

Artículo

Modelo Integrativo Cognitivo-Sugestivo (MICoS): Propuesta Teórico-clínica Basada en Regulación Interoceptiva Preparada, Sugestión Ideomotora e Integración con Terapia Cognitivo-Conductual e Hipnosis Científica

Rafael Díaz Sánchez 

Colegio Oficial de Psicólogos de la Comunidad Valenciana (España)

INFORMACIÓN

Recibido: 20/10/2025
Aceptado: 04/03/2026

Palabras clave:

Hipnosis clínica
Terapia cognitivo-conductual
Autorregulación
Interocepción
Sugestión ideomotora
Psicoterapia integrativa

RESUMEN

Objetivo: presentar y operacionalizar el Modelo Integrativo Cognitivo-Sugestivo (MICoS) como una propuesta teórica-clínica que integra TCC, hipnosis clínica científica y estrategias de autorregulación interoceptiva para facilitar una “exposición preparada”. **Procedimiento:** se describe un procedimiento clínico en cinco fases y una teoría del cambio asociada; se incluyen dos viñetas clínicas hipotéticas/compuestas como ilustración didáctica. **Aportaciones:** se aporta una tabla operativa del modelo y una figura de teoría del cambio, junto con ejemplos de aplicación en problemas caracterizados por alta ansiedad anticipatoria y/o hipervigilancia somática. **Conclusiones:** MICoS ofrece una secuencia integradora orientada a seguridad, autoeficacia y reducción de evitación. Se discuten límites (ausencia de evaluación empírica en este manuscrito) y líneas de investigación prospectiva con aprobación ética formal.

Integrative Cognitive–Suggestive Model (MICoS): A Clinical Approach Based on Prepared Interoceptive Regulation and Ideomotor Suggestion Within Cognitive–Behavioural Therapy and Scientific Hypnosis

ABSTRACT

Objective: to present and operationalize the Integrative Cognitive–Suggestive Model (MICoS) as a theoretical/clinical proposal integrating CBT, scientific clinical hypnosis and interoceptive self-regulation strategies to support “prepared exposure”. **Method:** a five-phase clinical procedure and an associated theory of change are described; two hypothetical/composite clinical vignettes are provided as didactic illustration. **Results:** an operational table and a theory of change figure are presented, together with examples of application to problems characterized by high anticipatory anxiety and/or somatic hypervigilance. **Conclusions:** MICoS offers an integrative sequence aimed at safety, self-efficacy and avoidance reduction. Limitations (no empirical evaluation in the present manuscript) and future prospective research directions are discussed.

Keywords:

Clinical hypnosis
Cognitive-behavioural therapy
Self-regulation
Interoception
Ideomotor suggestion
Integrative psychotherapy

Citar como: Díaz, R. (2026). Modelo Integrativo Cognitivo-Sugestivo (MICoS): Propuesta teórico-clínica basada en regulación interoceptiva preparada, sugestión ideomotora e integración con terapia cognitivo-conductual e hipnosis científica. *Revista de Psicoterapia*, 37(134), 110-117. <https://doi.org/10.5944/rdp.v37i134.46792>

Autor y e-mail de correspondencia: Rafael Díaz, rafaeldiaz@cop.es

Este artículo está publicado bajo Licencia Creative Commons 4.0 CC-BY-NC

Introducción

En el contexto español, la hipnosis clínica basada en la evidencia ha sido defendida desde la universidad y la psicología clínica por autores como Miguel Ángel Vallejo Pareja, subrayando su encaje con la intervención psicológica y la necesidad de estándares científicos y deontológicos (Vallejo y Capafons, 2004).

En las últimas décadas, la psicoterapia basada en la evidencia ha evolucionado desde modelos relativamente “puros” (p. ej., terapia cognitivo-conductual [TCC] estándar) hacia enfoques cada vez más integrativos, sensibles a los procesos transdiagnósticos, la regulación emocional y la interacción mente-cuerpo (Barlow, 1997; Hofmann et al., 2010). Al mismo tiempo, la hipnosis clínica ha ido perdiendo su halo mágico y se ha consolidado como un conjunto de procedimientos psicológicos definidos, compatibles con la psicología científica y con un respaldo empírico moderado en áreas como el dolor, la ansiedad y ciertos trastornos psicosomáticos (Capafons, 2001; Patterson y Jensen, 2003; Thompson et al., 2019; Lynn et al., 2023). Dentro de este movimiento, múltiples autores han subrayado la importancia de integrar niveles Topdown (reestructuración cognitiva, metacognición) con niveles Bottomup (respiración, señales interoceptivas, experiencia corporal, imaginación) en protocolos psicoterapéuticos que aborden simultáneamente cogniciones, afectos y patrones de activación fisiológica (Craig, 2002, 2009; Critchley y Garfinkel, 2017; Porges, 2011). La teoría polivagal ha contribuido a popularizar la idea de que la sensación de seguridad corporal facilita el acceso a recursos cognitivos y relacionales en la vida diaria (Dana, 2018; Porges, 2011). Desde la perspectiva de los marcadores somáticos, este tipo de señales corporales —como notar conscientemente un cambio vegetativo compatible con mayor calma (p. ej., aparición de salivación percibida durante ejercicios de autorregulación)— pueden entenderse como patrones del cuerpo que informan al yo y orientan el procesamiento emocional y la toma de decisiones, en la línea planteada por Damasio (1999).

