

2974



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

EL USO DE LA HIPNOSIS Y TERAPIA DE CONDUCTA
EN EL AUTOMANEJO DE LAS CONDUCTAS
ADICTIVAS: REESTRUCTURACION COGNOSCITIVA
BAJO HIPNOSIS EN "ALCOHOLICOS".

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A :
AGUSTIN GAYTAN FRAGOSO

Director de la Facultad: MTRO. JAVIER URBINA SORIA

Director de Tesis: MTRO. BENJAMIN DOMINGUEZ TREJO

Asesor Estadístico: MTRA. SOFIA RIVERA ARAGON

CIUDAD UNIVERSITARIA

AGOSTO DE 1989



FALLA DE ORIGEN



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

R E S U M E N

El presente estudio se llevó a cabo con la finalidad de conocer de que manera la hipnosis puede facilitar y mantener el procedimiento de reestructuración cognoscitiva en un individuo con problemas de adicción a las bebidas alcohólicas.

El tipo de estudio utilizado fué Experimental de Campo con un diseño Intrasujeto del tipo Tratamiento simultáneo.

El principal planteamiento postulado fué que la reestructuración cognoscitiva en individuos que presentan conducta de adicción a las bebidas alcohólicas, se ve facilitada y mantenida mediante el uso de la hipnosis.

La muestra en estudio la integró 1 sujeto, sexo femenino, con diagnóstico de adicción a las bebidas alcohólicas, una edad de 32 años, primaria terminada y con lugar de residencia en el interior del país.

Se utilizaron 3 instrumentos psicológicos y uno de electromiografía: el IDARE, el MMPI, el Inventario de Creencias Personales y un electromiógrafo y los resultados se obtuvieron mediante el Paquete Estadístico Aplicado a las Ciencias Sociales (SPSS). Los resultados obtenidos en el primero y cuarto instrumentos confirmaron con una significancia estadística y clínica, bastante considerable, el principal planteamiento de esta investigación; los cuales se vieron corroborados por los resultados obtenidos en los otros dos instrumentos.

Los resultados extraídos del presente trabajo no corresponden a ningún otro estudio realizado a la fecha sobre el tema y, en este sentido, abre un amplio campo de posibilidades de investigación clínica y experimental en el vasto y multivariado ámbito de las conductas adictivas.

I N T R O D U C C I O N

Desde tiempo inmemorial los problemas asociados al consumo incontrolado de las bebidas alcohólicas ha sido de los más graves e importantes para la mayoría de las sociedades de todo el mundo, debido a las consecuencias que presentan tanto para el individuo, la familia y la sociedad. Por lo tanto, éstos - representan uno de los problemas que más atañen a la sociedad y que es imprescindible tenersele en consideración, no sólo -- por su implicación en la salud individual enmarcado dentro del campo de dominio del especialista en salud mental.

Las repercusiones de este consumo incontrolado de bebidas alcohólicas se han extendido a instituciones tan importantes - como el matrimonio y la familia, lo que se confirma a través - de las noticias vertidas por los medios de comunicación sobre riñas, divorcios, separaciones, agresiones a los hijos, homici- dios, accidentes automovilísticos y suicidios entre muchos --- otros (9).

Los individuos con problemas de conducta adictiva constan- temente están enviando señales de alerta sobre su conducta pro- blema a través de sus dificultades en el matrimonio, el traba- jo ó de sus relaciones interpersonales, originando con ello an- siedad, inestabilidad e insatisfacción general en la vida (9).

Las consecuencias de estas conductas adictivas son ejem--

plos claros y objetivos de las expresiones colectivas de un difundido hábito desadaptado en el individuo sea hombre o mujer, adolescente o adulto, pobre o rico. Estas conductas problema presentan signos de baja tolerancia a la frustración, senti---mientos de culpa, remordimientos, autoagresión, desesperanza y el más importante, un estado de ansiedad incrementado por cada una de estas emociones.

Afines de 1940, Jellinek y asociados, consideraron a esta adicción como una forma de dependencia física centrandó su ---atención en los efectos fisiológicos del uso de drogas como la causa subyacente de dicha adicción. Este punto de vista fué -ratificado en 1956 cuando la Asociación Médica Americana (AMA) declaró oficialmente a esta adicción como una enfermedad (123).

Aún cuando este modelo de la enfermedad del "alcoholismo" presentaba un mayor número de ventajas sobre el modelo moral -que le precedió, aún adolece de varios aspectos muy importantes relacionados con la experiencia de vida de cada persona --por lo cual se citará la definición propuesta por Marlatt y --Parks, la que le permite al individuo comprometido en estas --conductas problema tener una gran variedad de posibilidades de automanejo de dichas conductas. Estos autores definieron la -adicción a las bebidas alcohólicas como un hábito sobreaprendido que se puede analizar y modificar de la misma manera en que se puede hacer con otros hábitos tales como el tabaquismo(123).

En base a estas consideraciones es imprescindible que la conducta problema de los individuos con adicción a las bebidas alcohólicas, no sea comprendida tan sólo como una enfermedad orgánica, sino más importante aún, como un hábito sobreaprendido y mantenido que es paralelo en la familia, la sociedad y la cultura.

Asimismo, a partir del momento en que Ellis postuló la existencia de ciertas ideas irracionales que la mayoría de la gente adopta como premisas verdaderas (51a), hubo un mayor interés de otros autores como Beck (11) por examinar el estilo de pensamiento de las personas, y principalmente los recursos que éstas utilizan para la evitación o desarrollo ulterior de alguna conducta problema (70, 116, 125a, b); hasta llegar al análisis más amplio en la actualidad sobre el rol de las cogniciones individuales en el desarrollo y mantenimiento de la adicción a las bebidas alcohólicas (123, 144, 152).

Dentro de los pocos estudios llevados a cabo sobre este tópico podemos citar el de Marlatt y Parks (123), el cual demostró ampliamente la importancia que tienen, no sólo el tipo de diálogo interno de una persona sino también su estilo particular de vida, en el desarrollo de las conductas adictivas al alcohol.

De igual manera, debido a que como se expuso previamente, una de las características principales de la adicción a las be

bidas alcohólicas consiste en un estado de ansiedad, recientemente (27, 163, 165) ha habido un interés muy importante por determinar el papel que puede desempeñar la hipnosis, principalmente de manera conjunta con procedimientos cognitivo-conductuales, en la reducción de los niveles elevados de ansiedad a niveles que permitan un funcionamiento más eficaz e integral de aquéllas personas que presentan un problema de adicción a las bebidas alcohólicas.

En un País como el nuestro en el que las figuras parentales y sobre todo, nuestro sistema general de creencias juegan un papel primordial en la vida de todo individuo, la importancia que representan estos modelos parentales como factor de impacto en el aprendizaje y mantenimiento de conductas adictivas y el respeto y convicción que en general nuestro pueblo guarda por sus creencias, sean racionales o no, llamaron nuestra atención durante el desempeño de nuestro servicio social.

Por consiguiente, seleccionamos este grave problema social como tópico de tesis porque, aún cuando es muy común, no se le ha prestado la suficiente atención al papel que pueden desempeñar las creencias, expectativas y convicciones irracionales en el aprendizaje de un hábito sobreaprendido como la -- adicción y, en especial, el papel que puede tener la hipnosis como un instrumento que facilita y mantiene la reestructura--ción cognoscitiva en el tratamiento de las conductas adicti--vas al alcohol, y por ende, que prevenga la reincidencia en eg

tas conductas y ofrezca un mayor número de alternativas que -- ayuden a las personas con estas conductas problema, a canali-- zar su ansiedad y contrariedades cotidianas por medios más ra-- cionales y socialmente adecuados.

Es por estas razones que pretendemos hacer un análisis de algunos de estos aspectos de susodicho problema, para tratar - de contribuir un poco en la promoción del interés por el desa- rrollo de futuras investigaciones en este ámbito del quehacer clínico, que superen en mucho a la presente.

C A P I T U L O I

ANTECEDENTES GENERALES DE LA ADICCION A LAS BEBIDAS ALCOHOLICAS.

1.1 ASPECTOS HISTORICOS DEL CONSUMO INCONTROLADO DE BEBIDAS ALCOHOLICAS.

El consumo incontrolado de bebidas alcohólicas constituye una de las conductas adictivas que más consecuencias nefastas ha presentado para el individuo, la familia y la sociedad en su curso por la mayoría de las culturas de todas las épocas. Dicho consumo es tan antiguo, que se han encontrado referencias de su uso en Asia Menor hacia el año 6400 a. de C. De igual manera se ha reportado el uso de la cerveza en Egipto, Babilonia y Sumeria hacia los años 2400 a. de C., 2800 a. de C. y 3500 a. de C. respectivamente.

El código de Hammurabi, escrito entre el año 1800 a. de C. y 1760 a. de C., habla de las restricciones al uso exagerado del alcohol, al igual que ocurría en la India en 1700 a. de C., donde se le consideraba un verdadero problema. En China, durante la dinastía Shang Ying, 1766 a. de C. - 1123 a. de C., se promulgaron varios decretos en los que se prohibía el consumo exagerado del alcohol, aunque por otro lado, se sabe que en la dinastía Chou el vino revestía un carácter ritual y su papel se enfatizaba en el Libro de las canciones (9).

Para el año 1100 de nuestra era, en Rusia se aceptaba --- que la gente consumiera bebidas alcohólicas con moderación, -- sin embargo, posteriormente, el problema tuvo tal magnitud que el Zar Ivan IV tuvo que controlar las tabernas. Durante la dé cada del 1600, en Europa se consideraba a este consumo incontrolado de bebidas alcohólicas como un "mal" social exagerado; Lutero y Calvino pedían moderación en su consumo y Jaime I de Inglaterra consideraba a su país como "un país de borrachos" - (9).

Durante la época colonial de los Estados Unidos de Norteamérica, estaba muy difundido el uso del ron, la cerveza y el vino. Por el año 1700 los franciscanos plantaron los viñedos de California y el uso del whisky se prohibía en el Estado de Pennsylvania. De 1830 a 1904 se dictaron en contra del consumo exagerado del alcohol, las cuales no se respetaron hasta -- 1919 cuando se aprobó la Ley Volstead y, en 1933 se promulgó -- otra ley para contrarrestar los efectos de la etapa de prohibición (9).

En lo que se refiere a nuestro país, este consumo incontrolado de las bebidas alcohólicas se remonta al descubrimiento del pulque, del que más tarde, Fray Bartolomé de las Casas y otros misioneros se referían como un problema importante. -- Asimismo, Fray Bernardino de Sahagún y los CODICES MENDOCINO Y FLORENTINO hablan de la trascendencia mítico-religiosa del OCTI ó PULQUE en la religión mesoamericana. Así, este misione-

ro reportaba la existencia de leyes para regular el consumo --
exagerado de dicha bebida entre las culturas mesoamericanas --
(72).

En relación con este descubrimiento del pulque, se afirma que en una ocasión se reunieron todos los dioses de estas culturas mesoamericanas, para comentar el hecho de que sus pueblos necesitaban de una bebida que les ayudara a estar más contentos, ya que hasta ese momento eran pueblos tristes y apagados; por consiguiente, les enviaron una planta que les proporcionaría dicha bebida(109a).

Respecto a las leyes utilizadas por estas culturas --en particular los aztecas-- para regular el abuso en el consumo -- del pulque, Sousstelle (156) afirma que dichas leyes consistían en golpear en la nuca hasta que murieran, tanto a los hombres que iban caminando por las calles con indicios de embriaguez como a los que se les encontraba tirados en las mismas -- por los efectos de dicha bebida. De tal manera, los únicos -- que tenían permitido consumir grandes cantidades de estas bebidas eran los sacerdotes. En relación con este consumo del pulque, Sahagún (72) afirmaba: "Pero los verdaderos bebedores (de pulque) eran los ancianos, las ancianas y los aventureros, los osados, aquéllos que jamás ceden por temor, aquéllos que echan en juego sus cabezas y sus pechos..."

Por último, en cuanto al uso del pulque por las culturas

mesoamericanas, es importante destacar que las propiedades terapéuticas de esta bebida, durante la época precortesiana, fueron reconocidas por Clavijero al considerarlo un licor saludable y útil en muchos casos, como un excelente diurético y una medicina eficaz contra ciertas enfermedades intestinales como la diarrea (72).

Por otra parte, se tiene conocimiento de que en 1925, el entonces Gobernador de Tamaulipas, Emilio Portes Gil instituyó en el Estado una campaña contra el "alcoholismo" y, en 14 de mayo de 1929, siendo Presidente de la República, fundó el Comité Nacional contra el "Alcoholismo" (9).

1.2 PERSPECTIVA ACTUAL DEL CONSUMO INCONTROLADO DE BEBIDAS ALCOHOLICAS EN MEXICO.

El consumo incontrolado de bebidas alcohólicas que presenta graves consecuencias para el individuo, la familia y la sociedad, representa uno de los problemas de salud más importantes que atañen a la sociedad y que, por tanto, es necesario tenerlo presente no solo por su relación con la salud individual sino como un campo del especialista en salud mental.

Si en los países desarrollados la adicción a las bebidas alcohólicas constituye, sin lugar a dudas, uno de los problemas sociales más graves, en los países en vías de desarrollo como el nuestro es todavía más acentuado, ya que el desempleo,

la desnutrición y otros problemas derivados del esquema de desarrollo que sigue el modelo del capitalismo dependiente se -- conjugan, dando por resultado efectos desastrosos (9).

El daño que el adicto a las bebidas alcohólicas puede causarse a sí mismo y a los demás es enorme. En el ámbito interpersonal éste daño se aprecia en la desintegración y empobrecimiento familiar, en los divorcios, separaciones, riñas, agresiones a los hijos, etc. Al parecer, en América Latina se pueden encontrar en promedio doce hombres adictos al alcohol por cada mujer.

En este sentido, es decir en cuanto a LA PRESENCIA DE ESTA ADICCIÓN EN LA MUJER, Henri Ey(56) ha dicho que el alcoholismo de la mujer ocupa un lugar aparte, porque, si bien encontramos en él ciertos caracteres psicopatológicos comunes al alcoholismo del hombre, se distingue de éste por los factores socioculturales que determinan el status de la mujer en nuestra sociedad. El alcoholismo de la mujer no se refiere a la tradicional mitología masculina del papel del alcohol (papel dionisiaco, virilizante, etc.). La tolerancia del grupo social y los juicios de valores de éste testimonian mucho menos indulgencia para la mujer (en razón del carácter más antiestético - de su degradación moral y del alcance que tiene para su función maternal). Así, se trata de un alcoholismo más secreto, controlado por el sentimiento muy primitivo del pudor y que engendra culpabilidad. Es un alcoholismo con frecuencia solita-

rio.

El alcoholismo de la mujer sobreviene a menudo sobre una organización neurótica de base, de la que la conducta de alcoholización no más que un elemento entre otros. Se trata menos de una neurosis estructurada, obsesiva, fóbica, histérica, etc., que de la compensación de una conducta de fracaso, de una decepción, de una soledad, de una situación de abandono, de un rechazo de la dependencia conyugal y de una cierta afirmación de virilidad. De todos modos, el alcoholismo en la mujer expresa una conducta sintomática de un desequilibrio, de una neurosis latente o patente, mucho más frecuentemente que en el hombre (56).

Por esta razón la alcoholización es frecuentemente discontinua. Deshaies distingue una FORMA IMPULSIVA en la que la impulsión entraña la satisfacción inmediata sin lucha, sin conflictos de instancias de la personalidad. Se trata de una conducta alcoholica "perversa" en el sentido psiquiátrico. LA FORMA COMPULSIVA, caracterizada por la ansiedad, la lucha, la culpabilidad; el conflicto entre las instancias de la personalidad es de un pronóstico mejor que la forma impulsiva. Nachin (1962), describió la sociogénesis del alcoholismo de las mujeres que aprendieron una profesión y que no pudieron continuar practicándola tras su matrimonio y que, por este hecho, consideran su vida conyugal o maternal como un fracaso o un semifracaso. Se trata de mujeres insatisfechas en trance de rebeldía,

que no pueden resignarse y que están en conflicto entre el papel tradicional y los nuevos papeles de la mujer. El rechazo de una situación juzgada insoportable y el rechazo a resignarse a ella, se vuelven a encontrar en el período menopáusico y en la situación existencial de la presenectud y pueden igualmente hacer aparecer una conducta de alcoholización a esta edad. El alcoholismo degrada más rápida y profundamente a la mujer en su status y sus papeles femeninos y maternos que al hombre en su status y papeles masculinos y paternales. La reacción social de intolerancia y de rechazo es más viva y más precoz contra la mujer alcohólica que contra el hombre. Así, podemos afirmar que este alcoholismo de la mujer es debido al medio, a la imitación, al medio profesional, a la influencia del cónyuge (56).

La fragilidad de la mujer con respecto a la intoxicación alcohólica crónica es un hecho igualmente a observar, que tiene por consecuencia la frecuencia de las cirrosis que evolucionan con más rapidez, de las polineuritis, de los síndromes de Korsakoff, etc. Por último, respecto al TRATAMIENTO, es clásico admitir también que es más complejo, más largo y más decepcionante en la mujer. Sin embargo, ciertos autores piensan -- que una estructura neurótica subyacente y evidente, podría hacer la curación más accesible y en general más estable (56).

Por otra parte, continuando con la descripción de los daños causados por la adicción a las bebidas alcohólicas, en el

ámbito interpersonal, se tiene que el 65% de los delitos cometidos en México contra las personas, se realizan en estado de embriaguez. Asimismo, el 50% de las camas de los servicios de medicina interna de los nosocomios asistenciales de la República Mexicana, se encuentra ocupado por pacientes adictos al alcohol. Diversos estudios como los de Velasco, Calderón, Cabildo y otros han demostrado que la cirrosis hepática, la intoxicación alcohólica aguda, los suicidios y los homicidios son -- las causas de mortalidad más frecuentes, asociadas con la ingesta excesiva de bebidas alcohólicas (9).

Además de lo anterior, con mucha frecuencia se considera a esta alcoholomanía como un grave problema multimodal, debido a que para la comprensión de su etiología, se requiere del manejo de variables socioculturales, psicológicas y biológicas. Por ejemplo, se considera un problema sociocultural, porque -- los medios masivos de comunicación instigan a que se ingieran bebidas alcohólicas y porque su consumo es aceptado culturalmente en cualquier evento social, llámese matrimonio, bautizo, fiesta de quince años, etc., (61, 65). Sin embargo, es en el ámbito psicológico y biológico donde la bebida alcohólica ejerce su influencia más importante, debido a que constituye un depresor del S.N.C., e inmediatamente después de ingerirla inicia su acción perniciosa, necrosando lentamente las neuronas -- hasta dejar al individuo con su atención, concentración, memoria y juicio muy empobrecidos, con su ética y moral devaluadas y sobre todo, con una convicción irracional de que el alcohol

constituye un excelente medio de relajación y "solución" a sus contrariedades cotidianas (9).

1.3 DEFINICION Y CRITERIOS PARA DETERMINAR LA PRESENCIA DE --- ADICCION A LAS BEBIDAS ALCOHOLICAS.

Respecto a las definiciones sobre la adicción al consumo de bebidas alcohólicas, existe una gran cantidad de ellas, cuyo rasgo en común radica en rotularla como "alcoholismo"; entre estas destacar las del DSMIII y del ICD9 (3), por ser las que más se usan en el mundo, sin importar si son o no aplicables a la realidad de cada cultura en cuestión. En este sentido, la Asociación Psiquiátrica Americana (APA) ha clasificado al alcohol como una de las cinco sustancias tóxicas que pueden producir tanto dependencia como abuso (3). Este organismo ha dividido el uso patológico de la mayoría de las sustancias tóxicas en abuso y dependencia de las mismas (77).

El síntoma esencial del abuso de alcohol, es un patrón de uso patológico del mismo de un mes como mínimo, que provoca deterioro de la actividad laboral o social, el cual puede abarcar desde incumplimiento de sus obligaciones con amigos, familiares y empleo; hasta dificultades legales a causa del estado de intoxicación o por la conducta criminal que puede cometer con el fin de obtener dinero para la adquisición de dicha sustancia (3).

Por otra parte, la dependencia de sustancias tóxicas es, generalmente, una forma más grave de trastorno por uso de sustancias que el abuso de las mismas. En cuanto a la dependencia del alcohol, los síntomas esenciales son tanto la existencia de una estructura patológica de uso de alcohol o deterioro de la actividad laboral o social debido a dicha conducta, así como la presencia de tolerancia o abstinencia. Este síndrome de dependencia del alcohol es lo que generalmente se ha dado en llamar alcoholismo. Las principales estructuras de uso patológico y crónico del alcohol son tres: la primera es la ingestión regular y diaria de grandes cantidades de alcohol: la segunda es el hábito regular de grandes ingestas del alcohol - limitadas a los fines de semana y; el tercer patrón se caracteriza por largos períodos de sobriedad entremezclados con períodos de embriaguez diaria por grandes cantidades de alcohol que duran semanas o meses (3).

Sin embargo, para efectos de la presente investigación y con el fin de modificar la concepción común que se tiene de la adicción al alcohol, adoptamos la definición propuesta por --- Marlatt y Parks (123) quienes la definen como UN HABITO SOBREADICCIÓN QUE SE PUEDE ANALIZAR Y MODIFICAR DE LA MISMA MANERA EN QUE SE PUEDE HACER LO MISMO CON OTROS HABITOS, TALES COMO - EL TABAQUISMO.

1.4 CARACTERISTICAS PRINCIPALES DE LA ESTRUCTURA DE PERSONALIDAD DE LOS ADICTOS A LA BEBIDA ALCOHOLICA.

En lo que concierne a las características principales de la estructura de personalidad de los adictos al alcohol, Battalla encontró (9) las siguientes: dificultades en el matrimonio en el trabajo o en las relaciones sociales, originando con ello ansiedad, inestabilidad e insatisfacción general en la vida. Asimismo, encontró en estos pacientes, que presentan una baja tolerancia a la frustración con el desarrollo subsecuente de mayor ansiedad. Los adictos al alcohol presentan en común una dependencia extrema, con resentimiento hacia las responsabilidades; son impulsivos, egoístas e inconstantes en sus deseos, no logran postergar sus satisfacciones, siendo similares en esto a las características de la personalidad psicopática, usan cualquier medio para obtener sus satisfactores, mediante un trato destructivo e incluso llegando a agresiones físicas, logrando con esto aumentar su ansiedad, sentimientos de culpa y remordimiento, autoagresión, su desesperanza y con tendencia al suicidio.

Respecto a las características citadas anteriormente, se ha encontrado que una de las más importantes, además de la rotulación cognitiva y de los estilos de afrontamiento utilizados, está representada por un estado de ansiedad casi permanente. Este ESTADO DE ANSIEDAD ha sido definido en el DSMIII (3) como una condición emocional desagradable derivada de la anti-

cipación de un peligro interno o externo, de naturaleza no aclarada. Algunas de las manifestaciones más comunes de este estado son la tensión muscular, la hiperactividad autonómica y una expectación aprensiva. Por tanto los adictos al alcohol tienden a reducir dichas manifestaciones mediante el consumo del mismo, sobre todo cuando no han aprendido a usar otras estrategias para reducir dicho estado y cuando las costumbres sociales facilitan el abuso de las bebidas alcohólicas.

Algunos autores como Jellinek (1960) han demostrado que existe una correlación estadística importante entre el grado de ansiedad generado por la existencia de inseguridad, por una parte y el grado de embriaguez por la otra (9).

Sin embargo, considerando que el estado de ansiedad fue una de las variables dependientes de la presente investigación y, que es un término que ha propiciado bastante investigación y por ende, bastante polémica, juzgué conveniente hacer una breve y concisa revisión de su historia.

El término de la ansiedad ha sido un concepto fundamental en toda teoría psicológica cuya definición orientada hacia un constructo gradualmente evolutivo, ha sido evadida (Borkovec, Weerts y Bernstein, 1977).

Freud (1936) describió el estado de ansiedad como una cualidad específica desagradable, como fenómenos de descarga o --

eferentes y como la percepción de estos.

Spielberger (1972), al igual que Freud, definió el estado de ansiedad como un estado de aprehensión conciente y una actividad asociada del sistema nervioso autónomo. Posteriormente, el mismo autor observó que era necesario distinguir en los estados de ansiedad entre las condiciones de los estímulos que despiertan dichos estados y, las maniobras cognoscitivas y conductuales aprendidas que conducen a una reducción de la ansiedad. Para refinar su constructo, Spielberger diferenció entre estado de ansiedad y rasgo de ansiedad. El rasgo de ansiedad se refiere a diferencias estables entre los individuos respecto a la frecuencia e intensidad de los estados de ansiedad pasados y futuros (101).

Cattell (1972), también diferenció claramente la definición del estado de ansiedad de una especificación de las condiciones de los estímulos asociados. De acuerdo con este autor, el aprendizaje idiosincrático puede provocar que la respuesta de ansiedad ocurra bajo diversas condiciones de estímulo. Por lo tanto, no se puede hablar de estímulos de ansiedad únicos, sin embargo, se puede especificar la respuesta de ansiedad.

No obstante lo anterior, las investigaciones de Schachter y otros (Schachter & Singer, 1962; Schachter, 1964) proporcionan el fundamento para una mejor reformulación del concepto de ansiedad, desviada del concepto unitario original de Freud. -

Apoyando su investigación en una reconceptualización de la teoría de la emoción de James y Lange, Schachter estudió por separado la función de las respuestas cognitivas y fisiológicas. De acuerdo con la teoría original de James, W. (92), "a la percepción de un hecho excitante le siguen directamente cambios corporales y... lo que ocurre de los mismos cambios en nuestros sentimientos es la emoción". Así, "nos sentimos tristes porque lloramos, enojados porque nos golpeamos o herimos, temerosos porque temblamos y, no es que lloramos, nos golpeamos o temblamos porque estamos tristes, enojados o asustados. Por lo tanto, si no se presentaran inmediatamente estados corporales después de una percepción, dichos estados serían puramente cognoscitivos. En este caso, podemos percibir un estímulo como amenazador y juzgar que es mejor alejarse del mismo, pero no nos sentiríamos asustados. La proposición de James equipara directamente los estados viscerales únicos con las diferentes emociones. Esta formulación de la emoción, puramente visceral fue criticada y refutada por Cannon (1929). Este autor demostró que después de separar al S.N.C. del autónomo en perros, estos continuaban manifestando conductas emocionales. De esta manera, Cannon refutó la proposición de James de que los cambios autónomos debían ser comunicados al S.N.C. para que se pudieran experimentar las emociones. De igual manera, Cannon argumentó que los mismos cambios autónomos ocurren tanto en estados no emocionales como en algunos emocionales. Apoyado en su investigación, Cannon propuso que tanto el estado fisiológico como las experiencias emocionales son disparadas

simultáneamente por acciones del hipotálamo (101).

Los hallazgos de Cannon (1929) demostraron que una formulación puramente visceral resultaba inadecuada. Sin embargo, Schachter (1964), incorporando factores cognoscitivos en la -- conceptualización visceral de James, demostró que una formulación cognitivo-fisiológica de la ansiedad podría contender exitosamente con la crítica original de Cannon (1929). Este modelo de interacción resultó en la DEFINICION MAS APROPIADA DE LA ANSIEDAD acorde con la aproximación que se sustenta, a saber: 1) dado un estado de excitación fisiológica y una explicación no inmediata del mismo, un individuo tiende a rotular dicho estado en términos de las cogniciones disponibles; 2) dado un estado de excitación fisiológica y una explicación apropiada del mismo, un individuo tiende a rotular sus sentimientos en términos de la explicación provista y; 3) dado un estado cognitivo, un individuo tiende a rotularlo como emocional sólo en base al grado en que la excitación fisiológica sea experimentada (Schachter, 1964; Borkovec, 1976).

Por consiguiente, esta conceptualización de la ansiedad -- necesita la medición múltiple de tres canales de respuesta separados pero interactuantes, el dominio cognitivo, el conductual o motor y el fisiológico (101).

1.5 ASPECTOS SOCIOCULTURALES DE LA ADICION A LAS BEBIDAS ALCOHOLICAS.

Para poder explicar y comprender más ampliamente el fenómeno tan amplio y profundo de las adicciones, sea al alcohol, la heroína o a cualquier otra sustancia tóxica, es importante tener en consideración el aspecto sociocultural, debido a que representa una variable muy trascendente, pues el ser es eminentemente social.

Numerosos estudios han servido para señalar algunos hechos que indudablemente influyen sobre la incidencia o ausencia de las adicciones en los diferentes grupos sociales, las regiones y las naciones. En general, las investigaciones más dignas de crédito han demostrado que los grupos sociales con menor número de adictos al alcohol presentan las siguientes características (D.H.W., 1972).

a) Los niños ingieren bebidas alcohólicas desde pequeños, pero siempre dentro de un grupo familiar unido, en poca cantidad y muy diluídas.

b) En general, las bebidas más consumidas son las de alto contenido en componentes no alcohólicos.

c) Las bebidas se consideran principalmente como alimento y se consumen generalmente con las comidas.

d) Los padres son un modelo de consumidores moderados de bebidas alcohólicas.

e) No se otorga a las bebidas alcohólicas ningún valor -- subjetivo, así al ingerirlas, no resulta virtuoso ni vergonzoso, ni prueba que el bebedor sea más viril.

f) La abstinencia es una actitud socialmente aceptable.

g) Contrariamente, no es aceptable socialmente el exceso en el beber que conduce a la intoxicación.

h) Por último, existe un acuerdo total respecto a lo que puede llamarse las "reglas del juego en el beber".

En nuestro núcleo social existe ambivalencia con respecto al consumo etílico. Por un lado, en nuestra cultura ancestral se consumían bebidas alcohólicas en las ceremonias religiosas, lo que hasta el presente se conserva en casi cualquier reunión social, sea de compadrazgo o de cualquier otro lazo afectivo. Pero inmediatamente que se bebe hasta la intoxicación, el grupo cambia su actitud en un abierto rechazo y antagonismo. De esto se desprende la existencia de una serie de medidas contradictorias, actitudes incompatibles que el grupo social adopta, por ejemplo:

- Otorga licencia y autorización a un gran número de establecimientos en la venta de bebidas alcohólicas.
- Decreta leyes de impuestos sobre bebidas alcohólicas como medio de control para su venta y adquisición.

- Permite la publicidad de productos alcohólicos para incrementar su venta a través de los medios de difusión.
- Por otra parte, realiza campañas publicitarias de control de bebidas dirigidas por los gobiernos.
- Elabora programas de salud e higiene mental en los que incluye uno dirigido hacia la adicción al alcohol.

El beber se ha convertido en un acto normal de buena educación, el alcohol es la sustancia con un significado de "poder mágico" que calma la ansiedad habitual y origina una permutación transitoria de situaciones y personas. Es precisamente en ésta época de crisis y estrés en la que los métodos tradicionales de ajuste no resultan eficaces al ritmo de vida, donde el alcohol ha venido a ser el "mejor" ansiolítico, sobre todo porque no es demasiado caro, es fácil de obtener y está permitido por la sociedad (9).

Henry Ey (56), ha afirmado que existen ciertas actividades como las políticas, las relacionadas con la vida social o de negocios, los trabajos que implican una separación o desplazamiento periódico o frecuente, por las cuales el adicto al alcohol muestra una preferencia particular ya que le permiten satisfacer un deseo de cambio y de huida de su realidad monótona. Asimismo, este autor afirma que una relación estrecha con otros alcohólicos, sobre todo en el primer periodo de la vida, cuando los mecanismos de imitación inconciente y de identificación son más fáciles, puede desempeñar un papel importante en

el desarrollo ulterior de dicho hábito. Así, con frecuencia se encuentra un padre con adicción al alcohol en la casa de un alcoholómano.

Por otra parte, respecto a los diversos factores involucrados en la etiología de la adicción a las bebidas alcohólicas, también podemos hablar de "vulnerabilidades" -de acuerdo con Jellinek (1960) en primer término, y con Erich Fromm (65), posteriormente- sociales psicológicas que aumentan la probabilidad de que se beba en exceso.

El segundo de los autores mencionados, afirmó que la VULNERABILIDAD es una combinación de factores culturales, psicológicos y socioeconómicos que tienen diferente peso en las diferentes culturas. En casos extremos, un factor puede tener tanto peso que hasta una muy pequeña vulnerabilidad en otro factor tenderá a producir alcoholismo.

Estas afirmaciones de Fromm fundamentaron aún más, los resultados obtenidos previamente por Foster (61) en una investigación realizada en una comunidad campesina mexicana, hace ya más de cuatro décadas, en relación con el desarrollo general de dicha comunidad y, por ende, del significado de los cambios ocurridos en la misma en el curso de más de dos décadas, de sus formas de vida preexistentes. En este sentido, recordemos las palabras de éste autor: "Lo que es verdad para Tzintzuntzan parece serlo también para las comunidades campesinas de -

otras partes del mundo".

Continuando con, éste autor afirmó (65): Hemos distinguido cuatro tipos de vulnerabilidad: 1) vulnerabilidad cultural; esta incluye a las instituciones que estimulan la bebida y las actividades culturales que implican beber. También incluye el grado de estímulo cultural, puesto que donde hay poco que beber se convierte en una actividad pausada y más atrayente. -- 2) vulnerabilidad psicológica; es la motivación psicológica -- más inconciente que caracteriza al alcohólico. 3) vulnerabilidad psicosocial; son los patrones y conflictos interpersonales especialmente entre los sexos, que refuerzan o disparan el impulso de beber. 4) vulnerabilidad económica; son las presiones económicas que afectan la estructura del carácter y aumentan la posibilidad del alcoholismo.

Como podemos observar, debido a que los factores implicados en la etiología de la adicción a las bebidas alcohólicas -- son múltiples y variados, se hace imprescindible tenerlos en -- consideración, siempre que las condiciones lo permitan, --inclu so cuando no sea de esta manera, tratar de propiciar uno mismo las condiciones necesarias para el cambio terapéutico, en base a todo lo que nos proporcione el paciente-- en todo momento que elaboremos un plan terapéutico encaminado a promover un automa nejo de dicha conducta adictiva.

Por último, si se desea conocer los diferentes enfoques -

tradicionales habidos respecto al estudio de la adicción al alcohol, así como las diferentes patologías que le conciernen, - se pueden consultar la obra de Henri Ey (56) y el trabajo de - Batalla (9), por mencionar sólo algunos títulos de los consultados para la realización de la presente investigación, en donde se exponen ampliamente todos los puntos importantes concernientes al susodicho HABITO SOBREAprendido DE LA ADICCIÓN A -- LAS BEBIDAS ALCOHOLICAS. Esto es por la razón de que, el enfoque sustentado aquí, se expone en el siguiente capítulo.

C A P I T U L O II

TERAPEUTICA CONDUCTUAL DE LAS ADICCIONES

Las primeras propuestas en cuanto a la definición de la terapia conductual vincularon al nuevo campo con una "teoría moderna del aprendizaje" (Eysenck, 1960) y con el condicionamiento clásico y/u operante (Skinner, 1953; Wolpe, Salter y Reyna, 1964; Ullmann y Krasner, 1965; Lazarus, Davison y Polefka, 1965). Sin embargo, desde entonces, los investigadores tanto del dominio experimental como del clínico empezaron a cuestionar el alcance limitado de tales definiciones.

Actualmente, en cambio, creemos que se la puede concebir de modo más adecuado como el reflejo de una orientación general respecto de la tarea clínica que se ubica desde el punto de vista filosófico en un enfoque experimental del estudio de la conducta humana. El supuesto básico de esta particular orientación es que las conductas problemáticas vistas dentro del medio clínico pueden comprenderse mejor a la luz de los principios derivados de una amplia variedad de experimentación psicológica y que esos principios influyen en el cambio de conducta dentro del medio clínico (70).

Este punto de vista básico tiene varias e importantes implicaciones. Los terapeutas conductuales, como sus colegas dedicados a la investigación experimental, hacen un uso operacio

nal de los conceptos. Las abstracciones de alto nivel como la ansiedad o la depresión, siempre son operacionalizadas en términos específicos, tales como un puntaje particular logrado -- con un recurso de evaluación de la conducta o la descripción concreta de la misma. Además, el terapeuta conductual busca y utiliza las variables de control más firmes (Bandura, 1969; -- Mischel, 1968). Es decir, supone que la conducta está sometida a leyes y en función de condiciones específicas antecedentes, orgánicas y consecuentes (70).

2.1 ANALISIS HISTORICO DE LA TERAPIA CONDUCTUAL.

En su desarrollo histórico, la terapia conductual puede -- considerarse como la confluencia de varias tendencias relativamente distintas. La primera de ellas, representada por Joseph Wolpe y Arnold Lazarus con su trabajo en Sudáfrica durante la década de 1950 y por la labor clínica de M.B. Shapiro y H.J. -- Eysenck en Londres, tendía a poner de relieve la teoría del -- aprendizaje de Hull y el condicionamiento pavloviano. En este caso se subrayaba la ansiedad neurótica. Todos estos investigadores intentaron generalizar a partir de experiencias llevadas a cabo con animales de laboratorio; se provocaban ansiedades en ellos que luego se eliminaban, y los mismos principios se aplicaron después a los temores infundados y sus consecuencias en los seres humanos. Por ejemplo, en su disertación doctoral, Wolpe (1948) describía como se provocaban temores -- persistentes en gatos de laboratorio y su posterior elimina---

ción mediante la combinación de una exposición gradual a los estímulos condicionados con la alimentación. En su trabajo clínico, Wolpe comenzó a experimentar con situaciones análogas a la situación animal. En una amplia y fructífera generalización que dió cabida a los seres humanos, en lugar de limitarse a condiciones reales, utilizó la capacidad humana para imaginar situaciones, y así pudo hacer presentes situaciones temibles para la persona en el consultorio. La técnica de la desensibilización sistemática representa un buen ejemplo del intento de aplicar en la situación clínica lo que parecen ser los principios establecidos del aprendizaje, obtenidos en el laboratorio experimental (70).

La obra de Andrew Salter llevada a cabo en los Estados Unidos de Norteamérica, se relaciona con esta tradición en gran parte británica. En 1949 Salter publicó un libro polémico aunque convincente, titulado *Conditioned Reflex Therapy*, en el cual sostenía que los problemas neuróticos de los seres humanos eran el resultado de un exceso de inhibición cortical. Es evidente que su marco de referencia era pavloviano. Aunque se podría cuestionar mucho la relación entre su teoría y sus prácticas terapéuticas, el trabajo de Salter ocupa un lugar central en el desarrollo de la terapia conductual, particularmente por la importancia que concede el entrenamiento asertivo (70).

Una segunda tendencia en el desarrollo de la terapia con-

ductual es en gran medida norteamericana, la cual pone de relieve las consecuencias de la conducta. Esta orientación operante parece haber comenzado con un informe inédito de O.R. Lindley y Skinner (1954) quienes se encontraban trabajando con pacientes psicóticos hospitalizados. Después de esto publicaron muchos informes que demostraban la utilidad de considerar gran parte del comportamiento humano, en particular el de los pacientes psicóticos, como de naturaleza instrumental y, por tanto, tratable por medio de varios procedimientos de refuerzo skinnerianos. Tal como es característico de la orientación operante de la psicología experimental, en estos diversos estudios clínicos había un alto grado de control experimental y se intentaba reducir al máximo la tendenciosidad que pudiera haber en el observador (70).

En las obras de Julian Rotter (1954), de Perry London (1964), de Goldstein, Heller y Sechrest (1966) así como en las importantes contribuciones de Albert Bandura (1969), puede advertirse una tercera tendencia en el desarrollo de la terapia conductual. Quizá como una reacción ante las terapias anteriores basadas en la comprensión, la terapia conductual en sus etapas iniciales asignó menos importancia a la capacidad cognitiva humana. Tanto la teoría del condicionamiento clásico como la del operante evitaban aludir a los procesos de pensamiento. Resulta de interés observar que gran parte del primer pensamiento psicodinámico consideró que los procesos cognitivos eran en lo fundamental tergiversantes e incluía defensas -

como la negación y la racionalización. Además se entendía que no eran susceptibles de control voluntario. En contraste, las tendencias más recientes de la terapia conductual ponen de relieve la naturaleza adaptiva y voluntaria de los procesos cognitivos D'Zurrilla y Goldfried, 1971; Goldfried, Decenteceo y Weinberg, 1974; Mahoney (121), Beck (11), Meicheinbaum (125a), Kendall y Hollon (102), Master y Rimm (142), Bernstein y Nietzel (16), Lazarus y Folkman (116).

