



PROPUESTA DE PLANES DE INTERVENCIÓN CON HIPNOSIS, AUTOGENICS Y MEDITACIÓN

Isidro Pérez Hidalgo.

chcpsico@chcpsico.com

HIPNOSIS EN LA ACTUALIDAD

La Hipnosis ha recorrido un largo camino desde sus oscuros orígenes, documentados en el antiquísimo papiro de Ebers (3.000 a.c.) hasta hoy, cuando goza de la aceptación de la ciencia. Como afirma Weitzenhoffer (1.989), en realidad deberíamos distinguir "hipnosis" de "hipnotismo", entendiendo este último término como el uso que le damos al proceso hipnótico; sin embargo, la palabra "hipnosis" ha significado ambos aspectos: proceso y uso de dicho proceso.

Existe un desacuerdo marcado entre las distintas concepciones de la hipnosis. Uno de los temas más relevantes de estas discordias es la noción de la hipnosis considerada como un estado específico de consciencia versus la teoría del no estado.

Así, Barber (1.995) defiende que todos los fenómenos hipnóticos pueden reproducirse en un estado de vigilia, sin necesidad de una inducción previa. Abela (2.000) encuentra, en diferentes estudios, una serie de correlatos fisiológicos para justificar la teoría del estado.

No obstante, esta polémica resulta relevante desde el punto de vista de la investigación, pero no trasciende a la terapia con hipnosis en su dimensión práctica. La realidad es que la hipnosis constituye una importante herramienta terapéutica que puede acomodarse a diferentes enfoques (cognitivo-conductual, dinámico, gestáltico, etc.), y, como afirma Ramos (2.002), "aumentando su eficacia y reduciendo el tiempo de terapia".

La anterior afirmación se fundamenta en un gran número de investigaciones específicas sobre diversas patologías y en varios estudios en forma de meta-análisis, como los de Barrios (1.970), Kirsch (1.992) y Kirsch, Montgomery y Sapirstein (1.995). Los resultados de este último indicaban que, al comparar los datos de dieciocho estudios previos con problemas tales como insomnio, dolor, ansiedad y obesidad, los pacientes que eran tratados mediante técnicas cognitivo-conductuales catalizadas por hipnosis mostraban una mejoría mayor en al menos un 70% de los casos, comparándolos con aquellos que habían recibido técnicas cognitivo-conductuales sin hipnosis. Además, se observa en el citado estudio que el tratamiento hipnótico consigue incluso una mejoría más acusada en el período de seguimiento que el tratamiento puramente cognitivo-conductual. Los autores concluyen que la formación en hipnosis debería ser habitual como parte del entrenamiento en terapias cognitivo-conductuales.

PROPUESTA DE PLANES DE INTERVENCIÓN CON HIPNOSIS, AUTOGENICS Y MEDITACIÓN

Zarren y Eimer (2.002) consideran que la relajación profunda, la involuntariedad y el automatismo, características fundamentales de la hipnosis, permiten que se produzca un aprendizaje terapéutico durante la psicoterapia u otras intervenciones clínicas que tiene lugar de modo más rápido a niveles cognitivos, emocionales y fisiológicos.

En este sentido, muchos autores coinciden en considerar a la hipnosis como un potenciador de técnicas muy diversas: desensibilización sistemática, modelado encubierto, replanteamiento cognitivo, etc. Figuras como Joseph Wolpe, Albert Ellis o Arnold Lazarus han incluido la hipnosis en su trabajo terapéutico en este sentido potenciador.

El campo de las aplicaciones clínicas se ha ido haciendo cada vez más amplio, abarcando problemas psico-fisiológicos como: fobias, depresión reactiva, obesidad, tabaquismo, trastornos psico-sexuales, estrés post-traumático, dolor, etc. (Hammond, 1.990; Rhue, Lynn y Kirsch, 1.993; Gibbons, 2.000; Preston, 2.001; Daitch, 2.007).

Otro aspecto interesante es que, en los últimos años, diversos investigadores han encontrado que el grado de sugestionabilidad parece asociado con el tipo de sintomatología que presenta el paciente. Según el modelo de Wickramasekera, clasificar los sujetos por su grado de sugestionabilidad tiene un valor predictor de la posible evolución del paciente o de la propensión a determinados problemas.

Además, las conductas problemáticas pueden interpretarse en términos de fenómenos hipnóticos autoinducidos a partir de las interacciones con el medio (Gafner y Benson, 2.003).