A su vez, la sintonía corporal y gestual entre terapeuta y paciente durante estos ejercicios puede facilitar la resonancia atencional y afectiva, potenciando la dimensión interpersonal del trabajo de autorregulación en MICOs (Rizzolatti y Craighero, 2004). En paralelo, la literatura sobre trastornos de pánico y agorafobia ha señalado las limitaciones de la exposición “en seco”, cuando no va acompañada de una preparación adecuada del paciente en términos de psicoeducación, autorregulación emocional y reestructuración cognitiva.

Cano-Vindel y Dongil (2017) han mostrado cómo un tratamiento cognitivo-conductual que integra el modelo de los

cuatro factores de la ansiedad (Eysenck y Derakshan, 1997; Eysenck y Martin, 1987; Eysenck y Eysenck, 2007) puede mejorar los resultados respecto a programas centrados casi exclusivamente en exposición, especialmente en contextos de atención primaria donde la información psicoeducativa y el manejo de sesgos cognitivos son cruciales.

Desarrollo del Modelo y Operacionalización Clínica

Tipo de Manuscrito y Alcance

Este manuscrito es una propuesta teórica-clínica. No reporta un estudio empírico ni presenta una base de datos de pacientes.

El modelo MICOs se ha desarrollado y refinado a partir de experiencia clínica acumulada y de integración con literatura previa. Se describe como un protocolo en cinco fases aplicable, de forma flexible, a pacientes adultos con problemas caracterizados por ansiedad anticipatoria, evitación y/o hipervigilancia somática.

Las viñetas que se presentan en Resultados son hipotéticas/compuestas y se incluyen únicamente con finalidad didáctica, sin datos identificables.

Consideraciones éticas: al no incluirse datos individuales de pacientes ni material potencialmente identificable, este manuscrito no incorpora informes de caso clínico publicables. Cualquier investigación futura que implique recogida/uso de datos de participantes deberá contar con aprobación ética y los permisos/consentimientos pertinentes, además de cumplir la normativa de protección de datos vigente.

Instrumentos

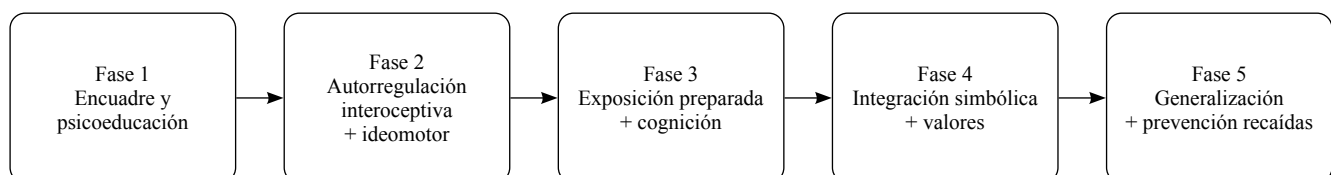
En el marco clínico, MICOs es compatible con instrumentos habituales de evaluación y seguimiento. En este manuscrito no se reportan puntuaciones ni análisis psicométricos; se enumeran instrumentos a modo de referencia y para orientar futuras evaluaciones prospectivas.

Ejemplos: entrevista clínica y formulación funcional; medidas de ansiedad/depresión (p. ej., BAI, BDIII), afectividad (PANAS), interferencia/discapacidad y calidad de vida, y registros breves de evitación/ansiedad anticipatoria y de práctica de autorregulación.

Procedimiento

A efectos metodológicos, el MICOs se articula en cinco fases parcialmente solapadas: (véase la Figura 1).

Figura 1
Teoría del Cambio del MICOs (Esquema)



Hipótesis de cambio (síntesis):

↑ seguridad y expectativa de control → ↑ autoeficacia y regulación →
↓ evitación / ↓ ansiedad anticipatoria → consolidación de significado / valores → mantenimiento

Criterios de fidelidad (núcleo vs adaptación). Se consideran elementos núcleo del MICoS: (a) psicoeducación y encuadre colaborativo de control percibido; (b) entrenamiento breve de respiración lenta; (c) uso de una señal interoceptiva de calma (p. ej., “saliva en la boca”) como marcador experiencial; (d) sugestión ideomotora y anclajes motores; (e) exposición graduada precedida por preparación de autorregulación. Son adaptables (según preferencias y seguridad del paciente) el tipo de metáforas, el formato de hipnosis (despierta vs formal) y la dosis de tareas. Si se emplea contacto físico (p. ej., estímulo táctil breve en ejercicios ideomotores), debe existir consentimiento explícito y alternativa sin contacto. Se recomienda señal de pausa/stop y especial prudencia en contenidos de memoria/trauma.

Fase 1: Preparación, vínculo terapéutico y psicoeducación integradora.