El resultado de estos esfuerzos fue, en esencia, hacer de las operaciones cognitivas un dominio legítimo para los terapeutas conductuales (70).

2.2 EXAMEN HISTORICO DE LA TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL.

"Lo que trastorna a los hombres no son las cosas sino lo que ellos piensan de estas". Epicteto.

"El único rasgo común de todos los desórdenes mentales es la pérdida del sentido común y el desarrollo compensatorio de un único sentido privado de razonamiento". Immanuel Kant.

"Si deseamos modificar los sentimientos es necesario antes que todo modificar la idea que han producido y reconocerla aún --- cuando no sea correcta en sí misma o no se relacione con nuestros intereses". Paul Dubois.

"Resulta muy obvio que somos influenciados no por los "hechos" sino por nuestra interpretación de ellos". Alfred Adler.

"El neurótico no sólo está enfermo emocionalmente, sino equivocado cognitivamente". Abraham Maslow.

A medida que el concepto de ansiedad ha evolucionado hacia una respuesta multidimensional, se han desarrollado diversos tratamientos para modificar el canal cognitivo de dicho estado. A estos procedimientos se les ha denominado tratamientos cognitivo-conductuales debido a que se sustentan en la afirmación de que factores cognoscitivos como las creencias o las expectativas irracionales median directamente el cambio en las respuestas fisiológica y conductual de la ansiedad.

Asimismo, el que una postura cognitiva o actitud de un individuo puede tener efectos profundos sobre su conducta y reacciones emocionales difícilmente resulta nuevo para la psicología. Númerosos estudios (May y Johnson, 1973; Goldfried y Sobocinski, 1975; Schwartz y Gottman, 1976; Sutton-Simon y Goldfried, 1979) han demostrado claramente que la forma en que un individuo percibe una situación, típicamente manipulada por instrucciones experimentales, puede alterar la conducta subsecuente de la persona. Partiendo de estos hallazgos de la investigación básica así como de un cuerpo relacionado de literatura sobre la formación de la actitud, no resulta irrazonable que las tempranas experiencias de aprendizaje social conduzcan

a los individuos a desarrollar posturas cognitivas respecto a diversas situaciones o interacciones sociales en sus vidas y, que por tanto, estas expectativas medien de algún modo sus --- reacciones emocionales y conductuales (102).

La terapia cognitivo-conductual, terapia cognitiva, reestructuración cognoscitiva, reestructuración racional sistemática y autodiálogo guiado son términos genéricos que se refieren a una variedad de aproximaciones terapéuticas cuyo principal modo de acción es a través de modificar el estilo de pensamiento y las premisas, las afirmaciones y actitudes que subyacen a las cogniciones de un paciente. El centro de atención de la terapia recae sobre el contenido ideacional involucrado en el síntoma, es decir, sobre las premisas e inferencias irracionales. De esta manera, el terapeuta cognitivo intenta familiarizarse con el contenido de pensamiento del paciente, así como su estilo de pensamiento, sus sentimientos y conductas para -- comprender sus interrelaciones (125a).

Para el terapeuta cognitivo-conductual, la enfermedad mental es fundamentalmente un desorden del pensamiento, el paciente distorsiona consistentemente la realidad de manera idiosincrática y/o alcanza conclusiones irrazonables concernientes -- con su habilidad para afrontar con su medio ambiente. Los procesos de pensamiento distorsionado del paciente afectan adversamente su opinión del mundo y lo conducen a experimentar emociones desagradables y dificultades conductuales. El terapeu-

ta cognitivo ayuda al paciente a identificar las concepciones erróneas específicas, distorsiones y atribuciones desadaptadas para posteriormente poner a prueba la validez y lo razonable de las mismas (125a).

De igual manera, Beck (11) ha afirmado que debido a que el problema psicológico central y su alivio están relacionados con el estilo de pensamiento del paciente o cogniciones, denominamos a esta forma de ayuda terapia cognitiva.

En el sentido más amplio, la terapia cognitiva consiste de todas aquellas aproximaciones que alivian la aflicción psicológica a través de la corrección de todas aquellas concepciones y autodiscriminaciones defectuosas. Sin embargo, el énfasis sobre el pensamiento, no debería opacar la importancia de las reacciones emocionales que generalmente son el origen inmediato de la aflicción. Esto quiere decir, que podemos conocer aquellas emociones que experimenta una persona conociendo y -- analizando sus cogniciones. Corrigiendo las creencias erróneas, podemos alterar la presencia de aquellas reacciones emocionales inapropiadas o excesivas (11).

Existen muchos métodos disponibles (como la instrucción en el diálogo interno y la reestructuración cognoscitiva) para ayudar al paciente a que realice apreciaciones más realistas de sí mismo y de su mundo. Las técnicas cognitivas son apropiadas para educar a la gente en la capacidad de introspección

para que puedan reflejarse sus propias ideas y fantasías. El término PENSAMIENTOS DESADAPTADOS es aplicado a la ideación - que interfiere con la habilidad para afrontar con las experiencias de la vida, que innecesariamente rompen la armonía interna y producen reacciones emocionales excesivas e inapropiadas que son dolorosas. En la terapia cognitiva, el paciente se centra en estas ideas e imágenes que producen una incomodidad innecesaria, sufrimiento o que conducen a una conducta autode-rrrotista (11).

Las estrategias iniciales para las intervenciones cogniti-vo-conductuales están sustentadas por los escritos iniciales - de Albert Ellis (51a) sobre la terapia racional emotiva (TRE).

Ellis observó (51a) que ya varios filósofos griegos y ro-manos (por ejemplo Epicteto) así como los antiguos pensadores budistas percibieron la relación estrecha entre razón, emoción y conducta, y aconsejaban que el cambio de conducta debía ha--cerse alterando los patrones de pensamiento. En el presente - siglo, un gran número de terapeutas incluyendo a Dubois (1905), Coué (36), Korzybski (1933), Jonson (1946), Kelley (1955), --- Ellis (51a), Mahoney (121), Beck (11), Meichenbaum (125a), --- Kendall y Hollon (102), Lazarus, A. (114b), Goldfried y Davison (70) y Lazarus, R. (116) han enfatizado el rol de los factores cognitivos en la contribución de la enfermedad mental y por en-de, se han centrado en alterar las autoverbalizaciones desadap-tadas del paciente. Shaffer (1947), por ejemplo, definió a la

terapia cognitiva como un proceso de aprendizaje a través del cual una persona adquiere la habilidad para hablarse a sí misma de maneras tan adecuadas como para controlar su propia conducta (125a).

Debido a que como ya se mencionó anteriormente, las intervenciones cognitivo-conductuales se sustentan principalmente en los supuestos básicos de la terapia racional emotiva de --- Ellis, consideramos pertinente hacer un breve análisis de la misma.

2.2.1 FUNDAMENTOS GENERALES DE LA TERAPIA RACIONAL EMOTIVA --- (TRE).

La terapia racional emotiva de Ellis adopta como premisa fundamental el argumento de que "los hombres se enferman no -- por las cosas, sino por la opinión o significado que se les asigna". Los sentimientos desadaptados son el resultado de pensamientos desadaptados.

La psicoterapia racional emotiva es una aproximación comprensiva al tratamiento psicológico que trata no sólo con los aspectos emocional y conductual de la perturbación humana, sino que da gran énfasis a los componentes del pensamiento. Los seres humanos son excepcionalmente complejos y por ello, no parece haber una forma simple en la que se "perturben emocionalmente" y por tanto, tampoco existe una sola vía en que se les

pueda ayudar a sentirse menos autoderrotados. Sus problemas psicológicos surgen de sus percepciones equivocadas y de cogniciones erróneas sobre lo que perciben; de sus bajas o elevadas reacciones emocionales hacia los estímulos normales y poco comunes; y de sus patrones habitualmente disfuncionales de conducta, lo que les permite o facilita mantener una repetición de respuestas no ajustadas aún cuando sepan que se están comportando pobremente. (51a, 52, 121).

La terapia racional emotiva sustenta la premisa de que la manera en que rotulamos nuestras reacciones emocionales está en función de nuestras evaluaciones, interpretaciones y filosofías concientes e inconcientes. Así, nos sentimos ansiosos o deprimidos porque nos convencemos fuertemente de que todo resulta terrible cuando fracasamos en obtener algo o cuando no podemos evitar el dolor de ser rechazados. De la misma manera que el Estoicismo, la TRE sostiene que virtualmente no existen razones legítimas para que los seres humanos se perturben emocionalmente sin importar la clase de estímulos negativos -- que se les presenten en el curso de su vida. Esto les da libertad completa para experimentar emociones fuertes como aflicción, remordimiento, displacer, coraje, rebelión y determinación para cambiar condiciones sociales. Sin embargo, se piensa que cuando experimentan cierta autoderrota y emociones desagradables (como culpa, depresión, ansiedad, ira) casi invariablemente añaden una hipótesis inverificable a su opinión, empíricamente apoyada, de que sus propios actos o los de otros son

reprensibles o ineficaces y de que se debería hacer algo mejor para modificarlos (121).

El terapeuta racional emotivo, frecuentemente durante la primera o segunda sesión con el paciente casi siempre puede -- "poner el dedo" sobre algunas de las filosofías irracionales -- centrales en su vida, las cuales se propone con vehemencia para sí mismo. En este punto, el terapeuta puede demostrarle al paciente cómo es que dichas ideas pueden conducirle, y de hecho lo hace, a sus problemas emocionales y por tanto, a sus -- síntomas clínicos presentes, puede demostrar exactamente cómo es que él mismo puede, sucesivamente, cuestionar y desafiar de manera correcta dichas ideas y, con frecuencia, puede inducirlo a trabajar para desarraigarlas y reemplazarlas por hipóte-- sis científicamente probables acerca de él y del mundo, las -- cuales probablemente no le provocarán dificultades emocionales futuras. De acuerdo a lo anterior, la terapia racional emotiva sostiene que ciertas IDEAS ESPECIFICAS IRRACIONALES que han sido observadas clínicamente, son el origen de la mayoría de -- las perturbaciones emocionales, éstas son las siguientes:

1. La idea de que todo ser humano adulto tiene la deplorable necesidad de que prácticamente todas las personas significativas de su comunidad lo amen a lo aprueben.
2. La idea de para considerarse de valor, uno debe ser ente-- ramente competente, adecuado y capaz en todos los aspectos de

la vida.

3. La idea de que cierta gente es mala o malvada y que por ello debe ser severamente inculpada y castigada por su villanía.

4. La idea de que todo es catastrófico y espantoso cuando las cosas no resultan como a uno le gustaría.

5. La idea de que la infelicidad humana es provocada desde fuera y de que la gente no tiene ninguna o muy escasa capacidad para controlar dolores y perturbaciones.

6. La idea de que si algo resulta peligroso o temible, uno debería preocuparse mucho por ello a la espera de que ocurra.

7. La idea de que es más fácil evitar ciertas dificultades y responsabilidades que afrontarlas.

8. La idea de que uno debe depender de los demás y de que necesita contar con el apoyo de alguien más fuerte.

9. La idea de que la historia pasada de cada persona determina de modo definitivo la conducta actual y de que, porque algo afectó alguna vez la propia vida, debe seguir afectándola indefinidamente.

10. La idea de que uno debe sentirse muy perturbado ante los -

problemas e infortunios de los demás.

11. La idea de que existe invariablemente una solución correcta, precisa y perfecta para todos los problemas humanos y de que si no se da de esta manera, las consecuencias son una catástrofe.

12. La idea de que la felicidad humana se puede alcanzar por inercia y pasividad, en vez de ocuparse en tareas creativas.

13. La idea de que virtualmente no tenemos ningún control sobre nuestras emociones y de que no podemos hacer nada para sentirnos bien. (51a, 121).

2.2.1.1 PRINCIPALES DIFERENCIAS DE LA TRE RESPECTO A OTRAS APROXIMACIONES.

A la vez que la TRE acepta el hecho de que los estados neuróticos son originalmente aprendidos o agravados por la inculcación temprana de creencias irracionales por parte de la familia y la sociedad, también sostiene que estas irrationalidades adquiridas en las primeras etapas de la vida, no son mantenidas automáticamente en el curso de los años por una mera carencia de propaganda, sino que por el contrario, aquellas son activa y creativamente reinstaladas por el individuo mismo. En muchos de los casos el terapeuta ocupa muy poco tiempo en educar a los padres y familia del paciente, por el contrario -

le ayuda a conducirse hacia cambios significativos y permanentes en sus patrones perturbados de vida. El terapeuta demuestra que sin importar cuál sea la filosofía de vida básica e irracional del paciente, ni cuándo y cómo la adquirió, él se encuentra perturbado debido a que aún cree en ese mundo autodestructivista y en sus opiniones relacionadas con lo mismo; pero si observara qué es lo que se dice y señala a sí mismo en el momento preciso y probara o cuestionara dichas autoverbalizaciones, mejoraría significativamente (51a, 52, 121).

Por otra parte, debido a la convicción de que la perturbación emocional humana tiene un fundamento esencialmente ideológico o filosófico, la TRE se esfuerza por una eficaz reorientación filosófica de la perspectiva de vida de una persona más que por una mera remoción de sus síntomas mentales o psicósomáticos. Por ejemplo se les enseña, que los adultos no necesitan ser aceptados o amados aunque sea altamente deseable. La TRE estimula al individuo para que aprenda a estar apropiadamente triste o arrepentido cuando se sienta rechazado, frustrado o privado; pero también trata de enseñarle cómo controlar los sentimientos de intenso dolor, tales como la autoimploración y depresión. De manera similar a como se trabaja en la ciencia, se demuestra al paciente cómo cuestionar las hipótesis dudosas que construye sobre sí mismo y los demás. Si la persona cree (como millones de nosotros lo hacemos) que es un ser despreciable o inútil porque comete ciertos actos de manera equivocada, debido a que no se le ha enseñado a preguntar:

¿"qué es realmente lo malo de mis actos"? y ¿"dónde está la evidencia de que mis actos son equivocados o antimorales"? --- Más importante aún, se le demuestra a sí mismo cómo preguntarse: "aceptando que mis actos pueden estar equivocados, ¿por qué he de ser una persona totalmente mala sólo por cometerlos? ¿dónde está la evidencia de que debo tener siempre la razón para considerarme digno?; asumiendo que es preferible actuar --- bien más que de manera inadecuada, ¿por qué tengo que hacer lo que es preferible"? De igual manera, cuando un individuo --- percibe (permítasenos suponer, correctamente) los actos erróneos o injustos de otros y se enfurece con ellos, se le puede enseñar a detener su pensamiento y preguntarse a sí mismo, --- ¿por qué es verdadera mi hipótesis de que la gente que cometió esos errores e injusticias debe ser reprobada? Aceptando que sería más adecuado actuar más competentemente, ¿"por qué tendría que hacer lo que fuera mejor"? La TRE enseña que ser --- humano es ser falible y que si vamos a mantenernos en la vida con la mínima molestia e inconformidad, sería más conveniente aceptar esta realidad, para de esta manera trabajar mucho para ser menos falible (51a, 122).

La TRE está de acuerdo con la mayoría de las escuelas neo freudianas, Adlerianas y Jungianas respecto a la adquisición del insight, especialmente el tan llamado insight emocional, - en el marco del origen de las perturbaciones lo que representa una parte muy importante de la enseñanza correctiva. Sin embargo, distingue claramente entre insight intelectual y emocio

nal y define operacionalmente al insight emocional como el discernimiento o conocimiento de la causa de sus problemas y trabajar de manera vigorosa y decidida para aplicar dicho conocimiento a la solución de los problemas presentados. El terapeuta racional emotivo logra que el paciente reconozca que no hay otras maneras para ser mejor, pero a través de observar, cuestionar y poner a prueba continuamente su propio sistema de creencias, así como trabajando vigorosamente para modificar sus propias creencias irracionales por medio de una actividad de contrapropaganda verbal y conductual. En la TRE la asignación de tareas se da frecuentemente a través de terapia individual y de grupo, tales como: citar a una muchacha a quien el paciente teme pedir una cita; buscar un nuevo empleo; experimentalmente volver a vivir con el esposo(a) con quien anteriormente se reñía, etc. El terapeuta de esta aproximación trata total y activamente de emprender y motivar dichas tareas como una parte integral del proceso terapéutico (51a, 52, 122).

La esencia de la TRE se puede simbolizar a través de la secuencia A/B/C/D/E (51a). En dicha secuencia, A se refiere a la experiencia de un suceso real (recibir una calificación reprobatoria en un examen); B simboliza las autoverbalizaciones o autodeclaraciones que siguen a dicho suceso (por ejemplo: "esto es horrible, voy a reprobado el curso, seré expulsado de la escuela y todos sabrán lo estúpido que soy"). Las emociones negativas generadas por estas ideas están representadas por C (por ejemplo ansiedad, enojo, depresión). En la fase D

el terapeuta cognitivo ejerce su impacto sobre la probabilidad de ocurrencia futura de las respuestas de B. Específicamente provee entrenamiento sistemático en su discriminación, evaluación y alteración terapéutica. En el ejemplo citado, esto puede involucrar discusiones sobre errores lógicos (reprobar un examen no implica necesariamente un fracaso del curso; el fracaso de un curso invariablemente que no resulta en un despido de la escuela y, el despido de la escuela lógicamente no justifica la inferencia de estupidez). Los efectos benéficos de esta reestructuración cognoscitiva son simbolizados por la fase E (52, 121).

Tal como queda expuesto en la obra de Ellis (51a), el mayor énfasis recae en un diálogo socrático y en un autoexamen lógico. Entre las recomendaciones terapéuticas de Ellis se sugiere la manipulación de cuando menos los siguientes componentes:

- 1) Una persuasión didáctica hacia un sistema de creencias que enfatice la función de las ideas irracionales en la ansiedad subjetiva y en la ejecución deficiente.
- 2) Un entrenamiento en la discriminación y observación sistemática de las autodeclaraciones.
- 3) Un entrenamiento en la evaluación lógica y empírica de las autodeclaraciones.

- 4) Asignación gradual de tareas.
- 5) Una retroalimentación social candorosa o sincera, inmediata y frecuente sobre: a) el progreso en una ejecución actual; b) el escenario normal; c) la naturaleza lógica y adecuada de -- los monólogos privados (inferencias, autoevaluaciones, etc.).
- 6) Instrucciones explícitas y reforzamiento selectivo para una alteración o cambio terapéutico en las autodeclaraciones.
- 7) Un amplio modelamiento por parte del terapeuta de los estilos de mediación prescritos, por vía del autodescubrimiento, - juego de roles, etc. (51a, 52, 121).

Por otra parte, en los últimos años, algunos investigadores han delineado algunas categorías amplias de pensamiento -- disfuncional para suplementar los postulados teóricos de Ellis.

Aaron Beck (11) ha sugerido cuatro distorsiones comunes - en los patrones de pensamiento de los pacientes perturbados -- emocionalmente. UNA INFERENCIA ARBITRARIA que involucra la -- "extracción de una conclusión cuando no existe evidencia disponible o cuando esta es contraria a la conclusión". Un ejemplo de esta categoría sería el caso del aquél individuo que interpreta una carta no contestada, dirigida a una mujer que pretende, como la evidencia de un rechazo personal. La sobregeneralización ocurre cuando un incidente único genera una regla general. Así, el fracasar en una relación heterosexual implica

una total incompetencia social. La tendencia a exagerar el significado de un evento es conocida como MAGNIFICACION O EXAGERACION y es similar al concepto de catastrófico de Ellis. De esta manera, respecto a la salud física de un hombre de 40 años, la indigestión, el entumecimiento y su respiración corta, rápidamente son interpretados como presagios de un inminente colapso cardíaco. Por último, de acuerdo con Beck, LA DEFICIENCIA COGNITIVA involucra la "desatención o desconsideración de un aspecto importante de una situación de la vida". Las personas con esta deficiencia, fracasan en atender, integrar o utilizar la información relevante experimentada (122).

Una variación del procedimiento de Ellis lo constituye la TEORIA DE LA REESTRUCTURACION COGNOSCITIVA DEL AUTOCONTROL de Meichenbaum (125a). Este autor concede énfasis al análisis lógico de las creencias irracionales, afirma que no es la incidencia de estas per se lo que distingue a las poblaciones nomo normales o anormales, sino más bien ambas poblaciones difieren en cuanto a la respuesta de afrontamiento que anteponen a sus ideas irracionales. El procedimiento de autocontrol de Meichenbaum es conceptualizado como un proceso de tres etapas.

- a) En la primera etapa, se adiestra al paciente para que sea un observador eficiente de sus ideas, sentimientos y conducta.
- b) La segunda etapa involucra el proceso de una autoobservación conveniente a la ocasión, para emitir conductas y cogni-

ciones adaptadas.

c) En la tercera etapa se determina la generalización de los efectos del tratamiento, concerniente a la práctica del cambio de contenido de los diálogos internos del individuo.

Sin embargo, en un trabajo reciente, Meichenbaum (125b) - ha ampliado su posición respecto a su terapéutica empleada. -- Así, afirma que al considerar cada una de las intervenciones cognitivas existentes, tales como la reestructuración, la solución de problemas y el autodiálogo guiado, es importante subrayar el hecho de que no se debiera considerar a las cogniciones como entidades que preceden a otros procesos psicológicos o fisiológicos. En vez de esto, la cognición debe ser vista como un grupo de interrelaciones que son interdependientes respecto a otros procesos. Es conveniente considerar a las intervenciones cognitivas como sólo uno de varios puntos posibles de acceso a lo que son, en esencia, procesos interrelacionados (emociones, conductas, consecuencias sociales).

La reestructuración cognoscitiva esta diseñada para hacer concientes a los pacientes del papel que juegan las cogniciones y emociones en la potenciación y mantenimiento del estrés. Las técnicas esenciales de toda terapia cognitiva incluyen los tres puntos siguientes:

1) La evocación de pensamientos y sentimientos, así como la interpretación de acontecimientos por parte del paciente.

2) La obtención de pruebas con la colaboración del paciente, - en favor o en contra de tales interpretaciones.

3) Asignación de experimentos personales para realizar en casa para poner a prueba la validez de estas interpretaciones y reunir más datos para discusión.

A fin de lograr estos objetivos, el terapeuta despliega una gran actividad, centrandose en el aquí y ahora. El objetivo de estas técnicas de autoconciencia incrementada, consiste en ayudar a los pacientes a que reconozcan que sus pensamientos y conclusiones a menudo son inferencias y no hechos y que la manera como procesan la información es falible y está sujeta a distorsión cognitiva de lo que se percibe (125b).

Es importante apreciar que no es sólo la presencia de los pensamientos automáticos per se lo que presenta el problema, - sino más bien la idea negativa, con frecuencia absolutista, lo que promueve ulteriores sentimientos disfuncionales negativos así como la conducta generadora de estrés con sus consecuencias acompañantes. Esta pauta conduce posteriormente a una ideación negativa subsecuente. De esta forma, se desarrolla un ciclo vicioso, debido a que los individuos estresados probablemente tienden menos espontáneamente a interrumpir o permitir que otros interrumpan sus patrones generadores de estrés. Es conveniente observar, entre paréntesis, que los individuos que "afrontan bien" el estrés también pueden tener pensamientos ne

gativos generadores de estrés; pero en su caso, esa ideación - está abierta o es susceptible de interrupción y de manera espontánea, emplean respuestas de afrontamiento como la comparación social, la negación y la solución de problemas (Meichenbaum, Henshaw y Himel, 1982).

El terapeuta de esta aproximación ayuda al paciente a reconocer la ocurrencia y el impacto de sus pensamientos y sentimientos automáticos. A medida que indaga los significados de estas ideas, el paciente empieza a cuestionar la validez de -- sus conclusiones. Así, los pensamientos automáticos se convierten en hipótesis que merecen ser comprobadas, más que en afirmaciones o verdades divinas.

El terapeuta puede usar la entrevista clínica como un medio para lograr que los pacientes atiendan a sus pensamientos automáticos. Algunas preguntas importan es en este contexto - pueden ser las siguientes:

¿Qué pensamientos pasaron por su mente justo antes de venir a verme?, ¿Tiene algunos pensamientos y sentimientos parecidos en situaciones estresantes similares en su casa? ¿Qué piensa que sucederá en tales situaciones?, ¿Qué se imagina que sucederá?, ¿Qué se está diciendo a Usted mismo en esa situación?, ¿Qué piensa luego?, ¿Cómo sabe Usted que realmente sucederá eso?, ¿Qué pruebas tiene de dicha amenaza?, ¿Qué tan grave es esto?. ¿Cuáles son los recursos de afrontamiento de que

dispone? Este tipo de preguntas tienen la finalidad de obtener los pensamientos automáticos del paciente (expectativas, atribuciones y autoverbalizaciones), los que pueden ser examinados bajo el escrutinio de una investigación a la Columbo.

Aunado a lo anterior, el terapeuta desarrolla un "oído afinado" para percibir el uso, por parte del paciente, de las palabras DEBO, DEBERIA, SIEMPRE Y NUNCA¹. Una vez que el paciente ha sido capaz de contar su "Relato de aflicción y pesar" o describir su estrés, el terapeuta le ayuda a reestructurar o expresar nuevamente sus reacciones de estrés. Cuando el paciente hace declaraciones como "¿de qué sirve esto?, ¡jamás podré encontrarle un sentido a mi vida, ¡toda mi vida está afectada", el terapeuta puede hacer una de las siguientes cosas:

- a) Decidir no responder y no interrumpir al paciente.
- b) Responder a ese sentimiento reflejado a través de una afirmación como: "a veces siento esa desesperanza, de que no tiene sentido continuar, dado lo que me ha sucedido.
- c) Centrarse en el contenido de lo que se está diciendo. El terapeuta puede funcionar como un "espigador" para extraer algunas palabras claves de las declaraciones del paciente y devolverlas de suerte que éste pueda reconsiderarlas. Por ejemplo: ¿nunca, pero nunca le encuentra sentido a la vida?" ó

1. Karen Horney (1950) ha descrito la "tiranía del condicional o de los debería" que pueden exacerbar el estrés y, Albert Ellis (51a) ha descrito el proceso de "musturbation" (debo hacer esto) al que se entregan los pacientes estresados.

"¿toda su vida está afectada?". De esta manera, el terapeuta procura que el paciente sea conciente de la naturaleza absolutista de su pensamiento. En ocasiones es suficiente con realizar el estilo cognitivo del paciente sin insistir más, hasta que ofrezca varios ejemplos de tales procesos de pensamiento. En este punto el terapeuta puede yuxtaponer los datos de la siguiente manera:

"Nunca, nunca encuentra sentido a la vida". "Usted es un completo fracaso porque no hizo nada más". "No puede hacer nada para controlar su estado de ánimo". "No hay alguna esperanza".

d) Explorar con el paciente el impacto de tales pensamientos en sus sentimientos y comportamiento. Por ejemplo, el terapeuta puede preguntar: ¿cómo se siente cuando expresa, "de qué -- sirve eso, jamás podré encontrarle un sentido a mi vida"?

Cuando se hace esto, es importante que el terapeuta no -- menoscabe el problema del paciente, sino que lo replantee. -- Por ejemplo; cuando se dice a usted mismo que "eso no sirve de nada, que nunca podrá encontrarle un sentido a su vida y que -- toda su vida está afectada", ¿cómo se siente? (125b).

El terapeuta ha de repetir este mismo proceso una y otra vez durante todo el período de adiestramiento antes de que el paciente empiece a efectuar de manera espontánea esa autoinvestigación. En este sentido, el terapeuta intenta ayudar a los

pacientes a distanciarse de sus pensamientos automáticos y a considerarlos con mayor objetividad, apreciando así el efecto que dichos pensamientos tienen sobre los sentimientos y conductas. Un punto de vital importancia en este proceso de reestructuración cognoscitiva, consiste en pedir al paciente ejemplos de situaciones estresantes en las que haya afrontado con éxito a las mismas, para que así, sea conciente de esa habilidad que ha mantenido inactiva por mucho tiempo. En este sentido, pueden ser de mucha ayuda las técnicas del automonitoreo y de la imaginación de afrontamiento entre tantas, como la pericia del terapeuta lo permita (125b).

En esencia, los puntos básicos de la técnica de reestructuración cognoscitiva de Meichenbaum son los siguientes:

- a) La observación y registro de las cogniciones relevantes a la problemática del paciente.
- b) La evaluación lógica de dichas cogniciones.
- c) La asignación de tareas o experimentos personales que involucren al paciente afrontando con éxito una situación angustiante, sea en la vida real o a través de la imaginación.
- d) La generalización de estas habilidades desarrolladas durante el tratamiento a la vida cotidiana (125b).

Por otra parte, debido a la aproximación que se sustenta, es importante distinguir entre tres usos diferentes que puede adoptar el concepto de cognición en la actualidad, como eventos cognitivos, procesos cognitivos y estructuras cognitivas -

(125b).

LOS EVENTOS COGNITIVOS se refieren a los pensamientos e imágenes concientes, identificables. Estos ocurren a nivel conciente, o generalmente, pueden ser recuperados fácilmente por petición. Beck (11) ha descrito estos eventos como pensamientos automáticos-mensajes discretos que aparecen en forma de taquigrafía- y son casi siempre aceptados y creídos, experimentados como pensamientos espontáneos, frecuentemente adoptados en términos de un deber u obligación, son relativamente idiosincráticos y difíciles de interrumpir. Tal como Beck observó:

"La persona percibe estos pensamientos como si se produjeran por reflejo, sin alguna reflexión o razonamiento y, dichos pensamientos impresionan a aquélla como razonables y válidos (1976, pág.237)".

Meichenbaum (125a) ha descrito estos eventos cognitivos como una forma de diálogo interno que ocurre cuando el automatismo de nuestra conducta es interrumpido. Este diálogo incorpora, entre otras cosas, atribuciones, expectativas y evaluaciones de uno mismo y/o tareas con pensamientos e imágenes irrelevantes a la misma.

Sin embargo, resulta conveniente observar, que esto no es como si la gente charlara para sí misma. En vez de esto, gene

ralmente se comportan en una forma "distraída o irreflexiva y de acuerdo a un guión." No obstante, bajo ciertas condiciones, los procesos concientes pueden entrar a jugar un papel determinante. Por ejemplo, cuando los individuos desean hacer una elección o juicio, como en aquellas situaciones nuevas o inciertas o cuando desean considerar los posibles resultados y consecuencias, tienden a hablarse a sí mismos.

Sin embargo, antes del tratamiento, es improbable que los pacientes controlen o monitoren sus pensamientos, imágenes y sentimientos estresantes. Más bien, tal como Goldfried, Decenteo y Weinberg (1974) han indicado, debido a la naturaleza habitual de nuestras expectativas y creencias, es probable que tales procesos de pensamiento se hagan automáticos y aparentemente involuntarios, como la mayoría de los actos sobreaprendidos. El diálogo interno del paciente, generador de estrés y por ende negativo, se convierte en un estilo de pensamiento habitual, en muchas formas similar a la automatización del pensamiento que acompaña al dominio de una habilidad motora como conducir un auto o esquiar. A pesar de esto, el terapeuta puede ayudar a un paciente a que sea conciente de dichos procesos de pensamiento para que así incremente la probabilidad de que en lo futuro tome conciencia y modifique su diálogo interno. Algunas veces, los eventos cognitivos del paciente pueden adoptar una forma pictórica o verbal. La naturaleza y contenido de dichos eventos cognitivos pueden influir la manera en que sentimos y nos comportamos. De igual manera, Sarason (1975) -

ha observado que los individuos sometidos a estrés tienden a preocuparse por sí mismos, frecuentemente exhibiendo pensamientos y sentimientos autoderrotistas y obstructivos. El comprometerse en tales ideas y sentimientos es probable que conduzca a una ejecución menos que óptima, incrementando así el ya alto nivel de disfunción emocional y conductual. La noción de eventos cognitivos es compatible con las opiniones de Richard Lazarus (1966) y de John Mason (1975) respecto a que el grado en que una situación particular elicitaba una respuesta emocional depende en gran medida de la apreciación que tenga el organismo de la situación en cuestión, así como de su habilidad para manipular el evento. Asimismo, Beck (1984) observó, los individuos propensos a estrés están preparados para hacer juicios extremos, globales, categóricos, absolutos y unilaterales. Tienden a personalizar los eventos y comprometerse en distorsiones cognitivas como la polarización (razonamiento dicotómico en blanco o negro), la magnificación y exageración (un énfasis exagerado en las posibilidades más negativas de una situación dada) y la sobregeneralización. Dichas distorsiones conceptuales pueden ocurrir en forma automática o inconsciente.

Una segunda forma de usar el concepto de cognición es como PROCESOS COGNITIVOS. Este término se refiere a la forma en que automáticamente o inconscientemente procesamos la información incluyendo los mecanismos de búsqueda y almacenamiento y los procesos de inferencia y recuperación, los cuales forman representaciones y esquemas mentales. El conocimiento perso-

nal de dichos procesos cognitivos y la capacidad para controlarlos representa LA METACOGNICION, la cual proporciona un enlace entre lo que normalmente permanece fuera del conocimiento conciente y lo que es accesible a evaluación, investigación y entrenamiento (125b).

En la mayoría de las circunstancias no prestamos atención a la manera en que interpretamos las situaciones, a la forma en que selectivamente atendemos y recordamos acontecimientos y a la manera selectiva en que buscamos aquella información que es compatible con nuestras creencias. Mahoney (1982) describió el proceso mediante el cual el individuo tiende a seleccionar y procesar los estímulos que son congruentes como previsión acerca del resultado de un proceso. A medida que buscamos y confirmamos nuestras creencias (esquemas), se vuelven más activas. Por ejemplo, los individuos que se preocupan por la equidad probablemente escudriñan su ambiente en busca de indicadores de una injusticia potencial e interpretan de manera equivocada los eventos en un sentido de menosprecio personal. Dicha apreciación puede conducir a consecuencias interpersonales que confirman los intereses o preocupaciones del paciente. En esta forma, las nociones de justicia se vuelven progresivamente más dominantes. Dichos esquemas cognitivos se vuelven prepotentes y determinan tendencias emocionales y conductuales particulares.

Snyder (1981) ha descrito cómo las suposiciones no veri-

ficadas de una persona pueden conducir a un comportamiento -- que genera reacciones en otros, lo cual, a su vez, confirma -- las propias creencias inadaptadas. En esta forma se crea y -- perpetúa un ciclo contraproducente. Por ejemplo, un individuo deprimido puede confirmar su propia indeseabilidad hipotética mediante un comportamiento social defensivo que contribuye al rechazo social. Este rechazo es tomado como prueba de su supo sición inicial de una pobre autovalía personal. Los indivi-- duos estresados con frecuencia generan reacciones en los demás que confirman sus creencias desadaptadas.

Finalmente, el término ESTRUCTURAS COGNITIVAS se refiere a las suposiciones tácitas, a las creencias, compromisos y sig nificados que influyen en las formas habituales de interpreta ción personal y del mundo. Las estructuras cognitivas se pue den considerar como esquemas que están implícitos u operan a - un nivel inconciente, son altamente interdependientes y pueden estar ordenados de manera jerárquica. LOS ESQUEMAS son organi zaciones mentales de experiencia que influyen en la manera en que la información es procesada y la conducta organizada. Las estructuras cognitivas pueden generar procesos y eventos cogⁿⁱ tivos y afectivos que a su vez pueden ser desarrollados o modi ficados por dichos procesos y eventos ulteriores. Tal como -- Taylor y Crocker (1981) observaron, las estructuras cogⁿⁱtivas o esquemas sirven para varios fines incluyendo el ayudar a los individuos a identificar rápidamente los estímulos, a categori zarlos en unidades apropiadas, completar la información ausen-

tem elegir una estrategia para obtener más información posteriormente, resolver un problema y alcanzar un objetivo.

Markus (1977) ha demostrado que estos esquemas pueden extenderse hacia la información sobre uno mismo, influyendo sobre los estímulos a que se atiende; la manera en que están estructurados, la importancia que se les concede y sobre lo que sucede posteriormente. Por ejemplo, algunos pacientes pueden verse a sí mismos como antipáticos o poco amables; pueden ver a otros como tiranos. Dada esta expectativa, los pacientes pueden estar en desventaja al interpretar de manera equivocada las situaciones percibidas, evitando oportunidades o comportando de manera desadaptada.

Los acontecimientos estresantes de la vida pueden desencadenar estos esquemas. Beck (1984) ha considerado estos esquemas como áreas sensitivas o vulnerabilidades emocionales específicas que predisponen al individuo a reaccionar en exceso. Estas hipersensibilidades o estructuras cognitivas actúan como modelos que influyen en la manera en que consideramos las situaciones y que orientan el comportamiento cognitivo-afectivo. Estas estructuras cognitivas operan como "programas de disposición perceptual latente", predisponiendo a los individuos a responder de cierta manera. Neisser (1976) describió estas estructuras cognitivas como pautas análogas a un programa de computadora. Meichenbaum y Gilmore (1984) han observado un paralelismo existente entre las estructuras cognitivas y la noción

de preocupaciones habituales de Klinger (Klinger, Barta y Ma--
xeiner, 1981) y la noción psicodinámica de temas personales --
que ejercen su influencia en las diferentes situaciones (Strup
y Blinder, 1982). El cambio en nuestras estructuras cogniti--
vas es más probable descubriendo a través de la práctica que -
las viejas estructuras son cuestionables y no están justifica--
dasy que la adopción de nuevas estructuras, más adaptivas, es
gratificante. Los datos de la experiencia (por ejemplo: los -
resultados de experimentos personales) proporcionan la base --
más convincente para la reconstrucción de nuestro Yo, del mun--
do y de la relación entre ambos.

La naturaleza de las estructuras cognitivas se puede ob--
servar a través de cuestiones como:

¿Qué de una situación dada hizo que me estresara tanto? -
¿En qué otras situaciones he tenido pensamientos y sentimien--
tos similares? ¿Qué es lo común en esas situaciones? ¿Hay es--
quemas particulares que caracterizan a cada una de dichas si--
tuaciones?

Por otra parte, para sugerir algunas estrategias origina--
les de reentrenamiento cognitivo Arnold Lazarus (114b), ha --
propuesto las categorías de RAZONAMIENTO DICOTOMICO y SOBRESO--
CIALIZACION como disfunciones mediadoras. EN EL RAZONOAMIENTO
DICOTOMICO, el individuo permite sólo dos posibles evaluacio--
nes de un evento: bueno o malo, correcto o equivocado, etc. -

Más que reconocer el continuo de confianza que probablemente es más apropiado para las creencias personales, el pensador dicotómico fuerza las evaluaciones hacia clases discretas y separadas. LA SOBRESOCIALIZACION frecuentemente se ve reflejada en el fracaso en reconocer y poner a prueba la arbitrariedad de muchas creencias culturales. Por ejemplo, las bases lógicas de las prohibiciones contra la masturbación, el sexo extramarital y el suicidio raras veces son examinadas.

Algunos elementos prevalentes en las disfunciones mediadas son la inatención selectiva, la anticipación incorrecta de las consecuencias y los errores lógicos. De esta manera, Lazarus ha afirmado que uno de los mejores caminos para superar los prejuicios, la generalización excesiva y el razonamiento dicotómico en la psicoterapia es la de insistir constantemente en que CASI NADA ES TOTALMENTE CIERTO, SINO QUE SOLO ES PROBABLE EN MAYOR O MENOR MEDIDA. En este sentido, es oportuna la famosa frase de Shakespeare, en Hamlet: "nada es bueno o malo, es el pensamiento el que confiere esas cualidades". De acuerdo con Lazarus (114b) hay diversos métodos terapéuticos que pueden resultar eficaces para liberar a la gente de tabúes superfluos y de sentimientos de culpabilidad innecesarios, tales como una breve reseña de algunos hechos antropológicos y sociológicos para que comprendan la relatividad y arbitrariedad de muchas costumbres y creencias antiguas y modernas. Otra técnica es la de "la parábola de los duraznos" y otra más es la conocida como "después del holocausto". Este método es ú-

til sobre todo en aquellos casos en que el sufrimiento es consecuencia de una adherencia demasiado literal y rígida a creencias y valores religiosos mezquinos.