Estamos observando que, desde la década de 1.950 hasta la actualidad, se ha producido un aumento espectacular de la literatura científica en torno a la hipnosis, y muy especialmente desde los estudios de Weitzenhoffer y Hilgard (1.959) de la Escala Stanford de Susceptibilidad Hipnótica en sus formas A y B.

Disponemos en la actualidad de múltiples revistas especializadas en esta materia: "International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis", "American Journal of Clinical Hypnosis", "Contemporary Hypnosis", son algunas de ellas.

También, de forma ocasional, se publican artículos sobre hipnosis en otras revistas como "the Lancet", "Journal of Experimental Psychiatry" o "Journal of Abnormal Psychology".

Por todo ello, pensamos que esta tendencia al crecimiento seguirá; entre otros motivos porque la hipnosis en sí misma está ramificándose y creciendo de forma rápida, alejándose cada vez más de sus versiones no científicas.

La neurociencia en su avance no ha conseguido todavía un modelo neurobiológico de la hipnosis a pesar de múltiples intentos, probablemente porque se trata de un fenómeno complejo (Landry y Raz, 2.015), que todavía puede escapar a determinados encasillamientos necesarios para la investigación.

PROPUESTA DE PLANES DE INTERVENCIÓN CON HIPNOSIS, AUTOGENICS Y MEDITACIÓN

ENTRENAMIENTO AUTÓGENO

El término de "Entrenamiento" Autógeno, significa "autogenerado". Este sistema ha sido una de las aportaciones más valiosas de la psicología y de la medicina europea del siglo XX. Su autor Johannes Schultz (1.969) fue, en cierto modo, un pionero de lo que a partir de los años '60 se denominaría "Medicina Conductual".

Sus inicios estarían ligados a la hipnosis. Para ser justos, tendríamos que decir que, en realidad, el Entrenamiento Autógeno (EA) es una forma de autohipnosis. Cuando Schultz trabajaba en el estudio de la hipnoterapia con Oscar Vogt, observó que se producían casi universalmente una serie de reacciones propias de la acción del Sistema Nervioso Parasimpático: pesadez en los miembros, calor en manos y pies, respiración lenta, etc.

Decidió ensayar la administración de sugerencias directas para provocar esos efectos de forma autoaplicada.

Así, el sujeto se repite "mi brazo derecho está pesado", hasta lograr ese peso, u otra serie de sugerencias que se han denominado "fórmulas autógenas", dirigidas a provocar lo que Schultz denominaba "Conmutación Neurovegetativa".

A partir de los años '20, el enfoque de este autor se va divulgando desde Alemania al resto de Europa, y a EE.UU.

En un meta-análisis (Stetter y Kupper, 2.002) se evaluó la eficacia clínica del EA a partir de 60 estudios publicados entre 1.952 y 1.999. Las aplicaciones más efectivas se dieron en casos de migrañas, hipertensión esencial moderada, problemas asociados a patología coronaria, asma bronquial, trastornos de dolor somatoformes, enfermedad de Raynaud, trastornos de ansiedad, depresión moderada y trastornos funcionales del sueño.

El enfoque promovido por De Rivera (2.017) supone una progresión y ampliación de los objetivos de entrenamiento autógeno, incluyendo la iluminación a nivel personal en combinación con la salud psicosomática. Autogenics 3.0 es por tanto la tercera generación del Entrenamiento Autógeno.

RELAJACIÓN PROGRESIVA

Al igual que el EA, la Relajación Progresiva (RP) puede considerarse como una derivación de la hipnosis. Su autor, Edmund Jacobson, buscaba una forma de controlar la tensión muscular, después de observar que, en muchos casos, el paciente no era consciente de sus tensiones. En 1.934, publicó una obra dirigida al público en general, seguida de otro libro en 1.938, más técnico, dedicado a profesionales. Su sistema se basa en tensar y relajar grupos de músculos en un orden preestablecido. El procedimiento incluía quince grupos de músculos y el entrenamiento podía llegar a 200 sesiones. Se pretendía que los sujetos fuesen capaces de detectar niveles muy sutiles de tensión.

PROPUESTA DE PLANES DE INTERVENCIÓN CON HIPNOSIS, AUTOGENICS Y MEDITACIÓN

La idea de Jacobson era que las imágenes mentales no existían cuando se producía una relajación completa. Wolpe (1.958) adopta el sistema de Jacobson para trabajar en Desensibilización Sistemática, entendiendo que la relajación muscular es una respuesta incompatible con la ansiedad. Hay que resaltar que muchos hipnólogos vieron esta técnica como innecesariamente larga y monótona, y la adaptaron a su práctica de un modo abreviado, casi siempre sin la fase de tensión previa. El desarrollo de la terapia de conducta en los años 60 y 70 le dio a la técnica de Relajación Progresiva una importante notoriedad, incluso entre el gran público.

