

head

[Sumario, Siguiente](#)

Rev. Hosp. Psiquiátrico de la Habana 2012, 9(3)

Aplicación de la Hipnosis a un caso de esquizofrenia paranoide.**Yasmani Llanes Basulto****RESUMEN**

En el presente trabajo se exponen los resultados obtenidos a partir de la aplicación de la hipnosis con sugestiones post-hipnóticas, procedimientos de imaginería y metáforas a una paciente de 35 años de edad diagnosticada con esquizofrenia paranoide. La misma debutó con trastornos psiquiátricos a los 15 años de edad, realizando un intento suicida por escuchar voces que la perseguían para matarla y desde entonces ha tenido múltiples ingresos en distintas instituciones de salud. En su último ingreso en la sala "Joaquín Albarrán" del Hospital Psiquiátrico de La Habana, tras la evaluación psicológica, se constataron distintos síntomas psicóticos como: alucinaciones auditivas, ideas delirantes de daño y trastorno del esquema corporal. El tratamiento psiquiátrico consistió en medicación antipsicótica e intervención psicoterapéutica con hipnosis. Después de 2 meses de tratamiento la paciente es dada de alta. En este caso señalamos que la hipnosis combinada con la farmacoterapia fue efectiva en el tratamiento de la paciente.

Palabras clave: hipnosis, procedimientos de imaginería, metáforas, esquizofrenia paranoide.

INTRODUCCIÓN

La sugestión ha sido utilizada por el hombre desde la antigüedad de manera distinta para realizar curaciones que eran atribuidas a poderes especiales y milagrosos, reconociendo a quienes la aplicaban como brujos o sacerdotes con dotes especiales y sobrenaturales. Hace cinco mil años atrás, en los templos egipcios, se realizaban procedimientos sugestivos por los sacerdotes, que indicaban lo que reconocemos hoy en día como hipnosis. En otras culturas como China, India, Grecia y África este tipo de procedimientos era aplicado como medio terapéutico y como una experiencia religiosa.¹

Posteriormente se ha avanzado en el conocimiento de la hipnosis, buscándole ya explicaciones científicas. Algunos de los autores que más han aportado en este sentido son: Mesmer, Liebealt, Charcot, Bernheim, Freud, Coue, Janet, Shultz, Pavlov y otros más contemporáneos como Zeig, Haley, Erickson y Rossi. Son importantes los aportes realizados por Erickson, quien contribuyó a apartar a la hipnosis del paradigma tradicional de inducción al señalar que debía realizarse como una conversación natural con el mismo lenguaje del paciente. Su enfoque psicoterapéutico fue muy novedoso en su momento y realizó significativas contribuciones en cuanto al uso de la hipnosis para tratar los trastornos mentales y patologías del soma.^{2,3}

En relación con el uso de la hipnosis, en psicología y en medicina existe evidencia de que es un buen adjunto de otros tratamientos para controlar tanto síntomas físicos como psicológicos, demostrándose su eficacia para mejorar la calidad de vida de muchos pacientes.⁴ En el campo de la psicología está investigada la utilidad de la hipnosis en el tratamiento de la ansiedad, depresión, trastornos psicosomáticos, traumas, tabaquismo y está bien constituida como una intervención eficaz en el manejo y alivio del dolor.⁵ Con respecto a su aplicación a los trastornos de nivel psicótico y específicamente la esquizofrenia existe el criterio que la hipnosis no debe usarse, señalándose como argumentos que estos

pacientes no son hipnotizables o que podrían agravarse sus síntomas.⁶

Estas sugerencias no son bien fundamentadas y deben entenderse como otro más de los mitos que rodean a esta técnica por la historia de su origen. La hipnosis no es dañina en ningún caso, no tiene una cualidad intrínseca para producir daño, solo lo puede generar el hipnotizador cuando no tiene dominio de la técnica o realiza intervenciones incorrectas, induciendo por ejemplo falsos recuerdos con su manera de preguntar y de conducir el proceso.⁷ Por otra parte, el tema de la no hipnotizabilidad de este tipo de pacientes es el menos referido y aunque, existen argumentos a su favor, tampoco se puede aseverar de manera radical. Al decir de algunos autores los pacientes que padecen esquizofrenia son menos susceptibles que los que padecen otras patologías o que la población supuestamente sana.⁸ Entonces, si aceptamos este criterio podemos entender que un por ciento de estos pacientes podría ser intervenido con hipnosis.