Por otro lado, en este punto, debido a que en el presente contexto se ha hecho y se hará una constante alusión al CONCEPTO DE AFRONTAMIENTO resulta pertinente definir el mismo. Lazarus y Folkman (116), han definido el AFRONTAMIENTO como todos los esfuerzos cognitivos y conductuales para dominar, reducir o tolerar las exigencias internas y/o externas que son originadas por las transacciones estresantes.

Aunado a los puntos de vista de los autores ya mencionados, Goldfried y Davison (70), han argumentado que la manera en que un individuo rotula o evalúa una situación determina -- sus reacciones emocionales subsecuentes. Así, un individuo -- puede adquirir un repertorio de afrontamiento más efectivo aprendiendo a modificar su "postura" cognitiva al tratar con -- aquellas situaciones provocadoras de estrés. Para esta finalidad se utiliza un procedimiento de cinco fases. Estas incluyen: 1) exponer al cliente a las situaciones provocadores de ansiedad a través de la imaginaria y/o el juego de roles; 2) pedir al paciente que evalúe su nivel de ansiedad; 3) registrar las cogniciones en dichas situaciones; 4) reevaluar racionalmente estas cogniciones o autoverbalizaciones y; 5) registrar el nivel de ansiedad posterior a esta reevaluación. De acuerdo a estos autores, la meta de la reestructuración cognosciti-

va, particularmente cuando es presentada como una destreza de afrontamiento (70), consiste en educar a los pacientes en la habilidad para adoptar una postura más razonable sobre aquellos eventos potencialmente perturbadores. Estos autores han denominado a su procedimiento REESTRUCTURACION RACIONAL SISTEMÁTICA. Específicamente, los puntos que están asociados con este procedimiento son:

a) Ayudar a los pacientes a reconocer que sus autoverbalizaciones median la excitabilidad emocional.

La discusión inicial que se conduce hacia la aceptación de esta afirmación generalmente es más teórica que personal. El objetivo del terapeuta es ayudar a los pacientes a reconocer la afirmación general de que sus reacciones emocionales pueden ser directamente influenciadas por rotulaciones, expectativas y autoverbalizaciones particulares. Debido a la naturaleza sobreaprendida de muchas expectativas y creencias irracionales, es importante enfatizar que muchas de estas suposiciones suceden más o menos de manera automática, más que cuidadosamente pensadas. De esta manera, es importante enfatizar el que los pacientes acepten la premisa de que, aunque no puedan deliberadamente decirse a sí mismos ciertas cosas antes o durante las situaciones emocionalmente perturbadoras, reaccionan de manera desproporcional. Cuando esto es presentado de manera simple y objetiva, es raro encontrar pacientes que no puedan aceptar esta premisa básica.

b) Ayudar a los pacientes a reconocer lo irracional de ciertas creencias. Una vez que los pacientes están de acuerdo en que sus reacciones emocionales pueden estar mediadas por sus pensamientos y autoverbalizaciones, es importante que reconozcan la naturaleza irracional de una serie de creencias que frecuentemente, la mayoría de los individuos sostienen. Dos de las creencias que más comunmente se han encontrado en los casos clínicos son: i) la expectativa de que es esencial recibir aprobación y amor de los demás para tener sentimientos de autovalía y; ii) la noción de que es necesario ser perfecto en todo lo que hagamos para tener un valor y no ser un fracaso.

En vez de tratar de convencer verbalmente a los pacientes de que estos pensamientos son irracionales, la literatura psicológica social sugiere que el terapeuta podría promover más efectivamente un cambio de actitud pidiendo a los pacientes argumentos que apoyen lo irracional de sus creencias (King y Janis, 1956). Así, el terapeuta puede jugar al "defensor del diablo", dando a los pacientes la tarea de proporcionar tantas razones como sea posible para convencer al terapeuta, aparentemente irracional, de que sus opiniones son incuestionables. El objetivo último en este punto, es impulsar a los pacientes no sólo a que esten de acuerdo en que ciertas creencias son irracionales, sino también a generar razones específicas que fundamenten este hecho (por ejem. "el que otras personas no esten de acuerdo con usted, no significa que lo desaprueben"). En la cuarta fase del procedimiento, estas razones

pueden ser personalizadas (por ejem. cambiando el "usted" por "yo") y utilizadas como autoverbalizaciones de afrontamiento. Sin embargo, en esta segunda fase, todo se discute sobre bases objetivas; el minimizar la involucración personal hace más fácil para el paciente, el generar contraargumentos creíbles.

c) Ayudar a los pacientes a comprender qué autoverbalizaciones irracionales median sus propias emociones desadaptadas. Continuando con el siguiente punto, algunos pacientes espontáneamente reconocen que pueden observar en qué momento, ciertas suposiciones irracionales son particularmente relevantes a sus propias reacciones emocionales. En otros casos, puede ser necesario explorar sistemáticamente varias situaciones emocionalmente excitantes en la vida cotidiana de los pacientes en un intento por investigar y acrecentar sus conciencia de las expectativas irracionales que están influyendo su ansiedad. Guiando a los pacientes gradual y sistemáticamente a través de esta tercera fase, la conclusión típica alcanzada por ellos es que, lo que necesitan aprender es cómo dejar de pensar irracionalmente en ciertas situaciones. Las situaciones revisadas en esta fase se pueden ordenar en una jerarquía, como en la desensibilización sistemática.

d) Ayudar a los pacientes a modificar sus autoverbalizaciones irracionales. Hasta este momento, mucho de lo que se ha hecho durante la interacción clínica ha sido intelectual y teórico. De manera similar a aquellas situaciones en que las destrezas

de relajación no son particularmente efectivas para reducir la ansiedad, si no son utilizadas por el individuo en aquellas si tuaciones potencialmente perturbadora (Goldfried y Trier, 1974) así el pensar racionalmente probablemente tiene un impacto terapéutico mínimo si no es usado cuando los pacientes están expe rimentando ansiedad. Aunque muchos individuos pueden expo ner algunos eventos perturbadores en una perspectiva realista, el propósito de esta fase, la crucial en el procedimiento tera péutico, implica el usar toda nuestra habilidad y perspicacia para percibir el trasfondo de dichos eventos, para que así les facilitemos reevaluarlos racionalmente antes o durante la presencia de dichas situaciones, por sí mismos. Una vía conve niente para dotar a los pacientes con la práctica en el uso de la reevaluación racional como un mecanismo de afrontamiento es a través de presentaciones en imaginación, de escenas productoras de ansiedad. En muchos aspectos, esto es semejante a un autocontrol de la desensibilización (Goldfried, 1971) en la la la cual los pacientes mantienen la imagen mientras o a medida que intentan afrontarla. Se puede instruir a los pacientes a "pen sar en voz alta" de suerte que el terapeuta pueda impulsarlos y a su vez, asistirlos en la evaluación y modificación de supo siciones irracionales.

Una técnica que se ha encontrado ser muy útil, para asis tir clínicamente a los pacientes en indagar sus afirmaciones ir racionales asociadas con las situaciones generadoras de an siedad, implica el uso de oraciones incompletas. Específica---

mente, el terapeuta puede impulsar a los pacientes en momentos apropiados durante la presentación de la jerarquía con frases como: "si me equivoqué en una palabra durante esta charla estaría molesto porque..." y "si la gente notara que cometí un error me enojaría porque..." Completando estas oraciones, los pacientes frecuentemente pueden reconocer, y así reevaluar sus expectativas irrealistas en aquellas situaciones relacionadas con su ansiedad. Aunado al uso de esta técnica de ENSAYO EN IMAGINACION en las sesiones de consulta, se exhorta a los pacientes a que apliquen este procedimiento en situaciones de la vida real (102).

Por otra parte, LA EVALUACION PRETRATAMIENTO frecuentemente es ignorada como un método terapéutico. Aunque el principal objetivo de la evaluación consiste en analizar las fuerzas y debilidades del paciente para determinar la dirección de la terapia, la naturaleza terapéutica de la misma raras veces es reconocida y utilizada. El contacto inicial con el paciente, en la forma de una entrevista de evaluación inicia el proceso de establecimiento de una adecuada relación terapéutica que con frecuencia es determinante para obtener la cooperación del paciente y para reducir los temores y creencias que pueden inhibir el progreso (Linehan, 1977). La evaluación pretratamiento puede ser considerada como una interacción compleja entre paciente y terapeuta, durante la cual, ambos están de acuerdo en una conceptualización común o camino para considerar los problemas que presenta el paciente. Con mucha frecuencia, es-

to implica la apreciación, por parte del paciente, de sus problemas en una nueva perspectiva, la cual puede ser terapéutica por sí misma (Meichenbaum, 1975).

Por último, otra contribución muy importante que con mucha frecuencia es ignorada en la literatura cognitivo-conductual se refiere al trabajo de Richard S. Lazarus (116). Lazarus y colaboradores durante mucho tiempo han enfatizado la función tan importante que juegan los procesos cognitivos en el mantenimiento y reducción de las reacciones de estrés. Varios de sus estudios han demostrado que aquellos estímulos amenazadores (por ejem.m una película estresante) pueden hacerse menos aversivos para los individuos por medio de apreciaciones cognitivas. Teorizando sobre la relación entre los procesos cognitivos y las reacciones de estrés, Lazarus (116) ha hecho la distinción entre apreciación "primaria" y "secundaria". LA APRECIACION PRIMARIA se refiere a la rotulación por parte del individuo, de una situación, como peligrosa; mientras que LA APRECIACION SECUNDARIA se refiere al uso de procesos cognitivos en un intento por afrontar con el estrés mencionado. Sin embargo, es conveniente hacer hincapié en que los dos procesos no son vistos como si fuesen completamente independientes; lo que en un principio es juzgado como potencialmente estresante, depende en gran medida de las destrezas de afrontamiento disponibles en el individuo (Lazarus, 1966; Lazarus y Launier, 1978).

La distinción de Lazarus entre apreciación primaria y secundaria aparece paralela con las premisas básicas de la teoría de Ellis. No obstante, se encuentran ciertas diferencias básicas entre ambas orientaciones que son de mérito mencionar. Ellis mantiene que ansiedad está medida por la apreciación irrealista de una situación por parte del individuo y, que la reducción de la misma se puede lograr a través de una reevaluación realista seguida por intentos por afrontar la situación temida. Por otra parte, Lazarus (116) ha argumentado que una reacción de ansiedad está medida por un sentido percibido de amenaza, de un daño actual o un reto difícil y, que el proceso de evaluación secundaria usado para afrontar con dicha emoción percibida, puede involucrar una distorsión defensiva de la situación una evaluación cognitiva más realista o planes de acción directa. Aunque el mayor énfasis en las conceptualizaciones de Lazarus (116) ha sido en intentos por afrontar con orígenes reales del estrés (por ejem., la enfermedad o un peligro físico real), no obstante, ha reconocido que una incapacidad percibida por parte del individuo para afrontar con un ambiente visto como hostil y peligroso, también puede mediar niveles crónicos de ansiedad. Quizá una razón aún más importante "desadaptada" del proceso de afrontamiento, radica en que el esquema de Lazarus ha sido DESCRIPTIVO respecto a la manera típica a afrontamiento que usan los individuos; mientras que el pensamiento de Ellis ha reflejado una aproximación terapéutica que es más prescriptiva en cuanto a medios más efectivos de afrontamiento.

Por otra parte, la mayoría de los programas de entrena---
miento en destrezas de afrontamiento comparten ciertos compo---
nentes comunes; tal como se hace evidente en la literatura re-
visada, estos son:

1. Enseñar al paciente el papel que juegan las cogniciones en el mantenimiento de sus problemas actuales a través de una pre-sentación didáctica y un autodescubrimiento guiado
2. Un entrenamiento en la discriminación y observación siste---mática de las autoverbalizaciones e imágenes, así como en el -automonitoreo de las conductas desadaptadas.
3. Un entrenamiento en los fundamentos de la solución de pro---blemas (por ejem., la definición del problema, anticipación de las consecuencias y evaluación de la retroalimentación).
4. Modelamiento de las autoverbalizaciones e imágenes asocia---das con las destrezas cognitivas.
5. Modelamiento, ensayo y estímulo de autoevaluaciones posi---vas y destrezas centradas en el afrontamiento y en la atención.
6. El uso de diversos procedimientos de terapia conductual, -- como el entrenamiento en relajación (hipnosis), en imaginiería de afrontamiento y ensayo conductual.

7. Asignaciones conductuales in vivo que se harán progresivamente demandantes.

De tal manera, las técnicas de afrontamiento que han de enseñarse incluyen lo que Lazarus y Launier (1978) han llamado TECNICAS DE AFRONTAMIENTO INSTRUMENTAL (centradas en el problema) como la adquisición de información, solución de problemas, manejo del tiempo y cambios en el estilo de vida y; TECNICAS DE AFRONTAMIENTO PALIATIVAS (centradas en la regulación de la emoción) como la desviación de la atención, la expresión de afecto y el entrenamiento en relajación.

Asimismo, Martin T. Orné (1965) ha afirmado que una vía para facilitar al individuo que se haga resistente al estrés consiste en permitirle una experiencia previa apropiada con el estímulo en cuestión. La noción biológica de inmunización proporciona dicho modelo. Si a un individuo se le da la oportunidad de tratar con un estímulo ligeramente estresante y lo hace con mucho éxito (dominándolo en un sentido psicológico) entonces, dicho individuo tenderá a tolerar estímulo similar de mayor intensidad en el futuro. Parecería que podemos afectar marcadamente la tolerancia al estrés por parte de un individuo manipulando sus creencias sobre su ejecución en esa situación y, su sentimiento de que él puede controlar su propia conducta. El procedimiento del ENTRENAMIENTO EN INOCULACION DEL ESTRES desarrollado por Meichenbaum (1975) representa el análogo conductual de dicho modelo de inmunización.

Una forma breve y elocuente de afirmar los aspectos importantes a considerar en un entrenamiento en destrezas de afrontamiento lo constituye la declaración de Haggard (1949): - "Una persona es capaz de actuar realista y efectivamente en una situación estresante particular sólo si conoce la naturaleza y seriedad de la amenaza, si sabe qué hacer y es capaz de hacerlo".

En base a la literatura revisada, podemos afirmar que el tipo de aproximación que utilice un terapeuta al emplear las técnicas de reestructuración cognoscitiva estará en función de la consideración que haga de las cogniciones o del sistema de creencias del paciente ya sea como ejemplos de un sistema de creencias irracionales (51a), como casos de un estilo de pensamiento defectuoso (11), como destrezas inadecuadas en solución de problemas (70), o como destrezas de afrontamiento inadecuadas (116, 125a,b). Es decir, cada una de estas aproximaciones diferentes, da lugar a conceptualizaciones diferentes de las terapias cognitivo-conductuales.

El uso de una u otra aproximación de estas terapias de reestructuración cognoscitiva no ha de representar problema alguno para el terapeuta cognitivo-conductual, debido a que lo importante es el gran número de vías en que se puedan usar las cogniciones, de la misma forma en que se puede usar la imaginación en psicoterapia. Esto es casi como si pidiéramos a los psicoterapeutas que se aplicasen la prueba de creatividad de -

Guilford y respondieran al reactivo: "¿Cuáles son todos los usos poco comunes de la imaginación en psicoterapia?" De tal manera que, cuando anexáramos a esta lista la gran cantidad de formas en que se pueden usar las cogniciones en psicoterapia, dicha lista sería abrumadora. Por ende, parece ser que el campo de la terapia conductual y, por tanto, de la psicoterapia en general, ha empezado a adoptar una postura atea; sea como London (1972) aproximadamente le ha llamado un "fin de la ideología", o por lo que Lazarus (1974) recomienda usar "Todo aquello que sirva para propósitos terapéuticos".

Por otra parte, la investigación de los últimos años ofrece un extenso cuerpo de evidencia que apoya la aseveración de que los eventos simbólicos pueden tener una función importante en los desórdenes conductuales y, que no únicamente las ideas e imágenes pueden inducir angustia o acongoramiento fisiológico doloroso, sino que las deficiencias mediativas pueden generar y mantener patrones de ejecución desadaptados (Russell y Brandsma 1974). Asimismo, existe una gran cantidad de estudios que demuestran la efectividad de la reestructuración cognoscitiva en el tratamiento de los desórdenes de la conducta. Por ejem., Baker (1966) evaluó los efectos de la reestructuración cognoscitiva sobre las autodeclaraciones de 105 universitarios. Se utilizaron cinco grupos: 1) reestructuración cognoscitiva (instrucciones verbales usando la razón y el procesamiento de la información; 2) reforzamiento; 3) reestructuración cognoscitiva más reforzamiento; 4) reestructuración cognoscitiva --

más un posttest inmediato y; 5) un grupo control sin reforzamiento contingente. Los resultados obtenidos indicaron un aumento significativo en la eficacia en los grupos que recibieron reestructuración cognoscitiva (121).

En otro estudio llevado a cabo por Maes y Heimann (1970) se evaluó el impacto de la reestructuración cognoscitiva sobre las reacciones de ansiedad ante una situación de prueba escolar, comparando la efectividad de la TRE, de la terapia centrada en el cliente y de la desensibilización sistemática con estudiantes de secundaria. El tratamiento se administró en 10 sesiones de entrenamiento cubriendo un período de cinco semanas. Las mediciones de la respuesta incluyeron autoreportes de ansiedad, el ritmo cardíaco y la respuesta galvánica de la piel. Los resultados obtenidos demostraron que los pacientes de los grupos de desensibilización y de TRE manifestaron una reactividad emocional significativamente menor que los del grupo de terapia centrada en el cliente o los de un cuarto grupo control sin tratamiento (142).

De igual manera, en sus primeros estudios, Meichenbaum (1972) demostró la efectividad de este procedimiento en la reducción de la ansiedad ante una situación de prueba escolar y de la ansiedad para hablar, mostrando que la aplicación de la reestructuración cognoscitiva más la desensibilización es superior en efectividad, que la desensibilización sola. Asimismo, estos mismos estudios han sido replicados por Goldfried, De-

centeeo y Weinberg (1974) obteniendo resultados similares --- (121).

En un intento por comprender el proceso terapéutico que subyace al tratamiento cognitivo-conductual, algunos autores han conducido su investigación para evaluar el valor de la extinción, del insight en las autoverbalizaciones negativas y de las verbalizaciones de afrontamiento aprendidas. Así, en un estudio sobre la aplicación de la reestructuración cognoscitiva desarrollado por D'Zurrilla, Wilson y Nelson (1973) y; por temor hacia estímulos externos a través de autoverbalizaciones fue más efectiva para las fobias hacia serpientes que un procedimiento de extinción. Otro estudio conducido por Wine (1970) se reportó que los individuos ansiosos ante un examen escolar, que aprendieron declaraciones de afrontamiento mejoraron significativamente su actuación en comparación con los individuos que participaron en un grupo de "insight", quienes sólo se centraron en examinar las autodeclaraciones negativas. En base a estos resultados, Meichenbaum (1973) advirtió que el mero insight en las autodeclaraciones negativas sin el aprendizaje de verbalizaciones de afrontamiento puede incrementar el nivel de ansiedad (101).

Thorpe, Amatu, Blakey y Burns (1976) reexaminaron la función del insight en las autoverbalizaciones negativas y en el uso de verbalizaciones de afrontamiento en general para el tratamiento de la ansiedad para hablar y, en base a los resulta--

dos obtenidos, concluyeron que el insight en las autoverbalizaciones desadaptadas contribuye más en la reestructuración cognoscitiva que en el uso de verbalizaciones de afrontamiento -- (101).

Sin embargo, esta contradicción directa hacia los datos reportados por Wine (1970) y el fracaso en replicar la efectividad de un procedimiento combinado para el tratamiento de la ansiedad para hablar (Meichenbaum et al. 1971; Fremow y Zitter 1978) pueden deberse a varias diferencias de procedimiento en los estudios señalados. Thorpe et al. trataron a adolescentes de entre 15 a 17 años en vez de estudiantes de secundaria, la duración del tratamiento empleado fue más breve (5 sesiones de 30 min. cada uno comparadas con las 5 a 8 sesiones de una hora cada una) y, únicamente enseñaron cuatro declaraciones generales de afrontamiento en lugar de las verbalizaciones específicas que son usadas antes, durante y después de una conversación de terapia (101).

Para aclarar estos resultados, Glogower, Fremouw y Mc. -- Croskey (1978) realizaron un análisis de los componentes de la reestructuración cognoscitiva. El estudio evaluó la contribución de los siguientes componentes de dicha reestructuración: a) extinción; b) insight en las autoverbalizaciones negativas c) conocimiento y ensayo de verbalizaciones de afrontamiento y d) una combinación de insight en las autoverbalizaciones negativas seguido por un aprendizaje y ensayo de verbalizaciones -

de afrontamiento. La muestra formada por 60 estudiantes de preparatoria, aprehensivos en su comunicación, se dividió en cuatro grupos de tratamiento y un grupo control. Todos los grupos de tratamiento recibieron cinco sesiones de una hora por semana. En base a los autoreportes de los individuos y a las mediciones conductuales realizadas (por ejem., nivel de ansiedad medido mediante respuesta galvánica de la piel), se observó que el grupo que recibió verbalizaciones de afrontamiento, mejoró más que el grupo que recibió autoverbalizaciones negativas y que el grupo de extinción. La combinación de los componentes produjo una mejoría más amplia en un postratamiento y seguimiento de seis semanas (101).

Estos resultados sugieren que mientras que todos los componentes producen alguna mejoría, el componente de la verbalización de afrontamiento es de primordial importancia en el marco de la reestructuración cognoscitiva. Este hallazgo apoyó la conclusión de Wine (1970), referente a que las verbalizaciones de afrontamiento constituyen el principal componente terapéutico en la reestructuración cognoscitiva y, refutó directamente la conclusión de Thorpe et al (1976). Estos resultados también sirvieron como una réplica de reportes previos (Wein et al., 1975; Horan et al., 1977), los cuales sugirieron que la extinción sólo juega un papel menor en la reestructuración cognoscitiva para el tratamiento de la ansiedad de ejecución (101).

Como se ha observado, debido a estas primeras demostraciones, muchos estudios han replicado la efectividad de los tratamientos cognitivos-conductuales en la reducción de los problemas de ejecución, tales como la ansiedad ante un examen escolar (Goldfried y Smith, 1978), la ansiedad para hablar (Fremow y Zitter, 1978), la ansiedad de aserción (Linehan, Goldfried y Goldfried, 1979), la ansiedad social (Elder, Edelstein y Fremow 1981), en la fobias a insectos animales, cosas o situaciones - (22, 48), en el dolor y la ansiedad de jóvenes y adultos con cáncer (125b, 176), en problemas de obesidad (34), en la depresión (11, 47) y, en el automanejo de las conductas adictivas en general y de la adicción a las bebidas alcohólicas, en particular (38, 39, 123, 129, 144, 153, Lansky, 1978), de la cual se hace una revisión más amplia en el siguiente apartado.

Antes de pasar a revisar la perspectiva actual en el automanejo de la adicción a las bebidas alcohólicas, juzgamos conveniente hacer una somera, pero concisa mención de dos últimos puntos concernientes a la aplicación de los procedimientos cognitivo-conductuales en general y, de la reestructuración cognoscitiva en particular; dichos puntos se refieren, primero a la aplicación de estos procedimientos en los niños y, en segundo término, la postura teórica de Watzlawick respecto a lo que él denomina EL DELICADO ARTE DE REESTRUCTURAR.

Por otra parte, respecto a la postura teórica de Watzlawick en cuanto a lo que él denomina EL DELICADO ARTE DE REESTRUCTURAR (167a), empecemos con la siguiente situación.

El hombre que se enfrenta a un ladrón que, pistola en mano, le exige la cartera, sólo tiene, al parecer, la elección entre rendirse o luchar. Las dos alternativas son desagradables, si bien la primera significa un mal menor: el ladrón lo sabe y de ello se aprovecha. Pero imaginemos ahora que el atracado tiene nervios de acero y da a la situación un giro totalmente diferente, al decir al ladrón: "A uno como usted venía buscando yo hace tiempo. Usted puede quitarme la cartera, que tiene dos mil pesos, o puede ganarse doscientos mil, si elimina del mundo de los vivos al amante de mi mujer. Si le interesa el caso, venga a verme mañana y le daré más detalles!"

De esta manera sencilla, aunque, justo es decirlo, no absolutamente segura, la víctima ha conseguido librarse de una situación al parecer sin salida y ha pasado a tomar la iniciativa mediante la oferta de alternativas absolutamente diferentes. Y, sin embargo, en términos reales la situación sigue siendo la misma: una víctima, que al parecer, tiene dinero; un bandido, que no lo tiene y al que al parecer, nada le importa una vida humana. Pero la alternativa no es ya "la bolsa o la vida" (y con la vida la bolsa), sino "dos mil ó doscientos mil pesos" (167a).

Mencionemos, para terminar, la vieja pero nada trivial pregunta humorística sobre la diferencia entre el optimista y el pesimista: el optimista ve la botella medio llena, el pesimista medio vacía. La misma botella y la misma cantidad de --

agua, pero dos concepciones totalmente opuestas, que crean dos "realidades" también radicalmente distintas. Y todavía una variante del mismo tema: al parecer, ya Johann Peter Hebel aludió al hecho de que el enjundioso refrán: "la osadía es media victoria" significa también, naturalmente, que la osadía es -- media derrota (167a).

En esta posibilidad de ser diferentes las "realidades" -- subjetivas (realidades del segundo orden ó procesos cognitivos de acuerdo con Neichenbaum, 1985), radica el poder de las intervenciones terapéuticas conocidas como reestructuraciones. Recordémoslo una vez más: Nunca nos enfrentamos con la realidad en sí, sino sólo con IMAGENES O CONCEPCIONES de la realidad, es decir, con interpretaciones. El número de posibles interpretaciones para cada caso es muy grande, pero en virtud de la concepción del mundo interesado, suele casi siempre quedar reducido a nivel subjetivo, a una que parece ser la única posible, razonable y permitida. En razón de esta única interpretación, la mayoría de las veces sólo se considera posible, razonable o permitida UNA SOLA solución, y cuando esta solución no lleva a la meta apetecida, se busca típicamente MAS DE LO MISMO². Aquí es donde entra en función la reestructuración, y -- con excelentes resultados, a condición de que se consiga prestar a una determinada situación un sentido nuevo, también adecuado o incluso más convincente del que le ha venido dando has

2. En términos cognitivo-conductuales sería la ejecución continua de estrategias de afrontamiento ineficaces, ante la presencia de una situación de alto riesgo.

ta ahora el paciente. Ya se entiende que es necesario, que este nuevo sentido se adapte a su concepción del mundo y se exprese en el "lenguaje" propio de esa concepción. Para evitar interpretaciones erróneas, dejemos bien en claro que una reestructuración no es una interpretación tal como lo entiende la psicología profunda: no "descifra" nada, ni pone al descubierto la "verdadera" significación que se oculta tras la fachada alegórica, simbólica o extraña que se quiera.(167a).

REESTRUCTURAR significa cambiar el propio marco conceptual, en el cual se experimenta una situación, y situarla dentro de otra estructura, que aborde los "hechos" correspondientes a la misma situación concreta igualmente bien o incluso mejor, cambiando así por completo el sentido de los mismos. El mecanismo aquí implicado no destaca a primera vista, sobre todo si tenemos en cuenta que puede existir un cambio, mientras que la situación misma permanece inmodificada e incluso inmodificable. Lo que cambia a resultas de la reestructuración es el sentido atribuido a la situación y los hechos concretos correspondientes a esta. O bien, como lo expresé ya el filósofo Epicteto en el siglo I de nuestra era: "no son las cosas mismas las que nos inquietan, sino las opiniones que tenemos acerca de ellas". Las palabras ACERCA DE en esta cita, nos recuerdan el hecho de que cualquier opinión (o bien cualquier punto de vista, atribución de sentido, etc.) es META con respecto al objetivo de dicha opinión, y pertenece por tanto, al nivel lógico inmediatamente superior (o al nivel del proceso -

cognitivo propuesto por Meichenbaum, 1985). De esta manera, - la reestructuración opera en el nivel de la metarealidad (o de la metacognición de acuerdo con Meichenbaum, 1985) en el cual, como se ha intentado señalar, puede tener lugar un cambio incluso si las circunstancias objetivas de una situación están - más allá del poder humano. En su sentido más abstracto, la -- reestructuración supone desplazar el énfasis de la pertenencia de un objeto a una clase (el término objeto incluye acontecimientos, situaciones, relaciones entre personas, así como entre personas y objetos, patrones de comportamiento, etc.) a la pertenencia igualmente válida a otra, o bien, especialmente, - introducir la idea de tal pertenencia a una nueva clase, en la conceptualización de todos los interesados. En estas clases - se trata de constructos mentales y por tanto, de un aspecto de la realidad totalmente diferente de los objetos mismos. Las - clases se forman, no solamente en base a las propiedades físicas de los objetos, sino en especial de su grado de significación y de valor que tengan para nosotros. Lo que hace que la reestructuración sea un instrumento tan eficaz de cambio es el hecho de que, una vez que percibimos la pertenencia alternativa de un miembro a otra clase, no podemos volver tan fácilmente a la trampa y la angustia representadas por el previo punto de vista acerca de su "realidad" (167a).

Hasta aquí se ha aludido al fondo teórico de la reestructuración, ahora se exponen algunos ejemplos prácticos:

"Un día de mucho viento, un sujeto se precipitó sobre mí al volver la esquina de un edificio y chocó fuertemente conmigo cuando yo estaba pugnando contra el viento. Antes de que pudiese recuperar su equilibrio para hablarme, yo miré despacio mi reloj y cortezmente, como si me hubiese preguntado la hora, le dije: son exactamente las dos y diez, aún cuando eran entonces cerca de las cuatro de la tarde y me marché. Media manzana más adelante me volví, viendo cómo continuaba mirándome, -- asombrado y confuso por lo que le dije".

De esta manera describe Erickson el suceso que le condujo a desarrollar un insólito método de inducción hipnótica, que designó más adelante como TECNICA DE LA CONFUSION (la cual se analiza más ampliamente en el cuarto apartado del siguiente capítulo). ¿Qué es lo que había ocurrido? Debido a la falta de la reacción obligada más obvia de disculparse mutuamente, el resultado fue una confusión, no paliada por cualquier información subsiguiente que reorganizace las piezas del rompecabezas para formar un nuevo cuadro de referencia que resultara inteligible. Como señaló Erickson, la necesidad de superar la confusión, dando con otro cuadro de referencia, hace que el sujeto esté particularmente dispuesto y deseoso de hechar mano a la primera información concreta que se le proporcione³. La confusión inicial, al preparar así el terreno para una reestructura

3. Afirmación que concuerda con la definición de ansiedad sustentada por el presente trabajo, ya citada en el Capítulo I y, en general, por la mayoría de los teóricos cognitivo-conductuales ya aludidos previamente.

ción, se convierte entonces en una etapa importante en el proceso de llevar a cabo el cambio y de enseñar así "a la mosca - el camino que conduce fuera del atrapamoscas" (169).

En otra ocasión, Erickson se vio enfrentado con una de esas situaciones interpersonales, al parecer sin salida, en la que cada uno de ambos participantes exige que sea el otro quien tenga que ceder. En el caso de esta pareja, ambos cónyuges se enzarzaban invariablemente en una discusión cuando se preparaban a volver a casa en su coche tras una reunión social. Ambos reclamaban el derecho de conducir el coche y ambos alegaban -- que el otro había tomado demasiado alcohol como para conducir. Ninguno de los dos estaba dispuesto a dejarse "derrotar" por el otro. Erickson sugirió que uno de ellos condujese hasta -- unas manzanas de su casa y, que luego ocupase el otro el volante hasta la casa. Con este arreglo aparentemente pueril, se resolvió el problema (169).

En otro ejemplo, en un caso de frigidez en que se encuentra implicada la hostilidad, esta puede ser utilizada para reestructurar el problema presentándolo como producido por la -- hiperprotección de la mujer con respecto al varón, de la siguiente manera: ¿Es que ella tiene quizás miedo de que él se pa cómo enfrentarse con el impacto de su sexualidad desinhibida? ¿Está ella segura de que él no experimentará un impacto emocional? ¿Qué sucedería si él se convirtiera en impotente? Dadas todas estas incertidumbres ¿no es mucho mejor para ella

proteger su EGO y hacerle creer al cónyuge que es ella misma y no él quien tiene un problema sexual? Si esta reestructuración del problema es presentada ante ambos esposos, el terapeuta puede dirigirse luego al marido y afirmar que, por otra parte, no parece ser él la clase de hombre que necesite forzosamente de tal protección. Ya que (suponiendo siempre que ella sienta hostilidad) proteger al marido a expensas suyas, es la última cosa que la mujer estaría dispuesta a hacer, esta reestructuración del problema utiliza su hostilidad como un incentivo para demostrar a su marido (y al psicoterapeuta) que ella no tiene intención de protegerle y de asumir el papel de paciente. Al mismo tiempo, provoca la virilidad del marido y le induce a sostener que no precisa de la protección de la mujer - y, que le agradaría que ella renunciara a su inhibición (169).

En otro ejemplo, el niño que tiene la costumbre de chuparse un dedo suele especializarse de ordinario en uno de los dedos de una mano, y sólo cambia a otro cuando no puede chupar el primero, por la razón que fuere. Pero en cualquier caso si gue chupandose el dedo, por mucho que hagan sus padres por quitarle tal costumbre. Una intervención eficaz, en la que se dan la mano los elementos de la prescripción de síntomas (la cual se expone más ampliamente en el sexto apartado del siguiente Capítulo) y la reestructuración, consiste en que, en presencia de su madre, se le explique, con un lenguaje claro y persuasivo, que vivimos en una democracia en que todos tenemos los mismos derechos y que, por tanto, no es posible chuparse -

sólo un dedo, en perjuicio de los nueve restantes. En adelante pues, deberá chuparse también los otros dedos, y todos por el mismo espacio de tiempo., si es preciso, la madre deberá vigilar, reloj en mano, para que a cada dedo se le concedan los derechos que le son debidos en un régimen democrático. Lo que hasta ahora había sido una costumbre placentera, que reportaba la ventaja adicional de que los padres nada podían hacer contra ella, tomahora de pronto el aire de un deber, cuyo cumplimiento se convierte muy pronto en una carga sobretodo porque los vigilan para que se cumpla. Pero la reestructuración ofrece una salida, que posibilita que el niño "salve la cara": le permite o bien chuparse los dedos muy poco tiempo o bien renunciar totalmente a esta costumbre. Además, bloquea los anteriores intentos de solución de los padres (burlas, poner cosas amargas en el dedo, castigos, etc.) que no hacían sino prolongar el problema (167 a).

Una reestructuración no ha de ser necesariamente positiva o admisible, sino que son cabalmente las reestructuraciones que parecen inaceptables y hasta radicalmente falsas a los interesados, las que pueden tener una singular eficacia. Este es precisamente el caso cuando la reestructuración llega incluso a provocar una contraprueba de parte del paciente, y aún, para poder producir dicha prueba, tiene que recurrir, justamente, a aquel comportamiento que constituya el objetivo de la terapia. Insistimos sobre este punto en el sexto apartado del siguiente capítulo, específicamente en el dedicado a la utilización de la resistencia. Baste aquí con poner un ejemplo toma

do de la vida práctica.

Mi colega Fisch (60) se enfrentó no hace mucho, cuando desempeñaba la función de consejero psiquiátrico en un albergue del departamento de educación de menores, con el siguiente problema: uno de los muchachos del albergue, de doce años de edad tenía la costumbre de interrumpir las clases con sus constran--tes parloteos o con otras formas de comportamiento indisciplinado. En castigo, se le solía recluir en su cuarto, y, como se --negaba a permanecer allí, se recurrió incluso a cerrarle la --puerta. Desde hacía algunos días había empezado a aporrear con--manos y pies la puerta cerrada, hasta que le abrían, y si era --preciso, persistía en esta actitud durante horas enteras. Fraca--saron las persuaciones y las amenazas. Al personal vigilante le quedó como " última alternativa " una celda aislada en la bode--ga. Pero el muchacho se las arregló para conseguir que sus gol--pes se siguieran oyendo por toda la casa. La situación era tan--to crítica cuanto que el joven había sido enviado al albergue,--precisamente por su nula receptividad educativa y, resultaba --que también el albergue del departamento se hallaba indefenso y desorientado ante su comportamiento. Se recurrió, pues, a mi --colega, bajo el supuesto, no del todo absurdo, de que este --joven tenía algún problema "psiquiátrico". Pero el psiquiatra --consideró el caso como un problema de interacción entre los --jóvenes residentes y los vigilantes y, decidió reestructurar --radicalmente la situación para los muchachos a base de proponeres un juego: se trataba de calcular cuanto tiempo duraría el--estruendo de los golpes del chico castigado. El premio al cálcu

lo más aproximado consistiría en una botella de refresco. Lo que, de una u otra forma, se esperaba conseguir, se produjo -- con gran rapidez. Uno de los muchachos se escabulló de la clase, corrió a la ventana de la bodega y gritó: "Oye, sigue golpeando siete minutos más, para que gane un botella de refresco". Al instante cesaron los golpes (167a).

Es también posible comunicar reestructuraciones de forma totalmente indirecta, por así decirlo, por pura casualidad y al parecer sin intención preconcebida. En cierta ocasión acudió al consultorio de Erickson la madre de una muchacha de catorce años; la muchacha estaba convencida de que tenía los -- pies demasiado grandes y por eso se iba aislando. Se quedaba sentada en casa, apenas iba a la escuela y rehúsa las amistades. Como es fácil de comprender, se intentó persuadirla de -- que sus pies eran normales y que todo era imaginaciones suyas. Y así es como comenzó a formarse y consolidarse, en la interacción entre la muchacha y las personas de su entorno, un típico juego sin fin. Cuanto más intentaban éstas convencerla con -- buenas palabras, más se aferraba ella a su idea de que sus -- pies eran deformes. Erickson concertó una visita con la madre, con la supuesta finalidad de someter a un examen médico a la -- misma madre. En el transcurso de la exploración, Erickson pidió a la muchacha que trajera una toalla, que se quedara de--- trás de él y tuviera la toalla preparada. Poco después, dio un paso atrás y "sin querer" le dio un buen pisotón. Ella lanzó un grito de dolor. Entonces Erickson se volvió y dijo acremen-

te: "Si tus pies fueran LO BASTANTE GRANDES para que uno los pudiera ver, no habría pasado esto". Y afirma que ésta sola - intervención fue suficiente para provocar el deseado cambio en la imagen que la muchacha tenía de sí misma (167a).

La mayoría de los ejemplos mencionados tienen un denominador común, el cual, como ya se citó anteriormente, se analiza más ampliamente en el siguiente capítulo: se apoyan en descripciones inmediatas de comportamiento.

