

## LA ANSIEDAD Y SU TRATAMIENTO EN HIPNOSIS CLÍNICA:

La ansiedad es un trastorno, de tipo somatomorfo con sensaciones de: angustia, ahogo, opresión, asfixia, sudoración y sofoco, por lo tanto, se considera una de las somatizaciones básicas de la estructura anímica del hombre y más comúnmente tratadas mediante hipnosis clínica.

La angustia es un sentimiento que invade al sujeto y generalmente su causa permanece desconocida para él mismo. Se trata de una señal de peligro, cuando la causa se conoce y el peligro se sitúa claramente sobre un objeto real y externo al sujeto, se denomina miedo. Si por el contrario, ese miedo no está fundamentado en una amenaza real se denomina miedo irracional o fobia.

La angustia nos vuelve temerosos hacia algo inespecífico, inconcreto, en muchas ocasiones incluso al propio miedo (miedo al miedo) y podemos llamar a eso "Expectativa angustiada".

Esta ansiedad sin objeto, está presente en muchos cuadros clínicos psicopatológicos. De hecho existe un nutrido grupo de trastornos denominados "trastornos de la ansiedad" esto es, el cuadro que presentan conlleva un episodio o crisis de ansiedad.

### Estos serían:

- T.E.: Trastorno de estrés.
- Fobia: Trastorno de miedo irracional.
- T.H.P.: Trastorno histriónico de la personalidad.
- T.N.P.: Trastorno narcisista de la personalidad.
- T.P.E.: Trastorno de la personalidad de evitación.
- T.P.D.: Trastorno de la personalidad de dependencia.
- T.A.R.: Trastorno de la ansiedad reactivo. Presenta 2 variantes:
  - Por enfermedad.
  - Por duelo (Trastorno de duelo).
  
- T.A.G.: Trastorno de la ansiedad generalizado.
- T.O.C.: Trastorno obsesivo compulsivo.
- T.E.P.: Trastorno de estrés post-traumático.
- T.A.P.: Trastorno asocial de la personalidad.
- T.L.P.: Trastorno límite de la personalidad.

**El cuadro de ansiedad se determina cuando el sujeto presenta al menos 4 de los siguientes 13 síntomas:**

- 1) Falta de aliento.
- 2) Taquicardia.

- 3) Opresión.
- 4) Sensación de atragantamiento.
- 5) Sensación de asfixia.
- 6) Miedo a volverse loco.
- 7) Opresión torácica.
- 8) Sudoración fría.
- 9) Temblores o sacudidas.
- 10) Náuseas o vómito.
- 11) Inestabilidad o mareo.
- 12) Despersonalización o desrealización.
- 13) Miedo a morir.

La somatización se caracteriza por trasladar la angustia a un lugar específico del organismo, sin fundamento biológico que lo determine; por ejemplo, una persona al ir al dentista, se le traba la mandíbula o se le seca la boca, a causa del miedo a ser atendida. Aunque el trastorno somatomorfo más común es el gastrointestinal, debido a la gran cantidad de terminaciones nerviosas del estómago, que le hace especialmente vulnerable a este tipo de trastorno. También hablamos de trastornos somatomorfos cuando se trata de embarazos psicológicos, o de casos en los que hay pérdida de sensibilidad, así como anestesia total o parcial, ceguera, sordera y parálisis episódicas, etc.

Otro ejemplo somatomorfo es el estudiante universitario que padece ceguera o miopía episódica intermitente. Todas estas somatizaciones no son fingidas, ya que se manifiestan como respuestas involuntarias que escapan al autocontrol consciente del sujeto.

**Indudablemente entre los trastornos somatomorfos más extendidos y que causan mayores sufrimientos al paciente son:**

- 1) El colon irritable.
- 2) La fibromialgia.
- 3) Y en grado menor la Dermatitis seborreica.

**Los síntomas neurofisiológicos más frecuentes del trastorno somatomorfo son:**

- **Digestivos:** Náuseas o vómitos, dificultad para tragar, dolores gastrointestinales, colapso del tránsito gastrointestinal, (impresión de nudo en el estómago, pecho o garganta, que mantiene a la persona asfixiado y que lo hace sentirse ahogado y falta de aliento), colon irritable, colitis y hambre o sed desmedida.
- **Cardiovasculares:** Punzadas, taquicardias, palpitaciones, Constricciones, Hinchazones y manchas en la piel.
- **Urogenitales:** Ganas habituales, dolorosas y sin eficacia de orinar, menstruaciones dolorosas.
- **Trastornos Menstruales y poliuria:** o sea evacuación exagerada de orina.

