

Hipnosis como coadyuvante no farmacológico en el tratamiento del insomnio crónico

*Trabajo Final de Grado: Diseño de Intervención en
Psicología Clínica y de la Salud*

Nombre Estudiante: María Luz Ramírez Mancha
Plan de estudios: Grado en Psicología

Nombre Consultora: María José Serrano Fernández

Fecha de entrega: 26 de mayo del 2021



Esta obra está sujeta a una licencia de [Reconeixement-NoComercial 3.0 Espanya de Creative Commons](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0/es/)

FICHA DEL TRABAJO FINAL DE GRADO DE PSICOLOGÍA

Título del trabajo:	Técnica de Hipnosis como coadyuvante no farmacológico en el tratamiento del insomnio crónico.
Nombre del autor:	María Luz Ramírez Mancha
Nombre del consultor/a:	María José Serrano Fernández
Fecha de entrega:	05/2021
Ámbito del Trabajo Final:	<i>Psicología Clínica y de la Salud: Trastornos del sueño (insomnio)</i>
Titulación:	<i>Grado en Psicología</i>
Resumen del Trabajo:	
<p>El presente trabajo pretende explorar procedimientos de intervención terapéutica utilizando la hipnosis como tratamiento coadyuvante no farmacológico en el insomnio crónico, siendo éste el trastorno de sueño más habitual. Revisiones sistemáticas y metaanálisis han demostrado que la hipnosis actúa con éxito como coadyuvante a los tratamientos, aunque las limitaciones encontradas se deben a la falta de bibliografía específica. La motivación nace de la necesidad de evidenciar la utilidad y la eficiencia de esta técnica. También se busca identificar si hay relación entre el nivel de sugestionabilidad y los resultados obtenidos. A partir del Modelo de Valencia de Hipnosis Despierta (MVHD) y de la Autohipnosis Rápida, se plantea un diseño de intervención con una muestra de 50 participantes. Como instrumentos se aplican el Índice de Evaluación del Insomnio y la Escala de Sugestionabilidad de Barber (adaptación catalana). El procedimiento consta de 4 sesiones donde se instruye al participante en autohipnosis incluyendo sugerencias terapéuticas e instrucciones post-hipnóticas para aplicar de manera ambulatoria. La novedad reside en la utilización del MVHD como modelo de hipnosis despierta, dinámica que no requiere ningún estado de relajación previo y como el insomne refiere una excesiva tensión somática en el momento de intentar dormir con esta herramienta podría afrontarlo. Los resultados obtenidos determinaran, en mayor o menor medida, el nivel de eficiencia que presenta la hipnosis en la atenuación o remisión de los síntomas del insomnio ya que se trata de una técnica sencilla, inocua que racionaliza los recursos tanto humanos, ambientales como económicos.</p>	
Palabras clave:	
Hipnosis despierta; Hipnosis; Autohipnosis; Insomnio; Eficacia; Sugestión; No farmacológico.	

Abstract:

The present work aims to explore therapeutic intervention procedures based on hypnosis as a non-pharmacological adjuvant treatment in chronic insomnia, this being the most common sleep disorder. Systematic Reviews and meta-analysis have shown that hypnosis acts successfully as an adjunct to treatments, although the limitations found are due to the lack of specific bibliography. Motivation stems from the necessity to highlight the usefulness and efficiency of this technique. It also seeks to identify whether the level of suggestibility and the results obtained are related. Ased on the Valencia Model of Waking Hypnosis (VMWH) and Rapid Self-Hypnosis, an intervention design is proposed with a sample of 50 participants. As instruments, the Insomnia Severity Index and Barber Suggestibility Scale (Catalan adaptation) are applied. The procedure consists of 4 sessions where the participant is instructed in self-hypnosis including therapeutic suggestions and post-hypnotic instructions to apply on an outpatient basis. The novelty lies in the VMWH as a model of a dynamic hypnosis-waking, any prior state of relaxation is not required, and as the insomniac reports an excessive somatic tension when trying to sleep, with this tool they could cope with. It is expected to report determining results are to report, to a greater or lesser extent, a good level of efficiency that hypnosis presents in the attenuation or remission of insomnia symptoms, as it is a simple innocuous technique that rationalizes human, environmental, and economic resources.

Key words:

Waking hypnosis; Self-hynosis; Insomnia; Efficacy, Suggestion; Non pharmacologica.

Índice

0. Introducción	4
1. Contexto y justificación	5
2. Revisión teórica	6
2.1 Fisiología del sueño	6
2.2 Trastornos del sueño. El Insomnio	7
2.3 Tratamientos no farmacológicos del insomnio	8
2.4 Hipnosis	10
2.5 Sugestión	12
2.6 Autohipnosis.....	15
2.7 Estrategias hipnóticas. El Modelo de Valencia de Hipnosis Despierta.....	15
2.8 Evidencia de la Hipnosis	18
2.9 Hipnosis e insomnio	19
3. Problema	21
4. Preguntas y objetivos	22
5. Propósito de la intervención	23
6. Método.....	23
6.1 Diseño de la intervención.....	23
6.2 Participantes	24
6.3 Instrumentos	24
6.4 Procedimiento	26
7. Análisis planteados.....	28
8. Discusión	28
9. Conclusiones	30
10. Referencias bibliográficas	32
11. Anexo	37

Lista de figuras

Figura 1. Secuencia de intervención clínica del Modelo de Hipnosis Despierta de Valencia.	187
---	-----

Lista de tablas

Tabla 1. Recomendaciones de higiene del sueño.....	8
Tabla 2. Reacciones hipnóticas.....	13
Tabla 3. Tipos de sugerencias para una sesión de hipnosis.....	14
Tabla 4. Principales características del MVHD.....	15
Tabla 5. Índice de fiabilidad BSS versión catalana.....	254

0. Introducción

Se ha despertado un cierto interés, en las últimas décadas, sobre la herramienta de la Hipnosis. En todas las culturas y épocas se relatan estados “místicos” o de “trance” que acompañan a rituales por parte de “curanderos” o “sacerdotes”. A tal efecto, el Doctor David Waxman (1981) señala que:

“Desde los comienzos de la raza humana, el ser humano ha intentado imponer, para bien o para mal, sobre sus semejantes su fuerza y voluntad. Desde los albores de la historia, ha tratado de influir sobre los destinos ajenos recurriendo a la brujería o hechicería, a la revelación a través de los agentes supernaturales, al poder de la palabra o a la sugestión. Del descubrimiento accidental de un fenómeno natural y mediante los poderes mágicos y fluidos magnéticos han surgido las técnicas del siglo XX que producen el estado conocido como Hipnosis” (Gutiérrez, 2014, p.37).

La historia nos ofrece un amplio interés en el estudio de esta materia, el “magnetismo animal” de Mesmer, que curaba enfermedades basándose en la sugestión, ofrecía en el París de 1778 una manera de trabajar teatral y espléndida donde conseguía espectáculos y trances convulsivos muy cuestionados. Aunque su trabajo estuviera pleno de falacias, Mesmer fue un precursor e inspirador de futuras investigaciones y aplicaciones en el campo de la medicina psicosomática. Después llegaron Berheim, Liébeault, Charcot, James, Prine, Janet, Freud, entre otros (Gutiérrez, 2014). Incluso el novel Santiago Ramon y Cajal en 1917 destaca su interés por la aplicación clínica e investigación de las herramientas de hipnosis (Ramon y Cajal et al., 2011). Una vez en el siglo XX se inician las investigaciones y se redefine la psicoterapia con teorías sobre el fenómeno hipnótico, los estados de consciencia, teorías de la sugestión, entrando la hipnosis Ericksoniana con inducciones informales y como alternativa menos encorsetada (Hernández, 2013).

Actualmente el interés por la hipnosis se ha incrementado trasladándose al campo de la psicología. Un número importante de profesionales de la salud mental emplea la hipnosis regularmente, Lynn y Kirsch (2005) destacan que en las herramientas que se poseen en psicología hay que contar con la hipnosis como un útil psicoterapéutico para tener en cuenta. Los metaanálisis han demostrado que cuando la hipnosis actúa como coadyuvante a los tratamientos cognitivo-comportamentales y psicodinámicos mejoran sustancialmente su eficacia, además de ser una técnica valiosa para el control del dolor (Kirsch et al., 1995; Lynn & Kirsch, 2005).

Como se puede observar la hipnosis es un tema muy amplio que además posee una extensa variedad de información según el autor y teoría que se atienda, es por ello que el presente documento intenta tan solo reflejar aquellas vertientes que se han creído conveniente y centrar la intención del mismo, si más cabe, en un diseño de intervención definido con una base concreta. No pretende ser un documento que liste y cuestione las diferentes fuentes, sino el objetivo es buscar la utilidad de la hipnosis en la puesta en marcha del programa de intervención que se propone.

Dentro de las aplicaciones clínicas donde se puede intervenir mediante hipnosis se encuentra el trastorno del insomnio crónico (Gutiérrez, 2014). La importancia de un buen descanso y el disponer de una buena calidad del sueño es algo necesario para poder obtener una reparación, regeneración y oxigenación celular y poder eliminar los radicales libres acumulados durante el día, que de no ser así propicia el envejecimiento del organismo. El descanso también es necesario para la regulación metabólica y endocrina, además que propicia la consolidación de la memoria (Vassalli y Dijk, 2009). El insomnio crónico es un trastorno que causa gran deterioro en la mayoría de los aspectos en la vida de quien lo sufre. Las personas diagnosticadas presentan unos patrones de conducta alterados además de un deterioro físico, psíquico y cognitivo. Si bien la alternativa preferente ha sido el tratamiento químico mediante terapias psicofarmacológicas, se requiere de alternativas terapéuticas coadyuvantes de menor riesgo que puedan coexistir elevando la eficacia de los resultados y poder restablecer nuevos procedimientos de intervención que puedan remitir la sintomatología del sujeto insomne (Gutiérrez, 2014).

El presente documento trabajo final de grado es una propuesta de intervención dirigida a poder explorar procedimientos de intervención terapéutica basados en la hipnosis como tratamiento coadyuvante no farmacológico en el trastorno de insomnio crónico. La motivación que lleva a esto nace la necesidad de evidenciar la utilidad de la hipnosis como coadyuvante de otras intervenciones terapéuticas, aportar un diseño de intervención que, cuando se atribuya, pueda evidenciar unos resultados aportando más evidencia empírica i/o clínica a las investigaciones actuales en el campo de la técnica y aplicaciones de la hipnosis.

1. Contexto y justificación

A lo largo de vida del individuo el sueño está en constante evolución experimentando cambios en su proporción y cantidad (Coronado Vázquez, 2008). Si enfocamos a nivel mundial, se reporta que un 45% de la población padecen algún tipo de trastorno de sueño (Balam et al., 2020). El insomnio es el trastorno del sueño más habitual y las mujeres lo sufren con más frecuencia que los hombres, incrementando su prevalencia con la edad. Entre el 3% y el 10% suele ir acompañado de un trastorno mental comórbido, principalmente ansioso o depresivo (Gasull, 2021). Actualmente se deben diagnosticar, tratar y prevenir los trastornos del sueño ya que se inicia con la aparición de irritabilidad en la persona, alteraciones digestivas y a largo plazo acarrear consecuencias nefastas, incluso la muerte (Maestre Rodríguez, 2019).

En particular, los estados afectivos de la persona pueden alterar el ciclo normal del sueño, tanto los procesos de duelos normales o patológicos, estados depresivos, padecer ansiedad, o cuadros clínicos similares pueden ocasionar un desajuste retrasando su iniciación, interfiriendo la continuidad, interrumpiendo el sueño (Talero et al., 2013). Hay que tener en cuenta que muchas enfermedades cursan con algún trastorno del sueño como uno más de sus síntomas, aún más, es difícil encontrar alguna enfermedad que no altere en nada el sueño nocturno o la tendencia a dormir durante el día (Gállego Pérez-Larraya et al., 2007). Los tratamientos para trastornos del sueño van desde intervenciones quirúrgicas, tratamiento farmacológico,

accesorios complementarios para el dormir y tratamientos psicológicos con base empírica (Balam et al., 2020).

Vale la pena destacar que actualmente existe una tendencia a nivel mundial a una disminución de las horas de sueño con lo que ha significado un aumento de la incidencia de trastornos del sueño entre los que se encuentra el insomnio (Carrillo-Mora et al., 2013), es por ello de la importancia en su abordaje terapéutico y de toma de conciencia que el descanso es crucial para mantener la buena salud, además de aportar un bienestar psicológico y físico. A tal efecto, Talero et al. (2013) manifiesta que se ha de reflexionar acerca de la importancia del sueño como proceso fisiológico y de las medidas de higiene de sueño como una inversión a largo plazo para prevenir enfermedades crónicas.

El ser humano pasa gran parte de su vida durmiendo lo cual manifiesta su importancia, aunque en cada persona puede variar las horas que necesita para un completo descanso. Dicho de otra manera, es de vital importancia poseer una buena calidad de sueño ya que las repercusiones fisiológicas y psicológicas del buen descanso son cruciales para mantener la salud y un bienestar psicológico y físico (Jensen et al., 2006; Mendoza y Capafons, 2009).

