a lo mejor se olvida de un callo que le duele. En consecuencia. ¿Por qué tendrían que pensar necesariamente que el dolor debe ser tratado con anestesia o analgesia? Todos ustedes han tenido la experiencia de olvidar una lastimadura, lo que significa que pueden tratar el dolor induciendo amnesia. Pueden tratar el dolor mediante la distracción (Rossi y Ryan, 1985, pág. 156), (p.91).

Por todos los estudios citados sería interesante la difusión de la hipnosis tanto a nivel académico como sanitario y de asociaciones de enfermos, para que los enfermos de dolor crónico y fibromialgia, entre otros problemas, puedan conocer y beneficiarse de los beneficios de este tratamiento.

## CONCLUSIONES

Con la presentación del caso clínico de Ana, hemos podido ver una aproximación conceptual de las bases teórico-prácticas del modelo psicoterapéutico, presentar un marco de trabajo y cómo se desarrolla un procedimiento terapéutico completo.

Hemos alcanzado a comprobar la eficacia de la PB como modelo integrador de trabajo psicoterapéutico, cómo posibilita el promover cambios positivos, hacer consciente elementos inconscientes que condicionan nuestras conductas y cambiar y ampliar el modo de percibir el mundo de modo que se puedan modificar las conductas autodestructivas, poco adaptativas por otras más ecológicas, fomentando el propio crecimiento personal, el desarrollo del autoconocimiento. Y todo ello en el marco de una limitación temporal.

Hemos comprobado la importancia del establecimiento del vínculo y la alianza entre el paciente y el terapeuta como base fundamental para el procedimiento psicoterapéutico y la elaboración de un diagnóstico holístico.

Tal y como formulaban los trabajos de Freud y la Escuela psicoanalítica, es necesario un estudio minucioso de la relación vincular del paciente con sus padres (Freud, 1990) esto es, la generación de vínculos de apego, puesto que se consideran fundamentales para establecer la etiología de los padeceres actuales (Jung, 1969), así como trabajar con los mecanismos de defensa que no son eficaces sustituyéndolos por otros más adaptativos. En el caso de Ana, las tensiones musculares y la rigidez corporal son manifestaciones defensivas permanentes del yo, defensas contra los afectos primariamente dolorosos que afloran al yo desde el mundo externo (Freud, 1961), que constituyen los aspectos o fenómenos señalados por Wilhelm Reich en su “Análisis consecuente de la resistencia” (Reich, 1933, citado en Freud, 1961).

En el proceso de intervención he presentado una serie de herramientas complementarias y compatibles con la PB dado su carácter integrador, con probada eficacia en los tratamientos psicológicos del trauma, el duelo, así como procesos que cursan con dolor y tensión crónicos.

Hemos visto cómo técnicas como EMDR y la Hipnosis Clínica, son de una gran ayuda en las intervenciones terapéuticas en el tratamiento del duelo complicado (Roques, 2009; Shapiro, 2004) así como en la autogestión del dolor crónico respectivamente (Patterson, 2004), realizadas dentro del marco psicoterapéutico que aquí expongo, el de la Psicoterapia Breve.

También hemos visto que, efectivamente, existen correlatos neurofisiológicos de los cambios producidos por el empleo de la hipnosis y las diferencias con otros estados mentales (Kosslyn et al., 2000).

Además de todo lo anterior, y como conclusión final sustancial, vemos que es imprescindible que en todo proceso psicoterapéutico se realice una buena alianza, un vínculo entre paciente y terapeuta para ofrecer un marco de seguridad y confianza en el que se hagan posibles los cambios necesarios. Que es fundamental realizar una fase exploratoria de recogida de datos, empleando los instrumentos que sean adecuados en cada caso y realizar a través de lo obtenido y analizado una correcta evaluación (Buena-Casal, Caballo y Sierra, 1996) para la elaboración de un informe clínico psicológico, siendo éste el congruente método estratégico para concretar cuáles son los objetivos del tratamiento y realizar un adecuado plan de intervención dirigido hacia la consecución de los mismos, eligiendo las herramientas y técnicas que lo faciliten con mayor eficacia y en el menor tiempo posible (Fernández-Ballesteros, 2009).