- Evaluación diagnóstica estructurada.
- Entrevista clínica centrada en la alianza: escucha activa, validación emocional, formulación compartida del caso y diagnóstico diferencial, contrastando cuando era posible el criterio de derivación (médico/psiquiátrico) y los objetivos funcionales vinculados al retorno al trabajo.
- Psicoeducación adaptada al caso sobre ansiedad, estrés, pánico, somatización e interocepción, con un lenguaje sencillo y ejemplos conductuales para diferenciar activación simpática (p. ej., tensión, hipervigilancia, taquicardia, boca seca) de señales de retorno a mayor calma (p. ej., respiración abdominal más lenta y sensación de saliva en la boca como señal interoceptiva). Esta psicoeducación se acompaña, cuando resulta útil, de esquemas o dibujos breves y se enlaza con estrategias de autorregulación y exposición graduada (Porges, 2011; Thayer y Lane, 2000; Critchley y Garfinkel, 2017; Cano-Vindel y Miguel-Tobal, 2001).
- Clínicamente, el uso de la “saliva en la boca” funciona como una señal interoceptiva sencilla de retorno a un estado de mayor calma subjetiva: la secreción salival está fuertemente modulada por la inervación autonómica (con predominio parasimpático colinérgico —muscarínico— en el aumento del flujo), mientras que el estrés y la activación simpática tienden a asociarse a sequedad oral (Proctor y Carpenter, 2007). En paralelo, la respiración lenta y diafragmática se asocia de forma consistente con incrementos de la variabilidad de la frecuencia cardíaca (vmHRV), compatible con mejor regulación autonómica (Lehrer y Gevirtz, 2014; Zaccaro et al., 2018; Laborde et al., 2022). En el MICoS, esta secuencia (respiración + señal interoceptiva de saliva) se integra como preparación breve y verificable antes de la sugestión ideomotora, sin asumir que la salivación constituya por sí misma un marcador fisiológico específico.
- Presentación de la hipnosis clínica científica y desmontaje de mitos, desde modelos sociocognitivos (Capafons, 1998a, 2001; Lynn et al., 2023). Se realizan ejercicios de hipnosis del Modelo de Valencia de hipnosis despierta (Alarcón y Capafons, 2006; Capafons, 2008; Capafons, 2012). A través de ellos, el paciente comprueba en su propia experiencia fisiológica cómo su forma de pensar, imaginar y responder modifica sus “síntomas”. Un ejercicio especialmente útil consiste en la asociación estímulo-respuesta, basada en el condicionamiento clásico y operante (Skinner, 1953, 1957,

1971, 1974): se vincula el peso o la ligereza de los brazos a dos objetos diferentes y, posteriormente, basta con mirar o acercar el objeto al brazo para que el paciente vuelva a notar la sensación asociada (Cangas, 1999). Esto suele producir un impacto motivacional importante, al evidenciar que sus respuestas corporales son modulables.

- Tareas para casa: Audio de sesión, activación familiar, social, física, lecturas, ejercicios de Tai-Chi, Chi Kung, meditación, audios de mindfulness, autorregistros de ansiedad (Newman y Castonguay, 2016).

Fase 2: Regulación interoceptiva preparada y sugestión ideomotora.

Nota procedimental: en la práctica, la introducción de hipnosis “formal” con inducción/profundización se planteó habitualmente a partir de la segunda sesión, si el paciente lo toleraba y el objetivo clínico lo justificaba; en el resto de los casos se mantuvo la hipnosis despierta. En ambos formatos se priorizó la colaboración, el control percibido y la alineación con objetivos terapéuticos (Alarcón y Capafons, 2006; Barber, 1969; Kroger, 1977; González-Ordí, 2006).

- Entrenamiento en respiración diafragmática lenta (p. ej., 4-4-6 o ritmo cercano a 6 respiraciones/minuto), habitualmente en bloques breves (p. ej., tres ciclos) hasta que el/la paciente puede reproducirla con facilidad dentro y fuera de sesión y utilizarla como preparación para la exposición o para inducir un estado de mayor absorción atencional.
- Introducción de una sugestión ideomotora centrada en la percepción de “saliva en la boca” como señal interoceptiva subjetiva de retorno a calma. La secreción salival está modulada por el sistema nervioso autónomo, y la sensación de boca seca es frecuente bajo estrés por influencias centrales sobre los centros salivales (Garrett, 1987). En paralelo, la respiración lenta y diafragmática se asocia a cambios en parámetros de variabilidad de la frecuencia cardíaca (p. ej., HFHRV) interpretados como compatibles con regulación parasimpática, y a cambios en afecto/estrés en estudios experimentales (Russell et al., 2017; Ma et al., 2017). Por ello, se utiliza la “saliva” como una señal práctica y fácilmente entrenable, sin inferir activación vagal directa en este manuscrito ni asumir que constituya por sí misma un marcador fisiológico específico.
- Como prueba conductual breve de respuesta ideomotora (y para aumentar la percepción de autoeficacia), se emplea con frecuencia el ejercicio de “manos imantadas”: con ojos cerrados, brazos extendidos y palmas enfrentadas, el/la paciente focaliza sensaciones en las palmas (calor, pulso, presión) y se sugiere una atracción gradual. Se puede reforzar de forma no invasiva con un breve estímulo táctil en el centro de la palma, explicándolo como un “punto de anclaje”. El objetivo no es “probar” hipnosis, sino facilitar una experiencia inicial de automatismo atencional y control de la respuesta corporal (Barber, 1969; Kroger, 1977).
- Metáfora del conductor: del mismo modo que, al conducir, no negocias cada segundo con el volante, sino que mantienes la dirección y haces pequeños ajustes, en terapia se entrena a notar el ruido mental sin luchar con él y a elegir conductas que acerquen a los valores (Hayes et al., 1999; Hayes, 2019).

- Uso de anclajes motores discretos (p. ej., presión suave de dedos, postura corporal) asociados a esta sensación de calma fisiológica, creando un “kit de seguridad” portable.

Fase 3: Exposición preparada, reestructuración cognitiva e imaginería hipnótica.

Una vez que el paciente domina la combinación respiración + salivación percibida (señal interoceptiva) + anclaje, se introduce la exposición graduada a sensaciones y situaciones temidas, siempre precedida por la preparación de autorregulación.