2. Revisión teórica

2.1 *Fisiología del sueño*

El sueño tiene una función fisiológica y reparadora en las personas, siendo de gran importancia el poder dormir con buena calidad para poder llevar a cabo las actividades laborales, sociales y mantener una buena estabilidad afectiva. El término proviene del latín *somnus* y tal consta en la Real Academia de la Lengua Española se trata de tener ganas de dormir, siendo esto mismo: “hallarse en el estado de reposo que consiste en la inacción o suspensión de los sentidos y de todo movimiento voluntario” (RAE, 2014), un proceso fisiológico y necesario donde la relativa inactividad física facilita una serie de procesos neuroendocrinos, cardiovasculares, gastrointestinales, respiratorios facilitando el descanso y la recuperación (Talero et al., 2013). De acuerdo con este autor, el sueño tiene una relación importante con la consolidación de la memoria y los efectos en el aprendizaje, es decir, más duración del sueño se asocia con una mayor retención de información si lo comparamos con un periodo más breve de sueño. La pérdida total de sueño durante más de una noche puede tener como consecuencia la incapacidad para mantener la atención haciendo más difícil la concentración (Coronado Vázquez, 2008). En pocas palabras, el obtener un buen sueño parece influir sobre el resultado en la memoria.

El estado del sueño integra un conjunto funcional denominado vigilia-sueño, que se rige por los ritmos circadianos (o ritmos biológicos) y el resultado de diferentes áreas a nivel tronco encéfalo, di encéfalo y corteza cerebral. El patrón de sueño y vigilia es un ritmo que varía en las diferentes etapas de la vida y “está regulado por sistemas de neurotransmisores entre los cuales se encuentran la acetilcolina, la serotonina, el ácido gamma amino butírico (GABA), la noradrenalina, la histamina, la dopamina y la orexina” (Talero et al., 2013, p.338). El promedio de duración del sueño

nocturno en adultos está entre 7 y 8:30 horas, aunque hay diferencias individuales que oscilan entre las 4 ó 5 horas, hasta los que precisan de 9 a 10 horas diarias (Coronado Vázquez, 2008).

2.2 Trastornos del sueño: El Insomnio

Según la Clasificación Internacional de Trastornos del Sueño (ICSD-3) 3ª ed. de la Real Academia Americana de Medicina del Sueño (AASM), los trastornos del sueño son: “Una alteración en el sueño – vigilia, en el que ven afectados la consolidación y mantenimiento del sueño repercutiendo en las distintas áreas de funcionamiento de la persona”, (Balam et al., 2020, p.3). Según su etiología, los trastornos del sueño se pueden dividir en cuatro grandes apartados: 1) Trastornos primarios del sueño, 2) Trastorno del sueño relacionado con otro trastorno mental, 3) Trastorno del sueño debido a una enfermedad médica, 4) Trastorno del sueño inducido por sustancias (Coronado Vázquez, 2008).

Cabe destacar que el insomnio es el problema de sueño más común (Coronado Vázquez, 2008). Por insomnio se entiende la presencia de forma persistente de dificultad para la conciliación o el mantenimiento del sueño, despertar precoz, o si el sueño es poco reparador y que cause fatiga o sensación de malestar general, dificultad para la atención, concentración o memoria. Bajo rendimiento laboral o académico, alteraciones de ánimo o del carácter, somnolencia, disminución de la energía, motivación, tensión muscular, cefaleas, obsesiones o miedos (Gállego Pérez-Larraya et al., 2007). De acuerdo con la clasificación internacional de los trastornos de sueño (ICSD-3), el Insomnio se define como una dificultad que persiste en el sueño, en el inicio, en su duración, calidad o consolidación del mismo. Esto se acompaña de un malestar o deterioro en la persona en las áreas sociales, laborales, académicas, conductuales y en todas aquellas de importancia para el ser humano (Balam et al., 2020).

No obstante, sería necesario diferenciar la dificultad y la pérdida de sueño consideradas como voluntarias o impuestas como pueden ser la restricción, la privación o la fragmentación del sueño que también causan alteraciones cognitivas en mayor o menor grado (Carrillo-Mora et al., 2013). Balam et al. (2020) expone los tipos de insomnio, 1) Trastorno del tipo Insomnio Crónico, 2) Trastorno del tipo de Insomnio Agudo, y 3) Otros tipos de trastorno. Los pacientes que consultan por insomnio muchas veces llevan asociados una serie de síntomas como pueden ser la alteración de humor, se sienten cansados, apáticos, hay dificultad en afrontar las tareas diarias, están somnolientos incluso pueden llegar a presentar déficit cognitivo. Pese a estar cansados demuestran en múltiples casos que no pueden conciliar el sueño durante el día, cosa que avalan registros poligráficos diurnos como el test de latencias múltiples de sueño (Gutiérrez, 2014).

Los componentes que mantienen el insomnio son los conductuales, cognitivos y psicofisiológicos (Balam et al., 2020). Cabe destacar que los tratamientos de insomnio deben ir de la mano de farmacología y de psicoterapia complementándose con la psicoeducación tanto del paciente como de la familia. Dicho de otra manera, es importante promover la educación del paciente en pautas saludables de higiene del sueño. En particular, hay que tener en cuenta que un uso y abuso de los

tratamientos farmacológicos tienen la desventaja de la sedación que producen, pudiendo interferir en las actividades de la vida diaria del paciente y resultar incluso peligroso si se desempeñan actividades peligrosas. Además, la medicación psicotrópica que se usa para tratar el insomnio, puede causar efectos secundarios importantes (Serban et al., 2013). Y por añadidura, deterioro psicomotor, amnesia, debilidad, ataxia, síntomas de abstinencia en tratamientos a largo plazo, matizando que se ha informado de deterioro cognitivo que puede persistir después del cese de la terapia (Gasull, 2021).

Coronado Vázquez (2008), considera que las causas que con más frecuencia origina el insomnio son las debidas a una mala higiene del sueño. Éstas son una serie de recomendaciones (Tabla 1) acerca de conductas y hábitos deseables, encaminados a mejorar la calidad de vida las personas que padecen trastornos del sueño o para prevenir una alteración en el mismo. Asimismo Chamine et al. (2018) añade que si se corrige en el paciente, esto ayuda a impulsar los tratamientos dirigidos con éxito.

Tabla 1

Recomendaciones de higiene del sueño (Carrillo-Mora et al., 2013)

-
- a) Evitar siestas prolongadas (>1h) durante el día
 - b) Acostarse a dormir a una misma hora todos los días
 - c) Despertarse todos los días a una misma hora.
 - d) Evitar hacer actividad física vigorosa antes de dormir
 - e) Evitar consumir alcohol, cigarro y bebidas con cafeína (café, té, chocolate, refrescos de cola o bebidas energéticas) al menos 4 horas antes de dormir
 - f) Evitar realizar actividades sensorialmente muy estimulantes antes de acostarse (video juegos, internet, televisión)
 - g) Evitar irse a acostar si se está estresado, ansioso, enojado o preocupado
 - h) No utilizar la cama para otras actividades: leer, estudiar, comer, trabajar, etc.
 - i) Dormir en una cama confortable
 - j) No realizar trabajo importante minutos antes de irse a dormir: trabajo, tareas, estudio
 - k) Evitar pensar sobre sus actividades del día u organizar y planear sus actividades futuras mientras trata de dormir
 - l) Dormir en una habitación con baja iluminación y poco ruido ambiental
-

2.3 Tratamientos no farmacológicos del insomnio

En líneas generales, los objetivos de los tratamientos del insomnio son la mejora cuantitativa y cualitativa del sueño. Tal como indica Balam et al. (2020), en los años 30's, en busca de la evidencia y eficacia en la reducción de hiperactivación de la persona insomne, fue estudiada la técnica de la relajación muscular progresiva por

Jacobson y Millet (Bernstein et al., 2000). Estudio posterior (Harvey, 2002) y cuestionando dicha eficacia parece ser que la relajación por sí sola no pudiera dar respuesta, por ello fue orientándose hacia una intervención más a nivel conductual ya que el proceso de condicionamiento clásico se mantendría debido a un condicionamiento operante en el insomne. A partir de este nuevo modelo de intervención se empezaron a desarrollar investigaciones sobre la aplicación de técnicas combinadas de terapia de conducta y relajación. Con el paso del tiempo estudios han demostrado que los componentes fisiológicos y conductuales solo eran un parte que mantenían el insomnio así que se empezó a contar con el componente de “los pensamientos”, ya que éstos se relacionan creando un patrón de reforzamiento. Con ello se comenzó a diseñar tratamientos multicomponentes que acogían cada una de las técnicas ya investigadas, asimismo se comenzó a desarrollar el tratamiento psicológico del insomnio (Balam et al., 2020).

Las intervenciones no farmacológicas en el insomnio se pueden clasificar: “intervenciones psicológicas (cognitivas o conductuales), terapias complementarias (musicoterapia, aromaterapia, masaje, imágenes guiadas, acupresión, etc.), medidas de tipo ambiental (sincronización de las actividades de la UCI con la luz diurna, reducción de ruidos, etc.), intervenciones sociales (apoyo familiar) y modificación de los equipos (optimización de las modalidades de respirador)”, (Saiz Vinuesa, 2020, p.7). Todas estas intervenciones tienen el objetivo de mejorar la duración y la calidad del sueño asimismo se persigue disminuir el riesgo de trastorno del sueño, delirios, trastorno estrés postraumático, aunque se destaca también que no existen pruebas claras de la efectividad y de los eventos adversos.

Los autores Balam et al. (2020) destaca que las primeras intervenciones no farmacológicas o psicológicas en los trastornos del sueño se enmarcaron en el campo de la medicina conductual, según los trabajos de Reynoso-Erazo y Becerra-Gálvez, (2014) y Godoy (1998), brindando herramientas terapéuticas para el manejo de las variables psicológicas que están presentes antes, durante o después del dormir según asegura Cheung et al. (2018). Actualmente se ha demostrado tener mayor evidencia las Técnicas Conductuales y Cognitivas (TCC), y se propone en las conductuales (un programa de control de estímulos y restricción del tiempo en cama, relajación muscular progresiva), y en las cognitivas (reestructuración cognitiva e intención paradójica), además Perlis et al., (2009) indica tal como anteriormente se ha remarcado de la importancia de las medidas de higiene de sueño para disminuir los síntomas en el insomnio.

Según señalan Díaz y Pareja (2008), dentro de un tratamiento conductual para combatir el insomnio se persigue una desactivación física y cognitiva, ya que el paciente ha perdido el automatismo que propicia el tránsito de la vigilia al sueño y la plasticidad psicológica que permite contrarrestar las circunstancias inoportunas o indeseables que perturban el sueño. Por consiguiente, estos autores indican, entre otras, la hipnosis como técnica que puede promover la relajación física y mental propiciando el sosiego necesario que los prepare para el sueño.

Finalmente, se ha puesto en relevancia la importancia de los paquetes combinados de técnicas más que en el empleo de técnicas aisladas, es por ello que la hipnosis tiene un importante papel como coadyuvante y facilitador de los efectos de otras técnicas cognitivo-conductuales (González y Miguel-Tobal, 1993). Cabe

destacar que cuando se utiliza la hipnosis como un coadyuvante a otras intervenciones médico psicológicas, incrementa la eficacia y/o eficiencia de tales intervenciones (Mendoza y Capafons, 2009). Además que pacientes con cirugías se han beneficiado de manera eficaz de la hipnosis como adjunto a los analgésicos y anestésicos farmacológicos (Montgomery et al., 2002; Montgomery y Schnur, 2005).

2.4 Hipnosis

Los inicios de la hipnosis, tal como hoy es conocida, se puede enmarcar hace un par de siglos en Francia. Como procedimiento terapéutico psicológico puede ser considerada uno de los más antiguos que se conocen en occidente para provocar cambios en los procesos cognitivos, psicofisiológicos, perceptuales y conductuales a través de la sugestión (Edmonston, 1986; Capafons, 1998a; Montenegro, 2017). La hipnosis por sí sola no es una terapia psicológica, se trata de un adjunto a otras formas de psicoterapia, presentándose como una habilidad de afrontamiento que promueve el autocontrol y puede utilizarse como añadidura a otras técnicas (Mendoza y Capafons, 2018). Por lo tanto, se puede practicar terapias psico-analíticas, humanistas-existenciales y cognitivo comportamentales, a las cuales se les añade a hipnosis como un complemento (Lazarus, 1973; Kirsch et al., 1995; Capafons, 1998a). En conclusión, los autores Capafons y Mazzoni (2005) sostienen que, la hipnosis no es por si una terapia sino una técnica y campo de estudio.