Estos ejemplos están encaminados a demostrar que una acertada reestructuración situacional precisa tomar en cuenta los puntos de vista, las expectativas, los motivos y las premisas es decir, toda la trama conceptual de aquellos cuyos problemas han de ser modificados. TOMAR LO QUE EL PACIENTE NOS APORTA, era una de las reglas básicas de Erickson para la solución de los problemas interhumanos. Esto se halla en acentuado contraste con las enseñanzas de la mayoría de las escuelas psicoterapeutas, las cuales o bien tienden a aplicar mecánicamente un mismo procedimiento al paciente un nuevo lenguaje, hacerle comenzar a pensar en términos de este nuevo lenguaje, e intentar luego llevar a cabo un cambio mediante comunicaciones en dicho lenguaje. En contraste con esto, LA REESTRUCTURACION -- presupone que el psicoterapeuta aprenda el lenguaje del paciente, lo cual puede ser realizado mucho más fácil y económicamente que viceversa. En este modo de aproximación, son las auténticas resistencias al cambio las que pueden ser utiliza-

das para lograrlo. En este sentido, Zeig (175) ha dicho que los pacientes tienen determinadas actitudes hacia sus síntomas y, que el reencuadre es una técnica que opera en el plano de las actitudes, brindando al sujeto la alternativa de adoptar una actitud positiva hacia la situación sintomática. La modificación de las actitudes hacia los síntomas es terapéutica. Este cambio puede darse en una dirección favorable o inicialmente en una dirección negativa. A menudo, al cambiar la actitud del individuo hacia su síntoma cambia el propio complejo sintomático. LA REDIFINICION es una técnica que consiste en definir el problema de una manera levemente diferente a como lo hace el paciente, tras lo cual se ofrece una acción terapéutica que corregirá la nueva definición del problema, y así lo solucionará.

Esta forma de resolver problemas es similar, en más de un aspecto, a la filosofía y técnica del judo, en el que el ataque del adversario no es contrarrestado con una fuerza por lo menos igual, sino que más bien es aceptado y amplificado, cediéndose al mismo y adaptándose a él. Esto no lo espera el adversario, quien está desarrollando un juego de fuerza contra fuerza, es decir, de "más de lo mismo", y con arreglo a las normas de su juego anticipa un contraataque y no un modo diferente de jugar. La reestructuración no LLAMA LA ATENCION HACIA NADA, no da lugar a introspección comprensiva, sino que ENSEÑA UN JUEGO DIFERENTE, haciendo así obsoleto el anterior. El otro "ve ahora algo diferente y no puede ya continuar jugar

do ingenuamente" (169).

2.3 APLICACIONES DE LAS APROXIMACIONES COGNITIVO-CONDUCTUALES EN LOS NIÑOS.

En este sentido, el principal uso ha involucrado un entrenamiento en destrezas de autocontrol, especialmente con niños hiperactivos, impulsivos y agresivos; entrenamiento en solución de problemas tanto conductuales como académicos, tales como la comprensión de lectura, problemas de aritmética, problemas interpersonales y de creatividad y, un entrenamiento en procedimientos de autoinstrucción relacionados con los problemas ya citados, así como con la tentación y demora de la gratificación (71, 125a).

Meichenbaum (125a) ha provisto una gran cantidad de sugerencias a tomar en consideración, para conducir con éxito el entrenamiento en las destrezas citadas anteriormente. Entre estas se incluyen las siguientes: 1) usar los medios de juego propios del niño para iniciar y modelar su autodílogo; 2) usar tareas que tengan una alta "influencia" para el uso de estrategias cognitivas secuenciales; 3) usar parejas de enseñanzas, es decir, pedirle a los niños que modelen cognitivamente la conducta que es realizada por otro niño; 4) permitirle al

niño que avance en su programa de entrenamiento de acuerdo a - su propio ritmo, mientras elaboramos el paquete de autoafirmaciones que incluyan el autodiálogo apropiado para una gran variedad de solución de problemas, así como elementos de afrontamiento y de autoreforzamiento; 5) anticipar y evitar en parte el uso, por parte del niño, de autoafirmaciones de manera mecánica o no involucrada con el programa de entrenamiento; 6) incluir en el programa a un terapeuta que esté animando y respondiendo constantemente al niño; 7) aprender a usar el entrenamiento autoinstruccional mediante respuestas de baja intensidad; 8) suplementar este entrenamiento mediante la práctica de la imagería, tal como el relato de cuentos de hadas, de manera de que el niño prácticamente sienta que los está viendo; 9) complementar este entrenamiento autoinstruccional mediante entrenamientos relacionados con el mismo; 10) complementar este entrenamiento con procedimientos operantes como el costo de respuesta. Si se desea conocer más profundamente cada uno de estos puntos se puede consultar a Meichenbaum (125a) y la obra de Kendall (101) y la obra de Golfried y ^Uoldfried (71).

A manera de ejemplo, Robin, Schneider y Dolnick (1976) -- usaron a manera ingeniosa LA IMAGERIA DE LA TORTUGA para promover el autocontrol en niños hiperactivos y disruptivos. Estos investigadores incorporaron la imagen de la tortuga en una historia que era leída durante la clase. Después de esto, los estudiantes imitaban a la tortuga que se retiraba o se escondía en su caparazón, cuando sentía que estaba próxima a perder el

control. Esta imaginaria iba seguida por ejercicios de relajación, de autoinstrucción y de solución de problemas, para enseñar a los niños el autocontrol y las instrucciones que "hacia la tortuga" cuando sentía que iba a perder el control. En este estudio, el profesor se tardó 15 minutos diariamente, durante aproximadamente tres semanas, en entrenar, y con ello, lograr reducir la conducta agresiva y las respuestas frustrantes de los niños. De esta manera, se puede usar una gran variedad de historias, cuentos y técnicas cognitivas para enseñar conductas de autocontrol a los niños hiperactivos o disruptivos (71).

Por ende, como ya es sabido ampliamente, el desajuste y los problemas de conducta del niño con mucha frecuencia van acompañados por conflictos familiares o maritales. Por consiguiente, una manera más eficiente de implementar un tratamiento cognitivo-conductual ha de estar encaminada a efectuar o hacer lo que sea prudente hacer en la unidad padre-hijo (Blechman, Olson y Hellman, 1976; Robin et al., 1977). Es necesario implementar, en el marco de estas aproximaciones cognitivo-conductuales, un entrenamiento en solución de problemas, por mencionar un ejemplo, que nos permita enseñar a los padres destrezas en comunicación y en solución de problemas, las cuales a su vez permitan a los padres reconocer la manera en que sus cogniciones, agendas ocultas, sus intereses comunes, sus expectativas, apreciaciones, atribuciones, etc., contribuyen al conflicto marital y, por ende, afectan al niño. Hoy en día, es -

ampliamente reconocido que las reacciones de los padres hacia las conductas problema de los niños, representa un objetivo -- importante en toda intervención cognitivo-conductual (71).

Respecto a las consecuencias de un estilo de comunicación deficiente, ambivalente o paradójico en la unidad padre-hijo, cabe mencionar el ejemplo citado por Watzlawick (167a), en el cual se puede apreciar claramente la estructura básica de este estilo de comunicación, tan generalizado y común en cualquier interacción humana dada; dicho ejemplo es el siguiente: "Quiero enseñarle a Juanito a hacer cosas, y quiero que haga cosas, pero quiero que él quiera hacerlas. Creo que puede obedecer -ciegamente órdenes, sin que quiera obedecerlas. Me doy cuenta de que estoy cometiendo un error, no puedo precisar qué es lo - que estoy haciendo mal, pero no me gusta imponerle lo que tiene que hacer; sin embargo, si se le dejase a su gusto estaría metido hasta aquí de trastos (refiriéndose a ropa, juguetes, - etc. que tiraría al suelo). Hay dos extremos, QUIERO QUE EL - QUIERA hacer cosas, pero me doy cuenta que hay algo que TEN--- DRIAMOS que enseñarle."

Se trata de palabras pronunciadas por una madre que explica dificultades que tiene para cambiar el comportamiento de - su hijo, de ocho años de edad, al que no le gusta hacer sus -- tareas escolares. Aún cuando se diese cuenta que se había encerrado a sí misma y a su hijo en una paradoja, este conocimiento no aminoraría su desconcierto, y por tanto, la situación -- conflictiva generada en dicha relación, sobre todo si tenemos -

en cuenta que la desconcertante naturaleza de la paradoja ha preocupado a las mentes más grandes durante siglos. Debido a esto, una revisión más profunda de este concepto, principalmente de sus implicaciones para la psicoterapia, se hace en el sexto inciso del siguiente capítulo.

Por último, debido a que como ya se ha reconocido ampliamente, desde hace mucho tiempo, el papel capital que desempeña el juego en el desarrollo del niño y hasta del adulto, y por tanto, de su empleo en todo proceso psicoterapéutico en general y en las intervenciones cognitivo-conductuales en particular, juzgamos conveniente citar unas cuantas palabras relacionadas con este tópico, pronunciadas por Chateau (40) en su obra fundamental sobre dicho tema:

"El hombre no está completo sino cuando juega", escribió Schiller, y esta fórmula ha sido comentada y analizada por las grandes mentes de todos los tiempos. Arte, ciencia y hasta religión son a menudo juegos serios. Se juega a pintar o a rimar como se juega al ajedrez; y no pocas obras que han encantado a generaciones no fueron para sus autores más espléndidos juegos. Por el juego, en efecto podemos dejar el mundo de nuestras necesidades y de nuestras técnicas, ese mundo interesado que nos rodea y nos constriñe; escapamos de la influencia de la coacción exterior, del peso de la carne, para crearnos mundos de utopía. Ponemos entonces en juego -admirando la bella ambigüedad de la palabra- funciones que la acción práctica

dejaría inutilizadas, nos realizamos plenamente volcándonos -- por entero en el juego (40).

Con mayor razón sucede lo mismo en el niño, al que la solicitud de los adultos preserva de los contactos demasiado brutales de las cosas inhumanas. Para él casi toda actividad es juego, y por el juego adivina y anticipa las conductas superiores. "En el niño, escribe Cleparedé, el juego es el trabajo, es el bien, es el deber, es el ideal de la vida. Es la única atmósfera en la cual su ser psicológico puede respirar y, en consecuencia, puede actuar". El niño es un ser que juega y nada más (40).

Preguntarse por qué el niño juega equivale a preguntarse por qué es niño. "La infancia sirve para jugar y para imitar" dice también Cleparedé. No se puede imaginar la infancia sin sus risas y sus juegos. Supongamos que de pronto nuestros niños dejaran de jugar, que los patios de nuestras escuelas quedaran silenciosos, que no nos distrajeran más los gritos o los llantos que nos llegan del jardín o del patio, que no tuviéramos más alrededor de nosotros ese mundo infantil que hace nuestras delicias y nuestros tormentos, sino un pueblo triste de pigmeos torpes y silenciosos, sin inteligencia y sin alma. -- Pigmeos que podrían crecer, pero que conservarían durante toda su existencia la mentalidad de pigmeos, de seres primitivos. Gracias al juego crecen el alma y la inteligencia, mientras -- que por esa tranquilidad, ese silencio -- en los que a veces los

padres se complacen equivocadamente- se anuncian a menudo en - el niño graves deficiencias mentales. Un niño que no sabe jugar, un "pequeño viejo", será un adulto que no sabrá pensar -- (40).

La infancia es, por consiguiente, el aprendizaje necesario para la edad madura. Estudiar en el niño sólo el crecimiento, el desarrollo de las funciones, sin tener en cuenta el juego sería descuidar ese impulso irresistible por el cual el niño modela él mismo su propia estatua. No se debería decir - de un niño solamente que "crece", habría que decir que "se desarrolla por el juego". Por el juego hace actuar las posibilidades que fluyen de su estructura particular, realiza las potencias virtuales que afloran sucesivamente a la superficie de su ser, las asimila y las desarrolla, las une y las complica - coordina su ser y le da vigor (40).

Si el juego desarrolla de esta manera las funciones latentes, se comprende que el ser mejor dotado es también el que -- juega más.

La infancia tiene, por consiguiente, como fin el adiestramiento por el juego de las funciones tanto fisiológicas como psíquicas. El juego es así el centro de la infancia, y no se le puede analizar sin señalarle un papel de preejercicio, como decía Groos. En este sentido, se puede aplicar plenamente lo que dijo Lee del niño: "El crecimiento de cada niño es la hig

toria de la Bella Durmiente del Bosque, en la cual el juego representa el papel del Príncipe. Existe un cuerpo virtual, pero su existencia en acto depende de su uso, y su uso está prescrito en el instinto del juego" (40).

El juego desempeña pues en el niño el papel que el trabajo desempeña en el adulto. Como el adulto se siente fuerte -- por sus obras, el niño se agranda por sus aciertos lúdicos. - Un niño que no quiere jugar, es un niño cuya personalidad no - se afirma, que se contenta con ser pequeño y débil, un ser sin orgullo, un ser sin porvenir. Desde que la teoría psicoanalítica se ha desarrollado, se ha acudido a menudo, para explicar el juego, a fenómenos de derivación y compensación. Muchas -- tendencias son reprimidas en nosotros por el medio en el cual vivimos. A veces el trabajo no nos deja tiempo para satisfacerlas plenamente. Más a menudo aún es la conciencia moral, - tomada del medio social, la que las traba. Pero reprimir una tendencia no significa en absoluto anularla; sobrevive en nuestro inconciente y trata de expresarse por medio de una actividad adecuada. "El niño se revela con toda su frescura y espontaneidad mientras juega. En esos momentos no sabe esconder nada de los sentimientos que lo animan". Antes de terminar este breve análisis de la importancia del juego en toda intervención psicoterapéutica, principalmente en las cognitivo-conductuales cabe hacer una clara distinción entre el juego del niño y el - juego del adulto (40).

El juego del adulto tiene a menudo por fuente la búsqueda de un descanso. Pero no ocurre siempre lo mismo, a menudo también se juega solamente para "ocuparse", para pasar el tiempo, porque no se sabe qué hacer. El juego es entonces un remedio contra el aburrimiento. Es la única ocupación del desocupado, del ocioso. Hay en este juego del adulto, algo negativo: no posee su principio en sí mismo; es un remedio contra el aburrimiento o contra la fatiga. Por el contrario, el juego del niño tiene su fin en sí mismo, en la afirmación de su Yo. Así se ve que los juegos de los adultos son a veces juegos tristes. Compárese la atmósfera ruidosa y animada de los patios de recreo de nuestras escuelas con la atmósfera que rodea a los jugadores inclinados sobre la ruleta o la atmósfera de aquellos bailes de sociedad en los que se descubre la triste nulidad del mundo en que uno se aburre. Porque no existe sino como remedio y contra alguna cosa, el juego del adulto guarda generalmente un sabor amargo. El juego de los adultos queda así a la mitad del camino entre la simple ocupación y el deporte, entre la tristeza y la alegría. Al contrario, el juego infantil no tiene más que un aspecto porque no tiene más que un principio, y ese principio no puede engendrar sino la alegría. Por ende, es precisamente este principio el que se puede usar, tanto como la creatividad del niño lo permita, para los logros de las metas de todo programa de tratamiento cognitivo-conductual con niños (40).

Pasemos ahora a revisar la perspectiva actual en el automanejo de la adicción a las bebidas alcohólicas.

2.4 PERSPECTIVA ACTUAL EN EL AUTOMANEJO DE LAS CONDUCTAS ADICTIVAS CON UN ENFASIS EN LA ADICCION A LAS BEBIDAS ALCOFOLICAS: RESULTADOS BASICOS.

2.4.1 LAS ADICCIONES Y LA PARADOJA DEL AUTOCONTROL.

La investigación reciente en el campo de la comprensión y tratamiento de los problemas de la conducta adictiva cada día se acerca más a un punto en común. Hasta hace relativamente poco tiempo, la principal aproximación a estos problemas enfatizaba la importancia de los parámetros físicos de la adicción con un acento en las drogas o sustancias y sus correspondientes efectos farmacológicos. Implícita en este enfoque se encuentra la afirmación de que "adicto" no puede controlar voluntariamente su conducta de consumo de la droga, debido a la influencia sobrepoderosa de fuerzas internas como las compulsiones o impulsos irresistibles. El hecho de que la sociedad contemporánea aún abrace esta opinión es reflejado en las definiciones de diccionario de la adicción; por ejemplo, se la ha definido como -- "una necesidad fisiológica compulsiva por una droga que ha formado un hábito"; la compulsión es definida como "el ser obligado a o tener un impulso irresistible a cometer un acto irracional". La premisa básica de estas definiciones es clara: el -- "adicto" no puede controlar su conducta adictiva (123).

¿Realmente, un adicto es incapaz de ejercer un control sobre su conducta problema? A primera vista, todas las conductas

definidas tradicionalmente como adictivas parecen estar bajo el control voluntario. Después de todo, conductas como beber, fumar o el uso de otras drogas ¿no son actividades que escogemos sea para comprometernos o contenernos en su ejecución? Visto desde la perspectiva tradicional, el uso excesivo de cualquier sustancia o la ejecución excesiva de cualquier actividad que -- conduce a una gratificación inmediata, es considerado como un problema de "control de impulsos" en el que el individuo, aparentemente carece de "fuerza de voluntad" y con ello es incapaz de ejercer el control apropiado sobre la conducta. Esta línea de pensamiento culminó en el "modelo moral" de la conducta adictiva, una opinión que dominó las concepciones sobre la adicción en las primeras décadas del presente siglo. Se consideraba al adicto como alguien carente de la fibra moral para resistir la tentación. En el caso del "alcoholismo", por ejemplo, -- la sociedad rotuló al "borracho" como una persona carente de carácter moral o fuerza de voluntad, alguien incapaz de resistir la tentación de rendirse a los espíritus malignos del alcohol. La condenación moral del "alcoholismo" alcanzó su extremo con -- el experimento infructuoso de la prohibición (123).

Como resultado del fracaso de la aproximación moral a las adicciones, empezó a surgir una aproximación menos juiciosa o -- moralista en la forma de un "modelo de enfermedad". Se consideraba a las conductas adictivas como una forma de dependencia -- física y se centró la atención sobre efectos fisiológicos del -- uso de drogas como la causa subyacente de la adicción. Este --

punto de vista introducido por Jellinek y asociados a fines de 1940 (Jelliek, 1950), fue ratificado en 1955 cuando la Asociación Médica Americana declaró oficialmente al "alcoholismo" como una enfermedad (123).

Ciertamente que el concepto de "alcoholismo" como enfermedad ofrece un número de ventajas sobre el modelo moral que le precedió. Para intentar remover el estigma moral asociado con los problemas de la bebida, el diagnóstico del "alcohol" como una enfermedad estimuló amuchos individuos a buscar tratamiento médico para su desorden. Quizá una de las principales razones de lo anterior es que esta aproximación absuelve al "alcohólico" de la aceptación de una responsabilidad personal por su condición. En esencia, se decía a los "alcohólicos" que padecían una enfermedad similar a otras como la diabetes. ¿Esculpable el diabético de su condición? ¿No? Entonces tampoco lo es el "alcohólico". En esta aproximación se asume que el proceso de la enfermedad está latente aún antes de que el "alcohólico" tome la primera copa (debido a una predisposición genética) y permanece activo (aunque temporalmente en remisión) aún cuando el "alcohólico" reformado no consuma una copa en años(123).

Sin embargo, existe una paradoja principal en el modelo de enfermedad de la conducta adictiva. Está involucra el concepto central de CONTROL y la forma en que es definido en el modelo. Por una parte, el modelo de la enfermedad asume que el "alcohólico" es incapaz de ejercer control sobre la conducta de beber -

debido a la influencia forzada de factores fisiológicos inter- nos que le subyacen a la adicción. Por otro lado, se dice al "alcohólico" que la única forma de refrenar el problema es apertándose de la bebida, es decir, mantener la abstinencia por un período indefinido. Seguramente el cometido de la abstinencia en sí misma es una forma de control. En base a esto, un individuo puede ejercer control sobre la bebida sólo si mantiene una abstinencia total; REINCIDIR es perder el control, así el modelo de la enfermedad establece una RESTRICCIÓN DICOTÓMICA sobre el rango posible de resultados del tratamiento: que el abstemio ejerza control o que reincida perdiéndolo. De esta manera, aunque la etiología del "alcoholismo" es descrita como un proceso de enfermedad, que se encuentra más allá del control o responsabilidad de la víctima, el enfoque principal de tratamiento adopta la forma de un mandamiento moral: ¡no beberás . Resulta irónico que la mayor fuerza del modelo de la enfermedad que consiste en absolver al adicto de la responsabilidad personal por su conducta problema, puede ser también su principal debilidad. Si los "alcohólicos" consideran su conducta de beber como una enfermedad o una adicción fisiológica, se inclinarán a asumir el papel pasivo de la "víctima" siempre que se vean comprometidos en estas conductas, que son un síntoma de su enfermedad. El modelo de la enfermedad puede tener éxito en cuanto sea convincente en demostrar al "alcohólico" que está enfermo, sufriendo de una enfermedad reconocida médicamente y que no será capaz de beber sin que pierda el control. Si el "alcohólico" acepta este diagnóstico y está de acuerdo en nunca tomar --

otra copa y lo hace, todo marchará por buen camino. Desafortunadamente, la habilidad para mantener una abstinencia del alcohol es un resultado raro y poco común en el campo del tratamiento del "alcoholismo" (Armor, Polich y Stambul, 1978). Estos datos demuestran que la RECAIDA es el resultado más común en el tratamiento del alcoholismo en este modelo (123).

LA RECAIDA es el punto decisivo en que es muy probable que el modelo de la enfermedad fracase o sea contraproducente respecto a las metas del tratamiento. Si un "alcohólico" ha aceptado la creencia de que es imposible controlar su bebida -como es -- expresado en la frase de AA: "para el alcohólico una copa es demasiado y veinte y veinte no son suficientes"-, entonces un sólo desliz puede precipitar la recaída total e incontrolada. Debido a que bajo estas circunstancias la bebida es asociada con la ocurrencia de un síntoma que significa el resurgimiento de la enfermedad, es muy probable que un "alcohólico" se sienta impotente para controlar su conducta, de la misma manera en que otro individuo puede sentirse impotente ante otro enfermedad, como fiebre o convulsión. La creencia en lo inevitable de la pérdida del control de la bebida, como un síntoma patognómico del "alcoholismo", es un dogma fuertemente sostenido por los adherentes del modelo de la enfermedad, al que también le subyace mucho del furor que rodea la mención de "la bebida controlada" como meta alterna de la abstinencia en el tratamiento del "alcoholismo" (Pattison, Sobell y Sobell, 1977).

2.4.2 LAS ADICCIONES COMO CONDUCTAS APRENDIDAS.

En años recientes, una aproximación alterna a la comprensión de los problemas de la conducta adictiva ha empezado a recibir una atención cada vez mayor. Derivado de los principios de la teoría del aprendizaje, de la psicología cognoscitiva y de la psicología social experimental, EL MODELO DEL AUTOCONTROL O AUTOMANEJO de las conductas adictivas se apoya en la teoría del aprendizaje social para ofrecer un número de afirmaciones que difieren marcadamente de las del modelo de la enfermedad. Desde la perspectiva del aprendizaje social, la bebida problema es categorizada como un ejemplo de una clase general de acciones rotuladas como conductas adictivas incluyendo a otras como el tabaquismo, el abuso de sustancias, el comer en exceso y el juego compulsivo (como los juegos de azar). En términos de la frecuencia, las conductas adictivas se contemplan a lo largo de un continuo aunque sean definidas en términos de una escala de abstinencia dicotómica de todo o nada vs. conducta excesiva. Todos los puntos a lo largo de este continuo de frecuencia de ocurrencia desde muy infrecuente, hasta normal y uso excesivo, se asumen como gobernados por procesos de aprendizaje similares (123).

En este contexto, las conductas adictivas son vistas como HABITOS APRENDIDOS que pueden ser analizados y modificados de la misma manera en que otros lo son. Sin embargo, esta posición no implica que la involucración excesiva y continua en

una conducta adictiva, esté libre de cualquier consecuencia física negativa. Por el contrario, es completamente reconocido - por los adherentes de la aproximación del aprendizaje social, - que la ejecución en exceso de una conducta adictiva, puede conducir al desarrollo de enfermedades como cirrosis en los adictos al alcohol y cáncer de pulmón en los fumadores. El hecho - que un estado de enfermedad sea el producto de un ciclo de conducta adictiva a lo largo plazo, no implica que la conducta en sí misma sea una enfermedad necesariamente o que sea causada -- por un desorden fisiológico subyacente. ¿El uso excesivo y continuo del tabaco constituye una enfermedad en sí mismo? Es conveniente dirigir esta cuestión al uso excesivo y habitual del - alcohol. (123).

Los que suscriben el modelo del aprendizaje social están - particularmente interesados por estudiar los determinantes de - la conducta adictiva, incluyendo los antecedentes situacionales y ambientales, creencias y expectativas y la historia pasada de aprendizaje del individuo o sus experiencias anteriores con la sustancia o la actividad. Aunado a esto, existe un interés similar en descubrir las consecuencias de estas conductas, así como comprender mejor tanto los efectos reforzantes que pueden -- contribuir a su ejecución cada vez mayor, así como las conse---cuencias negativas que pueden ser útiles para inhibir la conducta. Aunado a los efectos de la droga o actividad en sí mismos, se ha dirigido la atención sobre las reacciones sociales e in--terpersonales vivadas por un individuo antes, durante y después

de que la conducta adictiva es realizada. Los factores sociales están implicados tanto en el aprendizaje inicial de la conducta adictiva como en la ejecución subsecuente de la misma, -- una vez que el hábito ha quedado firmemente establecido (123).

Una de las afirmaciones centrales subyacen al modelo del -- automanejo o autocontrol, tal como ya se mencionó, se refiere a que las conductas adictivas consisten en patrones de hábito desadaptados y sobreaprendidos. Asimismo, se puede pensar en estos patrones de hábito como CONDUCTAS INDULGENTES, ya que estas se refieren a conductas que generalmente son seguidas por alguna forma de gratificación inmediata (un estado de placer elevado o una reducción de la tensión o excitación). En la mayoría de -- los casos, estas conductas son ejecutadas en situaciones percibidas como estresantes en alguna forma (por ejm., beber en un intento por reducir la ansiedad social, fumar como medio para -- "calmar los nervios" o el comer en exceso cuando está presente un sentimiento de soledad o fastidio). De acuerdo al grado en que estas actividades son realizadas antes o durante las situaciones estresantes o desagradables (situaciones de "alto riesgo"), estas representan mecanismos desadaptados de afrontamiento. Las conductas indulgentes habituales son desadaptadas de acuerdo al grado en que conducen a consecuencias negativas retardadas, en términos de la salud de los individuos, del status social y la autoestima. La ejecución de estas actividades por se no necesariamente es desadaptada, estipulando que los individuos son comprometidos de manera ocasional y moderada para --

elegir realizarlas con conocimiento pleno de las consecuencias a largo plazo. El uso responsable y moderado de ciertas drogas es aceptable siempre y cuando no llegue a convertirse en un hábito o ciclo de conducta adictiva (uso frecuente y repetido - con conocimiento mínimo de la actividad y de sus consecuencias a largo plazo), como en los casos de prescripción médica (123).

Aquellas conductas habituales caracterizadas por una gratificación inmediata y por consecuencias negativas demoradas han sido clasificadas como "trampas sociales" (Plath, 1973) y como conductas "impulsivas" (Ainslie, 1975). Este tipo de conductas no se limitan al uso de drogas y otras sustancias, sino que incluyen otras actividades como el juego compulsivo, el trabajo - compulsivo, algunos problemas sexuales como el exhibicionismo y algunas formas de relaciones interpersonales como el amor "adicto" (Peele, 1975). Es importante observar, que con mucha frecuencia se piensa que el origen de la compulsión está arraigado en la química interna del cuerpo, especialmente experiencias -- como el "deseo o anhelo físico" por los efectos de una droga en particular. En énfasis exagerado en los factores fisiológicos internos, rechaza la posibilidad de que estas conductas sean influidas por la expectativa o anticipación por parte del individuo, de los efectos deseados de la actividad. La investigación reciente sugiere que factores cognitivos como la expectativa y la atribución juegan un papel más determinante en la elección - del uso de drogas, que los efectos farmacológicos o físicos de las mismas en sí (Marlatt y Rohsenow, 1980). La implicación --

principal de esta investigación se refiere a que los procesos - cognitivos como la expectativa y la atribución son aprendidos y así, más abiertos a la modificación y cambio que los procesos - fisiológicos subyacentes (123).

Algunos investigadores han argumentado que aceptar el hecho de que las conductas adictivas son aprendidas, es equivalente a decir que un adicto es personalmente responsable de su condición (Sontag, 1978). Vista desde esta perspectiva, la consideración del aprendizaje social representa una agresión al más -- temprano modelo moral de la adicción. Este argumento se apoya en la afirmación equivocada, de que los individuos son responsables de sus experiencias pasadas de aprendizaje; que ellos "eligen" comprometerse en estas actividades debido, quizá, a una carencia de fuerza de voluntad o a una debilidad moral. El hecho es que, un individuo que adquiere un hábito desadaptado, no es más "responsable" de esta conducta, que uno de los perros condicionados de Pavlov pudiera ser por salivar al sonido de un -- timbre. Sin embargo, aunque un hábito particular de un individuo se ha formado y determinado por las experiencias pasadas de aprendizaje (de lo que no es totalmente responsable), el proceso de cambio implica una participación activa y la responsabilidad de la persona involucrada (123).

A través de la involucración en un programa de autocontrol en el que un individuo adquiere nuevas destrezas y estrategias cognitivas, los hábitos pueden transformarse en conductas que -

estén bajo la regulación de procesos mentales superiores, implicando el conocimiento y toma de una decisión responsable. Debido a que el individuo experimenta un proceso de descondicionamiento, de reeducación y de adquisición de nuevas destrezas, puede empezar a aceptar una mayor responsabilidad por su conducta. ESTA ES LA ESENCIA DE LA APROXIMACION DEL AUTOMANEJO O AUTOCONTROL A LAS CONDUCTAS ADICTIVAS uno aprende cómo ejercer -- control sobre propias conductas y sus consecuencias (123).

2.4.2.1 PRINCIPALES DIFERENCIAS ENTRE LOS MODELOS DEL AUTOMANEJO Y DE LA ENFERMEDAD: APROXIMACIONES ALTERNAS AL TRATAMIENTO DE LAS CONDUCTAS ADICTIVAS.

Para resumir el material presentado hasta aquí, se bosquejan las principales diferencias entre el modelo del automanejo y la aproximación más tradicional de la enfermedad, al tratamiento de las conductas adictivas.

<u>TOPICO</u>	<u>MODELO DEL AUTOCONTROL</u>	<u>MODELO DE LA ENFERMEDAD</u>
Lugar del control en el modelo	La persona es capaz de ejercer control sobre su conducta.	La persona es una víctima de fuerzas que están más allá de su propio control.
Meta del tratamiento.	Selección de metas: abstinencia o moderación.	La abstinencia como única meta.

Filosofía del tratamiento.	Promover la separación del Yo de la conducta. Aproximación educativa.	Igualar el Yo con la conducta. Aproximación médica de la enfermedad.
Procedimientos de tratamiento.	Adiestramiento en destrezas de afrontamiento conductual. Reestructuración cognoscitiva.	Confrontación y conversión. Apoyo de grupo. Dogmas cognitivos.
Aproximación general a las adicciones.	Buscar lo común de las conductas adictivas. La adicción esta basada en hábitos desadaptados.	Cada adicción es única. La adicción está basada en procesos fisiológicos.
Ejemplos.	Terapia cognitivo-conductual (pacientes externos). Programas de bebida controlada. Programas de autocontrol.	Programas de tratamiento en hospitales (pacientes internos). AA y Synanon. Tratamientos aversivos.

LUGAR DEL CONTROL EN EL MODELO. La esencia del modelo del automanejo o autocontrol radica en que el individuo se mueve de

una posición de ser el "paciente bajo la dirección de un terapeuta", a una posición en la cual llega a ser más capaz de asumir la responsabilidad necesaria para el proceso de cambio. Se puede dar el caso que una preferencia por un papel más activo en el tratamiento se encuentre asociada con un sitio de control interno de orientación a la personalidad (Lefcourt, 1976; Phares 1976). Por otro lado, el modelo de la enfermedad considera al individuo como una víctima de fuerzas que están más allá del control personal. La adicción es considerada como una enfermedad física u originada por desórdenes bioquímicos, genéticos o metabólicos; fuerzas que generalmente se consideran como no propensas a un control voluntario por parte del individuo. Una preferencia por una función más pasiva en el proceso del tratamiento, puede reflejar un sitio de control de orientación externa, en el que el individuo percibe la conducta como algo que está bajo la regulación de impulsos internos incontrolables, de fuerzas externas o circunstancias del exterior.

META DEL TRATAMIENTO. El modelo de la enfermedad aboga fuertemente por la abstinencia como la única meta aceptable del tratamiento. En el campo tradicional del "alcoholismo", por ejemplo, la abstinencia total se considera como un paso esencial en el proceso de recuperación. El compromiso de la abstinencia, sin embargo, no es considerado como una cura debido a que, cualquier desliz en la bebida es asumido como el disparador de la enfermedad latente. En contraste a esta opinión, el modelo del autocontrol favorece una elección más individualista

de las metas de tratamiento que fluctúa de la abstinencia al -- uso moderado o controlado. Una implicación clave de la aproximación del automanejo, consiste en que las conductas adictivas no siempre son tratadas con mucho éxito mediante la persistencia en restricciones excesivas sobre dichas conductas. El énfasis del modelo de la enfermedad en la dicotomía de la abstinencia vs. la indulgencia (control absoluto vs. pérdida del control), tiende a reforzar la oscilación de las conductas adictivas de uno a otro extremo obligando al individuo a adoptar una u otra de estas funciones extremas. Desde la perspectiva del autocontrol, existe un alternativa a "medio camino" o posición balanceada entre la restricción total y la indulgencia total; esta es LA MODERACION basada en el conocimiento en destrezas y en una elección responsable.

FILOSOFIA DEL TRATAMIENTO. El modelo tradicional de la enfermedad tiende a rotular e identificar a la persona con su desorden: "tu bebida excesiva indica que eres un alcohólico, o tu uso de la heroína indica que eres un narcómano". Esto sucede como si el "alcohólico" necesitara tatuarse una letra grande -- "A" de alcohólico. Los adherentes a la aproximación del automanejo "aceptan" esa controversia con la noción de que la conducta de una persona (por ejem., la bebida excesiva) debería ser considerada como un indicación de la identidad total del individuo. No rotulamos a una persona que tiene cáncer como "canceroso", entonces, ¿por qué debemos etiquetar a una persona que bebe en exceso como un "alcohólico"? En el modelo del automanejo

se hace todo intento por promover un sentido de separación entre la conducta problema y la identidad de la persona o su auto concepto. Esta separación facilita una aproximación objetiva y no evaluativa al tratamiento, en la que el paciente es entrenado para que llegue a ser su propio terapeuta científico personal, usando la observación objetiva de la conducta meta como los "datos" esenciales para trabajar durante el tratamiento (Mahoney, 1977). El énfasis en los principios del aprendizaje social como fundamento de la modificación de la conducta problema, ilustra la aproximación educativa del modelo del automanejo o autocontrol (123).

PROCEDIMIENTO DE TRATAMIENTO. El sello distintivo de la aproximación del automanejo al tratamiento de las conductas adictivas, radica en una combinación de destrezas conductuales de afrontamiento y de técnicas de reestructuración cognoscitiva asimismo, se asume que el paciente podrá, eventualmente, poner en práctica las destrezas y actitudes recientemente adquiridas, sin la asistencia de ayudas externas como la disponibilidad permanente del terapeuta o de algún grupo de apoyo (por ejm. AA); en contraste, la aproximación tradicional, con frecuencia intenta modificar la orientación personal básica o el sistema de creencias del "adicto" a través de una combinación de procedimientos de confrontación ("debes admitir que eres un alcohólico para que podamos ayudarte") y/o técnicas de conversión ("acepta la pérdida de tu propio sentido de control y la guía de control de un poder más alto"). En algunos grupos como AA, al "poder -

más alto" es de naturaleza espiritual o religiosa, mientras que en otros como ciertas comunidades terapéuticas para adictos, -- el poder o fuerza es investido en la jerarquía organizacional - del grupo mismo. Una vez que el cambio de conducta que se pretende ha ocurrido (por ejm., el cometido para la abstinencia, - admitiendo que se es un alcohólico), es reforzado mediante presiones de conformidad de un grupo similar. Debido a que los -- miembros de estos grupos proveen apoyo y estímulo para una adhe- rencia permanente hacia los mandatos conductuales y la filoso- fía de la organización, cualquier transgresión de las reglas es considerada con un castigo y rechazo estricto. Con mucha fre- cuencia, en estos grupos se hace un intento por regular la con- ducta de los miembros mediante el uso de lemas o consignas "sim- ples", profecías y otros "dogmas cognitivos" (por ejm., "siem- pre estarás a una sola copa de convertirte en borracho"; "si be bes te embriagarás y, si te embriagas serás un borracho"), que en la mayoría de los casos son contraproducentes, debido a que están propiciando en sí mismos la recaída (123).

APROXIMACION GENERAL A LAS ADICCIONES. En la aproximación del autocontrol se hace un intento por buscar y encontrar el co- mún denominador de las diferentes conductas adictivas. Debido a que se asume que, los problemas de la conducta adictiva son - adquiridos en base al aprendizaje de patrones de conducta desa- daptados, existe acuerdo general entre los proponentes de este modelo acerca de la existencia de factores comunes que están im- plicitos en la adquisición y mantenimiento de dichas conductas.

El presente esfuerzo por desarrollar un modelo común de las conductas adictivas es consistente con la búsqueda de las generalidades. En el otro extremo, el modelo de la enfermedad tiende a favorecer la opinión de que cada adicción debe ser tratada como un desorden único y separado. El establecimiento de instituciones y programas por separado, para el tratamiento del "alcoholismo" y de la adicción a las drogas, tanto en Estados Unidos de Norteamérica como en México, es un ejemplo claro y convincente; de la misma manera en que, generalmente, es aceptada la tradición de asignar a los pacientes con problemas en el consumo de alcohol, abuso de drogas, tabaquismo, control de peso y otros, a diferentes tipos de programas de tratamiento para cada "adicción". De la discusión anterior se desprende que, es claro que los modelos del automanejo o autocontrol y de la enfermedad difieran en número considerable de direcciones. Los dos modelos sostienen afirmaciones básicas contrastantes sobre la etiología y tratamiento de los problemas de la conducta adictiva en diferentes dimensiones. ¿Esto significa que una teoría es más "correcta" que la otra, o que el modelo del automanejo está empezando a reemplazar la aproximación médica tradicional, como el principio de un cambio de paradigma (Kuhn, 1970) en nuestro entendimiento básico de la adicción? No necesariamente. Lo que parece ser más probable es que nos estamos aproximando a una nueva síntesis de factores conductuales, psicológicos y fisiológicos que nos permitirá una perspectiva más amplia y comprensiva sobre la naturaleza básica de las conductas adictivas y lo que es más importante aún, cómo modificarlas. Lo que tam-

bien parece claro es que, estamos entrando en una nueva era sobre nuestro concepto de las adicciones, el cual se caracteriza por una aproximación empírica "fresca" o nueva, que se atreve a desafiar y poner a prueba, la influencia de los mitos sin fundamento y la retórica del dogma que ha mantenido una influencia tirante, en el campo de las adicciones durante las décadas pasadas (123).

El análisis precedente puede parecer exagerar las diferencias entre los modelos del automanejo y la enfermedad exclusivamente en los factores psicológicos mientras que el de la enfermedad se centra enteramente en los procesos fisiológicos. En realidad, las distinciones entre ambos modelos no están claramente divididas. Aunque se han enfatizado las diferencias entre ambas aproximaciones en esta discusión por razones de exposición; sería una sobresimplificación concluir que no existen áreas de interacción implicadas en ellos. En la mayoría de las conductas adictivas, existe una interacción significativa entre el estado psicológico del individuo (expectativas, atribuciones diferencias individuales en personalidad, etc.) y los efectos farmacológicos o fisiológicos de la droga o actividad. En el área del consumo de alcohol, por ejm., los efectos propios del mismo (por ejm., los efectos depresivos sobre la actividad del SNC) influyen tanto en las atribuciones del individuo como en las expectativas subsecuentes concernientes al consumo del alcohol y sus efectos (Connors y Sachs, 1981). Sin embargo, los modelos del automanejo y de la enfermedad, difieren en términos

del énfasis relativo que cada modelo da tanto en el determinante o "causa" principal de la adicción, como en la aproximación recomendada para su tratamiento. Los teóricos del modelo del automanejo ponen su principal énfasis sobre las variables cognitivo-conductuales, en contraste con los proponentes del modelo de la enfermedad quienes enfatizan la importancia de los factores biológicos (123).

