

# Propuesta del uso de la hipnosis como método diagnóstico en procedimientos forenses. A propósito de un caso con trastorno de conversión.

*Hypnosis as a diagnostic tool in forensic procedures. Report of a case with conversion disorder.*

---

---

M. López Alcaraz<sup>1</sup> y JB. García García<sup>2</sup>

---

---

## RESUMEN

Una vez superados los prejuicios existentes en torno a la hipnosis, de un tiempo hasta ahora se tiende a introducir de manera creciente su aplicación en el ámbito de la psicoterapia, amparado en gran medida por estudios encaminados a conocer sus bases neurofisiológicas. A raíz de un caso diagnosticado de trastorno de conversión, se propone la aplicación de la hipnosis como herramienta complementaria y eficaz de estudio pericial.

**Palabras clave:** Hipnosis, Trastorno de Conversión, Psicología Forense, Psiquiatría Forense.

*Cuad Med Forense* 2009; 15(57):199-205

## ABSTRACT

After overcoming every prejudice surrounding hypnosis, a trend is emerging in order to introduce its application in psychotherapy, due to many studies published to know the neurophysiological bases of hypnosis. We present a case, affected of conversion disorder, where hypnosis was used as a complementary and effective tool for expert study into legal matters.

**Key words:** Hypnosis, Conversion Disorder, Forensic Psychology, Forensic Psychiatry.

---

Fecha de recepción: 23.MAY.09

Fecha de aceptación: 6.JUL.09

**Correspondencia:** Dr. Manuel López Alcaraz. Instituto de Medicina Legal de Huelva. Plaza de Isabel la Católica, 9. 21071-Huelva. Correo electrónico: mlalcaraz@hotmail.com.

<sup>1</sup> Médico Forense. IML Huelva.

<sup>2</sup> Psicólogo Forense. IML Huelva.

## INTRODUCCIÓN:

No fue hasta mediados del siglo XX en que la hipnosis comenzara a desvincularse de una técnica por entonces considerada de forma mayoritaria como mero ejercicio de espectáculo circense, creándose en 1949 la *Society for Clinical and Experimental Hypnosis* y tan sólo ocho años después la *American Society of Clinical Hypnosis*, organismos ambos que desde entonces y hasta la actualidad publican dos de las más prestigiosas revistas específicas sobre la materia, reconocida ya en 1958 por la *American Medical Association* como método de tratamiento legítimo en medicina y odontología y aún con anterioridad, por la *British Medical Association*. La *American Psychological Association* esperaría hasta 1969 para crear una sección específica para aquellos psicólogos interesados en la hipnosis [1, 2].

Pese a que no existe un concepto unificado de la hipnosis, en lo que sí coinciden todas aquellas teorías que tratan de explicar sus bases psicofisiológicas es que resulta tan amplio como sus aplicaciones: imaginación guiada, estado alterado de conciencia natural, estado de relajación e hipersugestionabilidad o estado de intensa concentración sobre una única idea o estímulo sensorial. Sin embargo, el concepto que ofrece una mejor perspectiva de la realidad actual de la hipnosis es el de la *British Medical Association*: "La hipnosis es un estado pasajero de atención modificada en el sujeto, estado que puede ser producido por otra persona y en el cual pueden aparecer diversos fenómenos espontáneos o en respuesta a estímulos verbales u otros. Estos fenómenos encierran un camino en la conciencia y en la memoria, una susceptibilidad acrecentada por la sugestión y la aparición en el sujeto de respuestas o ideas que no le son familiares en su estado de espíritu habitual. Además, fenómenos como la anestesia, parálisis, rigidez muscular y modificaciones vaso-motoras pueden ser provocados o suprimidos en este estado hipnótico" [1, 3].

El trastorno de conversión o histeria es un trastorno somatomorfo, encuadrado dentro de los llamados trastornos psicógenos, que a su vez se clasifican en trastornos disociativos y trastornos con somatizaciones, dentro de los cuales destacan los propios trastornos somatomorfos, los trastornos facticios y la simulación. Todos ellos están íntimamente condicionados por factores personales, culturales, sociales, educacionales, religiosos e intelectivos [4, 5, 6, 7, DSM IV-TR y CIE 10].