La Relajación Progresiva comparte con la hipnosis los siguientes puntos:

1. Limitación de la estimulación sensorial.
2. Focalización de la atención.
3. Estimulación deliberadamente monótona.
4. Cambios Propioceptivos.
5. Reducción de la movilidad.

Las ventajas de la Relajación Progresiva radican en su facilidad de aplicación tanto en consulta como en el domicilio del paciente. Sin embargo, las técnicas hipnóticas pueden ser mucho más rápidas y tienen una mayor versatilidad en cuanto a los fenómenos que se pueden producir. Algunos autores han abogado por el uso conjunto de ambas técnicas.

Bernstein, Borkovec, y Hazlett-Stevens (2.000) publican una revisión de la literatura científica hasta la fecha, y destacan la importancia de esta técnica. En la Psicología Clínica resulta ser una técnica ampliamente usada.

Algunos de los hallazgos más interesantes, serían:

1. El entrenamiento en Relajación Progresiva puede servir como ayuda en el tratamiento de la Hipertensión Esencial.
2. Las cefaleas de origen tensional y/o vascular disminuyen en frecuencia y severidad cuando se emplea la RP de manera regular.
3. Se han observado mejorías importantes en la evolución de los dolores crónicos al aplicar esta técnica.
4. Aunque los resultados no son universales, parece que el Síndrome de Intestino Irritable puede aliviarse, aunque no se dan resultados tan claros como al utilizar hipnosis.
5. Se considera en general que la RP es una técnica recomendable para el insomnio de inicio.

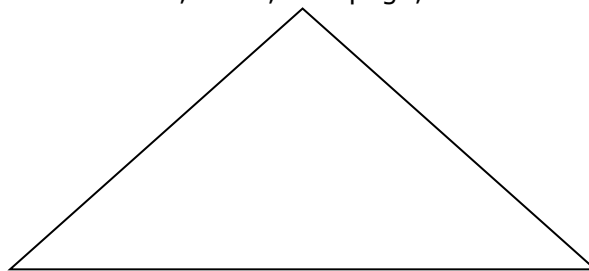
MEDITACIÓN

PROPUESTA DE PLANES DE INTERVENCIÓN CON HIPNOSIS, AUTOGENICS Y MEDITACIÓN

Como señala Claudio Naranjo (1.999), la palabra meditación se ha utilizado para designar a un conjunto de prácticas tan diversas que se hace difícil una definición unitaria: "A grosso modo, podríamos hablar de la meditación como un enfoque de la mente, con objeto de reducir el pensamiento a una actividad mínima. Tiene su sentido desde un punto de vista oriental y también occidental en la desaparición momentánea de un "yo" personal para la unión con una conciencia global". (En el budismo se denomina "extinción" a este proceso). El misticismo, en sus diferentes formas, está íntimamente ligado a la meditación: yoga, zen, chi-kung, etc. y también en el cristianismo en la oración contemplativa (ver Jäger, 2.002). Patanjali dice del yoga que es la inhibición de los cambios de la mente.

Naranjo distingue tres tipos de meditación, como vemos en el esquema que reproducimos:

EL Camino Negativo o "camino medio":
Búsqueda de centro, vacío, desapego, eliminación



El Camino de las Formas:
Apolíneo, dirigido desde
el exterior, de absorción.
unión y concentración

El Camino de la Expresión:
Dionisíaco, dirigido desde
el interior, de entrega,
transparencia y libertad

Dentro de la psicología y la medicina modernas, es difícil insertar las técnicas meditativas, dada esta dimensión espiritual que escapa de la metodología o los propósitos de la ciencia como tal. Sin embargo, las técnicas de meditación, desposeídas de su aspecto más trascendentalista, han demostrado tener una eficacia significativa en el tratamiento de determinadas patologías. Benson y cols. (1.976), es uno de los ejemplos de este tipo de aplicación, en el que se prescinde de elementos que pueden resultar más difíciles de valorar, adaptando la meditación a un uso más puramente clínico. En su caso, habla de "Respuesta de Relajación", para definir un sistema que se parece a la Meditación Trascendental en alguna de sus formas, aunque sustituyendo los "mantras" por una palabra monosilábica.