2.4.3 CRITERIOS PARA LA ELABORACION DE UN PROGRAMA DE TRATAMIENTO "IDEAL" EN EL AUTOMANEJO DE LAS CONDUCTAS ADICTIVAS.

¿Cuáles son aquellos elementos que puede incluir un programa "ideal" para el automanejo en la iniciación y mantenimiento del cambio de conducta con los problemas de la conducta adictiva? Nuestra aproximación cognitivo-conductual hacia el automanejo de las conductas adictivas, sugiere que una combinación de componentes elegidos tanto de los dominios conductual como cognitivo, producirán el programa de intervención más poderoso. -- Aún cuando la investigación sobre la efectividad de diferentes combinaciones de procedimientos se encuentra en sus etapas iniciales de desarrollo, han surgido las siguientes características posibles de dicho programa.

1) El programa de automanejo ideal "deberá" probar ser, en sí mismo, efectivo en mantener el cambio de conducta por períodos clínicamente significativos, ulteriores al tratamiento inicial (demostrado por un seguimiento a largo plazo) comparado con --

los mejores programas alternos disponibles en el momento (123).

2) El programa ideal "debera" incrementar y mantener una conformidad y adherencia hacia los requisitos propios del programa tales como la aplicación continua de lastécnicas necesarias, como el registro continuo de la conducta en cuestión, un entrenamiento en relajación y el ensayo de nuevas destrezas (123).

3) El programa ideal "deberá" consistir de una conjunción tanto de técnicas conductuales específicas (como el entrenamiento en destrezas, el ejercicio físico, etc.) como de procedimientos de intervención cognitiva (por ejm., reestructuración cognoscitiva, una atención mayor que incluya la ideación como la racionalización y la negación, el uso de la imagería de afrontamiento, etc.) para el logro de las metas propuestas (123).

4) Aunado a la enseñanza de estrategias cognitivas y destrezas conductuales de afrontamiento, un programa ideal tambien"deberá" facilitar un desarrollo de la motivación y de habilidades en toma de decisiones dirigidas a producir cambios que se suceden durante la fase de tratamiento (123).

5) Para incrementar el grado de conformidad y efectividad totales, un programa ideal "deberá" incluir un equilibrio entre los componentes de intervención del "cerebro derecho" y del "cerebro izquierdo". La investigación reciente sobre la especializa

ción del hemisferio (133) sugiere que los hemisferios derecho e izquierdo están asociados con operaciones mentales diferentes: se cree que el hemisferio izquierdo (dominante en la mayoría de la gente diestra) es el centro de los procesos del pensamiento lineal tales como la verbalización y el pensamiento matemático y lógico; mientras que el hemisferio derecho o no dominante está más asociado con funciones no verbales como la imaginación, la habilidad espacial y la intuición. Uno de los postulados -- centrales presentado por el modelo del automanejo en las conductas adictivas se refiere a que, una combinación de procedimientos verbales y de no verbales como la imaginación, proveen la mejor alternativa respecto a la prevención de la recaída. En este sentido, aunque el orden de presentación óptimo de los materiales verbales y no verbales se está empezando a determinar empíricamente, una de las estrategias más efectivas puede ser -- el incluir material no verbal como medio de ilustración (o ejecución en imaginación) para cada principio verbal que surja en el curso del programa de tratamiento (123).

6) Un programa ideal "deberá" reemplazar los patrones de hábito desadaptados, por conductas y destrezas alternas, haciendo hincapié en aquellas actividades sustitutas que proporcionen al individuo, cuando menos, algunas consecuencias reforzantes (gratificación) asociadas con el patrón del viejo hábito. Por ejemplo, una adicción negativa puede ser reemplazada por una positiva, especialmente si esta conducta también produce un estado de predisposición a utilizar lo aprendido (53c), al cual algunos --

autores lo han denominado como un estado "alterado" de conciencia (como parece ser el caso de algunas personas que practican la meditación o algún ejercicio físico frecuentemente) apoyados en vagas generalidades.(123).

7) "El programa ideal "deberá" educar al individuo respecto a una afrontación efectiva con las nuevas situaciones problema -- que vayan surgiendo, para reducir la probabilidad de la recaída. Para llevar a cabo esto, un programa efecto de automanejo "deberá" haber incluido componentes de generalización diseñados para enseñar al paciente a identificar y afrontar los problemas que no hayan sido específicamente manejados en la fase inicial del tratamiento. El entrenamiento en la solución general de problemas, en una toma efectiva de decisiones, destrezas en comunicación y el entrenamiento asertivo son algunas de las aproximaciones más generales que pueden ser usadas para prevenir la recaída. En adición a estas conductas generales de afrontamiento, - el uso efectivo del manejo del estilo de vida y el énfasis en -- las habilidades de manejo o control, pueden incrementar la capacidad y energía del individuo para afrontar las nuevas e inesperadas situaciones problema (123)

8) Para incrementar los efectos de la generalización hacia las nuevas situaciones problema, el programa de automanejo ideal -- también "debera" enseñar al paciente nuevas y adaptadas formas de proceder ante las experiencias de fracaso. Es imprescindible hacer un intento por enseñar al individuo que las contrarie

dades de la vida pueden ser vistas, no como fracasos, sino como errores que pueden proporcionarnos información valiosa la -- que a la vez, puede ser usada para desarrollar estrategias de -- afrontamiento más efectivas en el futuro. Una sólo equivocac--- ción no significa que el tratamiento ha fracasado, a no ser que el paciente sea conducido a creer que este es el caso. Tal como se apreciará ulteriormente, UN COMPONENTE ESENCIAL EN EL MODELO DEL AUTOMANEJO LO CONSTITUYE LA TECNICA DE LA REESTRUCTURA CION COGNOSCITIVA para prevenir la ocurrencia de un solo "desliz" (por ejemplo la primer copa o primer cigarro despues de un periodo de abstinencia) desde una actitud indiferente ante dicha conducta hasta una recaída total. Debido a que tales "deslices" ocurren como un resultado típico de la mayoría de los -- programas de tratamiento, el modelo del automanejo adopta como punto central del tratamiento la PREVENCIÓN DE LA RECAÍDA (123)

9) El programa ideal de automanejo "deberá" intentar elevar el sentido de autoeficiencia del paciente en situaciones problema específicas. Tal como fue definida por Bandura (1977), LA AUTO EFICIENCIA se refiere a la expectativa respecto al grado en que podremos afrontar con eficacia o éxito una situación problema -- ulterior. A diferencia del concepto de AUTOESTIMA que se refiere a un sentido más global o transituacional de bienestar o confianza en sí mismo, LA AUTOEFICIENCIA se refiere a las expectativas que se tiene respecto a la capacidad de ejecución en situaciones específicas. El modelo del automanejo en la prevención de la recaída recomienda una serie de procedimientos para

incrementar la eficacia y, así elevar un sentido de control percibido por parte del paciente, en todas aquellas situaciones de alto riesgo (123).

10) Finalmente, el programa ideal "deberá" hacer uso de los sistemas de apoyo del paciente para aumentar los efectos de generalización del tratamiento. Es muy recomendable hacer todo intento por enlistar e incluir el apoyo cooperativo de toda la gente que, es probable, tenga contacto con el paciente. Con mucha frecuencia se puede llamar a los miembros de la familia del paciente o a los compañeros del lugar de trabajo del paciente para que proporcionen apoyo y estímulo. La investigación reciente sobre la importancia del apoyo, por parte de los esposos y algunos otros miembros de la familia, para con el paciente que presenta problemas de conducta adictiva muestra una promesa considerable en el curso de cualquier tratamiento (Hayes y Monti, 1978; Longabaugh y Rossi, 1979). Aunado a todo lo anterior aquellos pacientes con problemas similares, que comparten una orientación teórica o filosófica común hacia las conductas adictivas, pueden ser estimulados a agruparse en grupos de autoayuda en donde los miembros se unen a promover apoyo y estímulo en un esguerzo colectivo para lograr y mantener el cometido de dicho grupo (123).

En este punto, es necesario enfatizar una afirmación básica que le subyace a los puntos citados anteriormente. Estamos asumiendo que el programa de automanejo "ideal" para los proble

mas de la conducta adictiva involucra tres etapas principales: LA PRIMERA ETAPA ESTA REPRESENTADA POR EL COMPONENTE DE LA PRON- TITUD O BUENA DISPONCION, es decir, por aquellos factores que influyen la buena voluntad o disposición del paciente hacia el cambio. De igual manera en esta etapa se combinan factores mo- tivacionales, la historia personal y las fuerzas ambientales co- munes que influyen el cometido inicial del paciente hacia el -- cambio. EN LA SEGUNDA ETAPA ENCONTRAMOS EL COMPONENTE DE LA IN- Tervencion, aquí el paciente trabaja, sea solo o bajo la super- vision de un terapeuta, para realizar cambios en la conducta me- ta: (por ejem. que llegue a ser un abstemio o que modere su con- sumo de bebidas alcohólicas). En esta etapa en que se da la -- aplicacion del tratamiento especifico o de las técnicas y/o es- trategias de autoayuda, sujetas a la influencia mediadora de la conformidad y adherencia por parte del paciente, hacia los re- querimientos del programa de cambio. Esta etapa de la interven- ción se puede dividir en dos fases separadas, aunque con mucha frecuencia superpuestas: LA FASE DEL "DESAPRENDIZAJE" de los - antiguos patrones de hábito desadaptados y, LA FASE DE ADQUISI- CION de nuevas cogniciones y destrezas. En este sentido, es particularmente importante la conformidad del paciente con las demandas del tratamiento, debido al conflicto existente entre - la atracción de la antigua respuesta familiar de afrontamiento (generalmente "tan fácil como derribar un árbol") y de las difi- cultades de aprendizaje, propias de una nueva manera de afron- tar con aquellas situaciones estresantes o de alto riesgo. EN LA TERCER ETAPA SE ENCUENTRA EL COMPONENTE DEL MANTENIMIENTO DE

LAS NUEVAS HABILIDADES, en este punto, el individuo que ha dominado las nuevas destrezas durante la etapa de intervención, podrá fortalecerlas a través de una práctica repetida y continua y, como resultado de esto, obtener un dominio mayor sobre las mismas. Además de esto, dichas habilidades adquiridas recientemente serán reforzadas y fortalecidas por su impacto, tanto en los eventos externos (una salud y resistencia física mejoradas, una aprobación social mayor, etc.) como en los procesos interno (una autoeficacia y autoreforzamiento incrementados). Si las ganancias del período de la intervención no son consolidadas durante la etapa de mantenimiento por las razones que sean, puede ser necesario introducir procedimientos de intervención adicionales en la forma de sesiones de empuje o para lograr incrementar los efectos de dichos procedimientos (para una discusión -- más comprensiva de estos resultados, consultar Karoly y Steffen 1980) sobre la conducta u objetivo en cuestión (123).

2.4.4 EVALUACION Y TRATAMIENTO DE LAS CONDUCTAS ADICTIVAS CON UN ENFOQUE EN LA RECAIDA.

En el modelo del automanejo o autocontrol de las conductas adictivas se define a LA RECAIDA como cualquier violación de -- una regla autoimpuesta o de una serie de reglas que están gobernando el patrón de una conducta meta seleccionada. El criterio de la abstinencia, la regla más rigurosa que se pueda adoptar - en esta consideración, es violado por una sola ocurrencia de la conducta meta del tratamiento. Desde esta perspectiva absoluta

un sólo "desliz" constituye una recaída (no se puede ser "un poquito adicto de la misma manera que alguien no puede ser "un poquito" fértil). Aunque la violación de la regla de abstinencia es la primera forma de la recaída, la investigación reciente ha estudiado otras formas de recaída que también pueden ser incluidas en la definición anterior. La violación de las reglas que gobiernan al consumo calórico de alguien comprometido en una dieta estricta representaría también una recaída, de la misma manera en que el exceso en el consumo de alcohol puede limitar lo impuesto en un programa de bebida controlada. Dentro de esta definición general de la recaída, estamos haciendo la distinción entre la primera violación de las reglas (el "desliz" inicial) y los subsecuentes efectos secundarios por los cuales la conducta en cuestión, puede incrementarse en dirección del nivel de línea base original del pretratamiento (una recaída abierta, por ejm. cuando la primera copa es seguida por una borrachera o una ingesta incontrolada), es decir, puede presentarse un retroceso en los progresos del tratamiento (123).

Aunque las secciones subsecuentes presentan la prevención de la recaída como el punto central del tratamiento, este modelo de tratamiento es igualmente aplicable a los intentos iniciales por modificar el patrón del ciclo de una conducta adictiva. De hecho, una vez que se ha tomado la decisión de entrar a un tratamiento, todo este proceso puede ser considerado como un experimento en el desarrollo y mantenimiento de las reglas impuestas que gobiernan la tasa y patrón de una conducta meta (123).

2.4.5 EL MODELO DE LA RECAIDA: UN ANALISIS DE LOS DETERMINANTES Y REACCIONES INMEDIATAS.

En los párrafos subsecuentes se presenta un análisis del proceso de la recaída centrado en los determinantes inmediatos (circunstancias precipitantes) y en las reacciones posteriores ante el primer desliz, después de un periodo de abstinencia o de un uso estrictamente controlado. Una regla básica importante en este modelo, consiste en que éste sólo es aplicable en aquellos casos en que la persona ha tomado de manera voluntaria la decisión hacia el cambio; las implicaciones de una teoría para la abstinencia coaccionada o involuntaria aún han de ser determinadas. No obstante lo anterior, puede ser posible establecer un cambio voluntario como meta inicial del tratamiento, para los pacientes que se muestran renuentes a experimentarlo (Kanter y Grimm, 1980; Karoly, 1980).

El cometido o buena disposición hacia el cambio con mucha frecuencia es un área problema clave en el trabajo con los problemas de la conducta adictiva. Con demasiada frecuencia, los pacientes adoptan súbitamente una decisión repentina para modificar su conducta en base a demandas externas o a reacciones ante la culpa y el remordimiento por una borrachera reciente o un período prolongado de abuso de la bebida. Es muy conveniente que el terapeuta tenga un cuidado especial en indagar todos aquellos factores involucrados en la motivación de un paciente hacia el cambio. Los antecedentes teóricos y de investigación

básica que resultaron en el desarrollo del modelo de la recaída se pueden encontrar en Cummings, Gordon y Marlatt (1980); Marlatt (1980) y en Marlatt y Gordon (1980). Una representación esquemática del modelo cognitivo-conductual de la recaída se presenta en la figura 1.

El modelo de la recaída asume una experiencia individual - un sentido de control percibido mientras se mantenga la abstinencia (o se cumpla con otras reglas que gobiernan la conducta meta). La conducta permanece "bajo control", tanto como no sucede durante el período más largo de abstinencia exitosa, durante el período de la percepción más grande por parte del individuo, de un sentido de autocontrol. Este control percibido se mantiene hasta que la persona se encuentra ante una situación de alto riesgo. UNA SITUACION DE ALTO RIESGO es definida ampliamente como cualquier situación que implique una amenaza para el sentido de control de un individuo que aumente el riesgo de la recaída potencial. Por ejemplo, en un análisis reciente de 311 episodios de recaídas iniciales obtenidos de pacientes con una gran variedad de conductas problemas (como bebida problema, tabaquismo, adicción a la heroína, juego compulsivo y el comer en exceso), se identificaron tres principales situaciones de alto riesgo que estuvieron asociadas con casi las 3/4 partes de todas las recaídas reportadas (Cummings, Gordon y Marlatt, 1980), dichas situaciones son: 1) estados emocionales negativos; 2) conflictos interpersonales y, 3) presión social. Otras situaciones de alto riesgo que pueden influir en grado me-

nor en el proceso de la recaída, son los estados físicos negativos, los impulsos y las "tentaciones"; una descripción más completa de todas estas categorías, con sus respectivas reglas de clasificación, se pueden observar en Marlatt y Gordon (1980).

1) ESTADOS EMOCIONALES NEGATIVOS. Estas situaciones (presentes en el 35% de todas las recaídas), el individuo experimenta un estado emocional negativo o desagradable que puede ser una emoción o un sentimiento como frustración, coraje, ansiedad, depresión y fastidio antes de o en el momento que ocurre en primer desliz. Por ejemplo, un fumador dio la siguiente descripción de un episodio inicial de recaída: "Estuvo lloviendo toda la semana de manera continua. El sábado bajé al sótano para lavar la ropa y lo encontré lleno de agua, a una altura de 10 cm. aproximadamente; para empeorar las cosas, fui a encender la luz para ver el alcance del daño y al hacerlo recibí una descarga del contacto. Ese mismo día, más tarde, empecé a sentirme realmente ruin y, supe que tenía que fumar un cigarro después que un vecino que es contratista, me avaluó el daño en alrededor de \$4,000.00, entonces fui a la tienda a comprar una cajetilla".

En el sistema de clasificación de las situaciones de alto riesgo, esta categoría se ubica bajo una subdivisión principal denominada DETERMINANTES INTERPERSONALES, los que incluyen todas las situaciones que están principalmente asociadas con factores intrapersonales (dentro del individuo) y/o las reacciones a eventos ambientales no personales. Por otra parte, aquellas

situaciones que involucran a otra persona o grupo de individuos que están implicados significativamente en el estudio de la recaída, están agrupados bajo la segunda subdivisión principal denominada DETERMINANTES INTERPERSONALES. Las dos categorías restantes se incluyen en esta subdivisión. (123).

2) CONFLICTOS INTERPERSONALES. Estas situaciones (presentes en el 16% de las recaídas) implican un acontecimiento o conflicto relativamente reciente asociados con cualquier relación interpersonal como en el matrimonio, en la amistad, con los miembros de la familia o en las relaciones laborales. Es en esta categoría en la que, con mucha frecuencia, se dan las confrontaciones y los razonamientos o argumentos interpersonales. Por ejemplo, un jugador que se estuvo absteniendo de apostar en las carreras de caballos describió su recaída en los términos siguientes: "Regresé a casa tarde después de un día horrible en la carretera y, no hube dado unos cuantos pasos en casa por cinco minutos, cuando mi esposa empezó a acusarme de jugar en los caballos, diciendo ¡maldito hipódromo Le dije que si no me creía le daría una verdadera razón para el divorcio. Esa noche gasté \$450.00 en cada apuesta" (123).

3) PRESION SOCIAL. En estas situaciones (presentes en el 20% de las recaídas), el individuo responde a la influencia de otra persona o grupo de personas que ejercen presión sobre él para comprometerlo en la conducta tabú. La presión social puede ser directa (contacto interpersonal directo con persuasión verbal)

o indirecta (por ejm., estar en presencia de otros individuos - que están comprometidos en la misma conducta meta, aunque no es té involucrada la presión directa). El siguiente es un ejemplo de presión social directa proporcionado por un bebedor problema ya abstemio en el análisis realizado: "fui a la casa de mi jefe a una comida sorpresa de cumpleaños preparada por él. Llegué tarde, y cuando entré al comedor, todos tenían una copa en la mano. Me puse frío cuando la esposa de mi jefe me ofreció una -- copa. Sin pensarlo dije, un J&B en las rocas" (123).

En los análisis de los episodios de recaídas citados (Cummings, Gordon y Marlatt, 1980), se ha encontrado que existen - MAS SIMILITUDES QUE DIFERENCIAS en las categorías de la recaída a través de varias conductas adictivas que se han estudiado. - Las mismas tres situaciones de alto riesgo se han encontrado, - con mucha frecuencia, asociadas con la recaída sin importar el problema particular involucrado (bebida problema, tabaquismo, - tahurerismo, uso de la heroína o el comer en exceso). Este patrón de hallazgos fundamenta la hipótesis sobre la existencia - de un mecanismo común subyacente al proceso de la recaída, a -- través de diferentes conductas adictivas (123).

El hecho de haberse encontrado generalidades o similitudes en los episodios de recaída, a través de una variedad de conductas adictivas nos conduce a apoyar la noción de que la situaciones estresantes de alto riesgo, con mucha frecuencia, están involucradas como precipitantes de la recaída. Aunque la informa-

ción registrada de los episodios de recaída por necesidad es obtenida después de ha ocurrido el evento (las recaídas no se pueden manipular experimentalmente por razones éticas obvias), las generalidades que se han descubierto en el análisis de cientos de individuos con problemas de conducta adictiva, proporcionan argumentos contra la posibilidad de que aquellos, nos estén proporcionando "excusas" socialmente deseables o informes incitados sobre sus episodios de recaída. De esta manera, resulta muy conveniente hacer todo intento por minimizar los aspectos negativos de la reincidencia en las conductas adictivas, en el curso de las entrevistas y de cualquier otro contacto con el paciente, para así, reducir la influencia de la deseabilidad o conveniencia social como un origen potencial de este prejuicio. La validez del modelo de la recaída puede ser confirmada en parte, mediante la conducción de estudios sobre los resultados del tratamiento, que incorpore los elementos básicos del modelo teórico (123).

Si el individuo es capaz de realizar una respuesta de afrontamiento efectiva durante la situación de alto riesgo (por ejm. ser asertivo en aquellas presiones sociales frustrantes), la probabilidad de la recaída disminuye significativamente. El individuo que afronta exitosamente con una de estas situaciones, probablemente experimenta un sentido de dominio o de percepción de autocontrol. El dominio afortunado de una situación problemática, con mucha frecuencia se encuentra asociado con una expectativa de ser capaz de afrontar con éxito el próximo evento

desafiante. La expectativa de ser capaz de afrontar con éxito las sucesivas situaciones de alto riesgo conforme se desarrollan, se encuentra estrechamente asociado con el concepto de AUTOEFICACIA de Bandura (1977b), el cual se define como la expectativa de un individuo concerniente a la capacidad para afrontar con éxito una situación o tarea amenazadora. Un sentimiento de confianza en las habilidades propias para afrontar con eficacia una situación de alto riesgo, está asociado con una percepción incrementada de autoeficacia, algo parecido a: "yo sé que puedo manipular ese sentimiento". Asimismo, a medida que se dan incrementos en la duración de la abstinencia (o de un período de uso moderado) y, que el individuo es capaz de afrontar con situaciones de cada vez más riesgo en una forma efectiva, se da una percepción de incremento en el autocontrol de dichas situaciones en forma acumulativa (123).

¿Qué sucede si un individuo no puede afrontar con éxito una situación de alto riesgo? Puede darse el caso de que la persona nunca haya adquirido las habilidades de afrontamiento involucradas con dicha situación o que la respuesta apropiada haya sido por temor o ansiedad. Quizá el individuo fracasa en reconocer y responder al riesgo implicado antes de que sea "demasiado tarde". Cualquiera que sea la razón, si una respuesta de afrontamiento no es realizada, es muy probable que la persona experimente una disminución en su autoeficacia, con mucha frecuencia aparejada con un sentimiento de desamparo o imposibilidad y con una tendencia a rendirse pasivamente ante dicha si-

tuación de alto riesgo, expresando algo como "Es inútil, no puedo manejar esta situación"; esta reacción es muy común. A medida que la autoeficacia disminuye ante una situación de alto riesgo presente, las expectativas propias para afrontar con éxito las situaciones problema subsecuentes empiezan a "decaer". Si estas situaciones también involucran un deseo por comprometerse en la conducta prohibida en un esfuerzo por afrontar con la ansiedad involucrada, se está preparando, así el terreno para una recaída probable (123).

Por otra parte, la probabilidad de la recaída se incrementa si el individuo mantiene expectativas positivas sobre los efectos de la sustancia o actividad involucradas. Con mucha frecuencia, la persona anticipa los efectos "positivos" inmediatos de la actividad, apoyado en su experiencia anterior, al tiempo que ignora o desatiende las consecuencias negativas retardadas involucradas en dichas actividades. La incitación o atracción por la gratificación inmediata, llega a ser la figura dominante en el campo perceptual, como la única realidad, en cuanto a las consecuencias totales, del acto de ceder ante una conducta adictiva o desadaptada. Para muchas personas, el fumar un cigarro o tomar una copa ha estado, con mucha frecuencia bastante asociado con la idea de es el medio para afrontar la ansiedad, por ejemplo: "Seguro que una copa me ayudará a terminar con esta situación" o "sólo fumando me siento más relajado y tranquilo"; estas también son creencias irracionales muy comunes. Las expectativas de resultados positivos son uno de los de

terminantes principales del abuso del alcohol y de otras formas de abuso de sustancias (Marlatt y Rohsenow, 1980). De esta manera, como se puede observar, son las expectativas de diversa índole, las que figuran de manera prominente en este modelo como los determinantes (entre algunos otros) de la recaída (123).

La combinación de esta incapacidad para afrontar con eficacia una situación de alto riesgo, asociada con las expectativas de resultados positivos del uso de la antigua conducta habitual de afrontamiento, aumenta significativamente la probabilidad de ocurrencia de un desliz inicial. Por un lado, el individuo se ve frente a una situación de alto riesgo sin una respuesta de afrontamiento disponible; así, la autoeficacia disminuye a medida que la persona se siente menos capaz de ejercer control alguno sobre dicha situación. Por otra parte, persiste el aliciente o atracción por la antigua respuesta de afrontamiento ante la situación conflictiva: la bebida, la droga u otra sustancia. En este momento, el individuo puede cruzar el límite desde la abstinencia (o uso controlado) hasta la recaída (o uso incontralado), a menos que se presente una respuesta de afrontamiento de último minuto o un cambio súbito de las circunstancias. ¹a sea que se presente o no esta situación, el hecho de que el primer desliz vaya seguido por la recaída total dependerá en gran medida, de las percepciones que tenga el individuo sobre la "causa" del desliz, así como las reacciones asociadas con su ocurrencia. (123).

El requisito de la abstinencia es un dictamen absoluto. -- Una vez que alguien ha rebasado su límite, no hay marcha atrás. Desde esta perspectiva de todo o nada, una sola copa o cigarro es suficiente para infringir la regla de la abstinencia: una -- vez cometido el acto, no puede ser deshecho. Desafortunadamente, la mayoría de la gente que intenta detener un hábito antiguo como el tabaquismo o la bebida se percibe como abandonada, a la manera de: "de una vez y por todas". Para poder conocer y estimar la importancia de la reacción de los individuos, con -- problemas de conducta adictiva, hacia la transgresión de la regla absoluta, los proponentes del modelo que se suscribe han -- postulado un mecanismo que se denomina el EFECTO DE LA VIOLA--- CION DE LA ABSTINENCIA O AVE (Marlatt, 1978; Marlatt y Gordon, - 1980). Se afirma que este efecto AVE ocurre bajo ciertas cir-- cunstancias o condiciones. Antes de que se presente el primer desliz, se compromete personalmente al individuo a que mantenga un período de abstinencia amplio o indefinido. La intensidad del AVE variará en función de diversos factores incluyendo el -- grado de compromiso anterior o esfuerzo invertido para mantener la abstinencia, la duración del período de abstinencia (un pe-- ríodo más largo, un efecto más grande) y el valor o la importan-- cia subjetivos de la conducta prohibida al individuo. LA HIPO-- TESIS DE ESTOS AUTORES ES QUE EL AVE SE CARACTERIZA POR DOS ELE-- MENTOS COGNITIVO-AFECTIVOS CLAVES: LA DISONANCIA COGNOSCITIVA (CONFLICTO Y CULPA) Y UN EFECTO DE ATRIBUCION PERSONAL (CULPAR-- SE A SI MISMO COMO LA CAUSA DE LA RECAIDA).

DE ACUERDO CON LA TEORIA ORIGINAL DE FESTINGER (1964), se asume que la disonancia cognoscitiva se desarrolla a partir de una disparidad entre las cogniciones o creencias del individuo sobre sí mismo (por ejm. como un abstemio), así como de la ocurrencia de una conducta que es directamente incongruente con esa autoimagen (por ejm., comprometerse en el acto prohibido). La disonancia resultante es experimentada como un conflicto o culpa ("No debería tomar, pero lo hice"). Este conflicto interno actúa como un origen de la motivación para comprometerse en conductas (o cogniciones) diseñadas para reducir la reacción disonante. De acuerdo al grado en que la conducta problema se haya usado como respuesta de afrontamiento para tratar con el conflicto y la culpa en el pasado, será la probabilidad de que el individuo continúe comprometiéndose en la conducta, previamente prohibida, en un intento por reducir las reacciones desagradables. Por ejemplo, el adicto al alcohol que cae "fuera de vagón" por vez primera, puede seguir bebiendo después del primer desliz, en un intento por aliviar el conflicto y la culpa asociados con la transgresión en sí misma -particularmente si la persona acostumbraba beber en el pasado cuando se sentía culpable o en conflicto. Asimismo, el consumo de la bebida, prolongado o continuo, como un intento por reducir los sentimientos de culpa, puede estar mediado por un reforzamiento negativo (beber para escapar de los estados emocionales desagradables) de parte del individuo (123).

Por otra parte, también es posible que el individuo inten-

te reducir la disonancia asociada con el primer desliz, alterando cognitivamente la autoimagen, al grado de darle un sentido - tal que coincida con la nueva conducta. Por ejemplo, alguien - que toma la primera copa, puede rechazar la autoimagen más formal del abstemio, en favor de la nueva imagen que es consistente con el surgimiento de la conducta prohibida: "Después de todo, esto va a demostrar que soy un alcohólico y que no puedo -- controlar mi bebida unavez que se inicia". En cualquier caso el resultado es el mismo: la probabilidad de que el desliz conduzca a una recaída total se incrementa (123).

EL SEGUNDO COMPONENTE DEL AVE ES UN EFECTO DE AUTOATRIBU-- CION (HARVEY, ICKES Y KIDD, 1976), en el cual el individuo atribuye la causa de la recaída a una debilidad o fracaso personal. Más que considerar el desliz como una respuesta única a una situación particularmente difícil, la persona realmente se culpa como la causa de que factores como la carencia de fuerza de voluntad o una debilidad interna ante la "cara" de la tentación, se pongan en acción. Con mucha frecuencia, la gente deriva inferencias sobre los rasgos de su propia personalidad, de sus actitudes y motivos, en base a la observación de su propia conducta (Bem, 1972). De acuerdo al grado en que la persona se sienta personalmente responsable por "rendirse" ante una situación problema, LA TEORIA DE LA ATRIBUCION predice que aquella atribuirá dicho fracaso a causas personales o internas. De esta manera, si el desliz es considerado como un fracaso personal, la expectativa del individuo ante el fracaso continuo se incrementará.

Si alguien se siente débil o impotente por rendirse ante la tentación del primer cigarro, por ejm., la expectativa de resistir se al segundo o tercero, lógicamente que es más baja. Nuevamente, la línea de fondo es la misma: una elevada probabilidad de que el desliz pronto conducirá hacia la recaída abierta. (123).

UN ULTIMO FACTOR QUE ES PERTINENTE CONSIDERAR EN EL PROCESO DE LA RECAIDA, ES EL EFECTO SUBJETIVO DE LA SUSTANCIA O ACTIVIDAD, EXPERIMENTADOS POR EL INDIVIDUO INVOLUCRADO EN SU USO O REALIZACION respectivamente, despues del primer desliz. Aunque estos efectos difieren de acuerdo al tipo de droga u otra actividad, muchas drogas actúan de tal manera que producen una excitación inicial, que es interpretada por el individuo como un estado agradable o eufórico. Por ejemplo, tanto el alcohol como el tabaco producen un estado inicial de excitación fisiológicas (ritmo cardíaco elevado y otras reacciones autónomas) que pueden ser subjetivamente experimentado por el individuo como un incremento en energía o fuerza (McClelland, Dadis, Kalin y Wanner, - 1972). Cuando se presenta este sentido incrementado de fuerza, el uso de la sustancia para oponerse a los sentimientos de impotencia personal, anteriores, por parte del individuo (una baja autoeficacia) ante la situación de alto riesgo, es fuertemente reforzado (123).

2.4.6 APROXIMACION GENERAL EN EL TRABAJO CON LOS PACIENTES.

En contraste a las aproximaciones tradicionales en el tra-

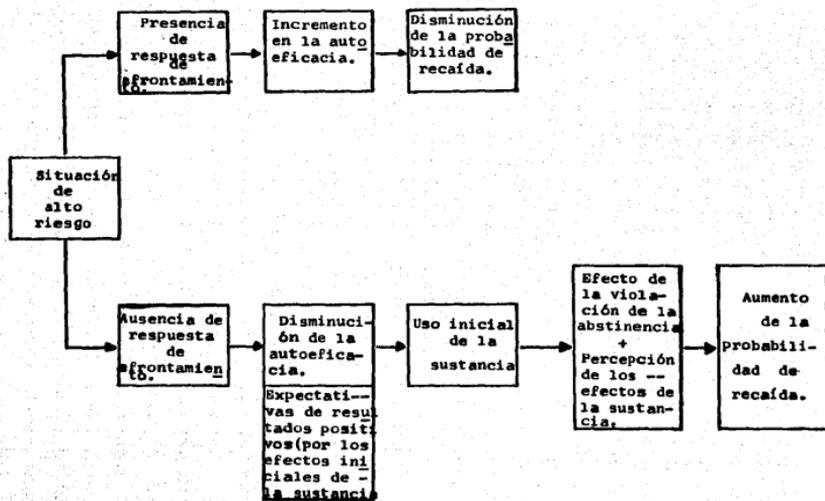


Fig. 1 Modelo cognitivo-conductual del proceso de recaída

tamiento de los problemas adictivos (especialmente las derivadas del modelo de la enfermedad), en las que los terapeutas, -- con mucha frecuencia, inician el tratamiento utilizando técnicas de confrontación, diseñadas para "irrumper a través del sistema de negación" y obligar al paciente a aceptar un rótulo de diagnóstico particular; LA APROXIMACION DE LA PREVENCION DE LA RECAIDA (RP), intenta promover al paciente respecto a sus conductas problema. Relacionándonos con el paciente como si fuese un colega o co-terapeuta, esperamos estimular un sentido de cooperación y apertura en los cuales, aquél aprenda a percibir su conducta adictiva como algo que él HACE más que como un indicador de algo que él ES (por ejem., un adicto o un alcohólico). Por medio de la adopción de esta aproximación objetiva y separada, los pacientes pueden ser capaces de eximirse ellos mismos de la culpa y defensividad que, de otra manera, influirían su opinión sobre su problema. Asimismo, en esta aproximación, --- también se estimula a los pacientes a tomar una función más activa, en la planeación del tratamiento y en la toma de decisiones durante el curso del mismo. Más que tratar al paciente como una víctima pasiva de una enfermedad, tratamos de facilitar su participación activa y de estimularlo para que asuma una responsabilidad personal en cada etapa del programa. La meta última del programa de RP, consiste en incrementar la conciencia y capacidad de elección del paciente respecto a su conducta, desarrollar habilidades de afrontamiento y capacidades de autocontrol y, en general, desarrollar un sentido más grande de confianza, dominio y autoeficacia en su vida. (123).

En la elección de las técnicas apropiadas para trabajar -- con el modelo de la RP, es muy importante tener en mente que ese modelo se puede aplicar, ya sea como un programa adjunto, en el cual las técnicas se introducen como una adición a un tratamiento ya existente o, como una aproximación general de auto-manejo o autocontrol diseñada para desarrollar y mantener un estilo de vida equilibrado. (123).

2.4.7 PREVENCIÓN DE RECAÍDA: TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN ESPECÍFICA PARA AFRONTAR CON LA RECAÍDA.

El objetivo último de los procedimientos de intervención específica (ver esquema en la fig. 2), consiste en enseñar al paciente a anticiparse y afrontar con eficacia la posibilidad de la recaída, es decir, a reconocer y afrontar las situaciones de alto riesgo que pueden precipitar un desliz, así como a modificar sus cogniciones y otras reacciones, para prevenir la presencia de un sólo desliz que pueda desarrollarse hacia una recaída abierta (123).

EL PRIMER PASO a considerar en la prevención de la recaída, consiste en enseñar al paciente a reconocer las situaciones de alto riesgo que pueden precipitar o disparar una recaída. -- En este sentido, lo primero a considerar, es que el paciente llegue a ser consciente de que está involucrado en una cadena de -- eventos que incrementan la probabilidad de un error o desliz y, de esta manera, intervenir lo más pronto posible realizando una

En la elección de las técnicas apropiadas para trabajar -- con el modelo de la RP, es muy importante tener en mente que este modelo se puede aplicar, ya sea como un programa adjunto, en el cual las técnicas se introducen como una adición a un tratamiento ya existente o, como una aproximación general de auto-manejo o autocontrol diseñada para desarrollar y mantener un estilo de vida equilibrado. (123).

2.4.7 PREVENCIÓN DE RECAÍDA: TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN ESPECÍFICA PARA AFRONTAR CON LA RECAÍDA.

El objetivo último de los procedimientos de intervención específica (ver esquema en la fig. 2), consiste en enseñar al paciente a anticiparse y afrontar con eficacia la posibilidad de la recaída, es decir, a reconocer y afrontar las situaciones de alto riesgo que pueden precipitar un desliz, así como a modificar sus cogniciones y otras reacciones, para prevenir la presencia de un sólo desliz que pueda desarrollarse hacia una recaída abierta (123).

EL PRIMER PASO a considerar en la prevención de la recaída, consiste en enseñar al paciente a reconocer las situaciones de alto riesgo que pueden precipitar o disparar una recaída. -- En este sentido, lo primero a considerar, es que el paciente llegue a ser consciente de que está involucrado en una cadena de eventos que incrementan la probabilidad de un error o desliz y, de esta manera, intervenir lo más pronto posible realizando una

destreza apropiada de afrontamiento y/o, reconocer y responder a los estímulos discriminativos que están asociados con el "ingreso" a una situación de alto riesgo y , por ende, usar estos - indicadores tanto como señales de advertencia, así como "recordatorios" para ocuparse por una acción alterna o de remedio --- (123).

En este sentido, resulta conveniente introducir una metáfora a la que se hará alusión en el transcurso de esta exposición imaginemos que el paciente involucrado en un programa de automanejo es un conductor realizando un viaje por carretera. El itinerario del viaje (por ejm. trasladarse del uso excesivo de una droga a la abstinencia) incluye tramos del camino tanto fáciles como difíciles (desde los altiplanos hasta los trayectos por la montaña). Desde esta perspectiva metafórica, las situaciones de alto riesgo son equivalentes a aquellos trayectos peligrosos del viaje, en los que es importante que el conductor tenga una precaución extra y utilice sus habilidades de conducción para - mantener el automóvil en el camino y prevenir un accidente. -- Los estímulos discriminativos que indiquen una situación de alto riesgo, pueden ser las señales de carretera que prveen al -- conductor de la información pertinente sobre los posibles riesgos y peligros del camino (por ejm., "baches a 500 mts: disminuya su velocidad"). El conductor alerta y responsable es aquel qu está entrenado para vigilar estas señales y tomar la acción apropiada para prevenir algún posible contrat tiempo. Esto mismo es lo más conveniente a hacer por aquella persona que está in--

tentando contenerse de verse comprometida en una conducta problema particular (por ejm., tabaquismo, la bebida, la sobrecomplacencia, etc.): es imprescindible estar en constante vigilancia ante todas las indicaciones que denoten la proximidad de situaciones potencialmente molestas. Estas indicaciones pueden servir como previas señales de advertencia, que le recuerden al individuo "detente, observa y escucha" antes de comprometerte en una respuesta de afrontamiento apropiada. Mientras más pronto se percaten estas señales, más fácil será anticiparse a aquello que se encuentre cerca de la próxima curva y así tomar las medidas pertinentes para tratar con eficacia con la situación que se presente (123).