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abbass AA, Hancock JT, Henderson J, Kisely S.(2008). *Psicoterapias psicodinámicas a corto plazo para trastornos mentales frecuentes (Revisión Cochrane traducida)*. En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Recuperado de: <http://www.update-software.com/BCP/BCPGetDocument.asp?DocumentID=CD004687>
- Aguado, R. (2008). *Manual práctico de Terapia de Interacción Recíproca. Hipnosis clínica en psicoterapia*. Madrid, España: Síntesis.
- Alentorn, E. (2008). *Tratamiento sintomático de la fibromialgia mediante vibraciones mecánicas*. (Universitat de Barcelona. Departament de Medicina). [Versión electrónica]. Tesis Recuperada de la base de datos TDX/TDR.
- Alvarado, R. (2011). *Duelo y alexitimia, [Versión electrónica]* Revista digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia. *S.E.M.P.yP.* Vol. 3 (2013) n.º2. Recuperado de: <http://www.psicociencias.com/revista>
- Aznárez, B. (20012): Experto en Evaluación Psicológica y Psicodiagnóstico. Madrid, España: Sociedad Española de Medicina Psicosomática y Psicoterapia.
- Barber, J. (1999). *Tratamiento del dolor mediante hipnosis y sugestión. Una guía clínica*. Bilbao. España: Editorial Desclée de Brouwer, S.S.
- Bayés, R. (2001). *Psicología del sufrimiento y de la muerte*. Barcelona, España: Ediciones Martínez Roca, S.A.
- Bellak, L.; Small, L. (1980). *Psicoterapia Breve y de emergencia*. México: Pax México.
- Bowlby, J. (2006). *Vínculos Afectivos: Formación, desarrollo y pérdida*. Madrid, España: Ediciones Morata.
- Buela-Casal, G., Caballo, V. y Sierra, J. C. (dirs.) (1996). *Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud*. Madrid, España: Siglo XXI.
- Capafons, A. (2001). *Hipnosis*. Madrid: editorial Síntesis.
- Carter, R., (1998). *El nuevo mapa del cerebro: guía ilustrada de los descubrimientos más recientes para comprender el funcionamiento de la mente*. Barcelona, España: Integral.
- Castel, A., Pérez, M., Sala, J., Padrol, A., & Rull, M. (2007). Effect of hypnotic suggestion on fibromyalgic pain: Comparison between hypnosis and relaxation. *European Journal of Pain*, 11(4), 463-468.
- Cava, J.; y Luna J. A. (2012). *Correlatos neurofisiológicos de la hipnosis*. Material didáctico del Instituto Erickson Madrid.
- Cierpka, M; Grupo de trabajo OPD (2008). *Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado: Manual para el diagnóstico, indicación y planificación de la psicoterapia*. Ed. Herder. Barcelona.
- Cohen, S. (1989). Clinical uses of measures of hypnotizability. *American Journal of Clinical Hypnosis*, n° 32, pp 4-9.

- Costa, E. (2011). *Hipnosis. Un puente al subconsciente con fines terapéuticos*. Barcelona: Editorial Hispano Europea.
- Crawford, H. et al. (1993). *Effects of hypnosis on regional cerebral blood flow during ischemic pain with and without suggested hypnotic analgesia*. International Journal of Psychophysiology, n°15, pp.181-195.
- Davanloo, H. (1980). *Short-Term Dynamic Psychotherapy*. New York, NY: Jason Aronson, En: Abbass AA, Hancock JT, Henderson J, Kisely S. Psicoterapias psicodinámicas a corto plazo para trastornos mentales frecuentes (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Recuperado de: <http://www.update-software.com/BCP/BCPGetDocument.asp?DocumentID=CD004687>
- De Pascalis, V. (1993). *EEG spectral analysis during hypnotic induction, hypnotic dream and age-regression*. International Journal of Psychophysiology, n° 5, pp.153-166.
- De Pascalis, V. (1994). *Event-related potentials during hypnotic hallucination*. The International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, n°42, pp. 39-55.
- De la Parra, G.; Plaza, V. y Alvarado, L. (2010). *Diagnóstico operacionalizado: indicación y planificación estratégica en psicoterapia psicodinámica*. Diagnóstico y psicoterapia psicodinámica. Diagnosis and psychotherapy (Rev GPU 2010; 6; 3: 364-371).
- De Santiago, F.J.; Fernández, M.J. y Guerra, L.R. (1999). *Psicodiagnóstico dinámico a través de las técnicas proyectivas*. Salamanca, España: Amarú ediciones.
- Fernández, J.; Escalante, E.; y Palmero, E. (2010). Revisitando algunas herramientas de evaluación sistémica. *Psicoperspectivas*, 10 (1), 190-208. Recuperado de: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/1710/171017587010.pdf>
- Freud, S. (1922). *Psicoanálisis y teoría de la libido. Dos artículos de Enciclopedia*. Recuperado de: [http://biblio3.url.edu.gt/Libros/2012/Psicoa\\_TELib.pdf](http://biblio3.url.edu.gt/Libros/2012/Psicoa_TELib.pdf)
- Freud, A. (1961). *El yo y los mecanismos de defensa*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Paidós.
- Freud, S. (1922). *Psicoanálisis y teoría de la libido. Dos artículos de Enciclopedia*. Recuperado de: [http://biblio3.url.edu.gt/Libros/2012/Psicoa\\_TELib.pdf](http://biblio3.url.edu.gt/Libros/2012/Psicoa_TELib.pdf)
- Freud, S. (1990). *Nuevas lecciones introductorias al psicoanálisis*. Madrid, España: Círculo de Lectores.
- García-Sánchez, T. (2012). *Material didáctico del Instituto Erickson Madrid*. Madrid, España: I.E.M.
- Geary, B. (2008). *Estrategia en terapia. Como plantear una sesión de Psicoterapia e Hipnosis Ericksoniana*. Madrid, España: I.E.M.
- González, S. (2000). Algunas Categorías Diagnósticas de la Hipnoterapia Ericksoniana. [Versión electrónica] *Revista electrónica de Psicología Clínica*. Vol. 3. N° 1. Recuperado de: [http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol3num1/susana\\_gonzalez.html](http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol3num1/susana_gonzalez.html)