Otro argumento que corrobora la posibilidad de la aplicación de la técnica a esquizofrénicos u otros trastornos psicóticos, son los criterios sobre los que se determina la susceptibilidad hipnótica, pues estos son bien debatibles porque se sabe que las escalas y cuestionarios en ocasiones introducen sesgos que impiden valorar con objetividad la respuesta del paciente a las sugerencias hipnóticas.⁹⁻¹¹ También se considera que la susceptibilidad hipnótica es una capacidad humana en la que lo determinante es el entrenamiento y la motivación, entonces esta puede modificarse e incrementarse, ya que, el adiestramiento cuando es suficiente, es capaz de cambiar las dotes biológicas naturales. Por tanto, si se entrenara a los pacientes podríamos mejorar la respuesta a las sugerencias hipnóticas.¹²

Existen algunas publicaciones en las cuales se refiere la utilización de la hipnosis en distintas alteraciones de nivel psicótico. En nuestro país fue usada con buenos resultados por Martínez y Asís en trastornos depresivos de nivel psicótico.¹ En la esquizofrenia también ha sido empleada, reportándose efectos positivos en la mayoría de los pacientes tratados y en ningún caso se ha encontrado agravamiento de la enfermedad.¹³ En un trabajo publicado en la revista *Clínica y Salud* se hace alusión a la aplicación de la hipnosis junto a la terapia psicofarmacológica en un caso de esquizofrenia residual lográndose una mejoría del cuadro clínico de la paciente y la eliminación de las conductas problemáticas que fueron el principal objetivo del tratamiento.¹⁴

Otros autores también opinan que la hipnoterapia puede ser útil en el tratamiento de trastornos de nivel psicótico, entre los cuales encontramos a la esquizofrenia, ya que, las técnicas hipnoterapéuticas permiten la identificación y tratamiento de recuerdos traumáticos que están en la base de la enfermedad y que al ser integrados afectiva y cognitivamente en la personalidad del sujeto propician una mejoría de la sintomatología. Estos argumentos no son recientes, pues ya habían sido referidos en la década de 1920 por Breukink que desde entonces aplicaba la hipnosis a pacientes psicóticos.¹⁵

A criterio del autor, la hipnosis puede ser una alternativa en la intervención psicoterapéutica de un grupo de pacientes con este tipo de patologías, siempre considerándola como un coadyuvante del tratamiento con psicofármacos neurolépticos que han probado ser la principal indicación terapéutica para la esquizofrenia. También, se considera que en relación a la utilización de la hipnosis con pacientes psicóticos se necesitan más estudios, donde se aborde el tema de manera profunda.

Se presenta a continuación la aplicación de la hipnosis a un caso de esquizofrenia paranoide donde se constató efectividad acompañando a la terapia psicofarmacológica antipsicótica. No solo en la restitución y adquisición de nuevos recursos personológicos para la adaptación de la sujeto al medio y a la convivencia con la enfermedad, sino también, en la mejoría de algunos de los síntomas psicóticos como: los delirios paranoides y trastornos sensoperceptivos. El caso que se refiere, demuestra la efectividad de la hipnosis en la terapéutica de los pacientes esquizofrénicos y la desmitificación en relación con ideas existentes en cuanto a la supuesta iatrogenia que la técnica produce en ellos; lo mismo fue desarticulado, pues no se constató ningún agravamiento de la sintomatología de la sujeto.

Se considera que esta técnica no es perjudicial en modo alguno para el paciente esquizofrénico y que su contraindicación esta poco fundamentada. La hipnosis no es dañina en sí, cuando se utiliza bien. El único

daño posible estaría dado por un mal uso de la técnica y no superaría a los efectos secundarios de algunos neurolépticos o de la terapia electroconvulsiva.

Por tanto, es importante para no ocasionar iatrogenia dominar bien la técnica y poseer un aceptado diagnóstico del funcionamiento psicológico del paciente. Estos argumentos y los resultados que exponemos con esta paciente son una pequeña demostración de cuanto podemos ayudar al paciente esquizofrénico en su rehabilitación mental.