En muchos casos se utiliza hipnosis despierta al estilo del Modelo de Valencia (Capafons, 1998a, 2001), con lenguaje permisivo, foco atencional y ojos abiertos o cerrados según preferencia y seguridad del paciente (Alarcón y Capafons, 2006).

Se exploran y se reformulan las cogniciones catastróficas y los sesgos atencionales descritos en el modelo de los cuatro factores de la ansiedad (Eysenck y Derakshan, 1997), conectándolos con experiencias corporales y nuevas interpretaciones más funcionales (Beck et al., 1979; Ellis, 1962).

En esta etapa, se recomienda utilizar imaginería guiada para consolidar el aprendizaje y fortalecer la sensación de control y seguridad. El paciente puede visualizar situaciones temidas y aplicar las técnicas aprendidas, lo que facilita la integración de recursos internos y promueve una experiencia de afrontamiento exitosa.

La exposición interoceptiva puede ensayarse mediante imaginería (con o sin hipnosis), siempre explicada, consensuada y titulada. Se recomienda incorporar una estrategia de seguridad elegida por el/la paciente (p. ej., señal de pausa y un recurso de regulación), evitando afirmaciones neurofisiológicas fuertes sin medición directa. La hipnosis puede emplearse como coadyuvante de la TCC cuando mejora adherencia, regulación y afrontamiento, tal como sugieren metaanálisis en intervenciones combinadas (Kirsch et al., 1995; Milling et al., 2019; Milling et al., 2021).

Fase 4: Integración simbólica —ejercicio del “árbol de mi vida” y la “fuente de agua”.

Se introduce un ejercicio de imaginería simbólica con hipnosis donde el paciente visualiza una fuente de agua limpia y fresca de alta montaña; toca el agua con las manos, la lleva a la boca, nota el frescor y la sensación de limpieza y vida.

Ese mismo agua puede dirigirse simbólicamente a las zonas de dolor o tensión (p. ej., en fibromialgia), suavizándolas y recuperando movimiento.

En un segundo momento, el paciente visualiza su “el árbol de su vida”: un árbol que cuida y es cuidado, con raíces (recursos, vínculos), tronco (identidad), ramas y frutos (logros, valores, proyectos).

El paciente puede acercarse, apoyarse en el árbol, escuchar qué le “dice” sobre cómo afrontar sus miedos e inseguridades, y comprometerse con pequeñas acciones en coherencia con ese mensaje. Como quiere verse en el futuro.

Fase 5: Generalización, tareas conductuales y cierre con anclaje positivo.

Asignación de tareas para casa: exposición en vivo preparada, ejercicio físico adaptado, higiene del sueño, registros de pensamientos y emociones, prácticas breves de hipnosis/autohipnosis (Capafons, 1998b).

Se recomienda monitorizar cambios en escalas estandarizadas y en indicadores funcionales (trabajo, relaciones, autocuidado).

Cierre con consolidación del anclaje fisiológico-cognitivo (respiración + salivación + árbol/fuente) y elaboración de un plan

de prevención de recaídas. Reactivación y técnicas posthipnóticas (González-Ordi y Capilla, 2004) pueden ser muy efectivas para escuchar lo percibido y seguimiento.

Si es necesario proponer intervenir en programas más extensos interdisciplinarios integrativos (Wijnen et al., 2023).

Análisis (no Aplica)

No se realiza análisis de datos empíricos en este manuscrito. Los “resultados” se presentan como productos del modelo: su estructura operativa, la teoría del cambio y ejemplos clínicos hipotéticos.

Para futuras evaluaciones prospectivas se sugiere: (a) definir una muestra y contexto, (b) emplear medidas repetidas de ansiedad anticipatoria/evitación y funcionamiento, (c) registrar adherencia a prácticas de autorregulación y dosis de exposición, y (d) estimar magnitudes de cambio con análisis apropiados (p. ej., modelos mixtos o series temporales) tras aprobación ética.

Productos del Modelo

La integración de experiencia clínica y literatura previa permitió sintetizar el MICOs en las cinco fases descritas, orientadas a pacientes con ansiedad anticipatoria, evitación, somatización y/o dolor persistente, incluyendo contextos de estrés laboral, pérdida y adaptación (Tabla 1).

Desde el punto de vista clínico, los elementos que más sistemáticamente refieren los pacientes como útiles son:

- La sensación de “ir preparado” a la exposición (respiración + señal interoceptiva de salivación + anclajes + sitio seguro).
- La sensación subjetiva de mayor seguridad y regulación corporal asociada al protocolo de preparación (p. ej., disminución percibida de taquicardia, relajación muscular y cambios vegetativos como la salivación), sin asumir que dichos fenómenos constituyan por sí mismos marcadores fisiológicos específicos.
- El poder “hablar con el árbol” o utilizar el agua de la fuente como metáfora activa de cuidado y limpieza emocional, con fuerte resonancia en pacientes sensibles a recursos simbólicos.

Ilustración clínica (viñetas hipotéticas/compuestas). A continuación, se presentan dos ejemplos abreviados con finalidad didáctica. No describen a una persona real ni derivan de un único caso.

Viñeta 1. Ansiedad anticipatoria y evitación en contexto laboral.