Los autores Kilshtrom (1985) y Kirsch (1994) afirman que “la hipnosis es un procedimiento en el que la persona, el hipnotizador, sugiere cambios en las acciones, sensaciones, percepciones, sentimientos y/o pensamientos de otra persona” (Montenegro, 2017, p.84). Aunque estudios y posturas diversas cuestionan que la hipnosis no puede ser explicada por un “estado de trance” (Lynn y Kirsch, 2005; Montenegro, 2017), es decir no supone ningún trance o estado especial, alterado o diferente de consciencia. Con respecto a qué es la hipnosis, se ha seleccionado la definición intensional tentativa de hipnosis de la Asociación para el Avance de la Hipnosis Experimental y Aplicada (2017):

La «Hipnosis» es una construcción social con varias connotaciones que han evolucionado a lo largo del tiempo. El término habitualmente se usa para denotar un rango de interacciones sociales en las que los participantes activan roles basados en diversas formas de influencia social. Por lo tanto, la hipnosis implica un proceso en el que existe un acuerdo explícito o implícito entre las diferentes personas que creen que la situación es hipnótica, y que se utilizará una inducción y de-inducción (ritual o ceremonia). La inducción establece el escenario para la hipnosis, considerándose frecuentemente como un componente del proceder hipnótico. Por ello, las personas hipnotizadas activarán los roles asociados a sus concepciones de la hipnosis. En la actualidad, la construcción social de la hipnosis denota una interacción entre una o varias personas (hipnotizadas) y uno o varios hipnotizadores. En esta interacción, el hipnotizador/es intenta/n influir en los sentimientos, el pensamiento y la conducta, de las otra/s persona o personas pidiéndole/s que se concentre/n en ideas e imágenes que pueden evocar los efectos deseados. Las comunicaciones verbales que el hipnotizador utiliza para lograr estos efectos se denominan sugestiones hipnóticas. Las sugestiones difieren de las

instrucciones de la vida cotidiana en que las sugerencias que han tenido “éxito” se experimentan de forma no volitiva, de automaticidad o carencia de esfuerzo. La gente puede aprender a usar los procedimientos hipnóticos por su cuenta, lo que se denomina “autohipnosis”. La hipnosis no es únicamente un conjunto de procedimientos y modos de usar las sugerencias, sino que también es un campo de investigación básica y aplicada que continuará evolucionando a medida que la ciencia avance en un mayor entendimiento de la construcción social conocida como hipnosis. Pueden coexistir variaciones en la construcción social de la hipnosis basadas en este marco de referencia, resultando en diferentes formas de entenderla y conceptos para explicarla, así como diferentes procedimientos en sus aplicaciones prácticas” (A.A.H.E.A., 2017).

La mayoría de los métodos de hipnosis usados consisten en tres fases, la primera preparación del sujeto, después se aplica la inducción de hipnosis y seguidamente se profundiza en este estado. Las inducciones pueden clasificarse en formales o informales, las primeras son aquellas desarrolladas y utilizadas por la corriente semitradicional/científica y las siguientes son aquellas desarrolladas y utilizadas por la corriente denominada ericksoniana (Hernández, 2013). La fase de profundización se compone de una serie de sugerencias encadenadas que pretende estabilizar los cambios cognitivos, emocionales, perceptuales y comportamentales obtenidos por medio de la aplicación de las técnicas de inducción hipnótica. Estas estrategias sirven para aumentar la responsividad a las sugerencias, la implicación emocional, la focalización de la atención, etc. (Hernández, 2013).

Un estado de relajación siempre va a facilitar el proceso, aunque Capafons (1998b) manifiesta que, la relación entre hipnosis y relajación es de tipo histórico y circunstancial, así que, un método es hipnótico siempre que la persona que lo reciba considere que lo es. Montgomery y Schnur (2005) manifiestan que “las inducciones por relajación no deben considerarse como el único modo de llevar una sesión de hipnosis” (p.4), incluso hay inducciones físicamente activas como puede ser pedalear en una bicicleta estática (Malott, 1984; Bányai et al., 1993), citados en Montgomery y Schnur, 2005). Focalizando la atención en este último punto, vale la pena destacar el Modelo de Valencia de Hipnosis Despierta (Alarcón y Capafons, 2006; Alarcón et al., 2006; Mendoza y Capafons, 2009^a; Mendoza et al., 2017; Mendoza y Capafons, 2018), que cuenta con varios métodos estandarizados basados en el paradigma socio-cognitivo o cognitivo-comportamental. Se diferencia con otros métodos ya que no es necesario que el sujeto cierre los ojos, ni esté relajado para poder beneficiarse de la sugerencia, en resumen es una forma clínica de proceder con métodos que buscan la finalidad de cambiar actitudes y usar sugerencias (Alarcón y Capafons, 2006).

Los autores Hildegard y LeBaron (1984) afirman que hay tres componentes principales en los procesos de inducción hipnótica: relajación, imaginación y representación (Allen, 2011). Se puede dotar también de una forma simple de sugerencia indirecta y es utilizar un Truismo (truism), una declaración de hecho, simple, sobre una conducta que el paciente ha experimentado tan a menudo que no puede negarse (Gutiérrez, 2014). Se trata de descripciones verbales que se utilizan como forma indirecta de sugerencia hipnótica cuando se las une asociados con procesos ideomotores o ideosensoriales que al sujeto ya le es familiar. La imaginación es un

aliado a la hora de la práctica y de introducir mensajes significativos a través de metáforas que fue ampliamente utilizada por el Dr. Milton Erickson (Allen, 2011).

Concluyendo, la hipnosis como técnica es un conjunto de procedimientos que permite alcanzar ciertos objetivos de manera más rápida y confortable (Capafons, 1998a), además de ser una técnica potente en la mejora de la calidad de vida de los pacientes (Montgomery y Schnur, 2005), siempre que para ello se apliquen los recursos adecuados. Y por último, recordar que bajo hipnosis no ocurre nada que no se espere por parte de la persona o se sugiera directamente por el hipnotizador (Capafons, 1998a).

2.5 Sugestión

Los términos de sugestión en hipnosis frecuentemente han aparecido entrelazados en la literatura del siglo XIX e incluso son frecuentemente utilizados indistintamente. Según Bernheim, conocido como el *padre de la doctrina de la sugestión*, lo define cómo el proceso a través del cual una idea es inmediatamente transformada en acción. Se podría poner en énfasis el aspecto no volitivo o involuntario que es el efecto clásico o característico de la sugestión diferenciándolo de otras comunicaciones como *asignaciones, demandas, instrucciones, órdenes y solicitudes*, todas las cuales buscan una conducta voluntaria (Hernández, 2013). “Las sugestiones pueden ser instrucciones, órdenes, preguntas o afirmaciones; incluso algunos autores añaden las historias y las metáforas; aunque, según el autor, en estos dos últimos casos no es clara la relación causal entre sugestión y respuesta” (Hernández, 2013, p.49).

Las sugestiones según Capafons (2001) se clasifican como reacciones motoras, sensorio-fisiológicas y cognitivo-perceptivas (tabla 2). Las sugestiones motoras o ideomotoras, son las que una acción determinada ocurrirá automáticamente sin ser voluntarias. Las sugestiones sensorio-fisiológicas o ideosensoriales están relacionadas con las respuestas psicofisiológicas y las sugestiones cognitivo-perceptivas relacionan procesos mentales superiores, así como sensoriales auditivo-visuales, como son la amnesia selectiva, la reducción del dolor, o las alucinaciones entre otros (Mendoza et al., 2010). La mayoría de las reacciones hipnóticas pueden formularse como ejercicios de reto o desafío (Lynn y Kirsch, 2005).

La idea central es que la persona es receptiva y activa en la determinación de las respuestas que emite tras las sugestiones. Bajo hipnosis se actúa de forma automática, también denominada, no volitiva por Kirsch (1993), pero no de forma “descontrolada” o involuntaria: la persona no pierde su capacidad legislativa ni ejecutiva, paradójicamente, en todo caso la aumenta (Capafons, 1998a). Destacando y teniendo en cuenta que hay personas que responden a determinadas sugestiones y otras no, por ello la sugestionabilidad es un asunto relativo y no absoluto. Tal como afirma Weitzenhoffer (2000), no hay persona no sugestionable, si bien, puede responder de manera variable a una misma sugestión e incluso la misma persona puede responder selectivamente a las sugestiones (Hernández, 2013).

Aunque el nivel de susceptibilidad a la hipnosis predice el resultado de ésta cuando se aplica, con un nivel de susceptibilidad moderada se puede mejorar ostensiblemente la eficacia de la intervención. Lo paradójico, es que las personas poco susceptibles se pueden beneficiar de los procedimientos que usan la hipnosis, especialmente cuando se obvia la propia palabra “hipnosis”. Es decir, si rotulamos la situación como técnica de imaginación o bien como técnicas de aprendizaje de control mental, incluso como placebo, las personas con un nivel bajo de susceptibilidad mejoran tanto o más que las personas altamente susceptibles, a las que se les aplican los mismos métodos per bajo el rótulo del concepto hipnosis (Capafons, 1998^a; Lynn y Kirsch, 2005).

Tabla 2

Reacciones hipnóticas (Capafons, 2001; Mendoza et al., 2010)

Motoras (ideomotoras)	Sensorio-fisiológicos (Ideosensoriales)	Cognitivo-perceptivas (cognitivas)
Catalepsia (rígida)	Cambios en la tasa cardiaca	Hipermnesia (irreal)
Flexibilidad cérea	Salivación (hiper e hipo)	Amnesia: espontánea-sugerida; total-parcial; de fuente
Movimientos en general, también rítmicos (rotativos), ascendentes y descendentes (levitación), etc.	Vaso constricción o vasodilatación	Distorsión del tiempo: aceleración-ralentización
Etc.	Sensaciones propioceptivas (pesadez, flotación, etc.)	Regresión de edad y Proyección temporal
	Analgesia, anestesia, etc.	Interpretación de automatismo
	Hiper o hiposecreciones glandulares, etc.	Lógica del trance: observador oculto, alucinaciones en “reales”, etc.
	Etc.	Disociación (fenómeno, no proceso)
		Sueño hipnótico Escritura automática
		Etc.

El uso de la sugestión, indica que ésta facilita a mejorar la eficacia de los tratamientos y por ende ayuda enormemente a lograr mayores ganancias terapéuticas (Capafons, 1998a). “El concepto de sugestionabilidad se refiere a un constructo teórico relacionado con las diferencias individuales en la hipnotizabilidad” (Morales Homar y Gallego Sáez, 2008), por ello hay diseños de métodos cualitativos que miden la sugestionabilidad: la Escala de Sugestionabilidad de Barber (BSS), la Escala de Stanford de susceptibilidad hipnótica, forma C (SSHS: C), esta escala puede ser utilizada para medir la sugestionabilidad natural, es decir, la sugestionabilidad no hipnótica, o también puede ser utilizada en un contexto de hipnosis (Hernández, 2013), aunque es la BSS probablemente la más conocida y utilizada (González Ordi, 2006).

Por último, considerando la secuencia de aplicación de la sugestión y la hipnosis, Weitzenhoffer (2000) sostiene que también hay sugestiones prehipnóticas, previas a la inducción, y sugestiones post-hipnóticas, dadas durante la hipnosis, que se busca sean efectivas después de que el proceso hipnótico haya terminado (Mendoza et al., 2010; Hernández, 2013). En la tabla 5 se detallan los tipos de sugestiones para una sesión de hipnosis.

Tabla 3

Tipos de sugestiones para una sesión de hipnosis (Mendoza et al., 2010)

-
- a) Sugestiones de que las sugestiones y las técnicas serán eficaces
 - b) Fortalecimiento del yo: seguridad, capacidad, fuerza, energía
 - c) Bienestar: alegría, satisfacción, relajación
 - d) Distancia: indiferencia, objetividad, calma, serenidad
 - e) Deseo/control
 - f) Ansiedad, confusión, tristeza, preocupación excesiva
 - g) Asco, repulsión rechazo
 - h) Saciedad-apetito
 - i) Sugestiones motoras de inmovilidad, ralentización, o aceleración de movimientos
 - j) Sugestiones de regresión de edad a cuando no estaba el problema
 - k) Sugestiones de progresión el tiempo cuando no haya problema
 - l) Sugestiones de alteración de la experiencia psicofisiológica de ansiedad o similar
 - m) Sugestiones de reinterpretación las reacciones psicofisiológicas y pensamientos.
 - n) Sugestiones de intención paradójica
-

2.6 Autohipnosis

El componente central de la autohipnosis es la autosugestión, o instrucción que la persona se da a sí misma, presentando la siguiente definición: “La autohipnosis es el proceso por lo cual una persona pone en marcha por sí misma técnicas de hipnosis que permiten focalizar su atención en determinados estímulos, con objetivo de elicitar determinadas respuestas perceptivas en sí misma” (Montenegro, 2017, p-99). Se ha encontrado que la autohipnosis para la relajación es superior a las benzodiazepinas y al placebo (Anderson et al., 1979; Papadakis, 2013).