En un estudio de la Universidad de Alberta (Ospina y col., 2.007), se examinaron 311 estudios anteriores, de los cuales sólo 53 cumplían los criterios para un meta-análisis. Dicho meta-análisis

PROPUESTA DE PLANES DE INTERVENCIÓN CON HIPNOSIS, AUTOGENICS Y MEDITACIÓN

reveló muchos fallos metodológicos en la literatura publicada, aunque se encontraron efectos interesantes de la meditación en la reducción de la tasa cardiaca, la tensión arterial y el colesterol LDL. También se observó un incremento de la creatividad verbal. Otros efectos significativos apoyan la hipótesis de que algunas técnicas de meditación disminuyen la presión intraocular e incrementan la retención de la respiración. Los autores de este trabajo señalan la necesidad de estudios de mayor calidad metodológica. En esta meta-análisis, se emplearon diez modalidades de meditación diferentes.

El Mindfulness puede definirse como "atención plena". Esta atención plena incluye también la idea de centrarse en el momento presente con una actitud acrítica. Kabat-Zinn (1.982) publicó un trabajo clásico sobre este tipo de intervención para el dolor crónico. Después han surgido otras terapias basadas en el mindfulness, como la Terapia de Aceptación y Compromiso (Hayes & Wilson 1.993). O la Terapia Cognitivo Conductual basada en el Mindfulness (Teasdale y Cols, 2.000).

Algunos autores (Lynn y cols. 2.012) postulan una similitud entre hipnosis y mindfulness en lo que se refiere a la sugestión. Ambas técnicas, con metodologías distintas, pueden ser usadas dependiendo de las características del paciente o incluso se apunta a la posibilidad de que la hipnosis potencie los efectos del mindfulness. De hecho algunos autores como Daitch (2.007) encuadran el mindfulness dentro de las herramientas hipnóticas.

Yapko (2.011) sostiene que la hipnosis y el mindfulness no son idénticos, sino que difieren en sus fundamentos filosóficos y en sus propósitos. Sin embargo, comparten una metodología común y una orientación terapéutica común.

En contraste con lo anterior, otros autores como Robertson (2.013) hablan de la meditación como una forma de deshipnosis. Sería una forma de romper la capacidad sugestiva de nuestros pensamientos negativos, creando un distanciamiento psicológico con respecto a ellos.

SOFROLOGÍA

Este método, creado por Alfonso Caycedo se define como "una disciplina que estudia la consciencia y los valores de la existencia del ser, por procedimientos propios y originales" (Abrezol, 2.001; López Benedi, 2.006).

Se compondría de tres ramas:

- a) La Rama Clínica
- b) La Rama Socioprofiláctica
- c) La Rama de la Prevención y Control del Estrés y del Desarrollo Personal

Evoluciona a partir del Yoga, el Zen, la Meditación Tibetana, el Entrenamiento Autógeno y la Hipnosis. También resulta destacable la influencia que ejerció sobre Caycedo el fenomenólogo Binswanger.

En la enseñanza de la sofrología hay tres ciclos y cada ciclo consta de cuatro niveles.

PROPUESTA DE PLANES DE INTERVENCIÓN CON HIPNOSIS, AUTOGENICS Y MEDITACIÓN

EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LA MEDITACIÓN

Tantras: 5.000 A.C.

Kabbalah: S XII A.C.

Yoga: S. VI A.C.

Meditación Budista: 500 A.C.

Therevada: 250 A.C.

Mayana: S II A.C.

Zen: S. VII

Meditación Cristiana: S. II

Meditación trascendental: 1.960

Sofrología: 1.960

Respuesta de Relajación: 1.970

Atención Plena: 1.990 (antecedentes en 1.500 A.C.)

Autogenics 3.0: 2.017

EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LA HIPNOSIS Y TÉCNICAS DERIVADAS

Antecedentes más antiguos:

Papiro de Ebers: 3.000 A.C.

Magnetismo: S.XVIII

Braidismo: S. XIX

Nuevo Pensamiento: S. XIX

Relajación Progresiva: 1.926

Entrenamiento Autógeno: 1.932

Hipnosis Naturalista: 1.940

Sofrología: 1.960

Programación Neurolingüística: 1.975

UN PROTOCOLO DE TRATAMIENTO MULTIMODAL

Introducción

A continuación, voy a esbozar un protocolo general que puede aplicarse a tratamientos muy diversos, considerando el empleo de la hipnosis como parte de un esquema de intervención multimodal. Ya en los años setenta, Lazarus (1976) comienza a hablar de "Terapia de conducta de amplio espectro", y "Eclecticismo Técnico".