Una persona adulta presenta ansiedad anticipatoria intensa ante situaciones laborales tras una experiencia interpersonal sostenida percibida como amenazante. Tras psicoeducación y encuadre (Fase 1), se entrena autorregulación interoceptiva mediante respiración lenta y una señal subjetiva de calma (Fase 2), y se introduce respuesta ideomotora simple (sí/no/pausa) para aumentar control percibido. En Fase 3 se ensaya exposición imaginaria graduada, siempre precedida por el protocolo de preparación, mientras se trabajan pensamientos de incapacidad/amenaza. En Fase 4 se emplea imaginería de cuidado (p. ej., agua limpia como metáfora) y un ejercicio de “árbol de la vida” para consolidar identidad competente y compromiso con valores. La Fase 5 se centra en generalización: aproximaciones en vivo, prevención de evitación y plan de mantenimiento.

Tabla 1
Síntesis Operativa del MICoS por Fases (Versión Clínica Abreviada)

Fase	Objetivo clínico	Componentes nucleares (terapeuta)	Tareas entre sesiones	Seguridad y notas
1 Evaluación y encuadre	Formulación breve y objetivos; alianza y expectativas	Evaluación clínica y funcional; psicoeducación sobre ansiedad/evitación; explicación de “exposición preparada”; señal de parada y consentimiento.	Registro breve de síntomas/evitación; pauta básica de autocuidado si procede.	Aclarar límites de la hipnosis (no “prueba” de verdad; evitar recuperación de memoria con fines forenses).
2 Regulación y condicionamiento	Reducir activación y aumentar sensación de control	Respiración diafragmática; focalización atencional; instalación de anclajes (p. ej., salivación como señal subjetiva de calma); lugar seguro.	Práctica diaria breve (5-10 min): respiración + anclaje; registro de disparadores.	Si hay disociación elevada o trauma complejo: titulación; ventana de tolerancia; priorizar estabilización.
3 Recursos e ideomotor	Fortalecer recursos y flexibilidad cognitiva	Sugestiones ideomotoras no directivas (sí/no/stop); imaginación de recursos (árbol/fuente u otras metáforas); defusión y reencuadre; preparación para exposición.	Ensayo imaginal breve con anclajes; jerarquía de situaciones temidas (0-10).	Evitar sugerencias que induzcan falsos recuerdos; preguntas neutrales; monitorizar sobreimplicación emocional.
4 Exposición preparada	Contacto graduado con lo temido con regulación	Exposición imaginal y/o en vivo graduada; prevención de evitación/rituales; reestructuración cognitiva cuando procede; aceptación del malestar (ACT) y retorno al plan.	Exposición en vivo planificada; autoinstrucciones; repetir protocolo de preparación antes y después.	Ajustar dosis; no forzar; interrumpir si hay disregulación intensa; priorizar seguridad clínica.
5 Generalización y cierre	Consolidar aprendizaje y prevención de recaídas	Revisión de logros; plan de mantenimiento; consolidación del anclaje; narrativa de competencia; señales tempranas de recaída y plan de acción.	Rutina semanal de práctica; exposiciones de mantenimiento; plan ante recaída.	Cerrar sin dependencia; reforzar autonomía; criterios de consulta y derivación si aparecen riesgos.

Viñeta 2. Dolor persistente con hipervigilancia somática y evitación. Una persona con dolor persistente y fatiga mantiene hipervigilancia corporal, preocupación y evitación de actividad. En Fase 1 se acuerdan objetivos funcionales y se explican bucles de estrés-dolor-activación. En Fase 2 se practica respiración lenta y señal interoceptiva de calma; en Fase 3 se usa hipnosis clínica (formal o despierta) como coadyuvante para reducir hipervigilancia y facilitar defusión/reestructuración cuando procede, junto con orientación a valores (ACT). En Fase 4 se integran metáforas/imaginaciones elegidas por el paciente para promover autocuidado y límites; en Fase 5 se pauta activación graduada y plan de mantenimiento (autohipnosis, práctica breve y prevención de recaídas).

Discusión

Naturaleza del Aporte del MICoS

El MICoS se presenta como un modelo teórico-clínico integrador sustentado en literatura relevante y experiencia clínica. Su evaluación empírica (eficacia, efectividad y mecanismos) constituye una agenda futura y deberá abordarse mediante diseños prospectivos, con aprobación ética y procedimientos transparentes.

El aporte principal del MICoS puede resumirse en tres ejes:

Primero. Exposición preparada y eje vagal/interoceptivo. En lugar de entender la exposición como un procedimiento aislado, el MICoS la sitúa dentro de una secuencia que comienza por favorecer una mínima seguridad fisiológica y atencional (respiración diafragmática, autorregulación, anclajes ideomotores) antes de iniciar tareas de acercamiento al estímulo temido. Este encuadre es coherente con la teoría polivagal (Porges, 2011, 2021) y con la evidencia sobre la relación entre variabilidad de frecuencia cardíaca y regulación emocional (Thayer y Lane, 2000; Thayer et al., 2012), si bien el modelo no asume que dichos ejercicios impliquen por sí mismos cambios fisiológicos objetivables sin medición específica.

Segundo. Sugestión ideomotora al servicio de la TCC. La focalización en señales subjetivas de calma (p. ej., salivación como

marcador experiencial de disminución de activación) y el uso de anclajes motores se interpretan desde modelos sociocognitivos de la hipnosis (Capafons, 1998b; Lynn et al., 2023): no se postulan “estados” cualitativamente distintos, sino una modulación de expectativas, atención y aprendizaje que facilita nuevas asociaciones entre sensaciones corporales y significados, integradas en procedimientos cognitivo-conductuales.