Partiendo de la base que toda hipnosis puede ser considerada autohipnosis (Coue, 1992; Montenegro, 2017), existe la evidencia de que empezar con autohipnosis facilita la respuesta posterior a las sugerencias y a la propia heterohipnosis. Cualquiera persona puede aplicársela, proporcionándole autonomía, ya que no requiere de grandes equipamientos ni gasto, así tenemos costes reducidos y ventajas importantes, además de un papel activo de la persona delante del problema (Montenegro, 2017). Si bien, el aplicar los procedimientos de hipnosis, se necesita de un entrenamiento en autohipnosis para que la persona pueda aplicar los ejercicios aprendidos (Sulaiman, 2014).

En el Modelo de Valencia de Hipnosis Despierta se encuentra una secuencia estructurada pero flexible, se trata de la Autohipnosis rápida (AHR) (Capafons, 1998b) para que el sujeto pueda activar por sí mismo las sugerencias terapéuticas en las situaciones que sean necesarias (Capafons, 1999). La AHR se caracteriza por la rapidez para utilizarla, la inadvertencia y estructuración de los pasos a realizar, sencillez para aprenderla facilitando expectativas y que las autosugestiones se dan con los ojos abiertos (Alarcón y Capafons, 2006). Argumenta Capafons (2001), que la hipnosis despierta al mantener, tal como se ha detallado, los ojos abiertos se promueve una conversación natural con el sujeto, además de presentarse como una estrategia de autocontrol y de afrontamiento (Alarcón y Capafons, 2006).

Como curiosidad, destacar que el impacto de la autohipnosis como regulador de las células del sistema inmunológico durante períodos de tensión y estrés agudo fue estudiado por Kieccolt et al. (2002, citado en Sulaiman, 2014). Se descubrió que entrenar las habilidades de la autohipnosis impulsaba las funciones de las células del sistema inmunológico y, como resultado, hubo un mejor nivel de condición del sueño con la muestra del estudio.

2.7 Estrategias hipnóticas. El Modelo de Valencia de Hipnosis Despierta

El Modelo de Valencia de Hipnosis Despierta (Alarcón y Capafons, 2006; Alarcón et al., 2006; Mendoza y Capafons, 2009^a; Mendoza et al., 2010; Mendoza et al., 2017; Mendoza y Capafons, 2018) consta de una serie de métodos combinado para cambiar actitudes y con ello maximizar los efectos de las sugerencias hipnóticas. Los procedimientos tienen validación empírica siendo fáciles y sencillos de aplicar, y aunque es un modelo estructurado su secuencia es flexible adaptándose a las necesidades del individuo (Mendoza y Capafons, 2018). Dicho modelo, carece todavía de muchos estudios de investigación y aplicación clínica, ya que seguramente no ha habido una atención por parte de la comunidad a su variedad de “despierta”,

pues no explica la hipnosis como un estado de trance y sonambulismo. Pero no se trata de una técnica nueva, sobre la hipnosis activo-alerta, autor como Carpenter en 1852 ya publicó un trabajo, que afirmaba que tener los ojos abiertos reduce el temor a perder el control. Hay que remarcar que el modelo de intervención e hipnosis referido está en la línea cognitivo-comportamental (Alarcón y Capafons, 2006), “los procedimientos se derivan de aumentar la sugestionabilidad hipnótica de Sachs y Anderson (1967), recuperando las ideas básicas de Wells (1924) sobre hipnosis despierta, así como el concepto de hiperempiría de Gibbons (2001)” (Mendoza et al., 2010, p.18).

La principal característica distintiva de este modelo es que el sujeto mantiene los ojos abiertos, no se sugiere sueño ni relajación, sino actividad y expansión mental, asimismo dicho sujeto puede hablar fluidamente, puede desarrollar sus tareas cotidianas, caminar mientras experimenta las sugerencias hipnóticas evitando cualquier vocabulario que sugiera trance, alteración de conciencia, etc. En la Tabla 3 se indican las principales características del modelo.

Tabla 4

Características del Modelo de Valencia de Hipnosis Despierta (MVHD) (Mendoza et al., 2010, p.18)

-
- a) No se dan sugerencias de somnolencia, restricción de atención o relajación
 - b) Se les pide a las personas hipnotizadas mantener los ojos abiertos, expandir su atención, estar mental y físicamente activados con una sensación aumentada de auto-control
 - c) La persona hipnotizada puede hablar con fluidez, caminar y realizar casi cualquiera de sus actividades cotidianas mientras está experimentando las sugerencias hipnóticas
 - d) Las sugerencias hipnóticas son principalmente directas y permisivas
 - e) La hipnosis se presenta como una habilidad de afrontamiento, evitando aludir al trance o estados alterados de conciencia
-

El modelo se basa en tres procedimientos generales para conseguir un buen rapport con el sujeto, la presentación cognitivo-conductual de la hipnosis, efectuar una evaluación clínica de la sugestionabilidad hipnótica y elaborar una metáfora didáctica sobre la hipnosis. Junto a estos procedimientos se hace valer de dos métodos de hipnosis despierta que son la Autohipnosis Rápida (AHR) y la hipnosis vigilia-alerta, (mano alerta) Hetero-HVA (Alarcón y Capafons, 2006; Mendoza et al., 2010).

Dentro de la presentación cognitivo-conductual se tiene en cuenta que “al utilizar hipnosis como coadyuvante de un tratamiento, es recomendable valorar las creencias y actitudes de los pacientes” (Alarcón y Capafons, 2006), ya que las expectativas que se puedan generar de manera no adecuada pueden incidir negativamente en la respuesta a la sugestión. Por ello, se indica la importancia del hecho de aclarar conceptos erróneos al sujeto para no generar falsas expectativas en la presentación de la hipnosis, incluyendo un ejercicio motor con el péndulo de Chevreul con el objetivo de que pueda entender la técnica como voluntaria y de autocontrol.

La evaluación de clínica de la sugestionabilidad hipnótica tiene como objetivo evaluar la colaboración del sujeto y su confianza en el terapeuta facilitando que se familiarice con la hipnosis despierta. Se efectúa a través de los ejercicios: balance postural, caída hacia atrás y apretón de manos, readaptando el procedimiento según la respuesta recibida por el terapeuta. Con ello se trata de generar expectativas en el sujeto para que vaya aceptando la alta probabilidad en sus respuestas a las sugerencias propuestas. En un inicio el sujeto los pueden realizar con ojos cerrados, si así se quisiera, pero una vez afianzado su aprendizaje se instruye para que active todo el proceso con los ojos abiertos sin necesidad de los dos primeros pasos (Alarcón y Capafons, 2006; Mendoza et al., 2010)

Llegados a este punto y siguiendo el MVHD, se instruye al sujeto el método de autohipnosis rápida (AHR), que enmarca la experiencia hipnótica en autohipnosis (Capafons, 1998b; Mendoza et al., 2010), disminuyendo la reticencia del sujeto y motivándolo activamente en la terapia. Jonson et al. (1983) destacan que, iniciar con autohipnosis facilita la respuesta posterior a las sugerencias, incluyendo a la propia hetero hipnosis. El sujeto lo aprende manteniendo los ojos abiertos y con mucha rapidez (Mendoza et al., 2010).

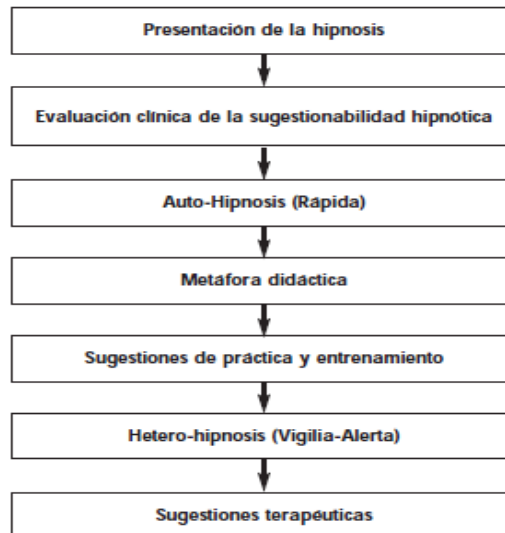
Para reforzar toda la terapia, en sujetos que pueden representar dificultades con la autohipnosis, se puede presentar la Hetero-HVA (mano alerta), usándose como complemento y apoyo a la AHR, que resulta eficaz para activar los recursos del sujeto y producir el esperado cambio terapéutico (Alarcón y Capafons, 2006). Es un recuso dinámico ya que requiere un movimiento de la mano dominante hasta alcanzar la automatización del movimiento. El sujeto, a través de las sugerencias hipnóticas, se involucra en la terapia y con ello incrementan las expectativas de eficacia personal y de resultado (Alarcón y Capafons, 2006).

Para consolidar el aprendizaje, una vez el sujeto ya ha experimentado la autohipnosis, se presenta una metáfora como recurso didáctico con el objetivo de transmitir que la hipnosis no es peligrosa, implica una perseverancia para cambiar conductas y la importancia como coadyuvante en el tratamiento. Se le pide al sujeto que “se imagine a sí mismo afrontando una serie de dificultades ficticias (sobrevivir en una jungla) que va resolviendo con éxito gracias a su esfuerzo y al uso correcto de un machete que representa a la hipnosis en la historia” (Capafons, 2001; Alarcón y Capafons, 2006; Mendoza et al., 2010). A partir de este punto el sujeto debe experimentar las sugerencias de práctica y entrenamiento en la cual se irán promoviendo las habilidades de afrontamiento, siendo parte activa en las respuestas a las sugerencias hipnóticas.

Toda esta metodología (figura 1) tiene el fin de permitir aumentar las expectativas de autoeficacia y de resultado en el sujeto.

Figura 1.

Secuencia de intervención clínica del Modelo de Hipnosis Despierta de Valencia (Alarcón y Capafons, 2006)



2.8 Evidencia de la Hipnosis

En la línea de Lynn et al. (2000), actualmente existe diversa certeza de la utilidad de la hipnosis dentro de los entornos tanto clínicos como científicos, aunque es en este primero dónde existe más evidencia (Mendoza y Capafons, 2009). Contrariamente, y respecto al uso de la hipnosis en nuestro contexto, el estudio de Mendoza et al. (2009), reflejó que en España tan solo entre un 10% y 20% de los profesionales de la psicología utilizan la hipnosis en sus intervenciones (Mendoza et al., 2009; Montenegro, 2017). Vale destacar que, Thomson (2003) manifiesta que los profesionales de la salud tienen información poco precisa acerca de la hipnosis, siendo sus actitudes y creencias basadas en información errónea (Montenegro, 2017).

La hipnosis supone un volumen tan heterogéneo de formas de proceder, tal como anteriormente se ha referido, que en sí misma no es una forma de terapia ya que se aplica junto otros procedimientos, siendo un factor añadido coadyuvante de las intervenciones psicológicas (Mendoza y Capafons, 2009). Por ejemplo, autores de prestigio como Wolpe (1958), Goldfried y Davidson (1976) o Kanfer y Goldstein (1986) han defendido el uso de la hipnosis en la aplicación de los procedimientos de la Modificación de Conducta y la Terapia de Conducta (Capafons, 1998a). Asimismo, González y Miguel-Tobal (1993) reconocen la aplicación de las técnicas de hipnosis en distintas áreas de la intervención clínica, como pueden ser las dirigidas a la modificación o extinción de conductas, como técnicas para favorecer el autocontrol, modificar expectativas y actitudes ante situaciones-problema, y también como técnicas coadyuvantes de otras técnicas cognitivo-conductuales. Por añadidura, los trabajos de Kirsch y sus colaboradores (Kirsch, 1990; Kirsch et al., 1995; Schoenberger et al., 1994) demuestran que la hipnosis cuando se utiliza como adjunto

a los tratamientos psicoanalíticos y cognitivo-comportamentales, mejora ostensiblemente sus resultados (Capafons, 1998a).

Por ejemplo, el tratamiento hipnótico es útil en el manejo de la ansiedad, mejora de sueño y mejorar la calidad de vida (Jensen et al., 2006; Mendoza y Capafons, 2009), hay mejoras en pacientes con síndrome del colon irritable (Hidalgo, 2011). Cuando se utiliza como un coadyuvante a otras intervenciones médico-psicológicas, incrementa su eficacia para el tratamiento de trastornos de sueño, de síntomas depresivos, para prevenir las náuseas y vómitos producidas por el tratamiento para el cáncer, para el tratamiento de la tensión arterial, de la enuresis, de los trastornos inmunológicos, como complemento en la cirugía oral del adulto mayor, la deshabitación al tabaco, la obesidad, el asma, enfermedades de la piel, disfunción sexual eréctil, el desarrollo de la capacidad de atención y habilidades creativas (Cabrera et al., 2013). Y también, vale la pena destacar que, ha demostrado su utilidad como coadyuvante de otros procedimientos terapéuticos, concretamente en el tratamiento del dolor agudo y crónico, asimismo en el abordaje de numerosas condiciones médicas y psicológicas, tanto en adultos como en niños (Bragado, 2009; Crawford et al., 1999; González-María et al., 2013; Mendoza y Capafons, 2009; Orgilés et al., 2009; Palanca Sánchez et al., 2011; Truyols-Taberner et al., 2008, citados en Montenegro, 2017). En pocas palabras los datos empíricos apoyan la utilidad de ésta técnica como procedimiento coadyuvante para controlar una amplia variedad de síntomas (Montgomery y Schnur, 2005).