En aquella época, la terapia conductista estaba muy circunscrita a las leyes del aprendizaje y los protocolos del tratamiento eran reducidos a procedimientos un tanto elementales de

PROPUESTA DE PLANES DE INTERVENCIÓN CON HIPNOSIS, AUTOGENICS Y MEDITACIÓN

modificación de conducta. Kanfer y Phillips (1974) postulan varios principios para distinguir la terapia tradicional de la conductista:

1. Los problemas psicológicos no son considerados como enfermedades adquiridas en los primeros momentos del desarrollo de la personalidad.
2. La conducta que se pretende cambiar no es un síntoma de una enfermedad más profunda, sino que es un problema en sí mismo. No es más que una respuesta adquirida perjudicial para el paciente.
3. El tratamiento va dirigido a cambiar la conducta problemática.
4. Los métodos de tratamiento deben acomodarse a las características específicas del problema de cada individuo y no a un diagnóstico establecido para ese individuo o para su condición

Arnold Lazarus, a diferencia de su compatriota sudafricano Joseph Wolpe, postula una terapia mucho más abierta y considera que las técnicas que funcionan están por encima del paradigma conductista imperante en la época. La evaluación multimodal debe hacerse sobre las siguientes categorías:

- Conducta
- Afecto
- Sensación
- Imágenes Mentales
- Cognición
- Relaciones Interpersonales
- Drogas y Biología

Cada una de estas modalidades incluye una serie de problemas seleccionados para ser tratados de forma específica con diferentes técnicas, como veremos en el ejemplo posterior (consultar Lazarus, 2000).

Siempre me ha parecido que el modelo de Lazarus era perfectamente aplicable a la hipnosis, como él mismo resalta en diferentes escritos (Lazarus 1973, 1978). En sí, la hipnoterapia se ha ido haciendo más ecléctica e integradora. Como ya hemos destacado en ocasiones anteriores, en Hipnológica somos favorables a esta visión amplia de la hipnosis. (Pérez, Cuadros y Nieto, 2014).

Desde esta postura ecléctica, Brown y Fromm señalan la importancia de aplicar procedimientos hipnoconductuales, hipnoanalíticos y ericksonianos, dentro de un paquete terapéutico (Brown y Fromm 1987).

Hammond (1990) resalta también la superioridad del enfoque ecléctico sobre modelos más reduccionistas.

PROPUESTA DE PLANES DE INTERVENCIÓN CON HIPNOSIS, AUTOGENICS Y MEDITACIÓN

En el modelo que yo propongo, las técnicas de Mindfulness podrían estar incluidas dentro de las técnicas hipnoconductuales, en este caso de tercera generación. Daitch (2007) destaca que muchas de las tradiciones orientales, incluyen un estado de quietud en la atención focalizada, y resalta los beneficios del Mindfulness, introducido por autores como Kabat-Zinn, y entiende que forma parte de las herramientas de lo que ella denomina "Caja de Herramientas para la Regulación del Afecto", es decir, un conjunto de intervenciones hipnóticas prácticas y eficaces para el paciente con un exceso de reactividad.

Alladin (2016) presenta un modelo integrador que resulta particularmente interesante, en el que combina Terapia Cognitiva Conductual con Mindfulness e Hipnoterapia. Este autor señala la importancia de la interacción entre experiencias vitales dañinas y estrategias cognitivas y emocionales fallidas, que el paciente desarrolla para afrontar la ansiedad a partir de un modelo de los trastornos de ansiedad basado en las "Heridas del Self".

Para poder sacarle todo el partido terapéutico al protocolo que expongo a continuación, deberemos encontrar ese equilibrio a veces difícil entre la estructuración científica y la flexibilidad clínica.

1.- ENTREVISTA Y RECOGIDA DE INFORMACIÓN.

PREGUNTAS CLAVE

- ¿Existen hallazgos fisiopatológicos anteriores?
- ¿Existen hallazgos psicopatológicos anteriores?
- ¿Cómo es el grado de Sugestionabilidad del paciente?
- ¿A qué tipo de sugerencias responde en su historia pasada?
- ¿Qué fenómenos hipnóticos produce en relación a su problema?
- ¿Qué información posee acerca de la hipnosis?
- ¿En qué sentido pueden orientarse sus resistencias?
- ¿Hay en su historia algún punto por el que la hipnosis podría estar contraindicada?

ESQUEMA MULTIMODAL

CLASIFICACIÓN DE PROBLEMAS

- Conductas.
- Afectividad.

PROPUESTA DE PLANES DE INTERVENCIÓN CON HIPNOSIS, AUTOGENICS Y MEDITACIÓN

- Sensorial.
- Imágenes Mentales
- Nivel Cognitivo.
- Relaciones Interpersonales.
- Nivel Biológico.