Tercero. Integración simbólica (fuente y árbol) con reestructuración cognitiva. El uso de metáforas vividas (agua que limpia, árbol que cuida) se apoya en la tradición de las sugerencias metafóricas en hipnosis (Hammond, 2010) y en modelos donde los recursos simbólicos pueden reforzar elaboración narrativa, identidad y sentido (Yapko, 2003). En MICoS, estos recursos se vinculan sistemáticamente a tareas concretas y compromisos conductuales, evitando que queden como un ejercicio “poético” desconectado del cambio clínico.

Relación con la Evidencia Existente

El MICoS no compite con los tratamientos de primera línea; se apoya en ellos y propone una organización clínica de componentes ya respaldados por la literatura:

Toma de la TCC para pánico/agorafobia la estructura de evaluación, psicoeducación, reestructuración cognitiva y exposición (Barlow, 1997; Cano-Vindel y Dongil, 2017).

Integra aportes de la psicofisiología de la interocepción y la regulación emocional (Craig, 2002, 2009; Critchley y Garfinkel, 2017).

Se alinea con la hipnosis clínica científica como coadyuvante en intervenciones psicológicas (Kirsch et al., 1995; Alarcón y Capafons, 2006; González-Ordi, 2006), así como con meta-análisis que respaldan su utilidad para reducir ansiedad y depresión, especialmente en formato combinado (Valentine et al., 2019; Milling et al., 2019, 2021).

En el estudio comparativo de Brom et al. (1989), la hipnoterapia mostró una eficacia comparable o superior a otros enfoques activos

en TEPT, alcanzando los resultados clínicos con un menor número de sesiones, lo que sugiere una mayor eficiencia terapéutica. La afirmación de menos sesiones en el grupo de hipnoterapia aparece resumida explícitamente en una revisión de Mendoza y Capafons (2009).

Limitaciones

Naturaleza del manuscrito. Este trabajo es una propuesta teórica/clínica y no incluye evaluación empírica ni análisis de datos de pacientes. En consecuencia, no permite estimar eficacia, efectividad o tamaños del efecto.

Validación pendiente. La utilidad del MICoS debe contrastarse en estudios prospectivos con aprobación ética formal, medidas repetidas y comparación con alternativas clínicas pertinentes (p. ej., TCC estándar o protocolos específicos).

Manualización y adherencia. Aunque se describen cinco fases, es necesario desarrollar materiales de entrenamiento, métricas de fidelidad/adherencia y criterios operativos de dosificación para facilitar replicación y auditoría clínica.

Generalización y moderadores. Estudios futuros deberían explorar moderadores (sexo/género, edad, diagnóstico principal, trauma complejo, etc.) y componentes activos para evitar conclusiones excesivamente globales.

Prudencia neurofisiológica. La referencia a activación vagal/interocepción se plantea como un marco clínico de autorregulación y no como marcador biomédico concluyente; se recomienda evitar afirmaciones mecanicistas fuertes sin evidencia directa.

Seguridad Clínica, Contraindicaciones y Manejo de Riesgos

El MICoS incorpora hipnosis e imaginación que, bien aplicadas, son clínicamente seguras; sin embargo, exigen evaluación cuidadosa de riesgos y competencias del terapeuta (Hambleton, 2008). Se recomienda especial prudencia (o posponer hipnosis formal) ante psicosis activa, manía/hipomanía no estabilizada, intoxicación, deterioro cognitivo significativo o disociación intensa no contenida. En trauma complejo, el foco inicial debe ser estabilización, titulación del afecto y trabajo dentro de la ventana de tolerancia (González-Ordi y Capilla, 2021).

Asimismo, por razones éticas y de seguridad de la memoria, el MICoS no se plantea como técnica de “recuperación” de recuerdos. Las sugerencias deben formularse de manera neutral y orientada a recursos/afrontamiento, evitando preguntas sugestivas que incrementen el riesgo de falsos recuerdos. Se aconseja establecer señal de parada, monitorizar activación y cerrar con reorientación al aquí-y-ahora. En contextos de salud laboral o con elementos evaluativos, conviene delimitar roles (clínico vs. pericial) y evitar la doble función cuando comprometa neutralidad o alianza.

Implicaciones Clínicas

Pese a estas limitaciones, la experiencia acumulada sugiere que el MICoS podría ser especialmente útil en:

Pacientes con alta ansiedad anticipatoria y miedo al propio miedo, para quienes la exposición “en seco” se vive como inasumible.

Casos donde somatización y dolor ocupan un lugar central, y la modulación atencional/interoceptiva y la resignificación corporal pueden ser relevantes.

Contextos de acoso laboral, estrés crónico y trauma relacional, donde el trabajo simbólico (árbol de la vida, fuente) puede favorecer reconstrucción de identidad y sentido, siempre integrado con tareas conductuales.

Conclusiones

El MICoS constituye una propuesta integrativa coherente que organiza componentes de TCC, hipnosis clínica científica y regulación autonómica/atencional en un formato clínico estructurado en cinco fases.

La noción de exposición preparada —precedida por entrenamiento de regulación, anclajes y recursos— podría ser clínicamente prometedora para mejorar tolerancia al malestar y adherencia, especialmente en problemas con elevada ansiedad anticipatoria.

Se requieren estudios prospectivos (series de casos bien documentadas, diseños de caso único, estudios piloto controlados y/o ensayos) que evalúen rigurosamente la aportación incremental del MICoS frente a TCC estándar u otras intervenciones integrativas.

Mientras tanto, el MICoS puede considerarse una herramienta clínica razonable para terapeutas formados en TCC e hipnosis clínica, siempre aplicada con prudencia, transparencia y respeto estricto a criterios éticos y deontológicos.