Caso clínico

1- Presentación del caso

(Nota: Los datos personales de la paciente fueron modificados para respetar su privacidad.)

Se trata de una paciente de 35 años de edad, de raza blanca, con una escolaridad de noveno grado, sin vínculo laboral actualmente y que no ha mantenido un trabajo de manera estable. Convive con su pareja y su madre.

La misma padece de trastornos mentales desde la adolescencia. Su primer ingreso lo tuvo en la "Clínica del Adolescente" (a los 15 años de edad), tras realizar intento suicida. Se señala en la Historia Clínica de la sujeto que en aquel momento intentó contra su vida por estar muy deprimida y escuchar voces en su cabeza que le indicaban que la perseguían y la iban a matar.

En nuestro centro ha tenido múltiples ingresos desde el cuatro de noviembre del 1997, que es cuando ingresa por vez primera. Actualmente, ingresa el veintiocho de noviembre del 2011. Refiere la madre que en esta ocasión "se alteró mucho en la casa, empezó a gritar, se puso agresiva y decía que los vecinos estaban hablando mal de ella".

Es importante señalar que el tratamiento psicoterapéutico con hipnosis no se inicia desde esta fecha, sino desde mediados de febrero. El alta fue indicada dos meses después de iniciado el tratamiento.

2- Evaluación psicológica e intervención psicoterapéutica

El proceso constó de dos fases: Una de evaluación con dos momentos (uno de aplicación de las pruebas y otro durante toda la intervención a partir de la observación y entrevistas hasta que la paciente mejora y es dada de alta) y otra fase en la que se intervino a la paciente desde el punto de vista psicoterapéutico con hipnosis.

2.1- Fase de evaluación

En este momento del proceso, para la realización de la evaluación psicológica, se procedió con la aplicación de una batería de pruebas, entre las que se encontraban:

- Entrevista clínica a la paciente.
- Entrevista a familiares (madre y pareja),
- Test del dibujo de la figura humana,
- Test gestáltico visomotor,
- Test de inteligencia de Raven.

2.1.1- Resultados de la evaluación psicológica

Al indagar en relación con los antecedentes patológicos personales se constató un parto normal, sin complicaciones y un desarrollo psicomotor normal. A los 8 años de edad se evidencia un traumatismo craneoencefálico (producto de una caída) con pérdida de conocimiento de aproximadamente cinco minutos. A los 15 años de edad debuta con trastornos mentales, siendo diagnosticada posteriormente de esquizofrenia paranoide. En cuanto a los antecedentes patológicos familiares se evidencia padecimiento de demencia vascular encefálica en la abuela materna (fallecida), no se puede constatar en la madre, padre u otros familiares cercanos, trastornos psiquiátricos u otra patología.

La batería de pruebas psicológicas reveló que la sujeto tiene un Coeficiente Intelectual (CI) término medio rango III según el Test de Raven. En las entrevistas a la madre, al indagar en relación con el desarrollo psicológico durante la infancia, se evidencia que esta fue aparentemente sana hasta los 15 años de edad. Durante ese tiempo, señala la madre que la misma no presentó problemas de disciplina en la escuela,

alude que se adaptó bien y que sus notas no eran malas. Los responsables de la educación de la sujeto fueron los abuelos maternos (en Camagüey), la madre refiere que ella tuvo que venir para La Habana, pues a los 6 años de edad de la paciente se separa del padre y se casa nuevamente (con un hombre de La Habana), agrega que no la trae en ese momento con ella porque era muy apegada a los abuelos y no quiso venir con ella.

A los 14 años de edad, mueren sus abuelos y la sujeto tiene que venir a vivir con su madre. Alude en la entrevista que no se sentía a gusto viviendo con su madre (llora mientras habla), porque la casa era pequeña y su cuarto era oscuro y pequeño distinto al que tenía en casa de sus abuelos. A esta edad la sujeto es abusada sexualmente por un familiar de un primo que frecuentaba la casa, ocasionando incluso daños en los genitales, a partir de este evento unos meses después debuta con trastornos mentales, la sujeto en relación a esto refiere: *"doctor yo creo que estoy pagando la culpa porque a mí me violaron y estoy así porque esto es un castigo que me ha deformado el cuerpo"*.