- **Respiratorios:** Aceleración del ritmo respiratorio, sensación de falta de aire y/o de tener la garganta cerrada, hipo, bostezos, ahogo y/o problemas relacionados con la fonación, como afonías y disfonías.
- Otros: Desmayos, vértigo, alteraciones del sueño, hipersudoración, temblores, desvanecimientos, zumbidos, fatiga, dolores de cabeza.

### **Los síntomas comportamentales más frecuentes son:**

- 1) Sensación de intranquilidad continúa.
- 2) Problemas de concentración.
- 3) Expectación angustiosa (por percepción de peligro inminente).
- 4) Malestar e irritabilidad generalizados.
- 5) Temor a morir y a perder el control.
- 6) Hipocondría.
- 7) Insomnio.

### **Es importante señalar que existen dos tipos de ansiedad o angustia: reactiva y fóbica**

- 1) La ansiedad o angustia reactiva es la reacción frente a la percepción de un peligro o amenaza externa y real, obteniendo como respuesta la huida del individuo (solo en caso de peligro). Este tipo de angustia se encuentra ligada a las pulsiones del yo o de autoconservación.
- 2) La ansiedad o angustia fóbica se caracteriza por la falta de una amenaza real, o lo que es lo mismo, un miedo irracional, por lo que la persona se siente angustiada aún comprendiendo que carece de sentido, manteniéndose un alto estado de expectación angustiada (distrés).

### **Angustia normal VS Angustia patológica:**

Existe una angustia que puede ser considerada normal, pues aparece frente a diversos estímulos, que implican una amenaza real o imponen un desafío, y a la vez nos pone en alerta y prepara para resolver adecuadamente situaciones amenazantes. A esto se le denomina estrés (estrés positivo) que supone una liberación episódica en el torrente sanguíneo de adrenalina, cortisol y adeno-cortisonas, entre otras, que acelera nuestras reacciones (defensivas) ante el estímulo supuestamente amenazante o desafiante.

Si, por el contrario, la valoración de una amenaza es errónea o distorsionada y el estímulo es imaginario o irreal, se genera una angustia que tiende a persistir, denominada distrés que a diferencia del anterior es intermitente y somatomorfo, transformando consecuentemente el trastorno en patológico.

La angustia denominada como normal se basa en preocupaciones o desafíos habituales de tiempo real o futuro inmediato y desaparece a la resolución del estímulo, por lo cual es

necesaria para enfrentar los obstáculos de la vida y fue determinante en nuestra evolución como especie.

La angustia patológica, es desmedida, persistente y somática, planteando un futuro incierto o amenazante y va restringiendo la autoestima y el autoconcepto de quien la sufre.

Es importante señalar, que los trastornos de angustia pudieran darse en cualquier persona, aunque es posible que unos estén más predispuestos que otros dependiendo en virtud su personalidad (condicionamientos adquiridos) y su vulnerabilidad biológica (este punto aún debe ser demostrado), así como del ambiente social en el que se desenvuelvan.

### **La Frustración:**

Presentamos algunas de las frustraciones más comunes que no son otra cosa más que emociones inhibidas. Estas frustraciones afectan a las personas tanto somática como comportamentalmente ya que son deseos que no pueden ser realizados debido a circunstancias que lo imposibilitan o percepciones de inadecuación. La frustración puede presentarse a cualquier edad. En las frustraciones con uno mismo intervienen factores como los siguientes:

- 1) Fisiológicos.
- 2) Emocionales.
- 3) Sociales.
- 4) Económicos.
- 5) Sexuales.
- 6) Racionales.

### **Factores emocionales de las frustraciones:**

- 1) Relaciones afectivas.
- 2) Frustración Reactiva.

Las personas que no han tenido una relación afectiva adecuada y compensatoria, tienden a sentirse frustradas. En estos casos suele prevalecer la percepción de inadecuación, por haber adquirido condicionamientos distorsionados de garantía en lo relativo a las relaciones afectivas (hasta que la muerte nos separe).

En cualquier caso la frustración se enraíza en el punto que no han conseguido realizar sus deseos de estabilidad emocional que daban por entendidos, tras un proceso protocolario que supuestamente los aseguraba. Si consideramos que estadísticamente 7,5 parejas de cada 10 que se inician, nunca consiguen prosperar, deberíamos considerar la frustración reactiva como la consecuencia obvia de una evidente distorsión cognitiva (sé que otros fracasan, pero estoy seguro que a nosotros nos irá bien porque nos queremos mucho) fruto de la reacción endorfinica y dopamínica de la pasión (oxitócica, noradrenalina, vasopresina y testosterona) que biológicamente no tiene más función práctica que garantizar un apareamiento estable (varias semanas o meses) que garantice la procreación de la especie.