Declaración de Financiación

No se recibió financiación específica para la elaboración de este manuscrito.

Conflictos de Interés

El autor declara no tener conflictos de interés.

Contribución

Autor único: conceptualización y desarrollo del modelo, integración teórico-clínica, redacción del manuscrito, revisión y edición, y visualización (figuras/tablas).

Referencias

- Alarcón, A., y Capafons, A. (2006). El modelo Valencia de hipnosis despierta: ¿Técnicas nuevas o técnicas innovadoras? *Papeles del Psicólogo*, 27(2), 70-78. <https://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/1338.pdf>
- Barber, T. X. (1969). *Hypnosis: A scientific approach*. Van Nostrand Reinhold.
- Barlow, D. H. (1997). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic* (2nd ed.). Guilford Press.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., y Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. Guilford Press.
- Brom, D., Kleber, R. J., y Defares, P. B. (1989). Brief psychotherapy for posttraumatic stress disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57(5), 607-612. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.57.5.607>
- Cangas, A. J. (1999). Análisis y modificación de la susceptibilidad hipnótica. *Anales de Psicología*, 15(1), 89-97.
- Cano-Vindel, A., y Miguel-Tobal, J. J. (2001). Emociones y salud. *Ansiedad y Estrés*, 7(2-3), 111-121. <https://www.ansiedadystres.es/sites/default/files/rev/ucm/2001/anyes2001a9.pdf>

- Cano-Vindel, A., y Dongil Collado, E. (2017). Nuevo tratamiento psicológico del pánico y la agorafobia. Síntesis.
- Capafons, A. (1998a). Hipnosis clínica: Una visión cognitivo-comportamental. *Papeles del Psicólogo*, 69, 71-88. <https://www.papelesdelpsicologo.es/resumen?pii=779>
- Capafons, A. (1998b). Rapid self-hypnosis: A suggestion method for self-control. *Psicothema*, 10(3), 571-581. <https://www.psicothema.com/pdf/187.pdf>
- Capafons, A. (2001). *Hipnosis*. Síntesis.
- Capafons, A. (2008). Hipnosis clínica: una visión cognitivo-conductual. Biblioteca Nueva.
- Capafons, A. (2012). Hipnosis clínica: eficacia, aplicaciones y controversias. *Papeles del Psicólogo*, 33(2), 98-107.
- Craig, A. D. (2002). How do you feel? Interoception: The sense of the physiological condition of the body. *Nature Reviews Neuroscience*, 3(8), 655-666. <https://doi.org/10.1038/nrn894>
- Craig, A. D. (2009). How do you feel—now? The anterior insula and human awareness. *Nature Reviews Neuroscience*, 10, 59-70. <https://doi.org/10.1038/nrn2555>
- Critchley, H. D., y Garfinkel, S. N. (2017). Interoception and emotion. *Current Opinion in Psychology*, 17, 7-14. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2017.04.020>
- Damasio, A. R. (1999). *The feeling of what happens: Body and emotion in the making of consciousness*. Harcourt Brace.
- Dana, D. (2018). *The polyvagal theory in therapy: Engaging the rhythm of regulation*. W. W. Norton.
- Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. Citadel Press.
- Eysenck, H. J., y Martin, I. (Eds.). (1987). *Theoretical foundations of behavior therapy*. Plenum Press.
- Eysenck, M. W., y Derakshan, N. (1997). Cognitive biases in anxiety: A four-factor theory. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 4(4), 262-278.
- Eysenck, M. W., y Eysenck, M. C. (2007). *Anxiety and cognition: A unified theory*. Psychology Press.
- Garrett, J. R. (1987). The proper role of nerves in salivary secretion: A review. *Journal of Dental Research*, 66(2), 387-397. <https://doi.org/10.1177/00220345870660020201>
- González-Ordi, H., y Capilla Ramírez, P. (2004). Hipnosis y psicofisiología: la autorregulación en el marco de la psicología científica. *Papeles del Psicólogo*, 25(87), 27-35.
- 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.
- González-Ordi, H., y Capilla Ramírez, P. (2021). Técnicas de hipnosis para trauma y disociación. Síntesis. <https://www.sintesis.com/libro/tecnicas-de-hipnosis-para-trauma-y-disociacion>
- Hambleton, R. (2008). *Hipnosis segura: Una guía para el control de riesgos* (J. Aldekoa Arana, Trad.). Desclée de Brouwer.
- Hammond, D. C. (Ed.). (2010). *Handbook of hypnotic suggestions and metaphors*. W. W. Norton.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., y Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. Guilford Press.
- Hayes, S. C. (2019). *A liberated mind: How to pivot toward what matters*. Avery.
- Hofmann, S. G., Sawyer, A. T., Witt, A. A., y Oh, D. (2010). The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(2), 169-183. <https://doi.org/10.1037/a0018555>
- Kirsch, I., Montgomery, G., y 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>
- Kroger, W. S. (1977). *Clinical and experimental hypnosis in medicine, dentistry, and psychology* (2nd ed.). J. B. Lippincott.
- Laborde, S., Allen, M. S., Borges, U., Dosseville, F., Hosang, T. J., Iskra, M., Mosley, E., Salvotti, C., Spolverato, L., Zammit, N., y Javelle, F. (2022). Effects of voluntary slow breathing on heart rate and heart rate variability: A systematic review and a meta-analysis. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 138, 104711. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2022.104711>
- Lehrer, P. M., y Gevirtz, R. (2014). Heart rate variability biofeedback: How and why does it work? *Frontiers in Psychology*, 5, 756. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2014.00756>
- Lynn, S. J., Maxwell, R., y Kirsch, I. (2023). The sociocognitive perspective on hypnosis: 30 years later. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 71(4), 287-312.
- Ma, X., Yue, Z.-Q., Gong, Z.-Q., Zhang, H., Duan, N.-Y., Shi, Y.-T., et al. (2017). The effect of diaphragmatic breathing on attention, negative affect and stress in healthy adults. *Frontiers in Psychology*, 8, 874. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00874>
- Mendoza, M. E., y Capafons, A. (2009). Efficacy of clinical hypnosis: A summary of its empirical evidence. *Papeles del Psicólogo*, 30(2), 98-116. <https://www.papelesdelpsicologo.es/English/1699.pdf>
- Milling, L. S., Valentine, K. E., McCarley, H. S., y LoStimolo, L. M. (2019). A meta-analysis of hypnotic interventions for depression symptoms: High hopes for hypnosis? *American Journal of Clinical Hypnosis*, 61(4), 227-243. <https://doi.org/10.1080/00029157.2018.1489777>
- Milling, L. S., Valentine, K. E., LoStimolo, L. M., Nett, A. M., y McCarley, H. S. (2021). Hypnosis and the alleviation of clinical pain: A comprehensive meta-analysis. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 69(3), 297-322. <https://doi.org/10.1080/00207144.2021.1920330>
- Newman, M. G., y Castonguay, L. G. (2016). Integrative psychotherapy. In J. C. Norcross, G. R. VandenBos y D. K. Freedheim (Eds.), *APA handbook of clinical psychology: Theory and research* (Vol. 2, pp. 399-427). American Psychological Association
- Patterson, D. R., y Jensen, M. P. (2003). Hypnosis and clinical pain. *Psychological Bulletin*, 129(4), 495-521. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.4.495>
- Porges, S. W. (2011). *The polyvagal theory: Neurophysiological foundations of emotions, attachment, communication, and self-regulation*. W. W. Norton.
- Porges, S. W. (2021). *Polyvagal safety: Attachment, communication, self-regulation*. W. W. Norton & Company.
- Proctor, G. B., y Carpenter, G. H. (2007). Regulation of salivary gland function by autonomic nerves. *Autonomic Neuroscience: Basic & Clinical*, 133(1), 3-18. <https://doi.org/10.1016/j.autneu.2006.10.006>
- Rizzolatti, G., y Craighero, L. (2004). The mirror-neuron system. *Annual Review of Neuroscience*, 27, 169-192. <https://doi.org/10.1146/annurev.neuro.27.070203.144230>
- Russell, M. E. B., Scott, A. B., Boggero, I. A., y Carlson, C. R. (2017). Inclusion of a rest period in diaphragmatic breathing increases high frequency heart rate variability: Implications for behavioral therapy. *Psychophysiology*, 54(3), 358-365. <https://doi.org/10.1111/psyp.12791>
- Skinner, B. F. (1953). *Science and human behavior*. Macmillan.
- Skinner, B. F. (1957). *Verbal behavior*. Appleton-Century-Crofts.
- Skinner, B. F. (1971). *Beyond freedom and dignity*. Knopf.