Al explorar el área psicosexual se evidenció inestabilidad en las relaciones de pareja, con cambios de pareja que atribuimos a las limitaciones para las relaciones interpersonales debido a la enfermedad. Actualmente lleva una pareja estable, desde hace 3 años. En cuanto al área social evidenciamos afectaciones severas de las relaciones interpersonales, mediado esto por tendencias paranoides, rigidez en la conducta y conflictos sobre los cuales mantiene un control rígido, constatándose esto en todas las pruebas; en la entrevista señala: *"a mí nadie me quiere, ni mi mamá, ni nadie. Además, puedo escuchar a los vecinos como hablan mal de mí, diciéndome cosas malas como que yo me merezco lo que me pasa, que yo no merezco vivir en mi casa, donde vivo, que soy mala"*. En relación con el área personal se constataron conflictos profundos de la estructura intrapsíquica, necesidad de afecto, inestabilidad emocional, cambios de la impulsividad a la inhibición, labilidad emocional y ansiedad. En la entrevista se apreció que un síntoma que la moviliza afectivamente es la inconformidad con su cuerpo y la vivencia de que este es extraño y deformado, al respecto la paciente llorando y muy alterada dice: *"Mire doctor como es mi cuerpo de extraño. Mi cabeza está cuadrada, los brazos están flaquitos, mi barriga está gorda, mis tetas no son tetas ahora son como dos fresitas extrañas, no son ya mis tetas, son como limones con el pezón extraño y tengo los pies como las patitas de un puerco..."* mientras dice esto, se mira los pies asustada y llora, dice que al mirarse en el espejo se ve la cabeza cuadrada. Este último síntoma referido al cuerpo era el más lacerante para ella, pues era el que más refería.

Concluimos que existen conflictos importantes en las relaciones interpersonales, en la familia, con indicadores de desafecto de la madre hacia ella y que interpreta perturbándola psíquicamente; unido esto a síntomas psiquiátricos de nivel psicótico que afectan la adaptación creativa al medio, indicativos de un trastorno mental severo como el que se le diagnosticó (esquizofrenia paranoide) donde predomina además, la actividad delirante de daño. Como puede evidenciarse en la evaluación y en la revisión que se hizo de la evaluación psiquiátrica, se constataron los siguientes síntomas: atención hipervigilante, pérdida de intereses, alucinaciones auditivas, trastorno del esquema corporal, pensamiento de origen irreal, lentificación y bloqueo del pensamiento, ideas delirantes de daño y de referencia y deterioro de hábitos higiénicos. Se corrobora nuevamente el diagnóstico de esquizofrenia paranoide, por reunir criterios diagnósticos en el Tercer Glosario Cubano de Psiquiatría¹⁶ que es compatible a la vez con los criterios de la Décima Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE- 10).

2.2- Fase de intervención psicoterapéutica

En esta fase del proceso se concibieron varios objetivos terapéuticos: 1- Eliminar los síntomas identificados o disminuir su expresión lacerante, 2- Hacer conciencia de enfermedad en la sujeto, 3- Crear recursos personológicos que permitan un mejor afrontamiento al medio y la convivencia con la enfermedad. Para darle consecución a los mismos se realizaron 13 sesiones de hipnosis, de aproximadamente 45 minutos cada una, dos veces semanales, durante 6 semanas y media.

Durante la primera sesión se le explicó a la paciente que se deseaba de ayudarla en cuanto a las voces que escuchaba y lo mal que se sentía en ocasiones producto de su sensación de inconformidad con

relación a su cuerpo, así como, con cualquier otra cuestión en la que ella deseara nuestra ayuda. En esta primera ocasión se conversó con la sujeto durante un tiempo prologado sin rebatir ningún síntoma hasta que se consideró que se había establecido un buen rapport con la misma y se le propone realizar el tratamiento con hipnosis (no se le dice a la sujeto hipnosis, sino ejercicios de relajación). Se inicia la inducción a partir de la fijación de la mirada, unido a sugerencias de respiración lenta y profunda. Se profundiza con imaginación; indicándole a la sujeto imaginarse en un ambiente agradable para ella, cuando se comienza a dar sugerencias de pesadez, la paciente interrumpe abruptamente.