La evolución de la apariencia clínica del cuadro conversivo ha ido siempre inexorablemente ligada al marco cultural en que fuera analizada. Así, en el romántico siglo XIX, Briquet describe con detalle varios cuadros conversivos en forma de espasmos, anestias, hiperestias, convulsiones y parálisis. Freud en el siglo XX atribuye la génesis del mismo a conflictos reprimidos y ya en los albores del siglo XXI, son el dolor, que pasa de síntoma a entidad en sí misma, así como la fatiga, quienes en términos generales protagonizan la casuística [4].

No se puede desligar el componente disociativo del trastorno conversivo en sí mismo, si bien por lo general, tiende a reservarse el primero de los términos a procesos con sintomatología exclusiva en la esfera mental y el segundo, a la somática [4, DSM IV-TR y CIE 10].

## OBJETIVO:

La hipnosis es un proceso de creciente interés en el ámbito de la psicología, por su demostrada eficacia y las crecientes posibilidades de investigación que ofrece.

Aunque con objetivos encaminados a conocer las bases neurofisiológicas de la hipnosis y los trastornos conversivos, existen estudios que utilizan la sugestión hipnótica sobre sujetos que padecen parálisis motoras de etiología psicógena, consiguiendo demostrar la posibilidad de movilización articular [8, 9, 10, 11].

El objetivo del presente trabajo consiste en ofrecer la hipnosis como una herramienta útil en la pericia forense.

### **PRESENTACIÓN DEL CASO:**

Se trata de una mujer, la Sra. A, de 39 años de edad, quien viene citada de forma programada desde un juzgado de instrucción, con el fin de dilucidar si fue víctima o no de una negligencia médica.

Como prolegómeno del caso, acude a urgencias hospitalarias refiriendo haber sufrido lo que posteriormente fuera catalogado como una luxación de rodilla izquierda, que se resolvió de manera espontánea. Se actúa de forma conservadora, observándose tras dos semanas de inmovilización inguino-pédica una buena evolución clínica que no se corresponde con la percepción de la propia lesionada. Desde entonces se manifiesta como un cuadro clínico de anquilosis de rodilla, siendo sometida a tratamiento rehabilitador sin éxito alguno. La evolución del proceso fue tórpida, proponiéndose finalmente intervención quirúrgica de rodilla bajo el diagnóstico clínico de "artrofibrosis", que es suspendida a criterio del cirujano, por no encontrar base clínica que justificara la sintomatología padecida.

Tras este último episodio, la interesada decide emitir denuncia por negligencia médica, haciéndola extensible a todos aquellos especialistas que estuvieron atendiéndola desde el principio.

Acude a consulta Médico Forense dos años después de la primera asistencia recibida en urgencias, al poco tiempo de ser emitida la denuncia, siendo citada de forma programada en las dependencias del Instituto de Medicina Legal de Huelva, donde acude en compañía de su cónyuge y con una muleta de descarga. Se aprecia a la exploración física hipotrofia moderada global de la musculatura del miembro inferior izquierdo y una total falta de movilidad de rodilla homolateral en flexoextensión. No existe componente inflamatorio asociado y presenta genu valgo bilateral. Se detecta durante la entrevista un marcado componente conversivo. El diagnóstico inicial se realiza mediante entrevista semiestructurada bajo los criterios propuestos por la clasificación DSM IV-TR.

Tras acordarse entrevista y exploración pormenorizada por el Psicólogo Forense se decide pasar el test MMPI (Inventario Multifásico de Personalidad de Minnessotta), destacando en el mismo un marcado perfil represivo y una elevada preocupación por la salud en forma de hipocondría, que daría finalmente lugar a las manifestaciones histéricas a modo de quejas somáticas (somatizaciones).

Se decide corroborar el diagnóstico mediante sesión programada de hipnosis, previo consentimiento de la interesada, con el objetivo de conseguir la flexión de la rodilla anquilosada.