Hay estudios que avalan la eficiencia de la hipnosis en el control de síntomas, la mejora en la calidad de vida en los pacientes siendo una intervención eficaz y con la ventaja de persistir en larga duración sin efectos secundarios (Montgomery y Schnur, 2005). Los autores Gonsalkorale, Miller, Afzal, y Whorwell en 2003 informaron que “los pacientes seguían utilizando y beneficiándose de la hipnosis hasta 5 años después de la consulta” (Montgomery y Schnur, 2005, p.7). Estos beneficios en la salud son múltiples por ello se puede considerar la hipnosis como una intervención rentable y segura (Chamine et al., 2018).

En conclusión, el resultado terapéutico es evidente ya que la hipnosis facilita el resultado, además aceleraría la terapia y disminuiría el esfuerzo necesario para ella (Capafons, 1993, 1994; Capafons y Amigó, 1995; citados en Capafons, 1998a).

2.9 Hipnosis e insomnio

Chamine et al., (2018) realizaron una revisión sistemática entre 139 estudios, identificando 24 que cumplieran el criterio de inclusión con publicaciones entre los años 1973 y 2016. Más de la mitad correspondía a estudios realizados en los Estados Unidos (54.2%), en países europeos, incluidos Dinamarca, Francia, Inglaterra, España y Suiza (37.5%) y países de otras regiones (8.3%), incluidos Australia, Canadá e Israel. La muestra total evaluada ha sido de 1330 participantes entre 18 a 83 años. Los estudios evaluaron a los participantes con afecciones diversas de la salud que incluían otros trastornos del sueño o insomnio. En los resultados de este metaanálisis el 58.3% reportaron beneficios en los resultados frente a un 29.2% que

no informaron beneficios, y un 12.5% informaron con resultados mixtos que indicaron mejoras en algunos resultados del sueño, pero no en todos (Chamine et al., 2018).

El uso de la hipnosis como tratamiento para la falta de sueño ha mostrado beneficios tanto para el insomnio agudo como para el crónico, habiendo mejoras clínicas en el sueño en mujeres menopaúsicas. En este metaanálisis efectuado, concluyó que la percepción de la mala calidad de sueño mejoró en el 50% - 70% a lo largo del tiempo (Otte et al., 2020). En el estudio de caso de Mangioni (1986) tratado mediante hipnosis y técnicas conductuales los resultados indicaron mejoras en la duración y la calidad del sueño, incluso informó del hecho en el paciente de padecer menos ansiedad asociada con el tiempo pasado despierto en la cama.

Las intervenciones de Han et al. (2019) se desarrollaron en 2018, provisto de una muestra de 48 pacientes que padecían ansiedad leve e insomnio crónico, con el objetivo de investigación sobre el modelo de optimización en tratamiento no farmacológico del insomnio. La conclusión es que la TCC combinada con hipnosis puede mejorar significativamente la ansiedad, estado de ánimo y calidad de sueño, teniendo un efecto de tratamiento estable en el tiempo que sin hipnosis. Por otro lado otro estudio anterior, con una muestra de 61 pacientes en condiciones similares, concluye que la intervención psicoterapéutica que involucra técnicas de relajación e hipnosis clínica ha sido un método eficaz, y que conduce a resultados positivos entre el paciente sintomatológico ansioso-depresivo que experimenta insomnio primario o secundario (Holdevici, 2014).

En general, la revisión efectuada y los metaanálisis encontrados, indican efectos positivos en las intervenciones de hipnosis sobre el sueño, encontrando datos que evidencian beneficios en los resultados tanto en los participantes que han utilizado sesiones individuales, como aquellos con sesiones grupales y grabaciones en audio únicamente, y son estas últimas que pueden reforzar el tratamiento aumentando la eficacia (Chamine et al., 2018). Además se demuestra que con un promedio de 3 a 4 sesiones en cada participante fue suficiente para obtener beneficios, informando en los resultados de los efectos positivos de la hipnosis sobre el sueño (Chamine et al., 2018).

Respecto a la autohipnosis se evidencia la importancia de que se efectúe un entrenamiento en el paciente. Con una muestra de 84 estudiantes, que padecían depresión e insomnio y mediante un entrenamiento en autohipnosis, los resultados fueron más satisfactorios en aquellos que habían tenido el entrenamiento previo (Basim, 2018). Otro estudio de Graham et al. (1975) también comparó la efectividad de la hipnosis y el entrenamiento de relajación en el tratamiento del insomnio. Los resultados en la muestra de 22 estudiantes informaron de una mejora sustancial después de dicho entrenamiento.

Para concluir este apartado, señalar el estudio de caso Sulaiman (2014) donde expone que la autohipnosis se puede aplicar para superar también otros problemas, ya que los resultados incluyeron la supresión de los pensamientos compulsivos negativos del participante y se centró en los positivos, además de un aumento de las horas de sueño y la facilidad para dormir, aumentando notablemente la calidad de vida de dicho participante.

3. Problema

Diversos estudios han reflejado la importancia de los resultados en intervenciones terapéuticas basadas en la técnica de hipnosis, por ejemplo Mendoza y Capafons (2009), concluyen en su estudio que “la hipnosis es un coadyuvante a otras intervenciones que ayuda a los pacientes a manejar y mejorar en una amplia variedad de problemas psicológicos y médicos, así como su calidad de vida”. Destacando que las investigaciones revisadas han usado la hipnosis bien como única intervención o bien como coadyuvante a otras terapias, y como indica Capafons (1998), la hipnosis no parece en sí misma provocar ningún efecto colateral pernicioso. Por otro lado, hay que incidir que, los tratamientos para el insomnio crónico es uno de los motivos de consulta mayoritarios en las unidades de sueño de medio mundo y que tan solo un 10% de pacientes en España son tratados de forma adecuada (Diez et al., 2016).

Todo ello motiva a explorar alternativas no farmacológicas en el tratamiento del insomnio crónico ya que los hipnóticos deben ser utilizados con precaución y en tratamientos individualizados. Según concluye en su estudio (Diez et al., 2016), dado los efectos secundarios y su habituación, nunca deben considerarse la base principal del tratamiento ya que a largo plazo aporta muchos riesgos. A diferencia de muchas terapias farmacológicas, la hipnosis, a modo de intervención conductual, cuenta con múltiples beneficios (Chamine et al., 2018), ya que esta técnica una vez aprendida, el paciente puede utilizarla para otros problemas (Carey y Burish, 1998; Redd et al., 2001; citados en Montgomery et al., 2002).

Se parte de la base que los episodios de insomnio son referidos como largos periodos de vigilia, con dificultad de consolidar o mantener el sueño y es en este estado de vigilia que se da una desmesurada preocupación al sueño por parte del paciente, además de padecer una excesiva tensión somática en la cama, siendo incapaz de relajarse para poder conciliar el sueño (Gállego Pérez-Larraya et al., 2007). El presente diseño de intervención pretende destacar la importancia de una intervención con herramientas que puedan coexistir, de manera coadyuvante y que no priorice el incremento de terapias psicofarmacológicas. Se plantea una intervención mediante hipnosis, como técnica, y considerando el estado del paciente en los episodios de insomnio con la referida excesiva tensión somática en la cama. Por todo ello se ha seleccionado un modelo de hipnosis más dinámico y que no requiera de ningún estado de relajación, trance, ni estado diferente de consciencia como es la metodología del Modelo de la Hipnosis Despierta de Valencia (Alarcón y Capafons, 2006; Alarcón et al., 2006; Mendoza y Capafons, 2009^a; Mendoza et al., 2017; Mendoza y Capafons, 2018), de este modo se pueda constatar de una manera veraz la eficacia de la hipnosis por si sola.

Hay que tener en cuenta que existen escasas investigaciones que evalúen las intervenciones, además de los pocos protocolos específicos con hipnosis para poder aplicar en el insomnio crónico, ya que la mayoría de la revisión de referencias efectuada se encuentran enfocadas en otras patologías, tal como terminan señalando Chamine et al. (2018) y Serban et al. (2013). Sobre la eficacia clínica del Modelo de Valencia de Hipnosis despierta, cada vez está siendo más utilizado con éxito en la práctica clínica por terapeutas en España y otros países, con ensayos clínicos

aleatorizados y publicados (Mendoza y Capafons, 2018), pero con muy escasos estudios en el ámbito del insomnio crónico.

El objetivo de la intervención con hipnosis ha de favorecer a largo plazo la calidad de vida del paciente y siempre que sea posible conseguir la máxima desmedicalización en el tratamiento del insomnio crónico. Es importante destacar que la hipnosis tan solo es un facilitador para poder aplicar diferentes herramientas terapéuticas. Todo ello teniendo en cuenta las capacidades, aspectos a mejorar e intereses, factores imprescindibles, para llevar una buena intervención, y obtener asimismo eficiencia, que ayude al paciente diagnosticado con insomnio crónico. La propuesta que se realiza en este trabajo es una intervención que a través de la técnica de hipnosis pueda ser aplicada de manera coadyuvante.

4. Preguntas y objetivos

A raíz de lo anterior nos hemos planteado las siguientes preguntas:

1. ¿La Hipnosis es eficaz como tratamiento coadyuvante no farmacológico frente al insomnio crónico?
2. ¿Existe relación entre el grado de sugestionabilidad del insomne y los resultados obtenidos?

Como objetivo general de la presente investigación proponemos:

- Determinar la utilidad de la hipnosis como tratamiento coadyuvante frente al insomnio crónico.

Los objetivos específicos serían:

- Analizar el nivel de eficiencia que presenta la hipnosis en la atenuación o remisión del insomnio.
- Identificar la relación entre nivel de sugestionabilidad del participante tras la aplicación del programa de hipnosis con los resultados obtenidos en la atenuación o remisión del insomnio.
- Aplicar el Modelo de Valencia de Hipnosis Despierta.
- Dotar al insomne de la herramienta (autohipnosis) que pueda aplicar de manera autónoma, con el beneficio de ser parte activa en la intervención y de la solución al problema.
- Incrementar la calidad de vida en los pacientes con insomnio crónico a través de los beneficios que reporta el tratamiento con autohipnosis.

5. Propósito de la intervención

El propósito del diseño de esta intervención es poder comprobar si la hipnosis, y concretamente el Modelo de Valencia de Hipnosis Despierta, es una herramienta útil y eficaz como coadyuvante de las intervenciones psicológicas concretamente en el caso del insomnio crónico. Se persigue que estos pacientes puedan beneficiarse de una mejoría significativa en su salud con el beneficio añadido, en algunos casos, de poder conseguir una desmedicalización en los tratamientos farmacológicos y con ello una mejora sustancial en su calidad de vida.

También pretendemos contribuir en el campo de la intervención clínica ya que las referencias encontradas delatan la utilidad de realizar más investigaciones, descriptivas y experimentales, con herramientas, que puedan servir en un futuro para obtener más evidencia de la utilidad en esta materia, y con ello poder proporcionar al paciente una mejoría en la calidad de vida con una técnica coadyuvante no farmacológica.

Con la realización de este proyecto, se espera obtener una propuesta de intervención que englobe un programa de entrenamiento en hipnosis y autohipnosis siguiendo la secuencia de intervención clínica del Modelo de Hipnosis Despierta de Valencia. Sin olvidar que, en el caso de ser aplicado, el programa debería adaptarse a las peculiaridades que se puedan encontrar en cada caso en particular.

6. Método

6.1 Diseño de la intervención

Mediante esta intervención queremos comprobar los resultados del tratamiento con hipnosis en sujetos con insomnio crónico. El enfoque de evaluación de los resultados del presente diseño de intervención es predominantemente cuantitativo ya que el marco de observación del insomnio y de los resultados se efectúan mediante un instrumento objetivo. También se efectúa una evaluación previa del nivel de sugestión de los sujetos que concreta datos categóricos ordinales. Se interviene para verificar si la variable independiente, la intervención psicoterapéutica que incluye técnicas de hipnosis, tiene un efecto significativo sobre la variable dependiente, el insomnio crónico. Teniendo en consideración también la (posible) variable predictora que será el nivel de sugestionabilidad inicial del sujeto.

Para seleccionar la muestra y descartar psicopatologías significativas, o un deterioro cognitivo severo, se aplica un breve cuestionario de detección psicológica a los aspirantes a participantes. Al concretar la muestra, en primer lugar, se evalúa en la totalidad de los participantes el índice de insomnio crónico que tienen mediante *el índice de Gravedad de Insomnio ISI* (Fernández-Mendoza et al., 2012). También se mide el índice de sugestionabilidad mediante la *Escala de Sugestionabilidad de Barber en su adaptación catalana BSS* (Pellicer et al., 2017), para conocer el comportamiento base de los sujetos y evaluar, en los resultados finales, si el factor sugestión es condicionante o decisivo para poder predecir la utilidad de la terapia en cada sujeto.