3.- ELECCIÓN DE INDUCCIÓN PARA LA PRIMERA SESIÓN SEGÚN LAS CARACTERÍSTICAS DEL PACIENTE.

PREGUNTAS CLAVE

- ¿Emite respuestas motoras en las pruebas de Sugestionabilidad?
- ¿Presenta rotación ocular?
- ¿Responde a sugestiones autoritarias?
- ¿Responde a sugestiones permisivas?
- ¿Presenta efectos paradójicos?
- ¿Responde a la indirectividad?
- ¿Tiene miedo a perder el control?
- ¿Tiene un temor muy marcado a la muerte?
- ¿Rechaza el contacto físico?
- ¿Tiende a sobreracionalizar?
- ¿Se puede inferir un conflicto de poder?

4.- HIPNOSIS EXPLORATORIA.

PREGUNTAS CLAVE (a posteriori)

- ¿Cuánto piensa el paciente que ha durado el trance?
- ¿Se han producido respuestas motoras: catalepsia, bloqueo palpebral, levitación del brazo?
- ¿Se han producido respuestas ideodinámicas?
- ¿Tenía el paciente conciencia de un estado distinto?
- ¿Podía mantener bien la concentración?
- ¿Le asustó o le llamó la atención alguna experiencia del trance?
- ¿En algún momento sintió el deseo de interrumpir el estado hipnótico?
- Si se produjeron sugestiones de reto, ¿Intentó realmente comprobar el resultado?

PROPUESTA DE PLANES DE INTERVENCIÓN CON HIPNOSIS, AUTOGENICS Y MEDITACIÓN

- ¿Qué grado de recuerdo tiene el paciente?
- ¿En qué momento se sintió más profundo?
- ¿Se produjo alguna disminución de la sensibilidad?
- ¿Hubo otros cambios sensoriales distintos de la anestesia y el acorchamiento?
- ¿Sintió rechazo hacia alguna sugestión?
- ¿Experimentó un aumento de la sensibilidad auditiva?
- ¿Existe algún efecto postrance?

5.- PLANIFICACIÓN DEL TRATAMIENTO

- Ha de considerarse en primer lugar que los fenómenos hipnóticos más complicados necesitarán de varias sesiones para su obtención (recordar escalar de profundidad).
- Sobre el esquema general planificaremos medidas para los diferentes niveles, distinguiendo entre medidas conductuales, hipnoconductuales e hipnodinámicas.
- En primer lugar se emplearán las técnicas dirigidas a la modificación del síntoma (por ej: modelado encubierto bajo hipnosis). Si los resultados no son lo suficientemente satisfactorios, se recurrirá a técnicas exploratorias (por ej: puente afectivo).
- Conviene, para aumentar la motivación del paciente, que las técnicas de tipo aversivo se empleen secuencialmente más tarde; antepondremos medidas intrínsecamente agradables.
- Téngase en cuenta, no obstante, que un 20% de los pacientes podrían responder favorablemente a sugestiones directas que podrían hacer innecesarias más intervenciones, aunque esto depende del criterio del clínico.
- En el caso de que las medidas anteriores no arrojen resultados, se podría recurrir a técnicas naturalistas o paradójicas.

6.- EJEMPLO

PACIENTE CON HIPOCONDRIASIS. 37 años, varón.