Existe un número importante de métodos diferentes que se pueden utilizar para ayudar al paciente a identificar sus propias situaciones de alto riesgo. Todas aquellas situaciones de alto riesgo que se han descubierto como parte de la investigación en el tratamiento, proveen un examen general de diversas categorías de episodios de recaída, sin embargo, dichas categorías no reflejan necesariamente todas las situaciones que pueden ser de alto riesgo para cualquier individuo en particular. Aún cuando el terapeuta puede hacer uso de las categorías generales de situaciones de alto riesgo (presentadas en el esquema de la fig. 2) como punto de partida, es importante enfatizar la necesidad de un procedimiento de EVALUACION INDIVIDUALIZADOS para identificar las situaciones únicas o idiosincráticas que pueden representar un problema para un paciente en particular (123).

EL USO DE LOS PROCEDIMIENTOS DE AUTOMONITOREO (McFall, --- 1977) representan, en este sentido, un método muy efectivo para la identificación de las situaciones potenciales de alto riesgo, a través de las que, el acceso a la conducta resultante, se hace fácilmente disponible. Por ejemplo, en el trabajo clínico con bebedores y fumadores problema, se pide al paciente que registre cada cigarro o copa consumidos en un período de dos semanas previo a la fecha establecida para el abandono de dicha conducta. Se pide al paciente que registre la siguiente información, por cada copa o cigarro consumidos: hora del día (tanto de inicio como de término), una breve descripción de la situación (ubicación, presencia o ausencia de otros) y una clasificación porcentual o numérica del estado de sentimiento o humor del individuo, subsecuente a dicha situación. Al final de cada semana, el paciente y el terapeuta elaboran juntos una gráfica que, muestra el número promedio de copas o cigarros consumidos en cada una de las categorías situacionales surgidas de los datos del automonitoreo (por ejm., mientras se está trabajando solo, en reuniones sociales, etc.). El análisis completo y profundo de esta información, con mucha frecuencia, revela un patrón de situaciones en que la conducta ocurre con una frecuencia más alta y/o está asociado con el resultado psicológico principal de dicha conducta problema (123).

En un estudio reciente con hombres adictos al alcohol, que participaron en un programa de tratamiento interno orientado hacia la abstinencia, Chaney y col. (39) investigaron los efectos

de un programa de prevención de la recaída, diseñado para ayudar a estos pacientes a afrontar las situaciones de recaídas de alto riesgo que, probablemente, serían encontradas después de su salida del hospital. Como parte de la batería de evaluación desarrollada para evaluar dicho programa, se elaboró una prueba psicológica denominada PRUEBA DE LA COMPETENCIA SITUACIONAL. En esta prueba, administrada en forma oral o escrita, se pedía al paciente que respondiera a la descripción de las situaciones de alto riesgo. Estas situaciones se obtuvieron a partir de la fusión de diversos episodios de recaída, descubiertos en investigaciones previas. Un ejemplo de los reactivos de la prueba mencionada es el siguiente: "Usted está comiendo en un buen restaurante con unos amigos en una ocasión especial. La mesera se acerca a su mesa y dice: ¿algo de beber antes de la comida? Todos sus amigos ordenan una copa. Parece que todos dirigen su mirada sobre usted. ¿Qué haría usted en esa situación? La respuesta del paciente es calificada más tarde a través de varias dimensiones, incluyendo la latencia y duración de la respuesta, grado de conformidad y la especificación de conductas alternas. Esta PRUEBA DE LA COMPETENCIA SITUACIONAL, ha demostrado ser un procedimiento útil para identificar las situaciones más problemáticas para un paciente en particular, debido a que provee una indicación de su capacidad actual de afrontamiento en una variedad de contextos situacionales. Esta tarea puede ser adaptada para usarse en diferentes formatos (por ejm., puede usarse como un procedimiento de evaluación del juego de roles) o con los diferentes problemas de la conducta adictiva. De igual manera, resulta útil como una medición antes-después en los estudios sobre

los resultados de un tratamiento particular (123).

OTRA MEDIDA DE AUTOREPORTE, que se puede usar para identificar las situaciones potenciales de alto riesgo consiste en el uso de CLASIFICACIONES DE LA AUTOEFICACIA. En este procedimiento, se le presenta al paciente una lista de situaciones específicas de alto riesgo y, se le pide que dé una calificación (por ejm., en una escala de siete puntos) respecto a qué tan fácil o difícil le resultaría afrontar dicha situación, sin comprometerse en la conducta adictiva. El uso de las clasificaciones de la autoeficacia en una variedad de situaciones potencialmente problemáticas, es un procedimiento directo que parece tener una alta utilidad como método de evaluación. Por ejemplo, la investigación reciente sobre el tratamiento del tabaquismo, ha mostrado que las clasificaciones de la autoeficacia, hechas EN o CERCA de la fecha preestablecida para la cesación del hábito, pueden ser predictores válidos del subsecuente resultado del tratamiento (Condiotte y Lichtenstein, 1980).

OTRA TECNICA UTIL en la identificación de las situaciones potenciales de alto riesgo y, por ende, en la prevención de la recaída, CONSISTE EN EL USO DE FANTASIAS DE RECAIDA en las que se pide al paciente, un informe o descripción fantaseadas de -- alguna posible recaída que pueda ocurrir en el futuro. En este procedimiento, el terapeuta pide al paciente que se recueste en el sillón, que cierre los ojos que se imagine, tan vívidamente como le sea posible, un episodio actual de recaída. El terapeu

ta puede dar esta indicación diciendo:

"Aunque esperamos que en su caso no ocurra una recaída, sería de gran beneficio para nuestro trabajo, que aparentara tener dificultad en contenerse de su hábito de fumar, algún día en el futuro. ¿Qué tipo de situación o evento le conduciría a regresar a fumar? Trate de imaginarse esta escena lo más claramente que pueda y, describame la situación y los sentimientos que experimenta".

Los pacientes que han dejado de usar una droga o sustancia particular, con mucha frecuencia, reportarán sueños en los que ocurrió una recaída. Por consiguiente, se puede usar la descripción del sueño como punto de partida para una fantasía de recaída guiada (123).

Una vez que se han identificado las situaciones de alto riesgo, se puede enseñar al paciente a que responda a estas señales situacionales, como estímulos discriminativos (como las señales en la carretera) para que se dé el cambio conductual. En algunos casos, puede ser mejor simplemente evitar dichas situaciones, si es posible (siguiendo con la metáfora de la carretera, tomar una desviación o hacer un rodeo). Sin embargo, en la mayoría de los casos, no se pueden evitar fácilmente estas situaciones y, el paciente tiene que contar con las habilidades de afrontamiento o con estrategias alternativas que le permitan "terminar" dicha situación sin que se presente una recaída (123)

La piedra angular en la aproximación de la Prevención de la Recaída (RP), radica en enseñar al paciente estrategias de afrontamiento mediante procedimientos de ENTRENAMIENTO EN DESTREZAS. Por medio de una evaluación conductual de la capacidad de respuesta del paciente, a través del espectro de las situaciones potenciales de alto riesgo, se puede obtener un perfil de las áreas de fuerza y debilidad para diversas respuestas de afrontamiento. Es responsabilidad del terapeuta indagar el grado en que una deficiencia dada en respuesta a una situación de alto riesgo, representa un déficit actual en la experiencia pasada de aprendizaje o, un obstáculo común en la ejecución (de una respuesta ya aprendida) debido a los efectos inhibitorios de la ansiedad, temor a la evaluación o a alguna otra reacción emocional. Para aquellos pacientes cuyas respuestas de afrontamiento están obstruidas por el temor o la ansiedad, el terapeuta habrá de intentar desinhibir la conducta, mediante el uso de un procedimiento apropiado para la reducción de la ansiedad, como la desensibilización sistemática. Sin embargo, para la mayoría de los pacientes que muestran deficiencias en su repertorio de habilidades, se intenta enseñarles nuevas destrezas usando una aproximación sistemática y estructurada (123).

La aproximación que se favorece consiste básicamente en combinar, un entrenamiento en la habilidad para la solución general de problemas con un entrenamiento en destrezas específicas. Adoptando una orientación de solución de problemas hacia las situaciones estresantes (70), se le permite al paciente una

flexibilidad y adaptación mayores hacia las nuevas situaciones problema, más que tener que confiar en el rol del aprendizaje, de un número de destrezas discretas que se pueden o no generalizar a través de diversos escenarios y situaciones. Estos métodos de entrenamiento en destrezas están apoyados en el trabajo de McFall (1976), Goldstein(1973) y otros investigadores in corporan componentes de instrucción directa, modelamiento, ensayo y adiestramiento conductuales y retroinformación por parte -- del terapeuta. Se ha encontrado que el modelamiento de las de-claraciones autoinstruccionales (125a), es particularmente útil para enseñar al paciente autodeclaraciones adaptadas, que pueda usar junto con la ejecución de las destrezas conductuales apropiadas (123).

En un ejemplo específico de la investigación sobre el entrenamiento en destrezas con pacientes "adictos" a las bebidas alcohólicas (39), las respuestas de aquellos ante la prueba de la competencia situacional conllevaron a un informe que permitió a su vez, la planeación de un programa específico de entrenamiento en destrezas, por ejemplo, para un paciente en particular, el problema puede consistir la presión social hacia la complacencia de la conducta desadaptada; para otro, el problema puede involucrar un déficit en la capacidad de afrontar sen-timientos de soledad y depresión. En el programa de entrenamiento en destrezas, aplicado en el estudio de Chaney y col. ., los pacientes fueron agrupados en un grupo pequeño destinado a una serie de sesiones de tratamiento. El grupo fue conducido -

por dos terapeutas, quienes iniciaban la sesión describiendo -- una situación particular de alto riesgo, despues de esto, los - miembros del grupo discutían la situación y generaban diversas maneras de responder ante la misma. Posteriormente, los tera-- petuas modelaban una apropiada respuesta de afrontamiento y la practicaban frente al grupo. Mediante el uso de este procedi-- miento, cada paciente recibía una realimentación individualiza-- da por parte de los miembros del grupo, así como un adistramien-- to e instrucciones específicas por conducto de los terapeutas. Despues de lo anterior, se pedía a los pacientes que repitieran la respuesta de afrontamiento, hasta que igualaran los crite--- rios de adecuación establecidos por los terapeutas. Este pro-- grama particular de entrenamiento en destrezas, se evaluó a tra-- vés de un seguimiento de un año comparando este grupo con dos grupos de control: un grupo que se ocupó una cantidad equiva-- lente de tiempo en discutir sus reacciones emocionales ante las mismas situaciones de alto riesgo (como en una terapia psicodi-- námica del grupo) y, el segundo grupo que fungió como una con-- dición de control sin tratamiento (sólo con un programa común - de hospitalización). La condición del entrenamiento en destre-- zas probó ser de mayor éxito que las incluidas en los grupos - de control, mostrando una mejoría significativa durante un pe-- ríodo de seguimiento de un año en variables como la cantidad de licor ingerido durante el período de pos-tratamiento, duración del tiempo ocupado en la bebida antes de recuperar la abstinencia y en la frecuencia de los períodos de intoxicación (123).

UN PROCEDIMIENTO ADICIONAL que puede incrementar la generalización de las destrezas de afrontamiento recientemente adquirida, consiste en pedir al paciente que ponga en práctica la conducta adaptada, en situaciones actuales de alto riesgo. Por ejemplo, el terapeuta que está trabajando con fumadores o bebedores, puede citar a un grupo de pacientes en un bar o centro nocturno para una sesión de curso seco. Las reacciones y sugerencias combinadas de los miembros del grupo, sirven como centro de discusión, mientras los pacientes se reúnen para tomar un café o una bebida no alcohólica en un ambiente que se encuentren rodeados por gente que se está modelando activamente la conducta prohibida (123).

En aquellos casos en que no resulta conveniente practicar nuevas destrezas de afrontamiento en escenarios o situaciones de la vida real, el terapeuta puede hacer uso nuevamente de la imaginación como medio para representar cognitivamente la situación de alto riesgo. ESTE PROCEDIMIENTO, DENOMINADO ENSAYO DE RECAIDA es similar a la técnica de la fantasía de recáida ya descrita previamente. EN EL PROCEDIMIENTO DEL ENSAYO DE RECAIDA, el terapeuta va más allá del escenario relacionado con la situación de alto riesgo, imaginado, e incluye escenas en las que el paciente se imagina, actualmente, a sí mismo, comprometido en respuestas apropiadas de afrontamiento. LA TÉCNICA DEL MODELAMIENTO EN CUBIERTO (Kazdin, 1978), también se puede utilizar para ayudar a los pacientes a afrontar sus reacciones ante un desliz al tiempo, que provee una oportunidad para ensayar --

las técnicas de reestructuración cognoscitiva (123) aunado a la enseñanza del paciente en responder con eficacia cuando es confrontado con situaciones específicas de alto riesgo, existe un número adicional de PROCEDIMIENTOS DE RELAJACION que, el terapeuta puede sacar a luz para incrementar la capacidad total de aquel para tratar efectivamente con el estrés. EL ENTRENAMIENTO EN RELAJACION puede proveer al paciente una percepción o estado de conocimiento global, incrementando el control y, con esto, - reducir la opresión u el agobio del estrés que cualquier situación dada, puede plantear para un indivisuo. Desde esta perspectiva, procedimientos como el entrenamiento en relajación muscular progresiva, la meditación y las diversas técnicas de manejo del estrés, son extremadamente útiles para ayudar al paciente a afrontar de manera más efectiva, las controversias y exigencias de la vida cotidiana. Con mucha frecuencia, una percepción aumentada de control conduce a una autoeficacia mejorada sobre una gran variedad de situaciones específicas (123).

Por otra parte, LAS EXPECTATIVAS SOBRE RESULTADOS POSITIVOS DE UNA SUSTANCIA O EL EJERCICIO DE UNA ACTIVIDAD DESADAPTADOS, tienen su propio grado de influencia en el proceso de la recaída. Despues que un paciente se ha mantenido abstemio por un periodo de tiempo, con mucha frecuencia se da un cambio en sus actitudes y creencias sobre efectos de la sustancia o actividad de que se ha abstenido. LAS EXPECTATIVAS DE RESULTADOS POSITIVOS, por los efectos inmediatos, de la sustancia o actividad en cuestión, llegan a ser una fuerza motivante especialmente potente, para reanudar el uso de la sustancia o el ejercicio

de la actividad adictivas cuando el paciente es encarado con una situación de alto riesgo y, es el principio para sentirse incapaz de afrontar dichas situaciones de manera efectiva (se da una baja autoeficacia). Un estilo de vida desbalanceado (marcado por una preponderancia de los "debo hacer esto") también proporcionará un incremento en la necesidad por una gratificación inmediata. En cualquier caso, la tentación ha "rendirse" y abandonar el control por la complacencia o el placer de entregarse a la actividad formalmente tabú, es una influencia poderosa con la que hay que contender. Como un recordatorio de sus potentes efectos, se ha dado a llamar este efecto EL PROBLEMA DE LA GRATIFICACION INMEDIATA O EL FENOMENO PIG (123).

La educación sobre los efectos inmediatos y retardados de la droga o actividad implicados, puede ayudar a compensar la tendencia a ver el "pasto más verde de lo que es en realidad", en el otro extremo de la valla de la abstinencia. Una información acerca del amplio rango de efectos, debidos al uso excesivo de una droga, sobre la salud física y el bienestar social, le pueden ayudar al paciente para oponerse a la tendencia a pensar solo en los efectos agradables, iniciales, a corto plazo (por ejm., oponerse al fenómeno PIG). La teoría e investigación reciente acerca del curso en el tiempo, de los efectos ulteriores, de la ingestión de sustancias psicoactivas, sugieren que la respuesta total puede ser de naturaleza bifásica; el aumento inicial de la euforia y excitación ("el empuje o lo más importante") con mucha frecuencia va seguido por un efecto re-

tardado de dirección opuesta (una disforia incrementada y otros estados afectivos negativos). Esta reacción bifásica se ha observado en el uso del alcohol (Docter, Waitoh y Smith, 1966; -- Garfield y McBrearty, 1970; Mello, 1968) y de otras drogas psicoactivas y, con mucha frecuencia, se cita dicha reacción como si estuviese asociada con la teoría del "proceso antagónico" de la motivación hacia el uso de la droga, la cual ha sido promovida recientemente por Solomon y colegas (Solomon y Corbit, 1974; Solomon, 1977).

Una técnica que se ha encontrado particularmente útil para enseñar a los pacientes a observar, tanto los efectos inmediatos como los retardados, del retorno a la antigua conducta, consiste en el uso de LA MATRIZ DE DECISION. En el uso de esta matriz, se le presenta al paciente en su formato de una tabla de tres entradas (un matriz de $2 \times 2 \times 2$) con los siguientes factores: la decisión de reanudar la antigua conducta o de mantener la -- abstinencia; los efectos inmediatos versus los efectos demorados de cualquiera de esas decisiones y; dentro de cada una de esas categorías formales, los efectos positivos y negativos involucrados. Después de lo anterior, se pide al paciente (asistido por el terapeuta) que complete cada una de las ocho celdillas de la matriz, enlistando los efectos que él piense, tengan el impacto más grande. Es importante que el paciente incluya TODOS LOS EFECTOS que son de importancia subjetiva, sin importar que el terapeuta esté o no de acuerdo con las elecciones -- hechas por él. Un efecto que el terapeuta puede no considerar

como objetivamente significativo (por ejm., temor de ganar un aumento de peso despues de dejar de fumar), puede tener un considerable impacto psicológico para el paciente. Para enfatizar la importancia de este punto, se puede pedir al paciente que asigne un valor numérico a cada uno de los resultados positivos y negativos listados, para de esta manera ilustrar su fuerza relativa. Es conveniente observar que los valores asociados con cada resultado específico, probablemente se MODIFICARAN CON EL RECURSO DEL TIEMPO (en relación al punto de partida del cambio de conducta). De esta manera, es importante recordarle al paciente que corrija la matriz en cada momento de elección significativa ulterior, especialmente si considera que puede reasumir la antigua conducta adictiva. Cuando este es el caso, los paciente que están al borde de la recaída, con mucha frecuencia atenderán únicamente a los efectos positivos inmediatos (fenómeno PIG) y, negarán las consecuencias negativas inmediatas y retardadas (123).

¿Qué hacer cuando se fracasa en los intentos anteriores y se presenta un desliz? En este caso, se puede preparar al paciente para que se anticipe a afrontar con este posible resultado y, para que ponga en práctica algunas "palancas" cognitivas y conductuales de suerte que, el desliz inicial no "siga amenazando" en convertirse en una recaída abierta. Una combinación de destrezas específicas de afrontamiento y de una aproximación de reestructuración cognoscitiva, representa la ventaja mayor en esta consideración. EN PRIMER TERMINO, resulta necesario en

señar al paciente destrezas conductuales que le permitan moderar o controlar la conducta meta del tratamiento, una vez que se ha presentado. Estas conductas de afrontamiento se pueden especificar anticipadamente a través de un contrato terapéutico. EN SEGUNDO LUGAR, si el uso de estas destrezas de control resulta conveniente adiestrar al paciente en procedimientos de reestructuración cognoscitiva que, le permitan afrontar con efectividad los diversos componentes del EFECTO DE LA VIOLACION DE LA ABSTINENCIA "AVE". Por último, en el tercer sitio, el empleo de una experiencia de recaída programada (en las que el uso inicial de la sustancia prohibida ocurre bajo condiciones supervisadas) puede ser una técnica efectiva de prevención, para usarse en ciertos casos (123).

El primer paso a ser dado para anticipar un posible desliz, consiste en establecer un acuerdo de trabajo o CONTRATO TERAPÉUTICO PARA DELIMITAR EL GRADO DE USO PERMISIBLE para que ocurra un desliz. Los detalles de este contrato funcionan mejor en una colaboración individual con el paciente. El principal objetivo de la reestructuración cognoscitiva, en este punto, -- consiste en oponerse a los componentes cognitivos y afectivos del AVE. En vez de reaccionar ante el primer desliz como indicador de fracaso personal, caracterizado por un conflicto, culpa y una atribución interna ("esto prueba que no estoy bien y que, después de todo, soy un adicto imposibilitado"), se enseña al paciente a que reconceptualice el episodio como un evento único e independiente para que lo considere como una equivocación.

ción más que como un desastre, el cual siempre se puede corre-- gir. Como ayuda adicional en esta reconceptualización, se pue- de dar al paciente un resumen de material con que se trabajó en la reestructuración cognoscitiva en la forma de una TARJETA DE RECORDATORIO. Se instruye al paciente para que lleve consigo - esta tarjeta siempre, despues del tratamiento inicial; puede -- ser impresa del tamaño de una cartera, para que sea llevada con- venientemente en la misma o en un portamonedas. Esta tarjeta - tiene la finalidad de que sea consultada inmediatamente que se presente la primera experiencia de un desliz (123).

A manera de ejemplo, examinemos UNA TARJETA DE RECORDATO-- RIO diseñada para un programa de control del tabaquismo desarro- llado en la Unversidad de Oregon por Edward Lichtenstein y colg- gas. Esta tarjeta es una adaptación de una monografía reciente de Marlatt y Gordon (1980). Esta tarjeta mide aproximadamente 9.0 x 11.5 cms. y se puede doblar por la mitad, para un manejo más cómodo. En la cara externa o frente de la tarjeta se anota lo siguiente: "INSTRUCCIONES: Por favor lleve siempre consigo esta tarjeta. En el caso en que usted fume un cigarro, saque - inmediatamente esta tarjeta, léala y siga las instrucciones da- das eb ka misma". Este lado externo de la tarjeta tambien con- tiene el nombre del programa de tratamiento así como un número telefónico al que se puede llamar para solicitar información -- adicional sobre el problema en cuestión. La parte interna de - la tarjeta contiene los siguientes mensajes:

Un desliz no es tan extraordinario o raro. La presencia de este no significa que usted ha fracasado o que ha perdido el control sobre su conducta. Probablemente se sentirá culpable por lo que ha hecho y se culpará a usted mismo por haber tenido dicho desliz. Este sentimiento es esperado, debido a que forma parte de lo que llamamos EL EFECTO DE LA VIOLACION DE LA LARGA ABSTINENCIA. Sin embargo, no existe razón alguna para que usted tenga que rendirse a este sentimiento y continúe fumando. Este sentimiento pasará con el tiempo. Considere el desliz como una experiencia de aprendizaje. ¿Cuáles fueron los elementos de la situación de alto riesgo que le condujeron al desliz? ¿Qué respuesta de afrontamiento podría haber usado para lograr afrontar o "rodear" la situación susodicha? Recuerde el viejo refrán: una golondrina no hace el verano. Así, un desliz tampoco tiene que hacer una recaída. El que se haya equivocado una vez no significa que usted sea un fracaso, que no tenga fuerza de voluntad o que sea un adicto sin esperanza alguna. - Vea el desliz como un evento individual e independiente, como algo que se puede evitar en el futuro con una respuesta alterna de afrontamiento. Aunado a la información anterior, UNA TARJETA DE RECORDATORIO también puede incluir una lista respecto a "qué hacer después", resumiendo los principales puntos del contrato de recaída descrito anteriormente. También es deseable contar con un número telefónico al que se pueda llamar cuando ocurra un desliz, particularmente si el programa de tratamiento incluye un servicio de 24 hrs., del tipo "hot line" o algún otro recurso similar, en el que se encuentren disponibles psico

terapeutas, para discutir las reacciones del paciente hacia un episodio de recaída potencial o actual (Shiffman, 1979). En -- los programas en que no es práctico o posible proporcionar al -- paciente un servicio de orientación, al momento, un mensaje pre grabado, diseñado para ayudarlo a afrontar la situación, puede ser una ayuda útil.

Un procedimiento de intervención final, en esta sección de LAS TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN ESPECÍFICA PARA AFRONTAR CON LA RE CAIDA, es el que se refiere al uso de LA RECAÍDA PROGRAMADA. -- En esta técnica se pide al paciente que consuma la primera copa cigarro y otra especie de sustancia bajo la supervisión directa del terapeuta. EL OBJETIVO DE LA RECAÍDA PROGRAMADA radica en ayudar a los pacientes (particularmente a aquéllos que reportan ser incapaces de mantener la abstinencia o control y planean -- reasumir el patrón del hábito antiguo) a experimentar objetivamente el regreso inicial a la conducta meta bajo la guía del -- terapeuta. Este procedimiento presenta varias ventajas. Prime ro, el programar la "recaída" a un tiempo y lugar designado por el terapeuta, excluye la posibilidad, peligrosa, de que el pa-- ciente reasuma el hábito bajo condiciones altamente estresantes. La probabilidad de una recaída abierta se incrementa, de acuerdo al grado en que el paciente atribuye su habilidad para afron-- tar con una situación estresante, a una respuesta de afronta--- miento desadaptada como el beber o fumar. Segundo, para preven ir resultados como los anteriores, es conveniente que el tera--apeuta determine la hora de la recaída programada, para un momen

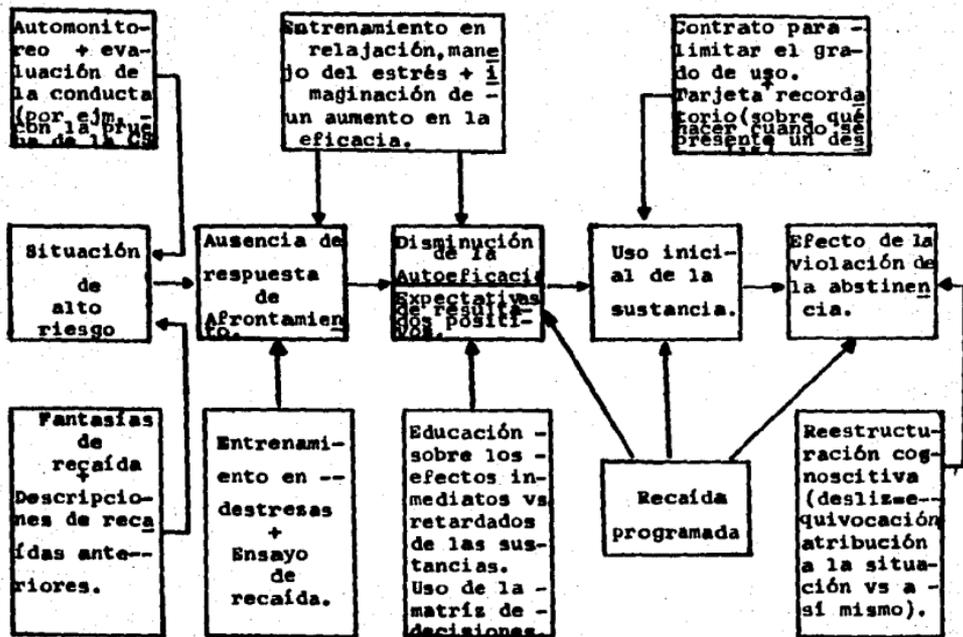


Fig. 2 Prevención de la recaída: estrategias de intervención específica.

to y lugar relativamente neutrales. Por ejemplo, el terapeuta puede decir: "está bien, ya veo que quiere reanudar su conducta de fumar, pero quiero que me haga un favor: programemos su primer cigarro para el próximo jueves al mediodía en mi consultorio. Yo le daré el cigarro. ¿Está de acuerdo en esperar un poco más antes de que vuelva a fumar?"

En el uso clínico de esta técnica se ha encontrado, con mucha frecuencia, que existe una marcada discrepancia entre las expectativas anteriores al hábito de fumar, en los pacientes -- (en general completamente positivas) concernientes a los efectos del primer cigarro y los experimentados en el momento de su ejecución de dicho hábito (por ejm., "me causa vértigo; y lo -- que me queda por hacer es sacar el humo de mis pulmones", etc.) Con mucha frecuencia, esta discrepancia tendrá un marcado efecto motivacional en cuanto a que el paciente puede decidir reasumir la abstinencia, basado principalmente en la disconfirmación de estas expectativas. De esta manera, EL USO DE LA RECAIDA PROGRAMADA parece ofrecer muchas ventajas, comparado con el escenario alternativo en que el individuo regresa a fumar como respuesta ante un evento ambiental estresante. (123).

2.4.8 PREVENCIÓN DE LA RECAIDA: TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN GLOBALES PARA LA MODIFICACIÓN DEL ESTILO DE VIDA.

Además de proporcionar al paciente un grupo de destrezas específicas y de estrategias cognitivas, como un medio para ---

afrontar con una gran variedad de situaciones de alto riesgo. - el terapeuta tambien puede comunicar varias estrategias globales que proveen un marco más amplio de intervención para la prevención de la recaída (ver esquema en la fig. 3). No es suficiente el enseñar al paciente a responder simplemente, en forma mecánica, a una situación de alto riesgo que se presenta después de otra. Por otra parte, resulta prácticamente imposible para el terapeuta, identificar o trabajar con todas las posibles situaciones de alto riesgo que puede experimentar un paciente. Por otro lado, las sesiones de entrenamiento en destrezas descrito en la sección precedente son, por necesidad, completamente específicas en contenido y, la generalización a otras situaciones un poco diferentes no siempre puede ocurrir. El enseñar al paciente destrezas para la solución general de problemas (70), incrementará el proceso de generalización en cierto grado. Sin embargo, para desarrollar un programa más completo en la prevención de la recaída, resulta imprescindible hacer dos cosas adicionales: intervenir en el estilo de vida global del paciente, con la finalidad de incrementar su capacidad máxima para tratar con el estrés y afrontar las situaciones de alto riesgo, con un sentido incrementado de autoeficacia; la segunda cosa importante a hacer en este sentido, consiste en entrenar al paciente en identificar y responder a las primeras señales de advertencia, tanto situacionales como encubiertas, para que una vez hecho esto, ponga en práctica sus estrategias de automanejo para reducir el nivel de riesgo posible de cualquier situación que, de otra manera, podría propiciar un desliz (123). A

continuación se describen brevemente cada uno de estos métodos de intervención.

Como resultado del trabajo con un paciente, quedó ilustrado el impacto que puede tener un estilo de vida desbalanceado, sobre un problema de conducta adictiva. El paciente en cuestión era una mujer de 35 años que acudió a terapia en busca de ayuda para un problema de bebida. Cuando se le pidió que describiera el patrón de consumo diario, dió los siguientes pormenores. Esta paciente trabajaba como profesora en una escuela primaria y, ordinariamente, vivía con el hombre que tenía que ella pudiera desarrollar un problema de alcoholismo. Debido a dichos sentimientos de su pareja, esta paciente sentía una gran cantidad de culpa y, generalmente, evitaba ingerir cualquier cantidad de alcohol en presencia de aquél⁴. Como un resultado de lo anterior, esta paciente confinó casi toda su ingesta a un breve período por las tardes, después de su jornada de trabajo. Un día laboral típico en la vida de esta mujer se iniciaba a las 7:00 a.m., hora en que se levantaba a preparar el desayuno para ella y su compañero. Debido a que ella acostumbraba dormir hasta el último momento que le fuese posible, la rutina matinal resultaba apresurada y frenética. Después de esto, esta paciente conducía apresuradamente para llegar a tiempo a su primera clase, con un grupo de niños muy agresivos del segundo año. En vez de tomar un receso para el almuerzo, la paciente -

4.- Lo cual confirma la afirmación de Berne (14), respecto a -- que en el juego del "alcohólico" el principal papel secundario el del "perseguidor" típicamente es jugado por un miembro del sexo opuesto, que generalmente es la pareja ó el esposo.

prefería continuar dando clases en el salón, ya que esto significaba que podría salir un poco más temprano del trabajo. Las tardes eran bastante iguales a las mañanas; la paciente impartía clases de drama y, con mucha frecuencia, trabajaba bajo la presión del término del plazo para la puesta en escena, de las obras que ella dirigía; para la hora en que esta paciente salía de la escuela, a las 3:00 p.m. se describía a sí misma como una "ruina nerviosa". Su recurso para afrontar con este estrés era simple y directo: el hábito de guardar, aproximadamente, medio litro de vodka fresca en el compartimiento de guantes de su automóvil el cual, generalmente, lo consumía todo en el transcurso de la media hora que le tomaba su regreso a su casa. Debido a que la paciente no quería exponerse bebiendo en su trabajo, y a que su compañero veía su manera de beber con crítica y desdén ella "exprimía" todo su consumo de alcohol en ese breve período de todas las tardes. Es innecesario decir que ésta mujer, con mucha frecuencia, llegaba a su hogar en una condición "agobiante y aprensiva" (123).

Un individuo cuyo estilo de vida cotidiano, se caracteriza por una preponderancia de los "debo" y una escasez de los autograti-ficantes "quiero", puede llegar a creer que es justificada alguna forma de indulgencia, como un apego por responder a las demandas externas y a las controversias de la vida cotidiana. - Esta paciente ilustra este principio: ella sentía que se adeudaba a sí misma una "borrachera", debido a que esta era, casi, la única forma de autograti-ficación que se permitía a sí misma en

un día de trabajo típico. Asimismo, esta paciente afirmaba que difícilmente podría esperar un sentimiento de "liberación" proveniente del empuje provisto por los tragos de vodka consumidos (el conducir de regreso a casa era para ella, una hora de "empuje").

Aunado a lo anterior, es conveniente observar en este momento que, una de las controversias más difíciles que se presentan en el tratamiento de las conductas adictivas, consiste en que los pacientes son confrontados con lo que significa la racionalización, de que el deseo por la indulgencia es justificada. Esta justificación se ve ejemplificada por el título de un libro, que describe el estilo de vida de los alcohólicos: You owe yourself a drunk (te debes una "borrachera"), Spradley, --- 1970. UNA DE LAS AFIRMACIONES CLAVES DEL MODELO DE LA RECAIDA, EN ESTE CONTEXTO, SE REFIERE A QUE EL GRADO DE BALANCE EN EL ESTILO DE VIDA COTIDIANO DE UNA PERSONA, TIENE UN IMPACTO SIGNIFICATIVO EN EL DESEO POR LA INDULGENCIA O LA GRATIFICACION INMEDIATA. En base a esta afirmación, definimos "balance" como el grado de equilibrio que existe en nuestra vida cotidiana, entre aquellas actividades percibidas como demandas externas (los "debo") y, aquellas percibidas como actividades en que la persona se compromete, por placer o autorealización (los "quiero"). El saldar gastos de la familia, realizar labores rutinarias y, tareas domésticas o de servidumbre en el trabajo, son consideradas por muchos individuos, especialmente hombres, como "deberes" en el otro extremo de la escala se encuentran los "quiero" ---

-las actividades que le gusta realizar a una persona, para - - obtener una gratificación inmediata por comprometerse en su ejecución (por ej., ir de pesca, tomarse un tiempo para ir a almorzar con un amigo, ocuparse en su tarea creativa, etc.). Creemos que un estilo de vida que esté sobrecargado con una preponderancia de los "debo", con mucha frecuencia está asociado, con una percepción incrementada de autoprivación y con un correspondiente deseo por la complasencia y gratificación. Esto es como si la persona que se pasa el día entero, ocupada en actividades que le son altas en demanda externa (frecuentemente percibidas como eventos controvertidos), intentase balancear este desequilibrio, ocupándose en su excesivo "quiero" o una autocomplasencia al final del día. Para justificar esta complasencia o indulgencia, el individuo puede racionalizarla diciendo: "me debo una o dos copas, hoy me merezco un desliz". (123)

Regresando con la historia de la paciente que nos ocupa - en este, sección, se empezó a trabajar centrándose en dos aspectos importantes de sus problemas con el alcohol: 1) las actitudes de su compañero hacia la bebida y: 2) el estilo de vida cotidiana de la paciente. Debido a que se decidió, en base a una evaluación cuidadosa, que la paciente sería un buen candidato para un programa de consumo controlado o moderado y, a que ella no deseaba abandonar la bebida enteramente, la meta de la aproximación adoptada consistió en producir un cambio significativo, - en el patrón de bebida cotidiano de dicha paciente. En este - - sentido, se acordó con la paciente, que un patrón de bebida moderada involucraría la eliminación de las miniborracheras con -

vodka, por las tardes, reemplazando esta conducta por un patrón de bebida moderada en el hogar y en otras situaciones sociales- (usando vino en vez de alcohol destilado) y, limitando la cantidad de su bebida para evitar una intoxicación. Para poder aclararle a la paciente la manera en que podría beber en casa, se citó a su compañero para discutir con él la posibilidad de que sus sentimientos y actitudes hacia la bebida de la paciente, -- podrían haber jugado un papel importante en el establecimiento del patrón aberrante común. Después de cierta discusión, el -- compañero de la paciente empezó a darse cuenta de cómo sus tiempos de que ésta llegara a ser una alcohólica, la hicieron sentirse culpable a grado tal, que tuvo que ocultar su bebida de él enteramente, confinándola a la única experiencia de la hora de "empuje" que podía tener. Una vez aclarado esto, el compañero de la paciente acordó permitirle a ésta consumir vino en -- casa, en su presencia, sin reaccionar negativamente. Casi inmediatamente después de que el compañero de la paciente aceptó la bebida de ésta sin responder de manera punitiva, ella reportó sentirse con mucho menos culpa y menos preocupada por su consumo de alcohol. Los datos automonitoreados de su patrón de bebida, mostraron una caída en el consumo de aproximadamente el 25% en una semana, aún en ausencia de cualquier intervención adicional. (123).

A pesar de este avance, la paciente reportaba que aún sentía la necesidad de alguna forma de escape después de un día típico de trabajo. Para tratar con este deseo por la gratificación inmediata, se empezó a modificar sus actividades cotidianas

para restaurar un balance entre sus deberes percibidos como - - obligatorios (los "debo") y, otras actividades que ella encontraba más autograticificantes (los "quiero"). Como un resultado de este programa de intervención, la rutina cotidiana típica de la paciente cambió de la siguiente manera. En lugar de levantarse tan tarde como le fuera posible y, por tanto, apresurarse a preparar el desayuno para ella, y su compañero, la paciente aprendió a levantarse hora y media más temprano, a preparar su desayuno (su compañero aprendió a preparar su propio almuerzo) y, - de camino a su trabajo en la escuela, se detiene en unos baños públicos cercanos en donde disfruta de un pausado baño de vapor y de un masaje reparador. Llega a la escuela relajada y refrescada para empezar el trabajo del día. En un receso a media - - mañana, practica meditación durante veinte minutos, sentada tranquilamente en el auditorio de la escuela. A la hora del almuerzo, en lugar de monitorear a los estudiantes que se encuentran en la sala de lectura, comparte este tiempo con una amiga., - - ambos toman juntos un agradable almuerzo o pasan el tiempo trotando alrededor de un lago cercano.

Al término de sus clases vespertinas, la paciente dedica - una hora a lo que llamamos TIEMPO PARA EL CUERPO, es decir, - - tiempo que se dedica exclusivamente al ejercicio físico y/o - - relajación mental. En vez de adherirse a un régimen de ejercicio impuesto externamente (por ej., "debo trotar diario a las - 4:00 P.M., sin excusa alguna"), lo primero que hace esta paciente es sentarse tranquilamente y meditar por unos cuantos minutos, para intuir subjetivamente lo que más "necesita" su cuerpo.

Dependiendo de su estado de ánimo (y con frecuencia de las condiciones del clima), la paciente elige una actividad de una lista de alternativas que consisten, tanto de actividades aeróbicas - (como el trotar, la natación o el montar en bicicleta) como de - ejercicios de meditación/relajación. De esta manera, la paciente escoge la actividad más conveniente a sus necesidades en cual- - quier día particular. Si se siente tensa y "herida" por el tra- - bajo del día, puede elegir un ejercicio vigoroso como el trotar- - Por otro lado, si se siente atrapada a sí misma por una preocupa- - ción o inquietud compulsiva, puede elegir la meditación. "El uso- - del concepto de TIEMPO PARA EL CUERPO, con frecuencia resulta - ser una estrategia útil para vencer la reactividad que, con mucha frecuencia, acompaña a un programa de ejercicio rígido., de - - acuerdo al grado en que uno sienta que "debe" trotar diariamente a una hora determinada, el trotar puede llegar a convertirse en- - un "deber" en vez de una forma deseada de autoindulgencia. Si la nueva conducta se transforma en un "deber", el paciente presenta- - rá dificultad para mantenerla por grandes períodos. ~ través del concepto de TIEMPO PARA EL CUERPO, el paciente mantiene un senti- - do de libertad de elección, ya que la actividad en sí no es elegi- - da hasta que se presente la hora designada para tal fin. Una vez que la paciente hizo estos cambios de su estilo de vida, progra- - mándolos dentro de su rutina de manera regular, su deseo vesper- - tino por el consumo del vodka disminuyó de manera significativa y, eventualmente, lo fué reemplazando por una necesidad de - - otras actividades más aludables. ~u consumo de la bebida dis- - minuyó dramáticamente y se ubicó al nivel de dos o tres copas -

por las noches (123).