A continuación, a través del terapeuta asignado, se efectúan unas sesiones de terapia de manera individualizada pero generalizada para poder personalizar al máximo la aplicación del ensayo clínico, donde el sujeto aprende las estrategias de autohipnosis que va a utilizar de manera ambulatoria y autónoma ante los episodios de insomnio crónico. Al final del periodo del ensayo, se evalúa de nuevo el índice de insomnio crónico para observar los resultados de la terapia recibida.

Los resultados de la muestra son recopilados, procesados de manera cuantitativa e interpretados para poder dar respuesta al objetivo general de conocer la utilidad de la hipnosis como tratamiento coadyuvante frente el insomnio crónico. Respecto a los objetivos específicos, los datos permiten conocer el nivel de utilidad de la terapia de hipnosis en la atenuación o remisión del insomnio, también permite identificar la relación entre el nivel de sugestionabilidad inicial del sujeto y los resultados frente el insomnio, si este factor es condicionante y pueda servir como predictor. Todo ello aplicando en el estudio clínico el Modelo de Valencia de Hipnosis Despierta y sin obviar que los resultados no pueden generalizarse ya que están sujeto al ámbito de la muestra obtenida y con las limitaciones que también pueda conllevar.

6.2 Participantes

El tipo de muestreo es no probabilístico de conveniencia, seleccionando intencionadamente los participantes. La muestra consiste en pacientes que tengan un diagnóstico de insomnio crónico y que puedan estar o no con tratamiento farmacológico. Se concreta en un número aproximado de 50 personas que participen, dictaminado en base al tamaño medio encontrado en la revisión sistemática del metaanálisis de la muestra de estudio en Chamine et al. (2018).

El criterio para la inclusión adicional es que sean mayores de 18 años y como criterio de exclusión comprende la evidencia de psicopatologías significativas que puedan interferir en el estudio o bien que haya un deterioro cognitivo severo, esto se evaluaría con un cuestionario de detección psicológica por teléfono durante la primera interacción con el participante (Mendoza et al., 2017). Como aspecto ético para destacar, la participación debe ser altruista y de manera voluntaria, los datos se registrarán de forma anónima asegurando la confidencialidad de los mismos. El protocolo del estudio deberá seguir la Declaración de Helsinki, además si se efectúa en el ámbito del Estado Español deberá cumplir la normativa actual de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, o bien la normativa análoga del país de residencia del participante. Se ofrecerá un consentimiento informado para que lo firmen los participantes.

6.3 Instrumentos

Para evaluar el insomnio se aplica el Índice de Gravedad del Insomnio (ISI), *Insomnia Severity Index* (Fernández-Mendoza et al., 2012), que mide la presencia de insomnio y el grado de malestar causado, en su versión adaptada de la primera traducción al castellano del cuestionario, incluyendo cambios a la versión inglesa de Bastien CH et al. (Sleep Medicine, 2001 cita en Cibersam, 2015). Lo compone un cuestionario estructurado, breve, sencillo, tipo Likert y auto administrado que evalúa

la gravedad del insomnio. Esta versión consta de 5 ítems y la evaluación se efectúa en una escala de 5 puntos que consiste en 0 = Nada; 1 = Un poco; 2 = Algo; 3 = Mucho; 4 = Muchísimo con un resultado de 0 a 28. Los valores ≥ 10 son indicativos de insomnio clínico significativo. Se administra una evaluación previa y otra posterior al tratamiento para valorar el grado de evolución o remisión del insomnio en el sujeto.

Estudios previos han demostrado que tanto la versión en inglés como en español poseen buenas cualidades psicométricas (Morin et al., 2011; Fernández-Mendoza et al., 2012). En la versión de Fernández-Mendoza et al (2012), el alfa de Cronbach fue de .82, obteniendo unos ítems homogéneos dado que la Correlación elemento-total corregida varió en un rango de .47 a .71. Los datos se ajustaron a un modelo de tres factores con dos de ellos correlacionados. La prueba mostró alta correlación con la escala PSQI y las escalas POMS de ansiedad, depresión y fatiga, y una correlación débil o inexistente con la ESS.

Para evaluar el grado comportamental de sugestionabilidad inicial se aplica la Escala de Sugestionabilidad de Barber (BSS), *Barber Suggestibility Scale* en su adaptación catalana (Pellicer et al., 2017). Está compuesto de 8 sugerencias, de ellas 2 motoras como es el descenso del brazo y la levitación del brazo, 3 de reto motor como son el bloqueo de manos, inhibición verbal y la inmovilidad corporal y 3 cognitivas, como son la alucinación de sed, respuesta post hipnótica y amnesia selectiva. Se administra en consulta y es mediante datos del observador más un autoinforme que el sujeto debe valorar, evaluando como ha influido en el cada una de las instrucciones en función de las alternativas de respuestas reflejadas. Con todo ello, la hoja final de respuestas a modo de resumen incluye los datos obtenidos y las puntuaciones observacionales, estimando su grado o nivel de sugestionabilidad (bajo, medio-bajo, medio-alto y alto). La forma de administración es individualizada sin inducción hipnótica previa.

Esta adaptación catalana, obtiene una fiabilidad equiparable a la BSS original y superior a la inglesa y la puertorriqueña. Se encuentra una convergencia en las medidas de las subescalas objetivas y subjetivas, sobre todo en las sugerencias cognitivas.

Tabla 5

Índices de fiabilidad BSS versión catalana (Pellicer et al., 2017)

Subescalas	Objetivas	Subjetivas
Alfa de Cronbach	.80	.70
Fiabilidad de 2 mitades (Spearman-Brown)	.82	.74
Correlación entre las dos mitades	.70	.59

Correlación Obj/Subj = .68 $p < .001$.

6.4 Procedimiento

El primer paso es efectuar la selección de la muestra compuesta por 50 personas diagnosticadas con insomnio crónico, si bien, se deben descartar los sujetos con psicopatologías significativas o que tengan un deterioro cognitivo severo. Para ello se aplica un breve cuestionario de detección psicológica por teléfono determinado por el juicio del médico o del psicólogo durante la primera interacción con el participante, siempre teniendo en cuenta la técnica de muestreo descrita anteriormente y los criterios de inclusión y exclusión. Los aceptantes firmaran el consentimiento informado.

Se propone intervenir con 4 sesiones de tratamiento activo de manera individualizada efectuada por un médico o psicólogo en consulta que este familiarizado con el modelo clínico de proceder de la Hipnosis Despierta de Valencia (MVHD), o bien, previamente se instruya en sus fases y Administración. La duración de las sesiones es de una hora aproximada.

Primera sesión: Evaluaciones previas y presentación cognitivo-comportamental de la hipnosis.

Se evalúa el índice de insomnio crónico en el sujeto mediante la administración del cuestionario Índice de Evaluación de Insomnio (ISI), es auto administrado y tiene una duración aproximada de 10'. Después se va a medir el índice de sugestión mediante la Escala de Sugestionabilidad de Barber (BSS) en su adaptación catalana, sin inducción hipnótica previa. El terapeuta como observador recoge datos de los ejercicios aplicados al sujeto y éste también elabora su parte autoadministrada, ambos son fusionados en la hoja final de respuestas. En esta misma sesión se facilita al sujeto las recomendaciones de higiene del sueño (Tabla 2).

En la segunda parte de la primera sesión y siguiendo el modelo clínico de proceder del MVHD (Mendoza et al., 2010), se pretende efectuar la presentación cognitivo-comportamental de la hipnosis, instruyendo al sujeto en mitos y creencias falsas de la hipnosis a través de una sesión de naturaleza divulgativa que pueda dar respuesta a todas las dudas que se puedan generar. El objetivo es que el sujeto adquiera confianza y conozca el alcance real de la técnica de hipnosis. Se efectúa una evaluación clínica de la sugestionabilidad que se lleva a cabo sin ninguna inducción hipnótica previa y utilizando ejercicios clásicos de hipnosis: balanceo postural, caída hacia atrás y apretón de manos para que el sujeto se vaya familiarizando.

Segunda sesión: Intervención e instrucción en AHR – Hetero-HVA y metáfora.

Se efectúa la intervención a través de un método breve de autohipnosis (AHR) siguiendo el mismo modelo clínico de proceder del MVHD, con el objetivo de instruir al participante en la técnica que en un futuro deberá autoadministrarse de forma ambulatoria. En un inicio el sujeto puede realizarlo con los ojos cerrados pero una vez afianzado su aprendizaje se instruye para que active todo el proceso con los ojos abiertos. Se trata de unos ejercicios de inducción hipnótica donde los dos primeros están muy relacionados con los de sugestionabilidad, siendo caída hacia atrás, apretón de manos y un tercero que es una sugestión de reto, es decir un ejercicio de confirmación.

En sujetos que puedan presentar dificultades o resistencias con la autohipnosis, se puede plantear como apoyo y complemento la Hetero-HVA (mano alerta). Con ello se pretende activar recursos del sujeto dinámicos por ello se solicitará que efectúe un leve ejercicio físico (mover la mano dominante rítmicamente hasta alcanzar a automatización del movimiento) así, a modo de ejemplo, podría caminar mientras permanece hipnotizado promoviendo mayor nivel de sugestión.

Una vez el sujeto ya ha experimentado la hipnosis se pasa al siguiente paso en el modelo clínico de proceder del MVHD, y es elaborar una metáfora didáctica sobre la hipnosis con objetivo de transmitir que la técnica no es peligrosa, implica una perseverancia para cambiar conductas y la importancia como coadyuvante en el tratamiento del insomnio crónico. Se le pide al sujeto que se imagine a sí mismo afrontando una serie de dificultades ficticias (por ejemplo, sobrevivir en una jungla), que va resolviendo con éxito gracias a su esfuerzo y al uso correcto de un machete que representa a la hipnosis en la historia. En todo el proceso el terapeuta ha de establecer un juego con el sujeto para comprobar cómo responde a una serie de estímulos (bolígrafo, llaves, cualquier objeto o situación incluso imaginario), que reacciones provocan y que significado les da para poder usarlos como metáforas en la terapia.

Es importante incluir sugerencias terapéuticas personalizadas en la sesión a modo de instrucciones, sugerencias post-hipnóticas para que el sujeto pueda activar la experiencia en las futuras prácticas sucesivas. Por ejemplo: “En la próxima sesión cuando nos encontremos y ponga mi mano en tu brazo derecho, si lo deseas podrás volver a sentirte igual de hipnotizado que ahora, con tu mente receptiva y dispuesta a funcionar con eficacia”, otro ejemplo sería: “Cuando cruces tus dedos índice y medio de la mano derecha podrás experimentar un estado de pesadez en todo el brazo, como si fuera mármol muy pesado, como si estuviera dormido... observa si esto también sucede en tu otro brazo, o no, y cómo reacciona el resto del cuerpo...es una forma de descubrir lo que nuestra mente inconsciente puede hacer por nosotros ...” (Mendoza et al., 2010). En la tabla 3 se detallan ejemplos de tipos de sugerencias para poder crear e introducir en la sesión de hipnosis.

Tercera y cuarta sesión: Intervención y consolidación del MVHD.

Se repite la intervención anteriormente efectuada personalizándola, si fuera el caso, con el objetivo consolidar modelo clínico de proceder del MVHD para maximizar los posibles resultados. Se insta al sujeto que haga prácticas replicando todo el aprendizaje recibido y que experimente en los sucesivos días las sugerencias de práctica y entrenamiento.

Una vez finalizadas las cuatro sesiones y estado capacitados en el Modelo de Valencia de Hipnosis Despierta, los sujetos deben autoadministrar por la noche el método breve de autohipnosis adquirido para controlar los síntomas del insomnio crónico.

Al final del periodo del ensayo, se evalúa de nuevo el índice de insomnio crónico mediante el cuestionario Índice de Evaluación de Insomnio (ISI), para observar los resultados de la terapia recibida.

7. Análisis planteados

Para conocer los resultados del objetivo del presente diseño de intervención que no es otro que conocer la utilidad de la hipnosis como tratamiento coadyuvante frente el insomnio crónico, se precisa procesar y analizar los datos obtenidos del Índice de Gravedad del Insomnio (ISI), como variable dependiente (VD) que es el mentado insomnio crónico, obteniendo datos al inicio y al fin del tratamiento para poder apreciar las diferencias. Se proceden a analizar los datos de forma cuantitativa mediante una estadística descriptiva con análisis de los promedios y desviaciones típicas. Para la comparación (antes-después) se emplean datos ponderados sobre la muestra completa mediante la Prueba *t de Student*.