- González, A., Fernández, P., & Torres, I. (2010). Aceptación del dolor crónico en pacientes con fibromialgia: adaptación del Chronic Pain Acceptance Questionnaire (CPAQ) a una muestra española. [Versión electrónica] *Psicothema*, Vol. 22, nº4 pp. 997-1003.
- González, A., Fernández, P., & Torres, I. (2010). Aceptación del dolor crónico en pacientes con fibromialgia: adaptación del Chronic Pain Acceptance Questionnaire (CPAQ) a una muestra española. [Versión electrónica] *Psicothema*, Vol. 22, nº4 pp. 997-1003.
- Hildgard, E. (1982). Hypnotic susceptibility and implications for measurement. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, nº 30, pp. 394-403. Web recuperada de: <http://www.hipnosismadrid.com/>
- Jensen, M., & Patterson, D. R. (2006). Hypnotic treatment of chronic pain. *Journal of Behavioral Medicine*, 29(1), 95.
- Jensen, M. P., McArthur, K. D., Barber, J., Hanley, M. A., Engel, J. M., Romano, J. M., et al. (2006). Satisfaction with, and the beneficial side effects of, hypnotic analgesia. *The International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 54(4), 432-447.
- Jung, C.G. (1969). *Teoría del psicoanálisis*. Barcelona, España: Plaza & Janes, S.A. Editores.
- McGoldrick, M.; Gerson, R. & Petry, S.S. (2008). *Genograms: assesment and intervention*. Nueva York: W.W. Norton & Company.
- Lanfranco, R. (2010). *Hipnosis clínica y psicoterapia: Una propuesta integrativa para el tratamiento de la depresión unipolar*. Trastor. *Ánimo*; Vol 6, Nº 1:37-48.
- Leeds, A.M. (2011). *Guía de protocolos estándar de EMDR para terapeutas, supervisores y consultores*. Bilbao, España: Editorial Desclée de Brouwe, S.A.
- Lera, S. (2006). Características y respuesta al tratamiento multidisciplinar de pacientes afectas de fibromialgia. Universitat de Barcelona. Departament de Psiquiatria i Psicobiologia Clínica. Tesis Recuperada de la base de datos TDX/TDR.
- Lledó, J.L. (2009). *La exploración psicodinámica en salud mental*. Alicante. España: Editorial Club Universitario.
- Lüscher, M. (1990) *Test de los colores: Test de Lüscher. Paidós Psicometría*. Barcelona, España: Ediciones Paidós Ibérica, S.A.
- Lüscher, M. (2005). *Test de los colores: para el análisis de la personalidad y la resolución de conflictos*. Madrid, España: Apóstrofe.
- Marín, J. L. (2008): *Experto en Psicoterapia Breve*. Madrid, España: Sociedad Española de Medicina Psicosomática y Psicoterapia.
- McGeown, W.; Mazzoni, G.; Venneri, A.; Kirsch, I. (2009). Hypnotic induction decreases default mode activity. *Consciousness and Cognition*, nº18 pp. 848-855
- Mendoza, M.E. (2002). Revisión de libros: Hipnosis. [Versión electrónica] *Psicothema*, Vol. 14, nº 3, pp. 681-683.