## **Frustración Platónica:**

Más que otros grupos sociales, los adolescentes y las personas con trastornos sociales o de timidez por baja autoestima o inexperiencia, tienen mayor tendencia a vivir situaciones platónicas. En muchos casos, esta frustración desaparece con el tiempo, al ser sustituida por una relación emocional real que cumple las expectativas. Los extremos del amor platónico se manifiestan en las reuniones masivas de miles de individuos que se congregan para escuchar y ver a un artista.

## **Frustración de Traición:**

Estadísticamente hablando, es probable que la pareja emocionalmente elegida sea infiel en algún momento. En este punto confluyen varios factores tanto biológicos como psicológicos (en el sentido comportamental de acuerdo al más puro condicionamiento clásico). Por definición biológica el varón humano es polígamo. Sus genes han evolucionado para garantizar la continuidad de la especie, inseminando a cuantas hembras le sea posible. Los condicionamientos psicosociales pueden inhibir o intensificar parcialmente esta predisposición biológica.

Esto puede inhibirse de forma considerable a través de un condicionamiento clásico educacional de inadecuación (cosa que generalmente se hace en occidente). Obviamente esta situación conlleva una confrontación psicobiológica (está condicionado a actuar de forma diferente a aquello que le indican sus genes) y el resultado es de lo más variopinto, (afirmar que la psicología ha conseguido minimizar la biología humana es un acto narcisista que la realidad se empeña en desmentir).

Tenemos en un extremo el varón fuertemente condicionado (generalmente con refuerzos de tipo religioso o místico) y que encuentra en la relación sexual monogámica con su pareja una realización plena y no presenta frustración alguna. Generalmente esta situación de estabilidad esta siempre bajo riesgo de prueba y ensayo de un encuentro fortuito que se pueda dar con otra hembra que consienta un apareamiento. En el más que probable caso de que esto suceda, pueden decantarse **dos reacciones tipificadas:**

- 1) Inhibición por percepción de inadecuación (sensación de traición) con lo que inmediatamente aflorará la frustración del deseo no realizado. (y su consecuente tendencia a una nueva exposición) (exceptuando casos patológicos de dependencia emocional).
- 2) Consecución del deseo (relación fuera de la pareja) donde el individuo se deja llevar por la pasión biológica. En este caso, tiende a racionalizarlo con una disociación entre el sexo (extra-marital) y el amor (marital), en otros casos (con fuerte sentido de culpa) los disocia con el olvido (al igual que en el estrés post-traumático) y en otros realiza conducta de afrontamiento asumiendo su relación fuera de la pareja (generalmente solo en los casos en los que esta última ha sido considerablemente más satisfactoria que la obtenida dentro del seno de la pareja), o por último (y la dejo para el final por ser la más frecuente) afronta la/s

relación/es fuera de la pareja pero mantiene el sentimiento de inadecuación por lo que tiende a negarlo y/o no reconocerlo (no se trata de distorsión cognitiva, realmente se siente culpable de una falta, pero actúa de forma distónica).

Dentro de los condicionamientos sociales clásicos, se han previsto todas estas posibilidades (fundamentalmente porque albergamos en ellas una experiencia de varias decenas de miles de años) y se procura obstaculizar al macho (más propenso a la poligamia) la posibilidad de encuentros fortuitos extra-maritales, esto se pretende conseguir mediante un fuerte condicionamiento educacional a las hembras (aprovechando su constitución más monogámica para proteger y estabilizar a sus cachorros) de inadecuación al respecto de las relaciones con machos emparejados, (suele dar buenos resultados en hembras jóvenes con cachorros recientes, sexualmente satisfechas, y emocionalmente estimuladas. No tanto en las hembras experimentadas donde los cachorros ya son adultos, especialmente con insatisfacción sexual o carencias emocionales en la pareja).

En el caso de las hembras (mucho menos propensas biológicamente a la poligamia) y más sometidas genéticamente a la preocupación de una elección biológica (o si se prefiere genética) adecuada que asegure la protección de los cachorros (aspecto éste absolutamente distónico en las hembras, que raramente reconocen su perfil biológico y siempre dirán estar actuando exclusivamente bajo bio-química emocional), la percepción de inadecuación suele ser muy superior al del macho en caso de relación extra-marital, con fuerte sentimiento de culpa y generalmente con afrontamiento ante su pareja.