Respecto al objetivo específico de identificar si el nivel inicial de sugestionabilidad del participante (a modo de comportamiento base) puede influir en los resultados de la atenuación o remisión del insomnio tras la aplicación del programa de hipnosis, se necesitan procesar los datos obtenidos de la Escala de Sugestionabilidad de Barber (BSS), en su adaptación catalana. Los cálculos se proceden analizar mediante un modelo de regresión lineal múltiple para conocer la predicción de las variables independientes predictoras de sugestionabilidad y de la aplicación de la hipnosis ante la variable dependiente que es el insomnio. A través del software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) se capturan los datos y se procede a su análisis. Se emplea el *t-test* para calcular la significancia (*p-value*) y el intervalo de confianza. Se verifica la eficiencia del modelo con el *test F* o el *coeficiente de determinación R²* y una vez se genera el modelo se puede predecir el valor de la variable dependiente con los intervalos de predicción. Para conocer la variabilidad que puede explicar cada uno de los predictores incorporados en el modelo se puede recurrir a un ANOVA para poder analizar la varianza.

8. Discusión

De manera general los hallazgos derivados pueden informar de resultados que determinen en mayor o menor medida un buen nivel de eficiencia que presenta la hipnosis en la atenuación o remisión de los síntomas del insomnio, ya que en la revisión efectuada se han encontrado ensayos que así lo sugieren, existiendo la certeza de la utilidad sobre todo en entornos clínicos (Mendoza y Capafons, 2009). El entrenamiento y la aplicación en hipnosis predice una reducción del dolor, por lo que deriva en una reducción de analgésicos (Montenegro, 2017), por ello la utilidad está demostrada y concretamente en el manejo del dolor que es una de las experiencias más molestas en un paciente.

En estos hallazgos se puede evidenciar la utilidad de la hipnosis como tratamiento coadyuvante frente el insomnio crónico, ya que la revisión de estudios así lo indica, concretamente en el metaanálisis de Chamine et al. (2018), centradas específicamente en intervenciones de hipnosis sobre el sueño, en la cual avala que más de la mitad de participantes indicaron efectos positivos de la hipnosis sobre los resultados del sueño. En referido metaanálisis, se encuentra una tasa de eventos adversos muy baja ya que en muchos estudios no se informa, por lo que se puede

cuestionar incluirlo en futuros estudios para poder abordar este punto y poder valorar. El beneficio de la hipnosis se da tanto en sesiones individuales, como aquí se presentan, como en sesiones grupales.

Otro de los beneficios más desconocidos en un gran porcentaje de pacientes que pueden mantener los resultados positivos de la terapia con hipnosis hasta cinco años, así lo determina (Gonsalkorale et al., 2003; Hidalgo, 2011) . En contraposición hay reportes que indican que si en un principio el paciente experimenta alivio en los síntomas, pero lo es en tiempo limitado, explicándose que el beneficio es una mejora instantánea tras los ejercicios de mantenimiento pero que no se mantienen en el tiempo (Montenegro, 2017).

Por otra parte se carece de información del uso de las instrucciones en la higiene del sueño, según la tabla 1, que puede impulsar junto con la hipnosis una mejora, ya que hay pocas intervenciones que hayan reportado datos (Chamine et al., 2018). En esta propuesta de intervención se entrega al sujeto estas instrucciones como mero instrumento con el objetivo de informar, pero no está sujeto a ninguna variable en la investigación.

Capafons (2001) manifiesta que “la evidencia empírica indica que la eficiencia de un programa terapéutico al que se le adjunta hipnosis, puede depender precisamente del método de inducción que se utilice” (Alarcón y Capafons, 2006), por ello entre los objetivos que motivan la presente propuesta de diseño de intervención se encuentra la aplicación del Modelo de Valencia de Hipnosis Despierta, al tratarse de una herramienta nueva no se puede encontrar muchas referencias que expongan casos, destacando que se necesita de más evidencia para poder consolidarlo como una alternativa en hipnosis ya que introduce métodos, como estrategias de afrontamiento y autocontrol, evitando el concepto de trance o estados alterados de consciencia, asimismo enfatizando la participación activa del paciente en todos los procedimientos (Mendoza y Capafons, 2018). Además, el uso de la hipnosis con métodos de inducción que sugieren tanto la relajación como el estado de alerta, sumado al hecho de que la hipnosis se puede utilizar sin cerrar los ojos, reporta que hay un beneficio evidente diferencial con la aplicación de diferentes técnicas o métodos de hipnosis.

Existen actualmente estudios de caso y ensayos clínicos aleatorizados publicados que en todos ellos donde se han reportado beneficios al utilizar el Modelo de Valencia de Hipnosis Despierta, manteniéndose los resultados en los tiempos estudiados, informando que el tratamiento fue agradable para el paciente pudiendo controlar los síntomas objeto de la intervención y ganando confianza en la técnica aumentando su adherencia a las asignaciones de tareas clínicas propuestas (Mendoza et al., 2017). Resumiendo, tan solo la aplicación de ensayos clínicos basado en este modelo ya cumpliría las expectativas iniciales, ya que se requiere de más evidencia tanto clínica como científica. Pero no se ha que perder de vista las limitaciones de los estudios, por ello por esta parte quedaría cumplido la motivación inicial con tan solo la replicación del modelo de intervención propuesto en futuros ensayos.

9. Conclusiones

La presente propuesta de diseño de intervención en hipnosis como coadyuvante no farmacológico en el tratamiento de insomnio crónico se basa en dos ejes estructurales. El primero es hacer una pequeña revisión del insomnio como patología que afecta al ser humano que lo padece y que tanto beneficia a las industrias farmacéuticas con personas polimedicadas (Coronado Vázquez, 2008), en busca de tan ansiado descanso nocturno, por ello esta autora valora el poder ofrecer técnicas que si tienen éxito pueda conllevar a un descenso de la medicalización del paciente.

El segundo es acerca la gran desconocida que es la hipnosis, tras sus mitos y creencias erróneas por parte de la mayoría de la población, es una herramienta infravalorada en nuestro tiempo. A través de estudios de caso y ensayos clínicos, se evidencian los múltiples beneficios que aportan al paciente, sin efectos secundarios, siendo una técnica que necesita de futuras investigaciones. En este diseño de intervención se sugiere implementar el Modelo de Valencia de Hipnosis Despierta como un campo nuevo a explorar ya que sus métodos tan buenos resultados están reportando, rompiendo el esquema de las hipnosis generales e integrando al paciente de una manera activa en todos los procedimientos. El hecho de haber seleccionado este modelo está motivado por presentar un método que pueda afrontar el paciente insomne de forma ambulatoria y no esté basado en protocolos de relajación, ya que justamente estos pacientes tienen una excesiva tensión somática en la cama y el esfuerzo de buscar la relajación puede frustrar más su intento, evitando con ello la pérdida de adherencia al programa. Asimismo, los resultados que puedan obtenerse del ensayo clínico se podrían atribuir exclusivamente a la hipnosis y concretamente en el modo vigilia.

Las limitaciones encontradas se deben a la falta de bibliografía concreta que aborde la Hipnosis y el insomnio crónico, tal como en otros apartados he manifestado, no hay muchos ensayos clínicos que puedan ser tomados como referencia para poder aportar en el estudio así que la búsqueda documental sobre el tema escogido ha sido una tarea constante, tal como también refleja el calendario de trabajo (Anexo 1).

La elaboración del presente TFG ha sido un gran reto personal que, aunque ha requerido de un gran esfuerzo por la autora es mucha la gratificación de poder implementar en un documento parte de los aprendizajes durante estos años. Un punto clave ha sido la motivación por el tema escogido, reconociendo que es algo que debe estar latente en la investigadora, ya que es el punto que mantiene la persistencia en el trabajo. Sobre la planificación propuesta inicialmente hay que manifestar que es correcta, aunque las etapas de seleccionar las fuentes para la construcción del marco teórico e integrar el conocimiento ha sido continuo en este caso. A paso dado, opciones casi infinitas se iban abriendo y es en la tarea de estructurar siguiendo el hilo conductor, el que se ha tenido que ir centrando para no acabar en temas que, si bien eran interesantes, se corría el riesgo de dispersión ya que el tiempo dedicado ha estado limitado por las responsabilidades laborales de la autora.

Quizás la parte más grande del aprendizaje ha sido la flexibilización, el obtener unos borradores en base a la línea argumental objeto de la investigación y tener que

ir modificando ya que al abrirse nuevas fuentes ha ido cambiando todo el paradigma. Este ha sido un punto de conflicto interior pero que una vez detectado y aprendido se ha integrado como catalizador que ha facilitado saltar a nuevas áreas gratificando personalmente, aunque fuera en detrimento de los intereses iniciales que lógicamente han ido evolucionado a lo largo de la elaboración del trabajo. Se puede resumir que la relación con el presente TFG ha sido de simbiosis, donde tanto el trabajo, como los conocimientos, se han ido retroalimentando mutuamente consiguiendo el poder desarrollar una propuesta de intervención que satisface los esfuerzos, aunque se haya carecido de más tiempo de dedicación.

Para finalizar y como reflexión final es necesaria la realización de más investigación que esté provista de muestras más grandes. La técnica es útil, versátil y eficaz, por ello se necesitan ensayos clínicos que la avale para que más pacientes puedan beneficiarse de las diferentes aplicaciones de la hipnosis. Se trata de algo sencillo, inocuo, que una vez aprendido tal como hemos visto anteriormente racionaliza los recursos humanos, ambientales y económicos.

10. Referencias bibliográficas

- Alarcón, A., & Capafons, A. (2006). El modelo de valencia de hipnosis despierta ¿técnicas nuevas o técnicas innovadoras?. *Papeles Del Psicólogo*, 27(2), 70–78. <https://www.redalyc.org/pdf/778/77827202.pdf>
- Alarcón, A., Capafons, A., Cabañas, S., & Espejo, B. (2006). Análisis factorial exploratorio y propiedades psicométricas de la escala de valencia de actitudes y creencias hacia la hipnosis, versión terapeuta. *Psicothema*, 18(4), 810–815. <https://roderic.uv.es/handle/10550/39079>
- Allen, R. (2011). *Guiones y estrategias en hipnoterapia* (Desclée). <https://www.edesclée.com/img/cms/pdfs/9788433017260.pdf>
- Anderson, J. A. D., Dalton, E. R., & Basker, M. A. (1979). Insomnia and hypnotherapy. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 72(10), 734–739. <https://doi.org/10.1177/014107687907201007>
- Asociación para el Avance de la Hipnosis Experimental y Aplicada. (2017). *Una definición intensional tentativa de hipnosis*. <https://www.aahea.net/definicion-de-hipnosis-aahea-2017/>
- Balam, H., García, A., & Correa, U. J. (2020). Intervención psicológica en trastornos del sueño: una revisión actualizada. *Revista Clínica Contemporánea* (2020), 11(e12), 1–13. <https://doi.org/10.5093/cc2020a9>
- Basim, A. (2018). The effectiveness of self-hypnosis training in reducing depression and insomnia. *Психиатрия, Психотерапия и Клиническая Психология*, 9(1), 30–39. <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=32576562>
- Bernstein, D., Borkovec, T. D., & Hazlett-Stevens, H. (2000). *New Directions in Progressive Relaxation Training: A Guidebook for Helping Professionals*. 171. <https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=mgChy82zL6MC&oi=fnd&pg=PA1&dq=New+directions+in+progressive+relaxation+training.Bernstein+DA,+Borkovec+TD,+Hazlett-Stevens+H.&ots=N0dxhbatRH&sig=iR9WqUgukQRrtNUyOJka6BTj-wA>
- Cabrera, Y., López, E. J., Ramos, Y., González, M., Valladares, A. M., & López, L. (2013). La hipnosis: una técnica al servicio de la Psicología. *Medisur*, 11(5), 534–541. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2013000500008&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Capafons, A. (1998a). Hipnosis clínica: Una Visión. *Papeles Del Psicólogo*, 69, 71–88. https://www.researchgate.net/publication/28070584_Hipnosis_clinica_una_vision_cognitivo-compportamental/link/0fcfd51463d0fbc7d1000000/download
- Capafons, A. (1998b). Rapid self-hypnosis: A suggestion method for self-control.

