

# Un Protocolo de Tratamiento Multimodal

Isidro Pérez Hidalgo

## 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 “Ectecismo 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 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.

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.
- 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 sugerencias autoritarias?
- ¿Responde a sugerencias 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 soberracionalizar?
- ¿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 sugerencias de reto, ¿Intentó realmente comprobar el resultado?
- ¿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.

---

<u>MODALIDAD</u>	<u>PROBLEMA</u>	<u>TRATAMIENTO PROPUESTO</u>
CONDUCTAS	- Confinamiento en su casa	} PROYECCIÓN TEMPORAL
	- Evitación de viajes	
	- Lecturas sobre medicina	⇒ PREVENCIÓN DE RESPUESTA
	- Pobreza de reforzadores	⇒ AUMENTO DE REFORZADORES
AFECTIVIDAD	- Tristeza	} AUMENTO DE REFORZADORES
	- Aburrimiento	
	- Miedo a enfermedades	⇒ DISOCIACIÓN V-K
SENSORIALIDAD	- Palpitaciones	} DESENSIBILIZACIÓN BAJO HIPNOSIS Y AUTOHIPNOSIS
	- Nudo en el estómago	
	- Sudoración	
	- Hormigueo	

<u>MODALIDAD</u>	<u>PROBLEMA</u>	<u>TRATAMIENTO PROPUESTO</u>
NIVEL COGNITIVO	<ul style="list-style-type: none"> <li>- “Tengo un infarto”.</li> <li>- “Mi padre murió joven”.</li> <li>- “He sido siempre muy débil”</li> <li>- “Los médicos no dan con lo que tengo”</li> </ul>	<p>DESENSIBILIZACIÓN BAJO HIPNOSIS Y AUTOHIPNOSIS</p>
<hr/>		
RELACIONES MENTALES	<ul style="list-style-type: none"> <li>- “Me veo pálido” </li> <li>- “Me veo en un hospital Con muchos cables” </li> <li>- “Veo mi tumba”.</li> </ul>	<p>DESENSIBILIZACIÓN DESENSIBILIZACIÓN Y REGRESIÓN</p> <p>(DESAPARECE ESPONTÁNEAMENTE)</p>
<hr/>		
RELACIONES INTERPERSONALES	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Baja asertividad (Burlas de los compañeros) </li> </ul>	<p>EGO-STRENGTHENING CON SUGESTIONES POSTHIPNÓTICAS</p>
<hr/>		
NIVEL BIOLÓGICO	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hipoglucemia </li> </ul>	<p>CONTROL MÉDICO</p>

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
DISOCIACIÓN	←————→	SOBREIDENTIFICACIÓN
ENSOÑACIÓN HIPNÓTICA	←————→	SOBREIDENTIFICACIÓN
ALUCINACIÓN NEGATIVA	←————→	ALUCINACIÓN POSITIVA
CATALEPSIA	←————→	RELAJACIÓN

### **Referencias bibliográficas**

- Alladin, A. (2016). Integrative CBT for Anxiety Disorders. Wiley Blackwell.
- Brown, D. y Fromm, E. (1987). Hypnosis and behavioral medicine. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Daitch, C. (2007). Affect regulation toolbox: Practical and effective hypnotic interventions for the over-reactive client. New York: W.W.Norton.
- Hammond, D.C. (Ed.) (1990). Handbook of hypnotic suggestions and metaphors. New York: W.W. Norton.
- Kanfer, F.H y Phillips, J.S . (1974). En Patterson, C.H. (Compilador) Teorías del Counseling y Psicoterapia. DDB. Bilbao.
- Lazarus, A. (1973). "Hypnosis" as a facilitator in behavior therapy. International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis. Vol 21, 1, 25-31.
- Lazarus, A. (1978). Hypnosis in the Context of Behavior Therapy. En Hypnosis at its Bicentennial. (Frankel, F.H. y Zamansky, H.S.). Plenum Press.
- Lazarus, A. (2000). El Enfoque Multimodal: una psicoterapia breve pero eficaz. DDB. Bilbao.
- Pérez, I. Cuadros, J. y Nieto, CH. (2014). Hipnosis en la Práctica Clínica Vol. 2. EOS. Madrid.

### **Isidro Pérez Hidalgo**

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

∞