### **MÉTODO:**

El proceso hipnótico se desarrolla en las propias dependencias del Instituto de Medicina Legal de Huelva, previa sesión preparatoria en que se le explican las bases del mismo y se trata de conseguir un adecuado vínculo explorador-explorada, estando presentes durante su desarrollo tanto el Médico Forense como el Psicólogo Forense encargado de llevarlo a cabo. Para ello se coloca a la Sra. A en posición de decúbito supino, sobre una camilla estándar de consulta, cuya base basculante fue recogida, de manera que la rodilla sana cayera en flexión por el efecto de la gravedad, quedando la rodilla izquierda en extensión completa y sobresaliendo de los límites de la camilla.

El proceso se desarrolló bajo una atmósfera empática y relajada, con una buena predisposición a la colaboración por parte de la paciente. La inducción hipnótica se inició a partir de instrucciones dirigidas a favorecer la relajación de la paciente, empleando para ello una técnica de relajación muscular (visualización corporal o "imaging"), seguida de "instrucciones de imaginación" (visualización de una escalera por la que se desciende peldaño a peldaño, acompañando ésta del mensaje sugestivo de "profundización en el estado hipnótico") y finalizando este primer estadio con

instrucciones de actuación, en concreto la de "elevación del brazo". Dichas técnicas están encaminadas tanto a una mayor predisposición a la sugestión como a la evaluación de la misma. Una vez que la Inducción Hipnótica ha logrado que la paciente focalice su atención en las instrucciones emitidas por el psicólogo y que otras fuentes de información pasen a ser secundarias (ruidos ambientales, presencia de otras personas, etcétera), se ha logrado una buena disposición a que las instrucciones hipnóticas cobren más relevancia y se pueda iniciar el trabajo sugestivo propuesto. Logrado el estado de sugestionabilidad perseguido, se procedió a orientar las sugerencias hacia el síntoma motor, ligando elementos de relajación muscular con mensajes de carácter positivo centrados en la flexión de la rodilla [12, 13]. Tras aproximadamente una hora de proceso, iniciado con la técnica de relajación y finalizado con la recuperación del estado de vigilia, se acabó consiguiendo una flexión de rodilla izquierda de 90°, recuperando la posición anquilótica inicial una vez concluido.

Posteriormente se realizaron dos entrevistas adicionales a la Sra. A, así como otra a su cónyuge, con el fin de conocer mejor el entorno psicobiográfico y contextualizar adecuadamente el proceso psicogénico.

### **DISCUSIÓN:**

La primera aplicación documentada de la hipnosis en un ámbito terapéutico fue en 1829, cuando un cirujano francés llamado Jules Germain Cloquet extirpó una mama bajo anestesia hipnótica [2]. Desde entonces y hasta hoy, son muchas las aplicaciones actualmente propuestas para la hipnosis, sin olvidar el marco multidisciplinar de toda terapia, como el tratamiento de trastornos de ansiedad, trastornos del estado de ánimo, control del dolor e incluso abuso de sustancias. Sin embargo, donde más utilidad demostrada hasta el momento tiene es en el ámbito de la terapia del dolor (hipnoanalgesia) [14, 15, 16], el oncológico (tratamiento del dolor, tratamiento de náuseas y vómitos anticipados a la quimioterapia, aumento de la longevidad/regresión tumoral y terapias de apoyo inespecíficas), hasta el punto de considerarse toda una subespecialidad de la psicoterapia conocida como psicooncología, y en el ámbito psicológico, sobre trastornos de ansiedad, trastorno obsesivo compulsivo (dentro de la terapia conductual, encaminada a prevención de respuesta y refuerzo positivo) [17] y especialmente, sobre los trastornos psicósomáticos [2, 3, 7, 9, 10, 16].

Los campos en que fundamentalmente se focaliza la investigación actual en torno a la hipnosis son tres. El primero es el estudio de las diferencias morfológicas cerebrales en aquellas personas poco hipnotizables frente a aquellas altamente hipnotizables, por medio de Resonancia Magnética Nuclear. La segunda línea de investigación se centra en el estudio por medio de Tomografía de Emisión de Positrones, con el fin de examinar los diversos grados de activación entre la parálisis intencional y la subsecuente a sugestión hipnótica, así como entre esta última y los trastornos conversivos. Y por último, aquellos estudios encaminados a ofrecer evidencias empíricas de la eficacia de la hipnosis en el campo de la psicooncología [8, 14, 15, 18, 19].