- Mendoza, E., Capafons, A., Espejo, B., & Montalvo, D. (2009). Creencias y actitudes hacia la hipnosis de los psicólogos españoles. [Versión electrónica] *Psicothema*, Vol. 21, nº 3, pp. 465-470.
- Nardone, G.; Loredio, C.; Zeig, J. & Watzlawick, P. (2008). *Hipnosis y terapias hipnóticas. Una guía que desvela en verdadero poder de la hipnosis*. Barcelona: RBA Libros, S.A.
- O'Hanlon, W. H. (1993). *Raíces profundas: Principios básicos de la terapia y de la hipnosis de Milton Erickson*. Barcelona, España: Ediciones Paidós Ibérica, S.A.
- Patterson, D. R. (2004). Treating pain with hypnosis. [Versión electrónica] *Current Directions in Psychological Science*, 13(6), 252-255.
- Valls, J.L. (1995). *Diccionario Freudiano*. Madrid, España: Ed. Julián Yébenes, S.A.
- Fernández-Ballesteros, R. (Dir.) (2009). *Evaluación psicológica. Conceptos, métodos y estudio de casos*. Madrid, España: Ediciones Pirámide.
- Preston, J. (2003). *Terapia breve integradora. Enfoques cognitivo, psicodinámico, humanista y neuroconductual*. Bilbao, España: Desclée de Brouwer, D.L.
- Rainville, P (1998). *Brain Imaging Studies of the Hypnotic Modulation of Pain Sensation and Pain Affect*. INABIS 98.
- Ramos, C. (2002). *Hipnosis y psicoterapia*. Madrid, España: EDAF
- Reich, W. (1957). *Análisis del carácter*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Paidós. Roques, J. (2009). *Curar con el EMDR: Teoría y práctica*. Barcelona: Editorial Kairós.
- Sánchez-Barranco, A. y Sánchez-Barranco, P. (2001). Psicoterapia dinámica breve: Aproximación conceptual y clínica [versión electrónica]. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 21(78):725.
- Sánchez, A. J. (2006). Los valores ético morales desde una perspectiva psicológica. [Versión electrónica]. *Rev Hum Med* Vol.6, n.3 [citado pp. 2441. Recuperado de: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S172781202006000300006&script=sci\\_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S172781202006000300006&script=sci_arttext)
- Shapiro, F. (2004). *EMDR Desensibilización y reprocesamiento por medio de movimiento ocular*. México: Editorial Pax México.
- Shor, R. & Orne, E. (1962). *Harvard Group Scale of Hypnotic Susceptibility*. Palo alto: Consulting Psychologists Press.
- Spiegel, H; & Spiegel, D. (1987). *Trance and treatment: Clinical uses of hypnosis*. New York: Basic Books.
- Schultz, J.H. (1962). *Entrenamiento autógeno (autorrelajación concentrativa)*. Barcelona, España: Editorial Científico Médica.
- Valdés, M. Coord. (1995). *DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona, España: MASSON, S.A.
- Watzlawick, P. (1994). *El Lenguaje del cambio*. Barcelona, España: Herder.

- Watzlawick, P. y Nardone, P. (2000). *Terapia breve estratégica. Pasos hacia un cambio de percepción de la realidad*. Barcelona, España: Paidós Ibérica. Recuperado de: <http://books.google.es/books?id=Zr7sKHX7VFcC&printsec=frontcover&dq=Estrategias+psicoterapia+ericksoniana&hl=es&sa=X&ei=5gG5ULzjI8TAtAar4oCACg&ved=0CDkO6AEwAg#v=onepage&q&f=false>
- Weitzenhoffer, A. (2000). *The practice of hypnotism*. New York: Wiley.
- Worden, J. (2004). *El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia*. Barcelona, España: Ediciones Paidós Ibérica, S.A.
- Yapko, M.D. (1995). *Lo esencial de la Hipnosis*. Barcelona: Paidos
- Yapko, M.D. (2008). *Tratado de hipnosis clínica*. Madrid, España: La Esfera de los Libros, S.L.