MODALIDAD

PROBLEMA

TRATAMIENTO PROPUESTO

CONDUCTAS

- Confinamiento en su casa

PROPUESTA DE PLANES DE INTERVENCIÓN CON HIPNOSIS, AUTOGENICS Y MEDITACIÓN

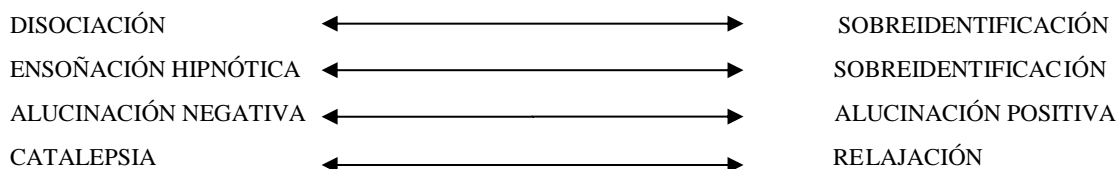
			PROYECCIÓN TEMPORAL
	- Evitación de viajes		
	- Lecturas sobre medicina	⇒	PREVENCIÓN DE RESPUESTA
	- Pobreza de reforzadores	⇒	AUMENTO DE REFORZADORES
<hr/>			
AFFECTIVIDAD	- Tristeza	}	AUMENTO DE REFORZADORES
	- Aburrimiento		
	- Miedo a enfermedades		⇒
<hr/>			
SENSORIALIDAD	- Palpitaciones	}	DESENSIBILIZACIÓN BAJO HIPNOSIS Y AUTOHIPNOSIS
	- Nudo en el estómago		
	- Sudoración		
	- Hormigueo		
<hr/>			
<u>MODALIDAD</u>	<u>PROBLEMA</u>	}	<u>TRATAMIENTO PROPUESTO</u>
NIVEL COGNITIVO	- “Tengo un infarto”.		DESENSIBILIZACIÓN BAJO HIPNOSIS Y AUTOHIPNOSIS
	- “Mi padre murió joven”.		
	- “He sido siempre muy débil”		
	- “Los médicos no dan con lo que tengo”		

7.-TRANCES OPOSICIONALES

Resulta fundamental a la hora de observar los fenómenos hipnóticos que el paciente produce dentro de su problemática, tener en cuenta que en muchos casos podemos oponer un fenómeno opuesto para restituir el equilibrio. Las sugerencias que se empleen a tal efecto pueden administrarse en forma de autohipnosis o de hipnosis heteroinducida. No obstante, siempre es recomendable comenzar por la producción de esos fenómenos en la propia consulta. El paciente debe hacerse consciente de que tiene la capacidad de revertir por sí mismo el síntoma.

REGRESIÓN	←————→	PROGRESIÓN
AMNESIA	←————→	HIPERMNESIA
ANALGESIA	←————→	HIPERESTESIA

PROPUESTA DE PLANES DE INTERVENCIÓN CON HIPNOSIS, AUTOGENICS Y MEDITACIÓN



Conclusión

De todo lo anterior, espero haber logrado exponer la forma en que podemos introducir tanto hipnosis como entrenamiento autógeno dentro de un esquema que pueda tener en cuenta muchas posibilidades terapéuticas dentro de la psicoterapia. Dado el panorama actual en el que continúan creciendo las generaciones de terapia cognitivo-conductual, los clínicos necesitamos ordenar nuestro trabajo, sabiendo que el eclecticismo es una fórmula muy interesante pero que conlleva muchas dificultades en la práctica. El enfoque de Lazarus me parece que sigue siendo vigente después de tantos años si queremos que la terapia tenga un espectro amplio.

BIBLIOGRAFÍA

1. Abela, R .B. (2.000). The Neurophysiology of Hypnosis: Hypnosis as a State of Selective Attention and disattention. www.udm.es/inabis2000/poster/files/637/resultad.htm.
2. Abrezol, R. (2.001). Vencer con la Sofrología. Málaga. Ed. Sirio
3. Alladin, A. (2.016). Integrative CBT for Anxiety Disorders. Wiley Blackwell.
4. Barber, T. X. (1.995). Hypnosis: a Scientific Approach. Northvale, N. J. Jason Aronson.
5. Barrios, A. (1.970). Hypnotherapy: A Reappraisal. *Phycotherapy: Theory, Research and practice*, 7, 2-7.
6. Benson, H. y Klipper M. Z. (1.976). The Relaxation Response. Ed. Harper.
7. Bernstein, D.A.; Borkovec, T.D. y Hazlett-Stevens, H. (2.000). New directions in progressive relaxation training. Westport, Connecticut: Praeger.
8. Brown, D. y Fromm, E.(1.987). Hypnosis and behavioral medicine. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
9. Daitch, C. (2.007). Affect regulation toolbox. Practical and Effective Hypnotic Interventions for the Over-reactive Client. New York. Norton.
10. De Rivera, L. (2.017). Autogenics 3.0. ICAT-International Committee for Autogenic Therapy.
11. Gafner, G. y Benson, S. (2.003). Hypnotic Techniques (For Standard Psychotherapy and Formal Hypnosis) Pág. 120. New York. Norton.
12. Gibbons, D. E. (.2.000). Applied Hypnosis and Hyperempiria. Lincoln, Authors Choice Press.
13. Hammond, C. (1.990). Handbook of Hypnotic Suggestions and Methaphors. New York. Norton.
14. Hayes,S.C., & Wilson,K.G. (1.993). Some applied implications of a contemporary behavior-analytic account of verbal events. *The Behavior Analyst/MABA*,16(2), 283-301