Como se puede apreciar, el caso anterior ilustra el desarrollo de un estilo de vida cotidiano balanceado. Tal como se -- indica en la figura 3, LA INTERVENCION SOBRE EL ESTILO DE VIDA ES UNA DE LAS PRINCIPALES ESTRATEGIAS GLOBALES DE AUTOMANEJO -- UTILIZADAS EN LA APROXIMACION DE LA RP. Una de las principales metas de esta intervencion sobre el estilo de vida, consiste en reemplazar la bebida u otras conductas potencialmente perjudiciales , por una actividad que puede ser calificada como una "adiccion positiva" (Glasser, 1976). Si una adiccion "negativa" (por ejemplo el uso excesivo de una droga) se puede describir -- como una actividad que hace sentir bien a un individuo, al principio, pero causa perjuicio a la larga., una adiccion "positiva" (por ejemplo trotar) es una actividad que se puede experimentar negativamente al principio (especialmente mientras se est-- en las primeras etapas del ejercicio), pero que resulta muy -- ben--efica en terminos de los efectos a largo plazo. Con mucha -- frecuencia, estas adicciones positivas se transforman en los -- "quiere" a medida que el individuo, empieza a considerar el comprometerse en dichas actividades y., los efectos positivos de -- estas actividades fallan, cuando no se est-- ocupado o comprometido en las mismas, de manera regular. Aunado a lo anterior, -- debido a que generalmente el individuo adquiere nuevas destrezas en el curso del desarrollo de una adiccion positiva, como -- resultado de esto, con frecuencia la autoeficacia se incrementa. De manera similar, debido a que la practica regular de estas -- conductas, est-- asociada con un sentido m--s grande de relaja---

ción o bienestar físico mejorando, la capacidad total de afrontamiento se ve incrementada., de esta manera, se puede tratar - más fácilmente con las situaciones de alto riesgo, más que permitirles que sirvan como precipitadores de conductas excesivas- (123).

En el trabajo clínico, se ha encontrado un número de actividades que parecen incrementar la autoeficacia y proveer alternativas para el uso excesivo de drogas. Una de las actividades - más fáciles de aprender, en este sentido, es la meditación - -- (Marlatt y Márquez, 1977., Carrington, 1978). LA MEDITACION O - EL USO DE PROCEDIMIENTOS SEMEJANTES COMO LA RELAJACION (Benson- 1975), proveen un profundo sentimiento de relajación que, con - mucha frecuencia, es descrito como una experiencia "suprema", - por aquéllos que la practican en forma regular. La investigación reciente sobre la meditación, ha demostrado que la práctica - continua de la misma, está asociada con una capacidad incrementada para afrontar con una gran variedad de situaciones estresantes, de manera eficaz. (44, 45).

En función de las necesidades y habilidades particulares - de cada paciente, se pueden recomendar otros procedimientos de - intervención en el estilo de vida. Un programa regular de ejercicio, tal como correr o trotar, es un potente antídoto para el uso excesivo de las drogas u otras conductas indulgentes relacionadas con estas - particularmente si el paciente sustituye el - correr por el tan común "tiempo fuera" con las drogas (por ej., la hora del coctel o del aperitivo) al final de la jornada de -

trabajo. Otras actividades incluyen el trabajar en los jobs, - jardinería la lectura, la asistencia a conciertos o al cine, el aprender a tocar un instrumentos musicales y otras tareas creativas. El aprender a participar en deportes "adictivos" como - - esquiar, navegar en velero, deslizamiento en planeadores, paracaidismo y la carrera de autos, puede ser recomendable para los pacientes más aventureros y audaces, debido a que estas actividades con mucha frecuencia les proveen de una intensa experiencia "suprema". El programar períodos de tiempo libre durante el día, que el paciente pueda ocupar para sus propios intereses - (por ej., ir de compras, tomar el almuerzo con un amigo, etc.) le ayudará a balancear su programa aglutinado de los "deberes". Las indulgencias sustitutas, o las actividades que proporcionan alguna forma de autogratiicación inmediata (por ej., recibir mensaje, la actividad sexual, el tomar una comida especial, etc.), también pueden servir como alternativas de último minuto o como formas sustitutas de autoindulgencia, especialmente cuando la tentación a "rendirse" ante la atracción de ser "apedreado" por las drogas , es particularmente intensa. La intervención en el estilo de vida, también puede involucrar programas terapéuticos que tengan un mayor impacto sobre la vida del paciente tales como una terapia marital, el consejo laboral o cambios en su ambiente social o físico. (123).

El deseo por la indulgencia, que proviene de un estilo de vida desbalanceado, se puede expresar a sí mismo, tanto en forma afectiva (generalmente somática) como cognitiva. En el plano -- somático, este deseo se puede expresar en forma de impulsos - -

(generalmente impulsos repentinos de comprometerse en el acto - prohibido) y/o respuestas anhelantes (como la anticipación de los efectos de la gratificación inmediata). Este deseo por la indulgencia puede, de manera alterna, adoptar la forma de distorsiones cognitivas que ponen el escenario o "dan permiso" para una recída potencial, como la racionalización, la negación o las decisiones aparentemente irrelevantes (AIDs). Todas estas reacciones pueden ser opuestas a las estrategias en la RP u oponerse a las mismas (123).

De acuerdo al grado en que los anhelos e impulsos, sean - debidos a señales externas como la percepción o el olor de los cigarros, de las bebidas alcohólicas u otras sustancias, el paciente podrá ejercer una buena porción de control, simplemente eliminando tantos estímulos tentadores como sea posible, de su ambiente de vida cotidiano. El objetivo último de estos PROCEDIMIENTOS DE CONTROL DE ESTIMULOS se puede resumir en el viejo dicho "ojos que no ven, corazón que no siente" EL EMPLEO DE - LAS TECNICAS DE CONTROL DE ESTIMULOS, es particularmente impor- tante durante las primeras etapas de la abstinencia. En este mismo sentido, también se puede estimular al paciente para que haga uso de simples ESTRATEGIAS DE EVITACION, permaneciendo le- jos de las situaciones de alto riesgo que, pueden provocar --- fuertes deseos o impulsos a sucumbir ante la conducta prohibida (123).

El principal punto de énfasis aquí, radica en que los ---

anhelos e impulsos son respuestas internas: justamente como -- cualquier respuesta interoceptiva (como una respuesta emocional condicionada), estas respuestas tienen un curso específico de acción, con una latencia dada de empuje, una intensidad y duración particulares. Lo más importante a recordar por parte de los pacientes, en relación con lo anterior, es que estas -- respuestas de anhelos e impulsos surgirán en algún momento, -- después se calmarán y "FALLECERAN" por sí mismas. Los individuos que se entregan a estos impulsos, pueden sostener la afirmación equivocada de que el impulso continuará incrementándose en intensidad, hasta que se vuelva insoportable de resistir. Sin embargo, el entregarse al anhelo o impulso por una conducta adictiva, en la cúspide de su intensidad, aumenta la probabilidad de que el antiguo hábito o respuesta ganen fuerza; es decir, los hábitos inadaptados de afrontamiento, son reforzados por la reducción de la tensión o excitación subjetiva, asociada con la composición anticipada del binomio anhelo-impulso de manera muy similar a la forma en que un escape o una respuesta de evitación, son reforzadas por una reducción de cualquier estado emocional desagradable o aversivo. Por otra parte, si el individuo es capaz de resistir "el crecimiento y la mengua" del anhelo, sin comprometerse en su antiguo patrón de hábito, la presión interna a responder se desvanecerá eventualmente, a través del proceso de extinción (123).

LA VIA MAS EFECTIVA DE AFRONTAR CON LAS EXPERIENCIAS DEL ANHELO E IMPULSO POR UNA CONDUCTA ADICTIVA, CONSISTE EN DESA-

ROLLAR UN SENTIDO DE SEPARACION RESPECTO A LAS MISMAS. En lu
gar de identificarse con el impulso (por ejm., "quiero un ciga
rro ahorita mismo"), se puede entrenar al paciente para que se
pa monitorearlo desde la perspectiva de un observador objetivo
separado del mismo impulso (por ejm., "en este momento estoy -
experimentando un impulso a fumar"). A través de LA EXTERNALI
ZACION del anhelo-impulso, viéndolo venir e irse con ojos de -
un observador objetivo (de manera muy similar a la que un medi
tador aprende pasivamente a observar las ideas, sentimientos e
imágenes tal como van cruzando por su mente), se propiciará --
una tendencia disminuída, a identificarse con el impulso y sen
tirse abrumado por su fuerza. Esta situación es análoga a la
de un aficionado al deslizamiento sobre las olas: el impulso -
es similar a la cresta de la ola, que el aficionado espera "ca
balgar" la cresta de un impulso o anhelo, manteniendo el balan
ce hasta que la cresta finalmente se haya roto y, con ello, la
ola de sentimientos se calme (123).

Muchos pacientes ven las experiencias del anhelo, como --
una indicación de que el tratamiento fue infructuoso o de que
la recaída es inminente. Esta actitud derrotista impide la es
timación, por parte del paciente, de que estas respuestas son
esperadas como una parte natural del proceso de recuperación:
conocer que estas son respuestas condicionadas que se debilita
rán, a medida que el proceso de extinción continúe libre de la
atribución personal equivocada, acerca de que somos un tanto -
responsables de su ocurrencia, debido a una flaqueza personal

o a la existencia de una personalidad "adictiva". Se puede enseñar a los pacientes que el punto más afectivo para intervenir, en la cadena de eventos asociados con el deseo o anhelo por la indulgencia, se encuentra en el enlace entre la respuesta de anhelo como tal, y el impulso o intención subsecuentes -- por comprometerse en la respuesta consumatoria (123).

Una técnica adicional para asistir a los pacientes en afrontar los anhelos e impulsos es el uso de LA IMAGINERÍA DE AFRONTAMIENTO. Se puede utilizar la imaginación para ayudar al individuo a externalizar el impulso y, afrontarlo con un mayor sentido de dominio y autoeficacia. Por ejemplo, se ha usado LA METÁFORA DEL SAMURAI como un medio para afrontar los impulsos a volver a fumar. LA METÁFORA DEL SAMURAI es particularmente útil como un antídoto para la pasividad y victimización que, con mucha frecuencia, son experimentados por los pacientes que se sienten fácilmente abrumados por impulsos intensos. En esta metáfora, se instruye al paciente para que se imagine que él (o ella) es un guerrero samurai que ha asumido la tarea de estar en guardia (vigilando), contra posibles ataques del enemigo. En este caso, se identifica como "enemigo" cualquier impulso a fumar; desde la perspectiva del samurai, un impulso es considerado como un ataque sobre su propia vida (una opinión que no está lejos de la verdad, considerando los graves riesgos de salud asociados con la reanudación del hábito de fumar). La tarea del samurai es doble, reconocer un impulso cuando aparezca por vez primera y usar la "espada de la

conciencia" para matarlo antes de que pueda hacer algún daño - real (123).

Los anhelos e impulsos no siempre resultan en un acto impulsivo inmediato. Por ejemplo, en muchas situaciones, la reg puesta consumatoria no puede llevarse a cabo inmediatamente, - debido a los efectos limitantes de las restricciones situacionales como la indisponibilidad de la sustancia, la presencia - de otros que pueden imponer sanciones negativas y otras limita ciones. En este punto, el deseo por la gratificación inmedia ta puede ser sublimado temporalmente, desechado en la forma de una planeación encubierta o de fantasías concernientes a la -- ejecución de la actividad prohibida. Debido al potencial del conflicto y culpa asociados a estos esquemas y planes encubier tos, es muy probable que el paciente se comprometa en los meca nismos de defensa cognitivos de LA RACIONALIZACION Y/O NEGA--- CION. Estas maniobras defensivas, pueden estar dirigidas ha-- cia el oscurecimiento de la verdad sobre ciertas elecciones o decisiones, que están diseñadas de manera encubierta, para "po ner el escenario" para una recaída potencial -es decir, la ten dencia a tomar DECISIONES APARENTEMENTE IRRELEVANTES (AIDS) - que conducen al borde más próximo de la tentación. UNA DECI-- SION APARENTEMENTE IRRELEVANTE, es una decisión que coloca a - una persona en un riesgo mayor por la recaída eventual, aunque la decisión parezca ser en sí misma irrelevante o inocente a - nivel superficial. Un ejemplo, podría ser el del exfumador -- que repentinamente "decide" sentarse en la sección de fumar de

un avión, solo para encontrarse a sí mismo sentado junto a un pasajero que le ofrece un cigarro, justo en el momento en que la señal de "no fumar" se prende después de estar apagada. Otro ejemplo puede ser el del "alcohólico" que decide, después de tres meses de sobriedad, que ahora es aceptable tomar bebidas alcohólicas en casa, " en el caso de que se presenten algunos invitados a quienes les gustaría tomar una copa". En la aproximación de la RP, el terapeuta intenta entrenar al paciente en "comprender" el uso de la racionalización y la negación, para reconocerlos cuando se presenten y, usarlos como primeras - - señales de advertencia o estímulos discriminativos que denotan la necesidad de una acción preventiva. En otras palabras, se enseña al paciente cómo detectar estos precursores cognitivos de la recaída, para "ponerles bandera roja" de señales que lleven el mensaje: "Deténgase, vea y escuche: peligro más adelante, use una ruta alterna". (123).

Una vez que se ha entrenado al paciente para reconocer -- las primeras señales de advertencia, ¿qué se puede hacer para alterar el curso de los eventos que de otra manera pueden conducir a una recaída? En este sentido, lo primero a hacer consiste en instruir al paciente para que disminuya su velocidad y se detenga antes de proseguir más adelante, para tomarse un -- "tiempo fuera" que le permita obtener una perspectiva más amplia acerca de hacia dónde es más conveniente conducir todas sus - acciones y pensamientos. Continuando con la metáfora de la - - carretera, se puede estimular al paciente para que responda a las señales de peligro o banderas rojas que se encuentran - - sobre la carretera, dirigiéndose hacia el paradero de reposo - más cercano , para que reconsidere la ruta a seguir en el tra-

mo del camino que le queda por recorrer. Dos técnicas resultan particularmente útiles, como ayudas en la toma de decisiones, en estos puntos importantes de bifurcación: una revisión de la matriz de decisiones y, consultar "el mapa del camino" de una recaída personalizada, para localizar la postura común del paciente, respecto a varios destinos alternos. Con mucha esperanza, esta interrupción en la cadena de eventos, le facilitará al paciente ver el "gran cuadro" o ámbito hacia el cual puede conducir su conducta y, por ende, llevar a cabo la acción correctiva (por ejemplo, dar vuelta en U y regresar a una bifurcación anterior del camino o, planear una "desviación" o rodeo que evitarán las situaciones de alto riesgo, próximas o venideras, etc.) de la situación que se trata en un momento en particular (123).

LA MATRIZ DE DECISIONES puede ser revisada y actualizada por el paciente durante la experiencia del tiempo-fuera. El exámen de la desición original y de la lista de razones para decidirse a cambiar su conducta (en términos de los efectos inmediatos y retardados, tanto positivos como negativos), puede tener el efecto deseado de oponerse a los mecanismos de distorsión cognitiva. Debido a que es probable que el paciente pueda haber ignorado, perviamente, los comprobantes relevantes de la matriz de decisiones, por la influencia conjunta de la racionalización y la negación, el exámen de la matriz completa le puede permitir tener una perspectiva más amplia y, ver todo "el bosque" en lugar de fijarse de manera tendenciosa en algunos "árboles". El repaso y revisión de la matriz de decisio-

nes, es un procedimiento esencial en el seguimiento del paciente que se ha mantenido abstemio (o que ha modificado una conducta meta) por un lapso considerable de tiempo, debido a que esta demora temporal fomentará, generalmente, un cambio en los efectos positivos y negativos asociados con la decisión inicial para el cambio (por ej., los efectos físicos negativos de fumar habrán desaparecido o disminuido de manera importante). Un repaso cuidadoso de todas las razones que condujeron a la decisión original por el cambio, con un énfasis en LOS EFECTOS -- RETARDADOS, puede producir un cambio en las expectativas del paciente que, facilitarán una adherencia continua hacia las metas originales del tratamiento. El análisis de la matriz de decisiones, está estrechamente relacionado con la descripción de "las hojas de balance decisional", propuesto por Janis y -- Mann (1977).

EL MAPA DEL CAMINO DE LA RECAIDA, es una técnica de imaginación que le facilita al paciente, tanto predecir la ocurrencia de las situaciones potenciales del alto riesgo, así como anticipar su ocurrencia actual y planear "rutas" o estrategias alternas que le permitan afrontar con estas exigencias. En la aplicación clínica de este procedimiento, se pide al paciente que prepare un mapa antes de embarcarse en el viaje de la abstinencia o control. En este sentido, el terapeuta puede pedir al paciente que elabore una lista de todas las posibles situaciones de alto riesgo que, pueda encontrarse una vez iniciado el programa de cambio de conducta. Por ejemplo: ¿qué problema puede esperar encontrar en los próximos tres meses? ¿en los siguientes seis meses? ¿se han presentado cambios importantes en su vida personal (por ej., en sus relaciones interpersona--

les, ocupacionales, arreglos en su forma de vida, etc.)? ¿ha habido cambios extraordinarios o potencialmente disruptivos en su rutina de vida como viajes de vacaciones, celebraciones o fiestas, problemas financieros, o problemas de salud? Es conveniente que el paciente márque, aquellos lugares que le parezcan extraños o potencialmente molestos, con sus respectivas carreteras de conexión que representen el curso de los eventos, que podrían conducirlo hacia algún destino problemático. Al trazar en un mapa, de manera anticipada, las dificultades potenciales, el paciente puede sensibilizarse y prevenir con anticipación, para estar vigilando las primeras y diversas señales de advertencia y, con ello, estar preparando para realizar una acción de remedio. Se pueden identificar anticipadamente, rutas alternas de "desviación" y otras estrategias preventivas como el uso de pausas de reposo para la toma de decisiones y, la disponibilidad de respuestas alternas de afrontamiento en las diversas etapas de la ruta. En este punto, nuevamente resulta útil para el programa de tratamiento, que el paciente tenga una práctica actual en conductas de afrontamiento, en colaboración con el terapeuta, a través de un ENSAYO DE RECALDA. Finalmente, es muy importante instruir al paciente en el uso de estrategias de evitación de último minuto que, pueden ser utilizadas, siempre que todos los demás intentos por afrontar las situaciones de alto riesgo, han fracasado. ¿Existe alguna ruta de "desviación", que se pueda usar para evitar los peligros de tropezarse con una situación de alto riesgo? Si este es el caso, es muy conveniente marcarla claramente en el

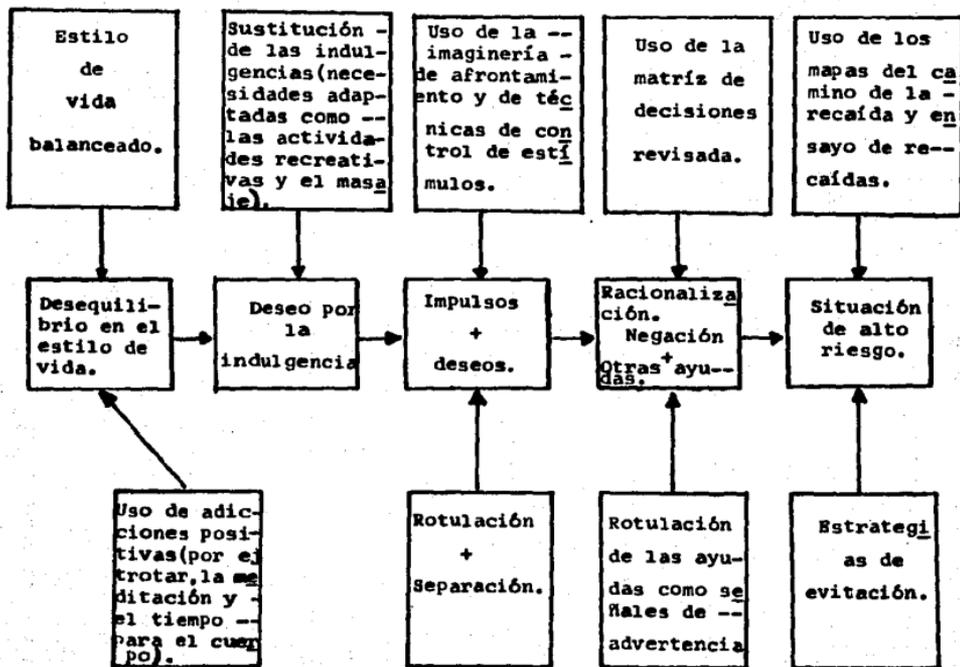


Fig. 3 Prevención de la recaída: estrategias globales para el automanejo.

mapa del camino del paciente, para que pueda ser usada en --
aquellas emergencias que se presenten. De la misma manera en --
que se enseñó a las ratas de Tolman a encontrar la caja-meta al
final del laberinto, por medio de "mapas cognitivos" (Tolman,-
1948), se puede entrenar a los pacientes en el uso de los --
"mapas del camino" de la recaída, para asistirlos en encontrar
su camino a través del laberinto de eventos de la vida cotidiana,
para de esta manera, alcanzar su meta última. (123).

2.4.9. ENTRENAMIENTO, CONTRAINDICACIONES, ETICA E IMPLICACIONES.

Antes de concluir este exámen de la aproximación de la --
Prevención de la recaída (RP), hacia el automanejo de las con-
ductas adictivas, juzgamos conveniente dedicar un espacio a --
las cuestiones importantes relacionadas, con la implementación
práctica de un programa de tratamiento sobre la RP así como, -
con las implicaciones de esta aproximación para el estudio de-
las conductas adictivas en psicología clínica. En primer térmi-
no, con respecto al entrenamiento, el modelo de la RP puede --
ser aplicado por cualquier profesional de la salud como - - -
psiquiatras, médicos, psicólogos clínicos y educativos, orien-
tadores y trabajadores sociales. Sin embargo, es imprescindi-
ble que el terapeuta que aplique esta aproximación, tenga un -
conocimiento cabal o esmerado sobre los principios del aprendi-
zaje, la terapia cognitivo-conductual, el automanejo y sobre
las diversas conductas adictivas. La supervisión por parte de-
un terapeuta cognitivo-conductual experimentado, y/o un entrena-
miento previo en la aplicación de los procedimientos del auto-

manejo, es altamente recomendable (123).

Por otra parte, varios factores, si se hacen presentes, - pueden contraindicar el uso de un programa de tratamiento de - la RP. En primer lugar, es imprescindible que todos los pacien - tes potenciales para un programa de esta índole, reciban un -- exámen físico completo para determinar, la presencia o ausen-- cia, de desórdenes orgánicos o fisiológicos asociados con la - conducta adictiva. Si ya se presentan síntomas físicos, estos - pacientes habrán de ser tratados antes de concurrir a un pro - grama de automanejo, dependiendo de la naturaleza y severidad - del problema. Segundo, los individuos que presenten síntomas - psicóticos o limítrofes, generalmente no son buenos candidatos para un programa de tratamiento de esta aproximación y, por -- ende, habrán de ser referidos a tratamiento, con el terapeuta - apropiado. Las decisiones concernientes a los individuos, con - una historia anterior de psicosis o desorden de personalidad - habrán de tomarse sobre criterios individuales después de una - evaluación apropiada. Finalmente, quizá la controversia más -- importante, respecto a lo apropiado de un programa de tratamien - to para el automanejo de las conductas adictivas, se el sitio del control ó la orientación personal del paciente antes del - tratamiento. Se apoya la evidencia de que la gente puede ser - colocada a lo largo de un continuo que va, desde la "casuali-- dad personal percibida", representada por áquellos que en un - extremo, creen ser capaces de ejercer elección y tener "libre - albedrío", para determinar la dirección y curso de sus vidas.,

en contraste , los del otro extremo del continuo, creen que sus vidas están bajo el control de determinista de fuerzas externas, como la fortuna, la oportunidad y la suerte. La mayoría de la gente, por supuesto, cae en alguna parte de estos extremos de control interno o externo. ¿Se pueden cambiar las creencias -- subyacentes de un individuo en que predomina el lado "externo" de la dimensión ? ¿Puede un terapeuta promover un cambio en una de éstas personas, mediante la aplicación cuidadosa de procedimientos diseñados, para incrementar la autoeficacia? Sólo la investigación futura en este ámbito podrá responder estas cuestiones (123).

Por el momento, resulta tentador considerar la posibilidad, de equiparar un tratamiento particular, con el sistema de expectativas del paciente respecto al sitio u orientación del control. Para aquéllos pacientes que sostienen fuertemente la creencia de que su problema de adicción, es principalmente de índole física, que involucra una conducta "compulsiva" que está más allá del control voluntario , la aproximación tradicional del modelo de la enfermedad puede resultar más afectiva. Para estos individuos que en una experiencia como de conversión, se "rinden" ante la noción de que son personalmente capaces de ejercer control, en favor de la idea de una fuerza o poder "más alto", un programa de tratamiento autoritario puede ser mejor. En contraste, los pacientes que rechazan la idea de que son incapaces de ejercer control sobre su conducta, y que preferirían, en vez de lo anterior, aprender las destrezas y -

actitudes requeridas para modificar sus hábitos de estilo de vida, pueden ser más adecuados para la aproximación del auto-manejo. El modelo de la prevención de la recaída (RP), está diseñado como una alternativa para los que prefieren la filosofía de "hágalo usted mismo". Con estas personas, la función del terapeuta puede ser similar a la de un colega o guía con más experiencia. Aún cuando el terapeuta tiene cierta responsabilidad por el bienestar del paciente, el grado de directividad -- será menor comparado con la aproximación que se adopta, hacia los pacientes menos independiente. Es importante tomar en consideración las diferencias individuales de la población de pacientes, en la planeación de un programa de tratamiento y en la defunción del rol del terapeuta (Karoly, 1980).

Las controversias concernientes a la ética de aplicación del modelo de la RP, no son más diferentes que en cualquier otra relación profesional de terapeuta-paciente. Como en la mayoría de los programas de tratamiento cognitivo-conductual, el modelo de la RP se adhiere a una estricta confidencialidad, a un respeto por la personalidad del paciente, a una involucración activa y colaboración total en el tratamiento, a la elección por parte del paciente - de las metas del tratamiento y a la dedicación del terapeuta hacia el logro de esta tarea. Tal como ya se afirmó en secciones anteriores, el modelo de la RP no juzga ni condena al individuo con un problema de conducta adictiva, con etiquetas como "alcohólico" o "adicto", sino que le permite tomar su propia decisión respecto a cómo y en qué medida modificar un patrón determinado de conducta. (123).

2.4.10 BREVE ANALISIS DE LAS TERAPEUTAS UTILIZADAS EN MEXICO - EN EL AMBITO DE LAS ADICCIONES, EN PARTICULAR, LA ADIC- CION AL ALCOHOL.

Debido a que aún en nuestros días se mantienen vigentes - en nuestro país, los modelos moral y de la enfermedad de la -- adicción al alcohol (166) apoyados por los grupos de AA y - por los profesionales de la medicina general (y algunos clínicos), respectivamente ., la mayoría de las terapéutas utiliza- das para el tratamiento de dicha adicción, han enfatizado el - manejo de los aspectos conductuales y fisiológicos de esta y, - por tanto, han pasado por alto el papel importante de los pro- cesos cognitivos asociados con este hábito sobreaprendido. - - Así, entre los procedimientos más comunmente utilizados por - los psicoterapeutas para el tratamiento de esta adicción, se - encuentran las psicoterapias de orientación dinámica, las téc- nicas conductuales del condicionamiento aversivo y la sensibi- lización encubierta y, las terapias ocupacionales en algunas - instituciones (Cicero, F., por comunicaciones personales), principalmente. De tal manera, fué hasta hace un par de años, aproximadamente, en que se empezó a considerar el papel que pueden desempeñar los factores cognitivos-como las expectativas y -- creencias distorsionadas relacionadas con esta adicción- en el éxito obtenido por un plan terapéutico, ubicado en el orden -- de las aproximaciones cognitivo-conductuales. Entre algunos de los exponentes de estas nuevas (en México) aproximaciones al - tratamiento de las conductas adictivas en general, y a la - -

adicción a las bebidas alcohólicas en particular, podemos mencionar a Puente, S. y Domínguez (por comunicaciones personales), quienes han realizado una árdua labor para dar a conocer dichas aplicaciones a la mayoría de los clínicos del país, a través de los Congresos Nacionales de Psicología y de Psicología Clínica.

Por consiguiente, podemos afirmar que esta aplicación de las aproximaciones cognitivo-conductuales en general, y de la reestructuración cognoscitiva en particular, en el contexto de los problemas de adicción, apenas se está iniciando en nuestro país.

Finalmente, nos gustaría concluir este capítulo con una afirmación concerniente a la importancia de las conductas adictivas en el campo de la psicología clínica. Los problemas de la conducta adictiva tienen una gran importancia en nuestra sociedad contemporánea. Creemos que a través del estudio de las generalidades de todos los patrones de conducta adictiva, obtendremos, una mejor comprensión del principio general que subyace, a la motivación humana, por dichas conductas. Actualmente es imprescindible un modelo genérico de la adicción. Esperamos, que dicho modelo general combine e integre un amplio orden de observaciones y técnicas en el marco, de un cuadro único y coherente. Precisamente, la combinación e integración reciente de una de estas técnicas, LA HIPNOSIS, en el campo de la terapia conductual y, específicamente, en las aproximacio--

nes cognitivo-conductuales, es la que se bosqueja en el siguiente capítulo.

C A P I T U L O I I I

EL LUGAR DE LA HIPNOSIS EN PSICOTERAPIA CON UN ENFASIS EN LA TERAPIA CONDUCTUAL

"Y quiero que elijas un momento del pasado en que tú eras una niña muy, muy pequeña. Y mi voz irá contigo. Y mi voz se convertirá en la voz de tus padres, tus vecinos, tus amigos, - tus compañeros de escuela, tus compañeros de juegos, tus maestras. Y quiero que te veas sentada en el aula, una niña pequeña que se siente contenta por algo, algo que pasó hace mucho tiempo, algo que tú has olvidado hace mucho tiempo".

Milton H. Erickson (146).

Focas terapias en la historia de la medicina en general, y de la psicología en particular, han gozado simultáneamente de una amplia aceptación y de una condenación universal como sucedió con la hipnosis.

Los fenómenos del trance han sido utilizados como parte de rituales religiosos y curativos desde las épocas y culturas más remotas. La "pérdida" del control por parte del sujeto durante el trance, los movimientos musculares bizarros y la imaginación vívida liberada, han sugerido una "posesión" de los espíritus y fuerzas extramundanas que, a su vez, ha conducido a la mayoría de los observadores ha relacionar la hipnosis con el misticismo y lo paranormal. Es hasta hace relativamente p_g

co tiempo, cuando se han llevado a cabo intentos de investigación científica sobre la hipnosis (7, 26, 49, 53a, b, 103a, b, 117a, b y 132a, b), en un esfuerzo por comprender su influencia sobre la conducta y, particularmente, sus potenciales terapéuticos. Estos estudios han demostrado que si la hipnosis es empleada por profesionales, entrenados dentro del contexto de un programa terapéutico estructurado, con conocimiento de los límites de su aplicabilidad, puede ser una ayuda de gran valor como una técnica adjunta en cualquiera de las múltiples ramas de la psicoterapia, sea de apoyo, reeducativa o reconstructiva (173e).

La mayoría de los profesionales que se muestran renuentes al uso de la hipnosis como una técnica terapéutica, así como - aquellos que exageran sus virtudes, nunca han experimentado lo suficiente con aquella como para poder probar el método y, además, son víctimas de la superstición, los prejuicios y de una expectativa mágica ingenua. Un gran número de portavoces de - la hipnosis, de los cuales, algunos han escrito bastante sobre el tema, han contribuido a desacreditarla sobredramatizando el proceso, exagerando sus "poderes", participando en y publicando di resultados pobremente concebidos, comprometiéndose en esquemas terapéuticos ingenuamente organizados, ofreciendo formulaciones terapéuticas que violan los preceptos más elementales - de la psicoterapia o promulgando los presumibles peligros de - la hipnosis, para los que existe evidencia (173e).

3.1 BOSQUEJO HISTORICO DE LA HIPNOSIS.

Las técnicas hipnóticas han sido usadas desde la antigüedad, las prácticas médicas de los sacerdotes en el antiguo Egipto y Grecia, son ejemplos claros y convincentes de ello. - La conducta del trance hipnótico, atribuida a una posesión espiritista, ha tenido un papel muy importante en el Cristianismo, Judaísmo y en muchas otras religiones primitivas. Por ejemplo, durante el desarrollo del Cristianismo, los estados de trance eran considerados como formas de hechicería y, la cura por medio del trance, cuando se podía usar, se practicaba secretamente lejos del temor de las represalias eclesiásticas. Así, no fue hasta finales del siglo XVIII cuando se reconoció al fenómeno de la hipnosis, abiertamente, como un agente terapéutico (173a).

Como ya se sabe, el descubrimiento de la hipnosis en Europa se inició con las teorías sobre el magnetismo animal. Se suponía que el magnetismo era una fuerza natural misteriosa, y Paracelso (1493-1541), médico y místico, había considerado que ciertos cuerpos, como las estrellas, eran magnéticos e influían al cuerpo humano por medio de una emanación sutil que atravesaba el espacio. Por su parte, Van Helmont (1577-1644) inició la doctrina del magnetismo animal enseñando que había un fluido magnético que irradia de todos los hombres, y que puede ser guiado por medio de la voluntad para influir sobre mentes y los cuerpos de otras personas. Durante el siglo y medio siguiente

hubo en Europa numerosos casos de aparentes curaciones milagrosas llevadas al cabo, colocando las manos sobre los enfermos, o incluso sin tocarlos. Greatrakes (1629-1683), un irlandés, fue uno de los magnetistas mejor conocidos y sus curaciones notables en Inglaterra, de muchedumbres de enfermos que acudían a él, atraieron tanto la atención del público como la de los científicos (21).

Sin embargo, el descubrimiento de la hipnosis en Europa generalmente ha sido atribuido a Franz Anton Mesmer (1734-1815) un médico austriaco que se encontraba trabajando en Francia al tiempo que se suscitaba la Revolución Social de los Estados Unidos de Norteamérica. Este médico observó, que algunas personas enfermas podían ser curadas por medio de pases magnéticos sobre sus cuerpos, algunos de estos enfermos sufrían una crisis convulsiva durante el sueño, para posteriormente despertar ya curados o con mucha mejoría de su enfermedad. Un poco después, Mesmer se percató de que no eran necesarios los objetos magnetizados, sino que era suficiente el tocar a la persona o, más aún, tocar (o magnetizar) el agua antes de que el enfermo la bebiera. De esta manera, Mesmer llegó a la conclusión de que estaba dotado con el magnetismo animal, una especie de fluido que él podía almacenar y transferir a los demás para curarlos (105).

Un seguidor de Mesmer, el marqués Chastenot de Puységur, declaraba hacia 1780 que las crisis meméticas eran innecesarias

rias, debido a que él podía influir sobre personas mesmerizadas, únicamente con hablarles. Este hombre utilizó la hipnosis tanto como se le usó hasta hace relativamente poco tiempo, es decir, a través de la sugestión directa y, fue él quien denominó SONAMBULISMO a este estado de trance cuando, al magnetizar a un enfermo, con sorpresa lo vió caer en un sueño tan profundo como para que presentase los fenómenos de hipermnésia y de amnesia poshipnótica (105).

La fama que alcanzó Mesmer con sus espectaculares afirmaciones terapéuticas, le valió para recibir en París, el nombramiento de una comisión de investigación que incluía al diplomático norteamericano Benjamín Franklin así como al químico -- francés Antonine Laurent Lavoisier. Dicha investigación concluyó en 1784 afirmando que el susodicho fluido magnético no existía; que las recuperaciones notables y sorprendentes de la enfermedad no eran negadas pero, estas se debían a la mera imaginación. Así, desacreditada como un tópico de investigación objetiva, la hipnosis fue abandonada y olvidada y, más aún, se tendió a relacionarla con el misticismo, el curanderismo y el charlatanismo (132a).

Otra figura importante en el desarrollo histórico de las técnicas hipnóticas, está representada por el Abate Faria. -- Hacia 1815, después de peregrinaciones religiosas por la India y el Oriente Medio, se presentó en París el sacerdote portugués José Custodia de Faria. Al principio adoptó las teorías

magnéticas de Mesmer y Puységur, siendo discípulo de este último, aunque ya había visto y practicado los fenómenos hipnóticos en la India. Este sacerdote utilizaba la técnica de inducción de la fijación de la mirada con una sugerencia autoritaria de "¡Duerma!". Se puede afirmar, sin temor a equivocación, que la principal aportación de este personaje consistió en, llamar la atención, de manera indirecta, sobre la importancia de la autosugestión, de las expectativas y atribuciones del paciente, en la inducción del trance hipnótico. En opinión de Custodio de Faria era la voluntad del paciente y el poder de la sugestión lo que conducía a lo que él llamaba "sueño lúcido" (57).

Por otra parte, aproximadamente hacia 1840 el médico inglés John Elliotson en Londres y James Esdaile en Calcuta (54), hicieron un amplio uso del trance mesmérico para practicar la cirugía mayor sin dolor, incluyendo entre otras las amputaciones de pierna. Ambos médicos respaldaban la creencia en el fluido invisible de Mesmer y, Elliotson prefería el níquel por ser, de acuerdo con él, particularmente útil en la inducción del trance. Sin embargo, el editor del periódico Lancet, Thomas Wakley, cambió hábilmente el níquel por el plomo y como observó que este era igualmente de efectivo que aquél, denunció la creencia en las teorías de Mesmer como un "fraude mesmérico" (132a).

Como ya es sabido, fué James Braid, un cirujano escocés,

quien hacia 1841 acuñó el término de HIPNOSIS (del griego ---- hipnos, que significa sueño) para designar un estado parecido al del sueño fisiológico, el cual, sin embargo, permite un amplio rango de respuestas conductuales ante cualquier estimulación. Así, este autor suponía que este estado era producido en una persona, cuando ésta fijaba su mirada de modo intenso y prolongado en un punto luminoso situado a cierta distancia de ella. Debido a esta afirmación, se ha considerado a Braid como el creador de LA TECNICA DE INDUCCION DE LA FIJACION DE LA MIRADA. De igual manera, el término que aplicó Braid para designar aquello que en otras ocasiones llamara "sueño nervioso" (28) fue el de HIPNOTISMO. Actualmente se usa de manera genérica la palabra HIPNOSIS para representar ese estado de trance de conciencia o conocimiento (53c) y, el término HIPNOTISMO -- que ha sustituido al de "braidismo" se utiliza para referirse al estudio y la práctica de la hipnosis. Por lo tanto, el hipnotismo propiamente dicho, empezó con Braid, como consecuencia de sus esfuerzos por explicar la verdadera naturaleza de los fenómenos mesméricos. Actualmente se piensa que estos fenómenos eran una combinación de manifestaciones hipnosuggestivas y psicopatológicas, equivocadamente atribuidas a los efectos del fluido vital del magnetismo animal (132a, 170ch.). La principal aportación científica de Braid fue haber sabido aislar aquel elemento que él llamó hipnotismo, del conjunto de fenómenos mesméricos.