Se procede a conversar con la sujeto para saber qué había sucedido y nos explica: *"yo sentí miedo a que algo malo me pasara, mi cuerpecito estaba sueltito y blando, ¿usted no me iba a dar electroshock, verdad?"* Le preguntamos a la paciente si le había agradado imaginarse en un lugar tranquilo y de su agrado y comentó que esa parte sí, que se imaginó en un campo con flores malvas que son las que más le gustan. Procedimos a trabajar esta resistencia. Por medio de una entrevista, exploramos un poco más sobre sus ideas y temor. Se comprobó que las sugerencias de pesadez no funcionaban, pues lo que sentía era ligereza. Además, su poca colaboración se debía a los delirios paranoides, por lo que la estrategia en este sentido debía mostrar más flexibilidad con la misma y profundizar por esta vía el rapport.

En la próxima sesión se logró inducir hipnosis, utilizando los síntomas y gustos de la paciente y no se dieron sugerencias de pesadez, pues resultaron incompatibles con lo que sentía. Nuevamente se le sugirió fijar la mirada en un punto mientras respiraba pausado y profundo, hasta que se logra el cierre de los ojos y posteriormente se le indicó: *"ahora mientras escuchas mi voz, te sientes bien y podrías aprovechar para imaginarte en un jardín donde hay muchas flores de tu agrado y mientras imaginas, sientes esta paz, esta calma y tu cuerpo se pone muy sueltito y blando y no sientes temor porque te sientes calmada y tranquila y confías porque escuchas todo, pero tus ojos descansan, mientras a tu mente solo va: la tranquilidad y la armonía de este jardín y yo tu doctor que te estima, te calmo y mi voz te pone cada vez más sueltito y blando, muy tranquila y relajada, cada vez más tranquila y relajada, sintiéndote cada vez mejor ..."* Se continuó de esta manera con sugerencias de agrado y relajación hasta que decidimos que la respuesta de la sujeto a las sugerencias era lo suficientemente buena como para dejar un signo señal (relájate y duerme) y rehipnotizarla en próximas sesiones abreviando tiempo.

Las primeras sesiones estuvieron dedicadas a los síntomas más lacerantes para ella, en este caso el trastorno del esquema corporal y posteriormente se continuó abordando a la sujeto según la connotación de los síntomas, evolución de nuestro diagnóstico y potencialidades o recursos que se podían movilizar en la personalidad o ambiente de la misma en función de su mejoría. Cada logro que se obtenía era reforzado con psicoterapia fuera de hipnosis.

La intervención psicoterapéutica con hipnosis consistió en sugerencias post-hipnóticas, procedimientos de imaginación y metáforas. En este sentido se utilizaron poemas que tenían un mensaje terapéutico para activar recursos psicológicos ya existentes en la sujeto y crear otros que faciliten la adaptación de la sujeto al medio, la comprensión y convivencia con su enfermedad. Las sugerencias post-hipnóticas que se utilizaron para los objetivos terapéuticos 1 y 3, consistieron en:

- Se comenzó en la segunda sesión dejando sugerencias posthipnóticas de calma, tranquilidad y confianza: *Un sentimiento de tranquilidad y confianza aparece en ti; este sentimiento es cada vez mayor; te sientes segura, confiada y tranquila, y este sentimiento te acompañará de ahora en adelante cuando despiertes...*
- En relación con los síntomas asociados a la inconformidad con el cuerpo y con su percepción deformada y distorsionada las sugerencias post-hipnóticas se realizaron de la siguiente manera: En la tercera sesión: *es posible que nuestra mente cambie de parecer en cuanto a lo que no nos gusta y la tuya es posible que cambie en cuanto a tu imagen física, cuando despiertes y salgas por la puerta te vas a dar cuenta que tus pies son lindos, tus senos son hermosos y parecen fresitas, pero te vas a dar cuenta que son normales, que te gustan con esta forma, y esto va a suceder porque tu mente lo desea, te vas a dar cuenta que tu cuerpo es normal y que te gusta mucho su forma. Recuerda, todo esto sucederá en cualquier momento cuando salgas por la puerta y ahora voy a contar hasta tres, voy a*

contar hasta tres y pasaré la mano por tu cabeza y cuando sientas mi mano en tu cabeza vas a olvidar todo lo que hemos conversado y al despertar no te acordaras de nada...(se despierta a la sujeto y se dejan además sugerencias de seguridad, confianza y tranquilidad).