De entre las múltiples técnicas de hipnosis existentes, son dos las más frecuentemente utilizadas: La orientación del síntoma ("*symptom oriented*") y la orientación de la expresión y del "*insight*" ("*expression and insight oriented*"). El primero consiste en sugerir durante el estado hipnótico la consecución del síntoma inverso al propiamente conversivo (movilización ante las parálisis y relajación ante sintomatología motora) y el segundo en explorar durante un proceso hipnótico regresivo las posibles asociaciones vinculadas al síntoma conversivo [9, 10].

Sobre el trastorno conversivo o histeria se ha escrito y discutido mucho, tratándose de la expresión simbólica de un conflicto psíquico, del cual ya existen datos de disfunción en los circuitos cerebrales asociados a la conciencia y el nivel volitivo, como niveles de hipoactividad en ganglios basales

y estructuras talámicas, llegando a constatarse la antigua tesis psiconeurobiológica de inhibición del proceso ejecutivo del movimiento, conservándose la planificación del mismo [4, 20]. Su diagnóstico clínico viene fundamentalmente determinado por los criterios establecidos en la CIE-X y en el DSM-IV TR, tras descartar previamente patología orgánica [4, 5].

La comorbilidad es frecuente dentro de los trastornos conversivos, pudiendo coexistir con trastornos de personalidad, trastornos del estado de ánimo, crisis de angustia, trastornos de ansiedad generalizada, trastorno de estrés postraumático, trastornos disociativos, fobia social u otras fobias específicas, trastorno obsesivo-compulsivo e incluso trastornos por somatización [5, 6, 7, 9, 10, 11, 20].

El tratamiento de los trastornos de conversión comienza en sí mismo ofreciendo el diagnóstico al paciente, concediendo así al sujeto la posibilidad de enmarcar y afrontar mejor el proceso terapéutico propuesto. La psicoterapia cognitiva es el método más frecuentemente utilizado, si bien existen estudios que avalan la eficacia del uso concomitante de terapia hipnótica, existiendo controversia sobre su utilidad en procesos conversivos de larga duración [5, 9, 10, 11]. En lo que respecta a la terapia psicofarmacológica, va fundamentalmente dirigida al tratamiento singular de la patología comórbida. Cabe igualmente destacar la aplicación, más anecdótica que real, de la Estimulación Magnética Transcraneal en parálisis conversivas refractarias a tratamientos convencionales, así como en somatizaciones asociadas a trastornos por estrés postraumático [5, 21, 22].

Los trastornos disociativos y los de conversión han sido clásicamente considerados como los más susceptibles ante la hipnosis, en la medida en que en ésta, como en los primeros, existe una disociación, ya descrita por Janet como una forma de autohipnosis entre niveles más profundos de captación implícita y la más explícita a niveles superficiales. Y tanto mayor es la susceptibilidad cuanto más grave es la severidad de los síntomas [11, 20].

Existen estudios recientemente realizados con Tomografía de Emisión de Positrones (PET), que tratan de demostrar una actividad cerebral análoga entre los trastornos de conversión y la actividad cerebral durante el proceso hipnótico [23]. Del mismo modo, existen investigaciones desarrolladas sobre sujetos con síntomas conversivos de índole motriz, que demuestran que tanto bajo sugestión hipnótica como durante el sueño, lo que se manifiesta explícitamente en forma de parálisis motora se torna en automatismo implícito, desapareciendo el síntoma [8, 9, 10].

El uso de la hipnosis como medio diagnóstico tiene precedentes en la literatura científica, debido a que han sido muchas las ocasiones en que procesos conversivos han dado lugar a diagnósticos erróneos, con graves consecuencias derivadas de un planteamiento terapéutico que se aleja de la realidad fisiopatológica del paciente. Tal es el caso de las crisis pseudo-epilépticas, como diagnóstico diferencial ante la crisis epiléptica generada por la descarga descontrolada, simultánea y excesiva de un grupo de células cerebrales [24].