- Skinner, B. F. (1974). *About behaviorism*. Knopf.
- Thayer, J. F., y Lane, R. D. (2000). A model of neurovisceral integration in emotion regulation and dysregulation. *Journal of Affective Disorders*, 61(3), 201-216. [https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(00\)00338-4](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(00)00338-4)
- Thayer, J. F., Åhs, F., Fredrikson, M., Sollers, J. J., y Wager, T. D. (2012). A meta-analysis of heart rate variability and neuroimaging studies: Implications for heart rate variability as a marker of stress and health. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 36(2), 747-756. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2011.11.009>
- Thompson, T., Terhune, D. B., Oram, C., Sharangparni, J., Rouf, R., Solmi, M., Veronese, N., y Stubbs, B. (2019). The effectiveness of hypnosis for pain relief: A systematic review and meta-analysis of 85 controlled experimental trials. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 99, 298-310. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2019.02.013>
- Valentine, K. E., Milling, L. S., Clark, L. J., y Moriarty, C. L. (2019). The efficacy of hypnosis as a treatment for anxiety: A meta-analysis. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 67(3), 336-363. <https://doi.org/10.1080/00207144.2019.1613863>
- Vallejo Pareja, M. Á., y Capafons Bonet, A. (2004). La hipnosis psicológica en España. *Papeles del Psicólogo*, 25(89), 39-43. <https://www.papelesdelpsicologo.es/resumen?pii=1184>
- Wijnen, J., Gordon, N. L., van 't Hullenaar, G., Pont, M. L., Geijselaers, M. W. H., Van Oosterwijck, J., y de Jong, J. (2023). An interdisciplinary multimodal integrative healthcare program for depressive and anxiety disorders. *Frontiers in Psychiatry*, 14, 1113356. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2023.1113356>
- Yapko, M. D. (2003). *Treating depression with hypnosis: Integrating cognitive-behavioral and strategic approaches*. Brunner-Routledge.
- Zaccaro, A., Piarulli, A., Laurino, M., Garbella, E., Menicucci, D., Neri, B., y Gemignani, A. (2018). How breath-control can change your life: A systematic review on psycho-physiological correlates of slow breathing. *Frontiers in Human Neuroscience*, 12, 353. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2018.00353>