- En otras sesiones se continuó con sugerencias post-hipnóticas de aceptación y agrado por el propio cuerpo incluso después que la sujeto dejó de referir el síntoma: *cuando despiertes vas a percibirte bonita, con pies hermosos y lindos.*
- En la cuarta sesión se empezó a indicar sugerencias de buen sueño: *de ahora en adelante, a las 10 de la noche, vas a sentirte muy somnolienta y vas a dormir profundamente como un niño pequeño, nada te va a molestar, dormirás profunda y apaciblemente.*

A partir de la cuarta sesión se comprobó que la paciente empezó a mejorar su sueño y no refirió síntomas de percepción deformada en relación al cuerpo. En cambio, continuaba señalando conflictos con compañeras y decía que en la casa no la querían, que nadie la quería; esto lo interpretamos como una manifestación de su sistema delirante paranoide, pero también a una profunda necesidad afectiva y carencias de afecto que tienen su base en la infancia de la sujeto, pues como se constató en la exploración no fue bien atendida por su madre y su padre. A partir de este momento la intervención durante hipnosis se realizó a través de procedimientos de imaginería (tres próximas sesiones), poemas (otras 3 sesiones) con la finalidad de ayudar a desarticular de manera indirecta los delirios y por último se dedicó dos sesiones para reforzar el efecto de los psicofármacos y hacer responsable a esta ante su consumo.

Uno de los procedimientos de imaginería que se utilizó y que se piensa que ayudó incluso a la toma de conciencia de enfermedad fue el siguiente, aplicado a la sujeto en la quinta sesión:

Psicólogo: *"ahora vas a tener un agradable sueño y mientras sueñas dormirás cada vez más profundo y te sentirás bien, más segura y confiada, caminas por un jardín donde hay un pasillo que conduce a una casa muy hermosa hacia donde te diriges, te acercas a la puerta para entrar, pero no entras y entrarás cuando te indique. Te gusta la casa; es linda, tranquila, adentro escuchas personas, vas vestida hermosamente y las personas adentro te esperan; es una fiesta en tu honor, para ti. Entra a la casa, todos van a abrazarte, solo hay alegría en este lugar, sientes como te quieren y te esperaban, presta atención a cada detalle,(se hace a la paciente conversar), ¿Cómo te sientes?*

Paciente: *Me siento bien doctor, estoy feliz.*

Psicólogo: *¿Quiénes están en la fiesta contigo?*

Paciente: *Comienza a mencionar a conocidos de ella incluyendo a las personas que incluía en sus delirios paranoides de daño.*

Psicólogo: *Se acerca a ti tu novio que te quiere sacar a bailar y bailas con él y te sientes feliz, alegre porque todos en esta fiesta te quieren y este sueño quedará grabado en tu mente y te hará sentir feliz cada vez que lo recuerdes, este sueño es un ejemplo de cómo será tu vida de ahora en adelante...*

Se cree que esta intervención junto a las otras dos de imaginería hipnóticas que fueron realizadas de manera muy similar contribuyó a la desarticulación de los delirios paranoides de daño que presentaba la misma en relación con sus vecinos y otras personas. A todas las intervenciones de imaginería se le dio connotación de futuro para motivar a la paciente en los cambios que ella debía ayudar con su actitud y motivaciones que se formarán, además de adaptarse a la enfermedad.

En las próximas sesiones se realizaron intervenciones con metáforas, usando el contenido de algunos poemas, que por su sentido constituyen sugerencias indirectas para estimular recursos personológicos, en este caso, necesarios para el afrontamiento a las distintas situaciones de la vida y la adaptación a la enfermedad. Siempre se usó un poema por sesión, unido a sugerencias post-hipnóticas en relación con sus necesidades terapéuticas. Entre los poemas figuran, *No te rindas* de Mario Benedetti, *Mis relaciones con los demás*, de Thomas Gordon y otros.