PROPUESTA DE PLANES DE INTERVENCIÓN CON HIPNOSIS, AUTOGENICS Y MEDITACIÓN

15. Jäger, W. (2.002). La Ola es el Mar. Bilbao. Ed. DDB.
16. Jäger, W. (2.004) La Oración Contemplativa. Barcelona. Ed. Obelisco
17. Kabat-Zinn, J. (1.982). An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: Theoretical considerations and preliminary results. *General Hospital Psychiatry*, 4 (1,33-47).
18. Kanfer, F.H y Phillips, J.S . (1.974). En Patterson, C.H. (Compilador) Teorías del Counseling y Psicoterapia. DDB. Bilbao.
19. Kirsch, I. (1.992). Cognitive-Behavioral Hypnotherapy. Reunión anual de la American Psychological Association. Washington D. C.
20. Kirsch, I.; Montgomery, G. y Sapirstein. C. (1.995). Hypnosis as an Adjunct to Cognitive Behavioral Psychotherapy: A Meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63 (2) 214-220.
21. Landry, M., & Raz, A. (2.015). Hypnosis and imaging of the living brain. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 57(3),285-313.doi10.1080/00029157.2014.978496
22. Lazarus, A. (1.973). "Hypnosis" as a facilitator in behavior therapy. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*. Vol 21, 1, 25-31.
23. Lazarus, A. (1.978). Hypnosis in the Context of Behavior Therapy. En Hypnosis at its Bicentennial. (Frankel, F.H. y Zamansky, H.S.). Plenum Press.
24. Lazarus, A. (2.000). El Enfoque Multimodal: una psicoterapia breve pero eficaz. DDB. Bilbao.
25. López Benedi, J. A. (2.006). Hipnosis y Sofrología. Barcelona. Ed. Obelisco.
26. Lynn, S.J., y Cols. (2.012). Do Hypnosis and Mindfulness practice inhabit a common domain implication for research, clinical practice and forensic science. *Journal of Mind-Body Regulation*, 2(1)12-26
27. Naranjo, C. (1.999). Entre meditación y psicoterapia Vitoria: Ed. La Llave
28. Ospina, M. B. y col. (2.007). Meditation Practices for Health: State of the Research. Universidad de Alberta. *Evid Rep Technol Assess*. Jun; (155):1-263.
29. Pérez, I. Cuadros, J. y Nieto, CH. (2.014). Hipnosis en la Práctica Clínica Vol. 2. EOS. Madrid.
30. Preston, M.D. (2.001). Hypnosis: Medicine of the Mind. Pyne Orchid. Ulissian Publ.
31. Ramos Gascón, C. (2.002). Hipnosis y Psicoterapia. Pp 17-18. Madrid. EDAF.
32. Rhue, J.W.; Lynn S.J. y Kirsch, I (1.993). Handbook of Clinical Hypnosis. Washington. D.C. American Psychological Association.
33. Robertson, D. (2.013). The practice of Cognitive-Behavioural Hypnotherapy. Londres. Karnac
34. Schultz J. (1.969). El Entrenamiento Autógeno. Barcelona. Ed. Científico-médica.
35. Stetter, F. y Kupper, S. (2.002). Autogenic training: A meta-analysis of clinical outcome studies. *Applied Psychophysiology and Biofeedback*. 27(1):25-48.

PROPUESTA DE PLANES DE INTERVENCIÓN CON HIPNOSIS, AUTOGENICS Y MEDITACIÓN

36. Teasdale, J.D., Segal, Z.V., Williams, J.M., Ridgeway, V.A., Soulsby, J.M., & Lau, M.A. (2000). Prevention of relapse/recurrence in major depression by Mindfulness-Based Cognitive Therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68 (4), 615.
37. Weitzenhoffer, A y Hilgard, E. (1959). Stanford Hypnotic Susceptibility Scale, forms A and B. Stanford, CA: Consulting Psychologists Press.
38. Weitzenhoffer, A. (1989). The Practice of Hypnotism. Vol 1. Traditional and Semi-Traditional Techniques and Phenomenology. Pag 6. New York. Wiley
39. Wickramasekera, I. (1988). Clinical Behavioral Medicine. New York. Ed. Springer
40. Wolpe J. (1958). Psychotherapy by Reciprocal inhibition. Stanford University Press (hay traducción española: Psicoterapia por Inhibición Recíproca. Bilbao. Ed. DDB).
41. Yapko, M. (2011). Mindfulness and Hypnosis: The power of suggestion to transform experience. Pag 9. Nueva York. Norton.
42. Zarren, J. I. y Eimer B. N. (2002). Brief Cognitive hypnosis. N. Y. Springer.