Para comprender esta conducta diferenciada, es necesario entender en profundidad las diferencias biológicas (políticamente incorrectas, pero biológicamente innegables) y sobre todo, la enorme diferenciación que hasta la época actual se han mantenido en los condicionamientos educacionales entre el macho y la hembra. Con inapropiados privilegios hacia el primero y represiones a la segunda. Por fortuna esta disparidad en los criterios educacionales y condicionativos tiende lentamente a desaparecer, por lo que los afrontamientos psicológicos en el futuro, tenderán a igualarse.

Hasta aquí los condicionamientos psicosociales más clásicos y estereotipados (yo diría que milenarios), sin embargo, negar la realidad de que tales condicionamientos varían (lenta pero inexorablemente) de forma proporcional al procesamiento de la información (cada día más abundante) sería negar la evidencia. Por esta razón, surgen en la época moderna desinhibiciones consecuentes de una información adecuada, profesional o no condicionativa, que dan lugar a situaciones nuevas antes negadas, reprimidas o prohibidas y/o desconocidas.

### **Frustración de Temor:**

Tal vez parezca absurdo temer al amor, pero es muy frecuente. Los trastornos de la auto-estima están detrás de todos los miedos al rechazo (sean cognitivamente distorsionados o no) y de los sentimientos de debilidad ante las expresiones emocionales.

### **Frustración por percepción de inadecuación:**

Es posiblemente la causante del mayor número de trastornos de la personalidad y de la conducta. La percepción de que la persona a la que se focaliza nuestra pasión o sentimiento es incorrecta o inadecuado al confrontarse con condicionamientos clásicos psico - socio - culturales - educacionales, tiene generalmente trágicas consecuencias de distonías del ego, personalidades disociativas y/o distímicas, fóbicas, inhibidas e incluso, a veces, psicóticas.

### **El tratamiento con terapia bajo hipnosis clínica:**

Es necesario distinguir entre dos tipos de tratamiento diferentes, dado que el trastorno en si mismo puede variar:

- 1) **ANSIEDAD SIMPLE (trastorno del estrés):** El tratamiento bajo hipnosis clínica de la ansiedad simple (T.E.) no reviste complejidad alguna. Es necesario entender que esta tipología de paciente ansioso necesita un protocolo de introducción ligeramente más largo (el ansioso por definición se relaja con dificultad, así pues la relajación sistemática debe adaptarse a paciente). Una vez focalizado el paciente, se le aplica una desensibilización sistemática del estresor y una inhibición recíproca para que obtenga autocontrol en posibles episodios de ansiedad. Si se tratara de un estrés cuyo estímulo es cotidiano, provocando episodios de ansiedad prácticamente diarios, debería añadirse una reestructuración cognitiva de su reacción, andamiándola a percibir el estímulo cambiado de foco (en forma no estresante). La reacción habitual del paciente al tratamiento suele ser un afrontamiento sintónico re-estructurado en no más de 2 ó 3 sesiones.
- 2) **FRUSTRACIÓN CON TRASTORNO DE ANSIEDAD:** El tratamiento de la frustración es ligeramente más elaborado. Requiere de una reestructuración cognitiva enfocada a percibir la frustración de forma sintónica y la correspondencia comportamental que se ha derivado de ella. A continuación, necesitará de una desensibilización del condicionamiento inhibitor antes de comenzar una terapia conductual (no podemos aplicar una exposición sin haber desensibilizado anteriormente el inhibitor, de lo contrario caeríamos en una inundación) a continuación, aplicaríamos un reforzador positivo enfocado a la desinhibición y consecuente liberación de la frustración más un modelo conductual reforzador de la autoestima, del autoconcepto y del autocontrol, para finalizar con una inhibición recíproca. La frustración con trastorno de ansiedad no suele presentar demasiada resistencia a la terapia bajo hipnosis clínica, y los pacientes suelen inhibir totalmente el trastorno sin recidivas en no más de tres o cuatro sesiones.

### **Tratamiento con terapia bajo hipnosis clínica de los trastornos de la ansiedad:**

El resto de trastornos de la ansiedad antes mencionados conllevan lógicamente un tratamiento diferenciado para cada uno de ellos, siendo especialmente llamativo el trastorno de fobia, que por la especial idiosincrasia de la desensibilización sistemática en hipnosis clínica realizada con psico-imagen, permite acercamientos al estímulo fóbico con resultados adaptativos espectacularmente más rápidos, debido a un mejor control de la

respuesta asociada del estrés a través del manejo de la inhibición recíproca, lo que supone una desensibilización total no desplazada y no recidivante en poco menos de cuatro o cinco sesiones, siempre y cuando el trastorno fóbico no sea post-traumático, cosa que casi nunca sucede en la realidad, ya que la mayoría de los trastornos fóbicos son aprendidos.

HPsis 2010