Por último, en las sesiones 12 y 13 se decidió reforzar el efecto de los medicamentos por medio de sugerencias de bienestar, *(Estos medicamentos que consumes son muy buenos y te hacen sentir bien, con*

la mente fresca y despejada y muy feliz...) y además se dejaron sugerencias para hacer a la paciente responsable ante su consumo una vez en casa (*Presta atención cada día sientes más necesidad de tomar tus medicamentos y vas a ser muy disciplinada con su consumo, en los horarios indicados...*), A criterio del autor el abandono del tratamiento psicofarmacológico en los pacientes de la institución es en ocasiones una de las causas de las descompensaciones, por lo que las sugerencias hipnóticas para lograr adhesión al tratamiento psicofarmacológico son esencialmente importantes. Además se dejaron sugerencias post-hipnóticas de calma, seguridad y confianza como se hizo durante todo el proceso terapéutico. En un seguimiento 5 meses después de dada el alta, no se apreciaron síntomas psicóticos, ni otra evidencia de descompensación.

CONCLUSIONES

La hipnosis en este caso resultó ser una herramienta psicoterapéutica valiosa para el tratamiento de la variada sintomatología de la paciente, pues permitió la reducción de la expresión lacerante de los síntomas o su eliminación. No es menos cierto que la aplicación de la misma en este tipo de pacientes resulta una tarea difícil, pues los síntomas y características personalógicas de ellos hace que sean menos susceptibles a la hipnosis que el resto de las personas, lo cual se pone de manifiesto también en relación con la cantidad de "fenómenos hipnóticos" que experimentan.

Se probó a partir de este caso y otros tratados que existen recursos dentro de la psicología que si se usan, ayudan a mejorar nuestra relación con el paciente y a que este deposite confianza en su terapeuta, lo cual va a ser imprescindible no solo para el logro de la inducción hipnótica, sino también, para el logro de los objetivos terapéuticos. Se opina que la empatía, mostrar al paciente comprensión ante su realidad y los síntomas que refiere, son elementos que interviene a nuestro favor.

Se estima necesario referir algunos criterios que deben tenerse en cuenta para intervenir a los pacientes psicóticos. Estos son en relación con la estrategia terapéutica y de inducción:

1. No rebatir los síntomas de los pacientes antes de realizar hipnosis, pues estos harían resistencias si valoran una actitud desafiante en el terapeuta.
2. Realizar una buena evaluación del paciente en relación con sus síntomas, historia de vida y características de personalidad.
3. Si existen objetivos que por sus características se valore la necesidad de sugerencias complejas deben ser tratados después de realizadas algunas sesiones a los pacientes ya que más adelante en el proceso terapéutico las sugerencias parecen tener más efecto.
4. En ocasiones no es conveniente mencionar la palabra hipnosis porque hay veces en que el paciente no es capaz de comprender bien y si cree que es dañina será muy difícil persuadirlos de la inocuidad de la técnica. Como en el presente caso se evidenció mejores resultados y menos resistencias cuando se presenta la técnica como relajación o con otro nombre.

Estos aspectos mencionados fueron válidos en su mayoría en este caso, donde se probaron resultados satisfactorios. La mejoría de la paciente está asociada a su buena respuesta a la hipnosis, lo cual hace que las sugerencias movilicen su conducta y afecto. De manera que la utilización de la hipnosis combinada con la terapia biológica puede ser efectiva para un porcentaje de pacientes esquizofrénicos y contribuye a su rehabilitación mental. Por tanto, como señala Capafons la contraindicación para la esquizofrenia es una más de tantas que privan a personas de los beneficios de la técnica.¹⁷ También en nuestro contexto el uso de la hipnosis en pacientes que respondan bien a las sugerencias hipnóticas podría ser una alternativa psicoterapéutica que, además de contribuir a la rehabilitación mental, disminuya los costos que supone la estancia prolongada del paciente en la institución hospitalaria.

Hypnosis Application on a Paranoid Schizophrenia Case.