- Capafons, A. (1999). La hipnosis despierta setenta y cuatro años después. *Anales de Psicología / Annals of Psychology*, 15(1), 77–88. <https://revistas.um.es/analesps/article/view/31121>
- Capafons, A. (2001). *Hipnosis*. Síntesis.
- Capafons, A., & Mazzoni, G. (2005). Recuerdos ¿Es lo peligroso de la hipnosis el hipnoterapeuta?: Hipnosis y falsos recuerdos. *Papeles Del Psicólogo*, 25(89), 27–38. <https://www.redalyc.org/pdf/778/77808905.pdf>
- Carrillo-Mora, P., Ramírez-Peris, J., & Magaña-Vázquez, K. (2013). Neurobiología del sueño y su importancia: antología para el estudiante universitario. *Revista de La Facultad de Medicina (México)*, 56(4), 5–15. <https://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2013/un134b.pdf>
- Chamine, I., Atchley, R., & Oken, B. S. (2018). Hypnosis Intervention Effects on Sleep Outcomes: A Systematic Review. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 14(2), 271–283. <https://doi.org/10.5664/jcsm.6952>
- Cibersam. (2015). *Ficha técnica del instrumento*. Cibersam. <https://bi.cibersam.es/busqueda-de-instrumentos/ficha?Id=255>
- Coronado Vázquez, V. (2008). *Efectividad del tratamiento no farmacológico para el insomnio crónico de pacientes polimedicados* [Universidad de Sevilla]. <https://doi.org/10.1016/j.semerng.2010.01.003>
- Díaz, M. S., & Pareja, J. A. (2008). Tratamiento del insomnio. *Información Terapéutica Del Sistema Nacional de Salud*, 32(4), 116–122. https://www.mscbs.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/infMedic/docs/vol32_4TratInsomnio.pdf
- Diez, S., García, B., & Aladro, M. (2016). Priorizando el tratamiento no farmacológico en el insomnio. *RqR Enfermería Comunitaria*, 4(2), 30–43. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5501375&info=resumen&idoma=ENG>
- Edmonston, W. E. (1986). Hypnosis and social suggestibility. *Behavioral and Brain Sciences*, 9(3), 470–471. <https://doi.org/10.1017/S0140525X00046586>
- Fernández-Mendoza, J., Rodríguez-Muñoz, A., Vela-Bueno, A., Olavarrieta-Bernardino, S., Calhoun, S. L., Bixler, E. O., & Vgontzas, A. N. (2012). The Spanish version of the Insomnia Severity Index: A confirmatory factor analysis. *Sleep Medicine*, 13(2), 207–210. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2011.06.019>
- Gállego Pérez-Larraya, J., Toledo, J. B., Urrestarazu, E., & Iriarte, J. (2007). Clasificación de los trastornos del sueño. *Anales Del Sistema Sanitario de Navarra*, 30(Supl.1), 19–36. <https://doi.org/10.1016/b978-84-8086-733->

- Gasull, V. (2021). Abordaje del paciente con ansiedad e insomnio. *Actualidad y Controversias En Psiquiatría. Retos Del Abordaje Del Paciente En Tiempos de Pandemia.*, 6, 22–26. <https://brainnews.prosaludmental.es/wp-content/uploads/2021/02/La-opinion-expertos-6.pdf#page=24>
- Gonsalkorale, W. M., Miller, V., Afzal, A., & Whorwell, P. J. (2003). Long term benefits of hypnotherapy for irritable bowel syndrome. *Gut*, 52(11), 1623–1629. <https://doi.org/10.1136/gut.52.11.1623>
- González, H., & Miguel-Tobal, J. J. (1993). Aplicaciones de las técnicas de hipnosis en el ámbito cognitivo-conductual. *Informació Psicològica*, 53, 41–51. <http://www.informaciopsicologica.info/OJSmottif/index.php/leonardo/article/view/1108>
- González Ordi, H. (2006). Hipnosis Clínica: Aplicaciones de las técnicas de sugestión en psicología clínica y de la salud. *Psicología Conductual*, 14(3), 467–490. https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2020/04/08.Gonzalez_14-3oa.pdf
- Graham, K. R., Wright, G. W., Toman, W. J., & Mark, C. B. (1975). Relaxation and Hypnosis in the Treatment of Insomnia. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 18(1), 39–42. <https://doi.org/10.1080/00029157.1975.10403769>
- Gutiérrez, F. L. (2014). *La Hipnosis de enfoque indirecto como terapia de atención primaria y su influencia en el trastorno de insomnio psicofisiológico en pacientes de 15 a 25 años atendidos en área de consulta externa del hospital IESS Ambato, durante el periodo junio- octubre* [Universidad Técnica de Ambato]. <http://repositorio.uta.edu.ec/handle/123456789/7481>
- Han, R., Zhao, Y., Lei, Y., Yu, J., & Jiang, C. (2019). Efficacy of hypnosis combined with cognitive behavior therapy for insomnia for intervention of chronic insomnia with anxiety. *Revista de La Tercera Universidad Médica Militar*, 41(4), 394–399. <https://doi.org/DOI: 10.16016 / j. 1000-5404.201809030>
- Harvey, A. G. (2002). A cognitive model of insomnia. *Behaviour Research and Therapy*, 40(8), 869–893. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(01\)00061-4](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(01)00061-4)
- Hernández, F. (2013). *La hipnosis actual y su relación con la terapia cognitivo conductual: Una propuesta de intervención* [Universidad Nacional Autónoma de México]. <http://132.248.9.195/ptd2013/agosto/0699738/0699738.pdf>
- Hidalgo, I. P. (2011). Autohipnosis Ultradiana: ¿Una alternativa de tratamiento del Síndrome de Colon Irritable? *Autohipnosis Ultradiana. Hipnológica*, 4, 32–38. <https://cutt.ly/WcjOoMY>
- Holdevici, I. (2014). Relaxation and Hypnosis in Reducing Anxious-depressive Symptoms and Insomnia among Adults. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 127, 586–590. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2014.03.315>

- Jensen, M. P., McArthur, K. D., Barber, J., Hanley, M. A., Engel, J. M., Romano, J. M., Cardenas, D. D., Kraft, G. H., Hoffman, A. J., & Patterson, D. R. (2006). Satisfaction with, and the Beneficial Side Effects of, Hypnotic Analgesia. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 54(4), 432–447. <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/00207140600856798>
- Kirsch, I., Montgomery, G., & Sapirstein, G. (1995). Hypnosis as an Adjunct to Cognitive-Behavioral Psychotherapy: A Meta-Analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63(2), 214–220. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.63.2.214>
- Lazarus, A. A. (1973). “Hypnosis” as a facilitator in behavior therapy. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 21(1), 25–31. <https://doi.org/10.1080/00207147308409302>
- Lynn, S. J., & Kirsch, I. (2005). Teorías de hipnosis. *Papeles Del Psicólogo*, 25(89), 9–15. <https://www.redalyc.org/pdf/778/77808903.pdf>
- Maestre Rodríguez, A. (2019). *Trastornos del sueño y trabajo a turnos en enfermería* [Universidad de Valladolid]. <http://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/40917/TFG-L2578.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Mangioni, P. V. (1986). Hypnosis and behavioural self-management in the treatment of insomnia. *Australian Journal of Clinical & Experimental Hypnosis*, 14(2), 157–165. <https://psycnet.apa.org/record/1988-36376-001>
- Mendoza, M. E., & Capafons, A. (2009a). Efficacy of clinical hypnosis: A summary of its empirical evidence. *Papeles Del Psicólogo*, 30(2), 98–116. https://www.researchgate.net/profile/Antonio_Capafons/publication/287603805_Efficacy_of_clinical_hypnosis_A_summary_of_its_empirical_evidence/links/56a8ed2808ae40c538a8f219.pdf
- Mendoza, M. E., & Capafons, A. (2009b). Eficacia de la hipnosis clínica: Resumen de su evidencia empírica. *Papeles Del Psicólogo*, 30(2), 98–116. <http://www.cop.es/papeles>
- Mendoza, M. E., & Capafons, A. (2018). Valencia Model of Waking Hypnosis: Background, Research, and Clinical Applications. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 61(2), 108–124. <https://doi.org/10.1080/00029157.2018.1489773>
- Mendoza, M. E., Capafons, A., Espejo, B., & Montalvo, D. (2009). Creencias y actitudes hacia la hipnosis de los psicólogos españoles. In *Psicothema* (Vol. 21). www.psycothema.com
- Mendoza, M. E., Capafons, A., Gralow, J. R., Syrjala, K. L., Suárez-Rodríguez, J. M., Fann, J. R., & Jensen, M. P. (2017). Randomized controlled trial of the Valencia model of waking hypnosis plus CBT for pain, fatigue, and sleep management in patients with cancer and cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 26(11), 1832–

1838. <https://doi.org/10.1002/pon.4232>

Mendoza, M. E., Lamas, J., & Capafons, A. (2010). *Hipnosis Clínica*. <https://psicopedia.org/wp-content/uploads/2013/12/HIPNOSIS-CLINICA.pdf>

Montenegro, B. M. (2017). *Eficacia incremental del entrenamiento de autohipnosis en un programa de afrontamiento psicológico de la fibromialgia* [Universidad de Sevilla]. https://idus.us.es/bitstream/handle/11441/75565/Tesis_Bruno_Moioli.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Montgomery, G. H., & Schnur, J. B. (2005). Eficacia y aplicación de la hipnosis clínica. *Papeles Del Psicólogo*, 89, 3–8. <https://www.redalyc.org/pdf/778/77808902.pdf>

Montgomery, G. H., Wetz, C. R., Seltz, M., & Bovbjerg, D. H. (2002). Brief presurgery hypnosis reduces distress and pain in excisional breast biopsy patients. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 50(1), 17–32. <https://doi.org/10.1080/00207140208410088>

Morales Homar, Guillermo Gallego Sáez, L. M. (2008). *Evaluación de la sugestionabilidad*. *Psiquiatria.Com*. http://www.cop.es/colegiados/b-00722/evaluacion_sugestionabilidad.htm

Morin, C. M., Belleville, G., Bélanger, L., & Ivers, H. (2011). The insomnia severity index: Psychometric indicators to detect insomnia cases and evaluate treatment response. *Sleep*, 34(5), 601–608. <https://doi.org/10.1093/sleep/34.5.601>

Otte, J. L., Carpenter, J. S., Roberts, L., & Elkins, G. R. (2020). Self-Hypnosis for Sleep Disturbances in Menopausal Women. *Journal of Women's Health*, 29(3), 461–463. <https://doi.org/10.1089/jwh.2020.8327>

Papadakis, D. (2013). Exploring the subconscious with hypnosis to alleviate insomnia. *Australian Journal of Clinical Hypnotherapy & Hypnosis*, 35(2), 4. <https://www.hypno-healing.com/wp-content/uploads/2014/08/Exploring-the-Subconscious-with-Hypnosis-to-Alleviate-Insomnia-ASCH-Journal.pdf>

Pellicer, X., Fusté, A., & Rodríguez, J. L. (2017). Adaptació catalana de “l’Escala de Sugestionabilitat de Barber.” *Conference: XXXII Reunió Anual de La Societat Catalana de Recerca i Teràpia Del Comportament (SCRITC)*. <http://hdl.handle.net/2445/111069>

Ramon y Cajal, S., Sols Lucia, A., & Reinoso Suárez, F. (2011). *Recuerdos de mi vida: historia de mi labor científica*. <http://hdl.handle.net/10637/3716>

Real Academia Española. (n.d.). *Diccionario de la lengua española 23.^a ed.* <https://www.rae.es/>

Saiz Vinuesa, M. D. (2020). Intervenciones no farmacológicas para la promoción del sueño en la unidad de cuidados intensivos. *Revista Ene de Enfermería*, 14(2). <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7586199>

- Serban, I. L., Padurariu, M., Ciobica, A., Cojocaru, D., & Lefter, R. (2013). The role of hypnosis and related techniques in insomnia. *Archives of Biological Sciences*, 65(2), 507–510. <https://doi.org/10.2298/ABS1302507S>
- Sulaiman, S. M. (2014). The Effectiveness of Self Hypnosis to Overcome Insomnia: A Case Study. *International Journal of Psychological Studies*, 6(1), 45. <https://doi.org/10.5539/ijps.v6n1p45>
- Talero, C., Durán, F., & Pérez, I. (2013). Sueño: características generales. Patrones fisiológicos y fisiopatológicos en la adolescencia. *Revista Ciencias de La Salud*, 11(3), 333–348. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=56229183008>
- Vassalli, A., & Dijk, D.-J. (2009). Sleep function: current questions and new approaches. *European Journal of Neuroscience*, 29(9), 1830–1841. <https://doi.org/10.1111/j.1460-9568.2009.06767.x>

11. Anexo

CALENDARIO DE TRABAJO

Etapas y Tareas/ Actividades de Seguimiento (PECs)	Febrero		Marzo					Abril				Mayo				Observaciones/ Comentarios estudiantes	Observaciones/ Comentarios consultor/a
	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S5	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4		
0. Acordar conjuntamente con el consultor qué temática se abordará y la organización del proceso de desarrollo del TFG																	
1. Elección del tema																	
1.1. Identificar un tema																	
1.2. Llevar a cabo una búsqueda documental sobre el tema escogido																	
1.3. Establecer objetivos y plantear hipótesis de trabajo																	
2. Planificación del trabajo																	
2.1. Identificar los elementos fundamentales del TFG																	

2.2. Organizar elementos fundamentales del trabajo																	
2.3. Temporalizar las diferentes fases del trabajo																	
3. Desarrollo del trabajo																	
3.1. Seleccionar las fuentes fundamentales para la construcción del marco teórico de referencia del TFG																	
3.2. Integrar el conocimiento para construir el marco teórico																	
3.3. Interpretar los resultados esperados ¹																	
3.4. Expresarse correctamente con dominio del lenguaje del campo científico en catalán, castellano o en una tercera lengua																	
4. Entrega de la memoria																	