Pese a los estudios en desarrollo encaminados a demostrar los componentes neurofisiológicos asociados al proceso hipnótico, existen aún muchos puntos oscuros difíciles de aclarar, abandonados fundamentalmente por la ausencia de una génesis vinculada a la dinámica interna del individuo, como es el caso de la histeria, la ausencia de estudios comparativos efectivos en el contexto de la simulación, la ausencia de estándares diagnósticos sobre los trastornos conversivos, la escasez de muestras utilizadas en los estudios publicados y la falta de análisis objetivo en la valoración de los resultados positivos [8, 9, 10, 11, 18, 19, 23, 25].

No debe tampoco obviarse el sesgo que en sí mismo suponen las actitudes y aptitudes personales frente al propio proceso hipnótico, pues debe hacerse distinción entre aquellos resultados evolutivos basados en las expectativas puestas por el propio paciente, el haber sido sometido con

anterioridad a un proceso de hipnosis y la realización previa de análisis de los rasgos latentes individuales (hipnotizabilidad). Así, en los dos primeros casos se predice el desarrollo del proceso hipnótico en un grado moderado según la *Stanford Hypnotic Susceptibility Scale Form C*, mientras que en el tercero lo hace en un grado elevado [11, 16, 26].

De entre la variabilidad de síntomas conversivos que se pueden encontrar (movimientos anormales, hipoestesias, afonía, convulsiones, ceguera, mutismo, etcétera) son los motores aquellos que ofrecen mejores posibilidades de estudio objetivo, no tanto a efectos clínicos, donde se centran la mayoría de estudios publicados, como meramente diagnósticos [6], a propósito de la pericia médico-legal.

Cualquiera que se encuentre en contacto con la realidad clínica pericial diaria, habrá experimentado la gran cantidad de manifestaciones psicósomáticas en el seno de un entorno que se presta tanto a la victimización como a la querulancia. Y al contrario que en el ámbito clínico o incluso el pericial privado, la escasa (por no decir nula) disposición de medios tecnológicos complementarios, así como de especialización/expertización facultativa de los profesionales al servicio de la Administración de Justicia, hacen con frecuencia difícil exponer y convencer con suficiencia cualificada ante un tribunal unas conclusiones contundentes.

#### **CONCLUSIONES:**

En el caso presentado se ha conseguido pues demostrar, por medio de un método fiable y a instancia del colectivo forense al servicio de la Administración de Justicia, la ausencia de anquilosis en una rodilla, en el seno de un procedimiento de magnitud y trascendencia jurídico-penal tales como una denuncia por negligencia médica, resolviéndose y corroborándose de forma eficaz y objetiva el diagnóstico de trastorno de conversión, descartándose así el objeto de la denuncia. Ello sin embargo no implica que deba descartarse la presencia de artrosis intraarticular secundaria a una inmovilización prolongada.

Así pues, la participación de la Psicología Forense en el entorno pericial tiene la posibilidad de expandir sus competencias y consolidar su eficacia como método diagnóstico complementario ante la realidad multidisciplinar de la ciencia actual.

#### **AGRADECIMIENTOS:**

A Imanol Garamendi González, porque sin su motivación y consejo este trabajo no habría visto la luz. A Manuel Salguero Villadiego y Rosario Antequera Jurado, por su inestimable ayuda y para quienes el estudio y la investigación son fin en sí mismos. Y a todos los compañeros y amigos del Instituto de Medicina Legal de Huelva, por su sana crítica y apoyo incondicional. □

#### **BIBLIOGRAFÍA:**

1. Puchol Esparza D: Hipnosis clínica: Mitos, realidades y posibilidades terapéuticas. *Interpsiquis*. 2002.
2. Pellicer X: Aplicaciones de la hipnosis en Oncología. *Psiquis*. 1994; 15 (7): 343-351.
3. Patrón Miranda P: La hipnosis científica en la psicoterapia. *Interpsiquis*. 2005.
4. Arias M: Trastornos psicógenos: concepto, terminología y clasificación. *Neurología*. 2004; 19 (7): 377-385.
5. Stonnington CM, Barry JJ, Fisher RS: Conversion disorder. *Am J Psychiatry*. 163 (9): 1510-1517.
6. Binzer M, Andersen PM, Kullgren G: Clinical characteristics of patients with motor disability due to conversion disorder: a prospective control group study. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 1997; 63: 83-88.
7. Ghafur Mousavi S, Rahimi J, Afshar H: Comparison of four different treatment options in the management of acute conversion disorder. *IJPBS*. 2008; 2 (1): 21-25.
8. Roelofs K, AL Hoogduin K, PJ Keijsers G: Motor imagery during hypnotic arm paralysis in high and low hypnotizable subjects. *Int J Clin Exp Hypn*. 2002; 50 (1): 51-66.