SUMMARY

In the present paper are presented the results obtained through the application of hypnosis with post-hypnotic suggestions, imagery procedures, and metaphors to a 35 years old female patient diagnosed with paranoid schizophrenia. The patient debuted with psychiatric disorders at the age of 15 with a suicide attempt due to the fact of listening voices that persecute her for killing her and since then she has gone into different health institutions several times. At the last admittance at "Joaquín Albarán" ward of the Psychiatric Hospital of Havana, different psychotic symptoms were found in the psychological assessment such as: hearing hallucinations, delirious ideas of hurting, and disorder of the corporal perception. Psychiatric treatment was based on antipsychotic medications and psychotherapeutical interventions with hypnosis. After two months of treatment the patient was discharged. In this case it was shown that hypnosis combined with biological therapy can be effective in the treatment of the patient suffering from schizophrenia.

Key words: Hypnosis, imaginary procedures, metaphors, paranoid schizophrenia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Martínez B., Asís, M. Hipnosis teoría, métodos y técnicas . 2da Reimpresión. La Habana: Científico-Técnica; 1995.
2. Puchol, D. Hipnosis clínica: Mitos, realidades y posibilidades terapéuticas. Interpsiquis 2002; Tercer Congreso de Psiquiatría Virtual .Retirado el de http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/bitstream/10401/1971/1/interpsiquis_2002_5202.pdf
3. Lamas, R. La hipnosis ese desconocido tan familiar. Anales de psicología 1999; 15 (1), 1-2.
4. Montgomery, G., Schnur, J. Eficacia y aplicación de la hipnosis clínica. Papeles del Psicólogo 2005; 25 (89), 3-8.
5. Mendoza, M., Capafons, A. Eficacia de la hipnosis clínica: Resumen de su evidencia empírica. Papeles del Psicólogo 2009; 30 (2), 98-116.
6. Peterson, D. Hipnosis y programación neurolingüística: Dos modelos para el cambio. Barcelona: Fapa Ediciones; 2007.
7. Capafons, A., Mazzori, G. ¿Es lo peligrosos de la hipnosis el hipnoterapeuta?: Hipnosis y falsos recuerdos. Papeles del Psicólogo 2005; 25 (89), 27-38.
8. Spiegel, H., Spiegel, D. Trance and treatment: Clinical uses of hypnosis. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, Inc.; 2004.
9. Brann, L., Owens, J., Williamson, A. The handbook of contemporary clinical hypnosis: Theory and practice. U.K.: John Wiley & Sons Ltd.; 2012.
10. Castro, A. A propósito de la escala de susceptibilidad hipnótica de Martínez Perigod- Asís . Revista Cubana de Psicología 1988; 5 (3).
11. Castro, A. A propósito del manual de la escala de susceptibilidad hipnótica de Martínez Perigod - Asís. Revisista Cubana de Psicología 1992; 9 (2).
12. Martín, M. La hionosis en el alivio y tratamiento del dolor. Valencia: Promolibro; 2010.

13. Sands, S. The use of hypnosis in establishing a holding environment to facilitate affect tolerance and integration in impulsive patients. *Psychiatry* 1986; 49 (3), 218-230.
14. Salamero, C., Manzano, J. Tratamiento de rituales compulsivos en un caso de esquizofrenia residual: eficacia de la hipnosis. *Clínica y Salud* 2005; 16 (2), 173-186.
15. Van Der Hart, Spiegel. Hypnotic assessment and treatment of the trauma-induced psychoses: The Early Psychology of Breukink and Modern Views. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis* 1993; 3(XLI), 191-209.
16. Tercer Glosario Cubano de Psiquiatría. Adaptación para Cuba del capítulo V de la Clasificación Internacional de Trastornos y Enfermedades (CIE-10). La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2008.
17. Capafons, A., Espejo, B., Cabañas, S. Creencias que pueden impedir que la hipnosis sea una técnica útil para la salud: Un estudio exploratorio con muestra cubana. *Revista Hospital Psiquiátrico de La Habana* 2005; 2 (2).

Psicólogo Clínico del Hospital Psiquiátrico de La Habana.

[Sumario, Siguiente](#)