9. Moene FC, Spinhoven P, AL Hoogduin K, Van Dyck R: A randomised controlled clinical trial of a hypnosis-based treatment for patients with conversion disorder, motor type. *Int J Clin Exp Hypn.* 2003; 51 (1): 29-50.
10. Moene FC, Spinhoven P, AL Hoogduin K, Van Dyck R: A randomised controlled clinical trial on the additional effect of hypnosis in a comprehensive treatment programme for in-patients with conversion disorder of the motor type. *Psychoter Psychosom.* 2002; 71: 66-76.
11. Moene FC, AL Hoogduin K, Van Dyck R: The inpatient treatment of patients suffering from (motor) conversión symptoms. *Int J Clin Exp Hypn.* 1998; 46 (2): 171-190.
12. Procter HG: *Escritos esenciales de Milton H Erickson*, vol. I. 1ª ed. Editorial Paidós, Barcelona, 2001.
13. Yapko MD: *Lo esencial de la hipnosis*. 1ª ed. Editorial Paidós, 1999.
14. Sala Payá J: Hipnosis en el tratamiento del dolor. *Med Clin.* 2003; 121 (6): 219-220.
15. Vallejo MA: Tratamiento psicológico del dolor crónico. *Boletín de Psicología.* 2005; 84: 41-58.
16. Barabasz A, Perez N: Salient Findings: Hypnotizability as core construct and the clinical utility of hypnosis. *Int J Clin Exp Hypn.* 2007; 55 (3): 372-379.
17. Calvo Mauri JF, Bermejo Mercader AF, Ramírez Trúncer M: Aplicación de la terapia de conducta coadyuvada de sugestión en hipnosis en un caso de trastorno obsesivo-compulsivo. *Psiquiatria.com.* 2001; 5 (2).
18. Halligan PW, Athwal BS, Oakley DA, SJ Frackowiak R: Imaging hypnotic paralysis: implications for conversion hysteria. *Lancet.* 2000; 356 (9208): 986-987.
19. Nash MR: Salient findings: a potentially groundbreaking study on the neuroscience of hypnotisability, a critical review of hypnosis' efficacy, and the neurophysiology of conversion disorder. *Int J Clin Exp Hypn.* 2005; 53 (1): 87-93.
20. Black DN, Seritan AL, Taber KH, Hurley RA: Conversion hysteria: lessons from functional imaging. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci.* 2004; 16: 245-251.
21. Grisar N, Amir M, Cohen H, Kaplan Z: Effect of transcranial magnetic stimulation in posttraumatic stress: a preliminary study. *Biol Psychiatry.* 1998; 44: 52-55.
22. Schonfeldt-Lecuona C, Connemann BJ, Spitzer M, Herwig U: Transcranial magnetic stimulation in the reversal of motor conversion disorder. *Psychoter Psychosom.* 2003; 72: 286-288.
23. Terao T, Collinson S: Imaging hypnotic paralysis. *Lancet.* 2000; 356 (9224): 162-163.
24. Kuyk J, Dunki Jacobs L, Aldenkamp AP, Meindardi H, Spinhoven P, Van Dyck R: Pseudo-epileptic seizures: hypnosis as a diagnostic tool. *Seizure.* 1995; 4: 123-128.
25. Roelofs K, AL Hoogduin K, PJ Keijsers G, WP Näring G, Moene FC, Sandijck P: Hypnotic susceptibility in patients with conversion disorder. *J Abnorm Psychol.* 2002; 111 (2): 390-395.
26. Benham G, Woody EZ, Wilson KS, Nash MR: Expect the unexpected: Ability, attitude and responsiveness to hypnosis. *J Pers Soc Psychol.* 2006; 91: 342-350.