Unos 40 años más tarde, Jean Martin Charcot dió el segun-

do paso adelante, muy importante, cuando llegó a la conclusión de que la hipnosis no constituía una entidad única, sino que formaba un conjunto de tres estados nerviosos distintos: la catalepsia, la letargia y el sonambulismo. Asimismo, afirmaba que cada uno de dichos estados podía inducirse por separado mediante determinados procedimientos físicos. A estos tres estados, Paul Brémaud añadió un cuarto: la fascinación. Charcot afirmaba, además, que esos estados tenían una base neurosomática y que sólo podían ser inducidos en personas que sufrían de GRANDE HISTERIA, idea que luego incorporaría Pierre Janet en su obra fundamental (93) sobre la histeria. No obstante, hacia el año 1884, la teoría de Charcot empezó a ser vigorosamente atacada por Hippolyte Bernheim, quien partía de ciertas reflexiones hechas algún tiempo antes por Liébeault, médico rural que había usado las técnicas meméricas entre la gente pobre de Nancy. Bernheim mantenía que la hipnosis y los fenómenos que la acompañan no eran manifestaciones patológicas, sino que se debían enteramente a la sugestión⁵. No afirmaba, sin embargo, como a veces se ha pretendido, que la hipnosis como fenómeno psicológico o estado mental no existiese; pero tanto él como Liébeault creían firmemente que era de naturaleza funcional y que se producía por sugestión, como todas las demás manifestaciones hipnóticas. No cabe duda que los experimentos realizados por Liébeault y Bernheim para apoyar su tesis, contribuyeron a la buena aceptación que tuvo su teoría y; asimismo, no

5.- Postura teórica que se replantearía posteriormente con los estudios realizados por la nueva Escuela de Nancy, representada principalmente por Emile Coué (36) y Charles Baudoin (10).

es aventurado suponer que 40 años de progreso en el desarrollo del método científico y el cambio de atmósfera intelectual, -- también contribuyeron poderosamente al éxito de la teoría de la sugestión propuesta en principio por Liébeault y posteriormente respaldada por Bernheim (132a, 170ch).

Por este tiempo, el médico austriaco Josef Breuer, introdujo una importante innovación en el uso de la terapia hipnótica, la cual implicaba la aplicación de esta más allá de la simple sugestión de la eliminación de los síntomas. Mientras se encontraba tratando a la paciente por parte de su padre, de un abceso peripleurítico, Breuer se sintió confundido por el hecho de que a pesar de todos sus esfuerzos hipnóticos, por aliviar a esta paciente, los síntomas que ésta presentaba empeoraban progresivamente. Esta mujer se sentía incapacitada por síntomas físicos estresantes como su incapacidad para tomar agua y, por estados alternos de conciencia (173a).

Breuer descubrió, accidentalmente, que cuando se le pedía a Ana que hablase libremente bajo hipnosis, ésta experimentaba una profunda reacción emocional para posteriormente exhibir un decidido alivio de sus quejas. Breuer aprendió de la manera de expresarse de Ana, que los estados de somnolencia en los -- que caía ésta, todas las tardes, eran repeticiones⁶ de las vigilias que Ana experimentó junto a su padre enfermo, mientras

6.- Esto concuerda con la afirmación de Erickson, N. (53c) en el sentido de que las manifestaciones presentes en el trance hipnótico, son una repetición de lo que aprendemos en el estado ordinario de vigilia.

lo cuidaba en sus primeras etapas de su enfermedad. Aunque la condición general de Ana mejoró gradualmente, continuaba exhibiendo estados alternos de conciencia, se mostraba indolente, irritable, desobediente y en algunas ocasiones alucinando activamente (173a).

Una tarde, durante un momento de calor intenso, Ana sufrió de gran sed pero, para su sorpresa y espanto, se dió cuenta de que era incapaz de beber agua. Durante las siguientes seis semanas, Ana mitigaba su sed comiendo exclusivamente frutas, sobre todo las ricas en el preciado líquido. Durante una sesión hipnótica, Ana reveló, con una gran dosis de coraje, cómo, para su gran disgusto, una institutriz anterior le había permitido a un perro tomar agua de un vaso, en presencia de ella. -- Hasta este momento, Ana se había contenido de protestar para ser cortés y de buena educación. Después de esta revelación, Ana sorprendió a Breuer cuando le pidió una copa, la cual ella consumió sin excitación alguna, despertando del trance hipnótico con el vaso en sus labios. Posteriormente, ya no hubo re--currencia alguna de su rechazo a beber agua. La conclusión de Breuer fué que, el acto de recordar la experiencia del perro - bebiendo del vaso, originó que el síntoma se desvaneciera (173 a).

Después de esto, Breuer intentó asociar todos los hábitos peculiares de la paciente, con aquellas experiencias de deño o disgusto experimentadas por ella en el pasado. Una mañana,

Ana fué hipnotizada y se le pidió que se concentrase en todos aquellos pensamientos y recuerdos concernientes a un síntoma - en particular. A medida que ella hablaba, se iba tomando nota de sus producciones en rápida sucesión. Por la tarde de ese mismo día, durante una segunda sesión hipnótica, Ana ELABORO - los eventos que se habían anotado previamente. De esta manera se hizo un trabajo retrospectivo de las situaciones hacia sus primeras causas. Sólo hasta que se descubrió la causa básica el síntoma desapareció, para lo cual se requirió de una buena inversión de trabajo. Por ejemplo, para tratar de comprender por qué Ana fracasaba en oír a una persona entrar en la habita ción principal, ella detalló ciento ocho ejemplos antes de revelar el principal, en el que estaba involucrado su padre, el cual finalmente había removido el síntoma (173a).

Así, de manera gradual, Ana recordó bajo hipnosis todos - los eventos asociados con el desarrollo de su histeria. En julio de 1880 cuando su padre enfermó por vez primera, ella y su madre compartieron la responsabilidad de cuidarlo. En una -- ocasión, durante la ausencia de su madre, mientras esperaba al cirujano que venía de Viena, Ana despertó de su sueño por un - sentido de presentimiento de algo desagradable y con una gran ansiedad. Después de esto, ella corrió hacia la habitación de su padre enfermo y sentándose junto a su cama, lo cuidó sosteniendo su propio brazo derecho sobre el respaldo de una silla que se encontraba en la habitación. En el momento en que Ana empezó a dormir, también comenzó a fantasear que una serpien

te negra salía de la pared y, que se dirigía hacia su padre como si lo fuese a morder. Ella tuvo el impulso de tirar lejos a la serpiente pero, su brazo derecho pareció estar paralizado y dormido. Después vió sus dedos y observó con pavor, que estos se habían transformado en pequeñas serpientes de cascabel. En ese momento Ana quiso rezar, pero su ansiedad era tan grande que las palabras se negaron a salir, hasta que finalmente recordó una oración infantil inglesa, únicamente en este idioma inglés, Ana pudo lograr pensar y rezar para sí misma. Sin embargo, el ruido de una locomotora interrumpió su ensueño. Al siguiente día de este ensueño, mientras se encontraba caminando por los jardines de su casa, Ana vió una ramita doblada en el piso la cual evocó la alucinación de la serpiente y, como resultado de esto, se dió automáticamente una contractura de su brazo derecho. (173a).

La incapacidad de Ana para probar alimento alguno, se debió al constante sentimiento de ansiedad que experimentó durante la enfermedad de su padre, el cual había interferido con su apetito. Su sordera apareció por vez primera cuando intentó eliminar el sonido producido por su padre, en una ocasión en que tuvo un ataque sofocante. La causa de su problema visual también estuvo asociada con su padre. En una ocasión en que se encontraba sentada junto a su padre, no se pudo contener y las lágrimas llenaron sus ojos; en ese momento su padre le preguntó la hora, y debido a que su visión estaba borrosa, le fué necesario acercarse su reloj a los ojos para poder ver

mejor. La cara del reloj, que era chica, le pareció a Ana muy grande. Los síntomas de macropsia y del estrabismo convergente simbolizaban esta experiencia. Una disputa durante la cual Ana tuvo que reprimir una respuesta, le originó una contrac---ción en su garganta, este síntoma laríngeo se repitió poste---riormente en varias ocasiones. A través del descubrimiento de la experiencia asociada con la primera aparición del síntoma, Ana pudo "relacionar" su anestesia, su tos, su temblor y otras quejas para, finalmente, hacer presente un ataque histérico ca---bal y con esto eliminarlo (173a).

El mérito del trabajo de Breuer se encuentra en el cambio de énfasis que le dió a la terapia hipnótica, de una remoción directa de síntomas a una indagación profunda de las causas de los síntomas. Sin embargo, existe cierta evidencia de que Janet descubrió, de manera simultánea, la técnica de liberación de los "efectos estrangulados" asociados con los recuerdos ---traumáticos; pero, tradicionalmente se le ha dado a Breuer el crédito de dicho descubrimiento (173a).

El método de Breuer pronto atrajo el interés de muchos mé---dicos, entre los cuales sen encontraba Sigmund Freud, quien --- junto con aquél, publicara el libro ESTUDIOS SOBRE LA HISTERIA en 1895. En este libro Freud afirmaba: "Hemos hallado, en e---fecto, y para sorpresa nuestra, al principio, que los distin---tos síntomas histéricos desaparecían inmediata y definitivamen---te en cuanto se conseguía despertar con toda claridad el re---

cuerdo del proceso provocador, y con él, el efecto concomitante, así como, si el paciente describía con el mayor detalle posible dicho proceso, dando expresión verbal al afecto involucrado. (64a).

Breuer y Freud concluyeron que, los síntomas histéricos se desarrollaban como resultado de experiencias muy perturbadoras para el individuo, las que habían sido reprimidas. La energía mental asociada originalmente con dichas experiencias era bloqueada por el mecanismo de la represión, en su intento por alcanzar la conciencia. Así dicha energía, se transformaba en inervaciones corporales; de tal manera que, la descarga del afecto estrangulado ("abreacción") hacia los canales normales de la conciencia, llevada a cabo bajo tratamiento hipnótico, hacían innecesario que dicha energía se transformase en síntomas. Debido a que parecía ser que esta técnica drenaba cantidades importantes de emoción, reprimidas en el inconciente, se le denominó METODO CATARTICO(173a).

Freud instituyó otra modificación importante en la técnica hipnótica. Intentando hipnotizar a una joven mujer, Lucie R. (64a), quien se quejaba de depresión y de sensaciones subjetivas en el sentido del olfato, Freud fué incapaz de inducir un trance sonambúlico "esencial" para el tratamiento "catártico". Recordando un experimento hecho por Bernheim, en el cual había logrado que un paciente recordara en estado de vigilia, mediante cierta persistencia, sus experiencias vividas durante

un trance sonambúlico. Freud colocó su mano sobre la frente del paciente y le pidió que expresara verbalmente , todos los pensamientos que cruzaran por su mente. De esta manera, por medio del proceso de LA ASOCIACION LIBRE eran traídos de la superficie, todos aquellos recuerdos y fantasías que el paciente consideraba insignificantes como para mencionarlos. Así, Freud fue capaz de recuperar las experiencias patogénicas importantes -- sin recurrir a la hipnosis (173a).

Quizá el descubrimiento más significativo de Freud fué el que se refiera a los motivos y resistencias decisivas para el proceso del olvido. Las razones personales de Freud para dejar de lado la hipnosis se pueden resumir de la siguiente manera: a) él estaba dedicado personalmente en desarrollar el psicoanálisis y, en particular, la técnica de asociación libre., b) -- por otra parte, en sus tentativas hipnóticas tuvo una serie de fracasos, pues no lograba obtener el trance sonambúlico en una cantidad apreciable de pacientes y., c) finalmente, descubrió que la hipnosis suscitaba en el paciente (y posiblemente en el médico) un grado de excitación sexual que volvía incómoda su utilización. Las razones más objetivas en que Freud fundamentó su oposición a la hipnosis son las siguientes: a) la sugestión no logra producir efectos terapéuticos duraderos., b) la -- hipnosis no muestra el juego y la interacción de las fuerzas mentales y la dinámica psíquica., c) la hipnosis oculta las -- resistencias del paciente e inhibe de este modo una psicoterapia efectiva y., d) las técnicas hipnóticas dan al paciente -- la impresión de un experimento de laboratorio y, en este senti

do, afectan las condiciones requeridas para la psicoterapia --
(106 a).

Este análisis profundo de las aportaciones de Breuer y --
Freud se llevó a cabo en base a dos consideraciones muy impor-
tantes y, hasta cierto punto, paradójicas: a) primero, la hip-
nosis jugó un papel decisivo en el origen y desarrollo de la -
escuela psicoanalítica y., b) fué precisamente este desarrollo
del movimiento psicoanalítico, el que influyó, en algún grado,
en el abandono por casi treinta años, del uso de la hipnosis -
como una técnica psicoterapéutica. En este punto cabe decir, -
respecto a la primera consideración, que el mismo Freud afirmó
"Nunca se exagerará bastante la importancia del hipnotismo - -
para la historia de la génesis del psicoanálisis. Tanto en sen-
tido teórico como terapéutico, el psicoanálisis administra una -
herencia que el hipnotismo le transmitió (64b).

Como se puede deducir, el período de 1885-1905 representa
el momento de interés y actividad máximos sobre el hipnotismo,
principalmente en Francia y Alemania, interés que sólo vuelve--
ría a ser igualado a partir de los cincuenta y hasta hoy en --
día.

Aproximadamente hacia el año 1910, el interés científico-
y médico por el hipnotismo había prácticamente desaparecido. -
Se ha dicho a menudo que los responsables de esta pérdida de -
interés fueron, principalmente, Freud y el psicoanálisis. Tam-
bién se ha sugerido que esta pérdida de interés se debió al -
empleo del hipnotismo por charlatanes y artistas de teatro. Un

examen atento de los documentos de que se dispone no ha confirmado ninguna de estas dos explicaciones. "El obvio que los resultados poco convincentes del hipnotismo y de la sugestión, - tal como entonces eran utilizados, tenían que dejar paso a --- cualquier otra técnica psiquiátrica o médica prometedora y, -- ciertamente fueron causa de que se explorase en otras direcciones. Además, y sin tener en cuenta que la mayor parte de las investigaciones hasta entonces habían sido realizadas por médicos, cuyo foco de interés estaba coambiando, las fuerzas culturales y sociales que habrían de producir el conductismo, el -- operacionalismo y el positivismo lógico tuvieron indudablemente una gran influencia en la merma de interés experimentado hacia el hipnotismo. Puede también haber sucedido que después - de medio siglo de investigaciones, que culminaron en la aceptación casi general de las ideas de Bernheim, los hombres de --- ciencia pensaron que poco quedaba por descubrir en aquel campo. Pero sea lo que fuere, durante los 30 años siguientes sólo se realizaron algunas esporádicas investigaciones, con un -- momentáneo y limitado aumento del interés hacia el empleo psiquiátrico de la hipnosis, durante la primera y segunda guerra mundial. En estos períodos, los psiquiatras militares utilizaron la hipnosis para el tratamiento de las "neurosis de guerra", con excelentes resultados, pues precisamente en estos -- cuadros patológicos debidos a causas recientes, el poder dar -- salida a la emoción y angustia reprimida tenía un efecto terapéutico extraordinariamente favorable, cosa que se lograba muy bien con la ayuda de la hipnosis (170ch).

De esta manera, se reavivó el interés por el empleo de la hipnosis, tanto en la remoción directa de síntomas como en la revivificación de las experiencias reprimidas. Una revisión excelente de esta fase histórica del hipnotismo fué descrita - por Brown, Wingfield y Hadfield. Estos dos últimos autores -- usaron el fenómeno de la regresión con sus pacientes, para que revivieran su experiencia traumática, y sobre todo, para que liberaran las emociones relacionadas con dicha experiencia, durante la regresión. Así fué precisamente Hadfield quien utilizó por vez primera el término HIPNOANALISIS, para denominar a este procedimiento empleado por él y su colega. Por tanto, la neurosis de guerra representaron el ejemplo más dramático de - cuán efectivo podría resultar el uso de la hipnosis, en el alivio de los síntomas a través de la liberación de la escena --- traumática. Erickson y Kubier (1941) y Erickson (1943)⁷, reportaron el uso de este procedimiento de la regresión, en el - tratamiento de un caso de depresión histérica aguda y de una - intolerancia hacia el alimento, respectivamente (173a).

Los trabajos más detallados y publicados sobre este campo del hipnoanálisis, son los de Linder (1944)⁸ acerca del tratamiento de un psicópata criminal, por una parte; y la obra fundamental de Wolberg (173ch), en este tópico, sobre el trata--- miento de un caso de esquizofrenia heberfrenética.

7.- Los reportes completos de estos estudios se pueden encontrar en Rossi, E.L., 1980; THE COLLECTED PAPERS OF MILTON H. - ERICKSON. vol. 3, págs. 122-142.

8.- Se puede encontrar un breve resumen de este caso en Rhodes R.H., HIPNOSIS. TEORIA, PRACTICA Y APLICACION 1960; Aguilar, - México. págs. 137-146.

Linder afirmaba que el hipnoanálisis es equivalente a una remoción quirúrgica de aquellas barreras y obstáculos, que liberan el sustrato psíquico para que emerja lo reprimido al nivel de la conciencia. Asimismo, existe una gran variedad de técnicas, aparte de la regresión y la revivificación, que se utilizan en el procedimiento del hipnoanálisis tales como la inducción de sueños, el dibujo hipnótico, la hipnografía, la hipnoplastia, la escritura automática, la observación en un cristal o espejo, la terapia de juego, la asociación libre, el conflicto experimental, la técnica de visualización teatral de Wolberg y la técnica ideomotora de señales de Erickson. Una descripción más amplia de estas técnicas se puede encontrar en Meares (124), Wolberg (173ch), Hartland (80) y Fromm (66a,b).

Respecto a la última de las técnicas mencionadas anteriormente, Erickson fué el primero en describir el uso de movimientos simbólicos con la cabeza. para obtener respuestas de "sí" y "no" cuando los pacientes encontraban difícil hablar en estado de trance. De la misma manera, LeCron (117b) encontró que podía emplear un péndulo de Chevreul para el mismo propósito, y posteriormente agregó el uso de los movimientos inconcientemente controlados de los dedos para obtener respuestas de "sí" "no" y "no quiero contestar". Desde entonces esta técnica se ha utilizado ampliamente y puede ser conveniente tenerla presente en nuestro armamento terapéutico. (80).

Por otra parte, mientras todo esto se suscitaba en América, en Europa empezaba a prestarse atención a los estudios de la escuela reflexiológica rusa, representada principalmente -- por Pavlov y los reflexiólogos que han continuado su obra entre los que se pueden mencionar a Platonov (138), Torres Norry (162) y A. S. ^Komen (145). Pavlov definió el sueño fisiológico como un conjunto de procesos reflejo, ampliamente inhibitorios del cerebro, y concluyó que la hipnosis era un estado inhibitorio similar en el que, sin embargo, permanecen activos algunos centros de excitación neural. Este punto de vista de Pavlov tuvo una gran aceptación entre los científicos soviéticos y en algunos de Europa oriental, quienes a su vez, han demostrado una tendencia a usar períodos prolongados de sueño, - que pueden abarcar desde 24 horas hasta 30 días, en la terapéutica psiquiátrica, tomando en consideración todas las atenciones médicas necesarias para cada caso en particular. Una revisión extensa de este tipo de terapéutica se puede encontrar en la obra de Torres Norry (162), quien la ha usado en una gran variedad de desórdenes psicósomáticos y neuróticos.

Por otra parte, por los años treinta se revivió un interés momentáneo por el empleo terapéutico de la hipnosis, cuando el psicólogo experimental Clark L. Hull, en Norteamérica, - aplicando métodos cuantitativos a estudios controlados de laboratorio, del fenómeno complejo de la hipnosis, concluyó en --- 1933 que tal como Bernheim afirmara, la hipnosis podía ser --- comprendida más ampliamente como una forma de hipersugestibili

dad. Así, podemos afirmar que Hull consiguió demostrar, por vez primera, que los fenómenos hipnosuggestivos podían ser objeto de estudio científico, y que es posible estudiarlos junto con los demás fenómenos psicológicos (132a, 170ch).

Por otro lado, el segundo momento de interés y actividad máximos sobre el hipnotismo, se inició en los años cuarenta, con una aproximación clínico-experimental inspirada por los trabajos pioneros de Milton H. Erickson (53a,b,c, 147a,b y 175) los cuales han sido muy relevantes como una estrategia de investigación, que a su vez, ha conducido a nuevas aplicaciones terapéuticas de la hipnosis que hacen énfasis en una de las tantas reglas expuestas por Erickson, la cual consiste en TOMAR TODO LO QUE EL PACIENTE NOS APORTA PARA LA SOLUCION DE LOS PROBLEMAS INTERHUMANOS (167a). Algunos de los principales exponentes de estos nuevos enfoques a la psicoterapia en general y a la hipnoterapia en particular son, por mencionar sólo algunos: Arazo (4a,b), Zeig (175), Haley (79a,b,c), Watzlawick (167a,b), Watzlawick, Helmick y Jackson (168), Fish, Wakland y Segal (60); quienes han enfatizado la importancia del lenguaje tanto verbal como no verbal, para una comunicación eficaz en el proceso del cambio terapéutico, a través del uso más frecuente de las paradojas, metáforas, parábolas y en general, del relato de anécdotas y cuentos, estos últimos especialmente con los niños.

Esta nueva perspectiva a la psicoterapia en general, y a

La hipnoterapia en particular, se expone más detalladamente en el apartado que se refiere a las direcciones actuales y futuras en el uso de la hipnosis.

Por último, es justo dar el debido reconocimiento y mencionar que gran parte de la actual respetabilidad de que goza la hipnosis, así como también muchos de los nuevos conocimientos acerca de ella, pueden ser acreditados a Ernest R. Hilgard quien a raíz de la fundación del Laboratorio de Investigación sobre la Hipnosis en 1957, y por ende, de los estudios realizados allí mismo, de los cuales uno de los más importantes fue la realización -en colaboración con André M. Weitzenhoffer- de las Escalas de Susceptibilidad Hipnótica, ha influido profundamente la investigación sobre la hipnosis durante los últimos 25 años (103b, 132a, 172).

Un análisis más detallado de las razones que justifican esta influencia, se expone en el apartado concerniente a la susceptibilidad o responsividad hipnótica.

Ahora bien, en lo que se refiere al uso de la hipnosis en nuestro país, este se puede remontar a los tiempos del México precolombino (96) en que se utilizaba como un "conjuro" para echar sueño. Esta investigadora cita dos textos de dos autores de inicio del siglo XVII, recolectores de "conjuros", quienes lo mencionan, si bien, no utilizando el término hipnotismo. Uno de los textos es bilingüe, en náhuatl y en español; el o--

tro únicamente dá la versión española y, asombrosamente las -- dos versiones coinciden, aún cuando están tomadas de diferen-- tes autores y en dos regiones diferentes. El siguiente es un extracto del texto bilingüe: "en el conjuro para echar sueño, afirman que el encantado que tal, que de ninguna manera des--- pierta, aunque hagan de él cuanto quisieren, y si lo han exper-- imentado como lo certifican, es cierto que es expresa obra -- del demonio, en especial, siendo como siempre es, dirigido a -- alguna obra mortal como hurto o adulterio". Yo sacerdote, cua-- ya hermana es la diosa Kochiquetzal, aunque mucho la guardaban los sacerdotes, y el resto del pueblo, el príncipe y los más - poderosos con que era imposible entrar, para lo cual invoqué a voces al sueño y con eso se fueron todos a los nueve profun-- dos. Porque yo soy el mancebo, yo al que crujen las coyontu-- ras, y que disparatadamente grito a todas partes. Ea ya ven, sacerdote uno pedernal. Vé a saber si duerme ya mi hermana -- que ya voy a sacarla para que no codicien a mi mancebo, para - que no me codicie ninguno de sus hermanos, para que ne me codi-- cien cuando la lleve a los nueve profundos que ya he de llevar al centro de la tierra y es para entregarla ahí a las tinie--- blas, para que aunque la vuelva por 4 partes no sienta. Yo -- que soy la guerra, para quien todo es burlas y que ya dispongo burlas de todos convirtiéndolos en otros, haciéndoles quedar insensibles; yo que soy la misma guerra burlador de todos, que los quiero ya entregar para que ,ueden borrachos perdidos en - tinieblas (de sueño). El texto prosigue: "Con estas palabras afirman, no sólo que los conjurados quedan dormidos, sino aún

parecen insensibles (o anestesiados), y así hacen de ellos --- cuanto se les antoja, cargándolos y llevándolos a otras partes. También afirman que no despertarán si no los desencantan, y para el desencanto usan de otras palabras en que significan que lo que dijeron en el primer encanto no fué verdad, sino apa--- riencia, y que lo que afirmaban como perpetuo era sólo temporal". 'Para traer a estos del centro de la tierra y de las -- cuatro partes, y para que no sea verdad que los encanté y convertí en otros y que dormían y que fueron a los nueve profundos, ni que los llevó el sueño o tinieblas. Ea aquí, que ya los vuelvo y les quito el encanto del sueño, yo que tengo como borrachera nocturna'. El texto continúa: "Con esto dicen, que da deshecho el encanto y despiertos los encantados, y por no - olvidar el demonio sus mañas, despues de estas palabras, están los papeles, IN NOMINE DOMINE, en que manifiesta el demonio su ambición".

El texto anterior nos hace comprender a Sahagún cuando dice que Mocthecuzoma, cuando supo que ya venían los españoles - camino a México, envió a los "agoreros", los encantadores y -- los nigrománticos, para que con sus encantamientos "los empeciesen y maleficiesen, pero no pudieron hacer nada; ni sus encantamientos los pudieron empecer". En otro párrafo, el mismo Sahagún describe la actitud de los españoles ante los encantadores y lo que les dijeron: "Tú no nos engañarás, no te bur-- larás de nosotros. Tú no nos amedrentarás, no nos cegarás los ojos. Tú no nos harás mal de ojo, no nos torcerás el rostro.

Tú no nos hechizarás los ojos, no los torcerás tampoco. Tú no nos amortecerás los ojos, no nos los atrofiarás. Tú no echarás lodo a los ojos, no los llenarás de fango" (96, 109b).

Después de leer lo anterior, es obvio que los españoles - ya sabían el poder que usaban los mexicas para "amortecer los ojos", para "empecer los ojos", es decir, para hipnotizar.

Ahora cabe la pregunta importante, ¿con qué fines utilizaban los mexicas el hipnotismo? Si consideramos al pie de la letra las informaciones de los autores, tendríamos que aceptar que lo hacían con fines delictivos, de acuerdo a los dos primeros autores mencionados, o con fines defensivos, de acuerdo con Sahagún. Los primeros mencionan hurtos y adulterios; Sahagún, como un recurso desesperado de defensa. Lo primero lo ponemos en duda por dos razones que creemos válidas: la primera es que la sociedad mexicana tenía una moral extraordinariamente rígida; la otra razón es que los dos primeros escritores eran sacerdotes católicos, y por el tiempo en que vivieron, condicionados a ver en toda práctica indígena algo demoníaco o en contra de la religión cristiana, por ejemplo: a los sacerdotes mexicas los mencionan despectivamente como "sátrapas" y a los médicos como hechiceros (96).

Es sabido que todo investigador de las culturas prehispánicas, tiene que hacer a un lado todas las consideraciones de orden religioso en que abundan los cronistas de los siglos XVI

y XVII, hasta dejar la información escueta y simple, ya que en el caso que nos ocupa es el siguiente: EL INDIGENA PREHISPANICO, PARTICULARMENTE EL MEXICA, UTILIZABA EL HIPNOTISMO, (96).

Por otra parte, en el siglo pasado el hipnotismo se utilizó en el tratamiento de los ataques histero-epilépticos, extracciones y curaciones dentales y parálisis (111); en cirujías menores, obstetricia, en bronquitis, contracturas, parálisis y afonía histérica, en la dipsomanía y morfínomanía, en la neurastenia y en la enuresis y en el tratamiento del insomnio, (135) y; en los paroxismos de la risa en la histeria (90) de manera preeminente. Más recientemente, el hipnotismo ha sido utilizado principalmente por médicos cirujanos y odontólogos (2, 46, 154, 155).

Por otra parte, en cuanto al uso del hipnotismo en el campo de la psicoterapia -principalmente por parte de psicólogos clínicos- podemos mencionar los trabajos de Robles U. (143) y de Domínguez T. (por comunicaciones personales); quienes están realizando una árdua labor clínico-experimental en dicho campo del hipnotismo, con la doble finalidad implícita de promover su uso por los profesionales de la salud -en particular, la salud mental y, más específicamente, por los psicólogos clínicos- y por ende, disipar todas aquellas concepciones absurdas y mágicas, que han desvirtuado su uso terapéutico desde los tiempos más remotos, en beneficio último de la disminución o alivio del sufrimiento humano.

Como se puede inferir, el uso terapéutico del hipnotismo en nuestro país, apenas empieza a tener un lugar dentro de la gran variedad de instrumentos utilizados por los profesionales de la salud mental, especialmente por los de orientación -dinámica y conductual.

3.2 TEORIAS ACTUALES SOBRE LA HIPNOSIS.

No obstante el intenso estudio empírico actual sobre el fenómeno hipnótico, aún no existe una teoría explicatoria -quizás un poco a excepción de las propuestas por Wolberg (173a), por Erickson a través de quienes han continuado su obra por -- ejemplo Haley (79a,b,c), Zeig (175), Watzlawick (167a,b), Watzlawick, Wakland y Fish (169) y Fish, Wakland y Segal (60) y; - por Bellak (12) y Erika Fromm (66a,b)- que sea aceptada por la mayoría de los estudiosos de dicho fenómeno. Esto quizá sea -debido, en parte, a que todas las teorías propuestas hasta hoy en día son individualistas, es decir, que los proponentes de -las mismas sólo tienden a defender a "capa y espada" su propia postura, y "no tienen ojos" para considerar otras posibles ex -plicaciones de dicho fenómeno hipnótico.

Durante su larga historia, la investigación sobre la hipnosis se ha caracterizado por un consenso general en cuanto a sus observaciones básicas, y por otra parte, por una controve -rsia considerable sobre su interpretación. Edmonston (1981) re -vivió el argumento de Braid, respecto a que la hipnosis funda-

mentalmente era un estado similar a la relajación, pero dicho argumento parece aplicarse únicamente a la hipnosis "neutral" en ausencia de sugerencias (pero no de autosugerencias de acuerdo con Baudouin, sin fecha) para producir alteraciones en la experiencia, el pensamiento y la acción. Responder a las sugerencias (con autosugerencias de acuerdo con Baudouin, sin fecha) es central en la hipnosis, y la mayoría de la controversia teórica gira en torno a esto. Sheehy Perry (1976) han provisto un resumen crítico de los paradigmas teóricos que han dominado la investigación en el campo de la hipnosis, durante todo el período transcurrido desde su resurgimiento; algunos de estos paradigmas son los de Barber, Hilgard, Orné, London y Fuhrer, Sarbin y Sutcliffe. Shor (45, 151) ha ubicado los conflictos teóricos comunes en una perspectiva histórica, identificando el problema fundamental de la investigación en hipnosis, como un conflicto entre un escepticismo exagerado, por una parte, y por la otra, un fracaso en reconocer que los fenómenos hipnóticos ofrecen algo nuevo sobre la mente que es necesario que aprendamos (103b).

En realidad, con mucha frecuencia, ha sido muy popular en la investigación sobre la hipnosis, clasificar las teorías individuales en "crédulas" y en "escépticas". De la misma manera en que Sutcliffe lo describió, el punto de vista "crédulo" sostiene que los procesos psicológicos, evocados por sugestión hipnótica, son idénticos a los provocados por condiciones de estimulación real y actual; en contraste, la consideración ---

"escéptica" sostiene que el sujeto actúa de acuerdo a las sugerencias recibidas, al tiempo que se mantiene conciente del estado actual de los sucesos que le rodean. Mucho de la fricción teórica se ha generado por la pregunta o problema de si la hipnosis es un estado especial o alterado de conciencia. Hilgard (1969-1978 b) identificó dos versiones del estado del concepto. La opinión fuerte sostiene que ciertos fenómenos -- son únicos a la hipnosis. Desde esta perspectiva, todos los fenómenos hipnóticos o todos los individuos hipnotizables, comparten un grupo de atributos psicológicos. El fracaso en encontrar alguno de los fenómenos hipnóticos (amnesia, lógica -- del trance u observador oculto), que se presentan de manera casi consistente en todos los sujetos que han sido hipnotizados, y que no se pueden observar en otro estado diferente al de la hipnosis, con mucha frecuencia es interpretado como una duda de la condición de que la hipnosis sea un estado especial de conciencia (Sarbin y Coe, 1972). Por supuesto que esto sería un problema, sólo si la hipnosis fuese considerada como un conjunto propio definido por atributos separadamente necesarios y enlazadamente suficientes (193b).

Por otra parte, Hilgard identificó una versión más débil sobre el estado del concepto de la hipnosis; en este sentido, afirmaba que la hipnosis sólo es útil como un rubro que representa un dominio de fenómenos característicos, entre los que se incluyen las conductas sugeridas y los autoreportes de la propia experiencia. Pero, tal como él observara, esta versión

encuentra dificultad al tratar con el hecho de que todos los fenómenos característicos de la hipnosis, también se pueden observar posthipnóticamente, cuando el trance hipnótico ha sido formalmente terminado y los sujetos reportan, no mucho tiempo después, sentirse aún hipnotizados. Si el término "estado" se interpreta sólo como un signo de taquigrafía, sin propiedades causales o futuros definidos asociados a él, la pregunta de si la hipnosis es un estado especial de conciencia, desaparece como un resultado sustantivo de lo anterior y, de esta manera, los investigadores pueden proceder a analizar concienzudamente, los fenómenos hipnóticos y las diferencias individuales en la susceptibilidad hipnótica, en términos de sus mecanismos subyacentes (103b).

Por otra parte, podemos afirmar que desde el momento en que James Braid demostró, de manera casi concluyente, que la hipnosis era meramente una experiencia subjetiva, han habido tres principales líneas de investigación respecto a la naturaleza de la hipnosis: la patológica, la fisiológica y la psicológica.

3.2.1 TEORIAS PATOLOGICAS.

Charcot y sus alumnos, Binet y Féré, llevaron a cabo una serie de experimentos en la Salpêtrière que los convencieron de que la hipnosis era un fenómeno patológico. El trance era para ellos meramente un síntoma de la histeria, debido princi-

palmente a que dicho trance podía inducirse fácilmente en los pacientes histéricos (Wolberg, 1948a).

Aún cuando esta noción fué rechazada por Bernheim quien expuso las falacias de los experimentos de Charcot, esta teoría ganó un considerable número de seguidores. Aún hoy en día, se pueden encontrar algunos investigadores que creen en el carácter histérico de la hipnosis. Sin embargo, tal como Eysenck señaló, existe poca evidencia que apoye esta teoría. De hecho, las personas no histéricas son, con mucha frecuencia tan hipnotizables e incluso más hipnotizables que muchos pacientes histéricos (18, 19, 173a).

3.2.2 TEORIAS FISIOLÓGICAS.

Las teorías fisiológicas argumentan que el proceso de la hipnosis va acompañado por cambios físicos en la corteza cerebral. Por ejemplo Bennet, se anticipó a expresar la idea de que había una suspensión de la actividad de la sustancia blanca de los lóbulos cerebrales, con la subsecuente actividad exagerada de las partes restantes. Heidenhain especuló que el trance resultaba de una inhibición de las células ganglionares del cerebro. De la misma manera, Vincent sugirió la existencia de una inhibición de un grupo de funciones mentales, así como la aceleración de otro grupo. Sidis creía que la hipnosis se debía a una disociación funcional entre las células nerviosas. Ernest Hert sugirió la presencia de una anemia cere-

bral como una causa del trance hipnótico, retomando con esto - las ideas propuestas por Carpenter y Hack Tuke. Más recientemente, se llevaron a cabo intentos, con poca o ninguna evidencia, por clasificar a la hipnosis como una función obscura del sistema nervioso autónomo. Eysenck, inclinado hacia una hipótesis ideomotora, creía que la hipnosis podía explicarse aludiendo a las propiedades de la conexión de los nervios sinápticos. De igual manera, éste autor afirmaba que la hipnosis conducía toda la fuerza de la energía nerviosa, hacia canales nerviosos más pequeños, con lo cual se disminuía la resistencia sináptica y por ende, se facilitaba el paso de dicha energía nerviosa. Esta aseveración era un tanto similar a la creencia de McDougall, quien consideraba a las manifestaciones somáticas de la hipnosis sobre la base de que la desviación de la -- atención voluntaria, del mundo exterior, podría estar concentrada en cuanto a fuerza sobre el sistema vasomotor, originando con ello cambios que no serían posibles en el ámbito de la conciencia normal (173a).

No obstante lo anterior, hasta hace relativamente poco -- tiempo, han habido unagran cantidad de investigaciones conducidas a esclarecer el sustrato fisiológico, de una gran cantidad de trastornos psicósomáticos; entre estas se pueden mencionar las de Torres Norry (162), Platonov (138), lasde Bernard E. -- Gorton, Ronald E. Shor (74, 151) y las de Léon Chertk (41a,b).

La evidencia de que la hipnosis es un fenómeno fisiológi-

co, generalmente ha estado indicada por la similitud de aquella con la "hipnosis animal", el sueño fisiológico, los estados disociados y con los reflejos condicionados.

3.2.2 .1 HIPNOSIS E "HIPNOSIS ANIMAL".

Como ya es sabido, la gran mayoría de las aves como los canarios y las gallinas, las ranas, los sapos entran en un estado semejante al hipnótico cuando están sujetos a ciertos estímulos. Así por ejemplo, cuando a los lagartos, las ranas y los sapos se les gira súbitamente sobre su espalda y se les frota rítmicamente esta parte inferior, pierden el tono muscular y se vuelven inconcientes de lo que sucede a su alrededor. De la misma manera, cuando a otros animales se les coloca en posiciones extrañas o no acostumbradas, desarrollan el fenómeno de la catalepsia. En muchos animales, todas estas condiciones parecidas al trance hipnótico, son producidas por el temor y parece ser un mecanismo de muerte fingida que tiene un propósito defensivo. Verworn demostró que dichas reacciones eran reflejos de naturaleza tónico-muscular. Asimismo, observó que la ablación del cerebro no destruía dichas reacciones; y, en base a esto, tanto Spiegel como Goldblom creían que el núcleo rojo era el centro que gobernaba estas respuestas (173a).

La cuestión que surgió de estos hallazgos fue si dichas manifestaciones eran realmente hipnóticas en cuanto a su naturaleza, debido a que existía la duda en cuanto a que si la ca-

talepsia en los animales era o podía ser similar a un trance - en los seres humanos. Aún cuando los humanos dan indicios claros y convincentes de la presencia del fenómeno de la catalepsia, este fenómeno es uno de los menos frecuentes de todos aquellos que se pueden observar durante y después del trance -- hipnótico (173a).

Respecto a la "hipnosis animal", Weitzenhoffer (170a, ch) ha indicado que esta equivale a la catalepsia humana provocada de Charcot, producida por una estimulación repentina. Asimismo, ha señalado que nunca se ha demostrado que dicha "hipnosis animal" posea el menor parecido con la heterohipnosis, con la que, incidentalmente, de los tres síndromes de Charcot sólo tiene en común el "sonambulismo". Además, afirma Weitzenhoffer, existen pruebas de que la "hipnosis animal" que mejor cabría denominar estado de inmovilización provocada, puede diferenciarse fisiológicamente de la forma normal que adopta la hipnosis en los humanos. Por último, este autor afirma, que un estudio bibliográfico puede demostrar que la expresión "hipnosis animal", proviene enteramente de una generalización indebida del término hipnosis por razones de carácter teórico.

3.2.2.2 LA HIPNOSIS COMO UN ESTADO SIMILAR AL SUEÑO NORMAL.

Una teoría común respecto a la naturaleza de la hipnosis, la considera como una variante del sueño normal o fisiológico. Pavlov insistió bastante en su tesis de que la hipnosis y el -

sueño eran estados idénticos, dependientes de áreas de inhibición localizadas en los hemisferios cerebrales. Ravinovich, adheriéndose a las ideas de Pavlov, creía que la fijación de la vista durante la inducción hipnótica, agotaba y extenuaba el cerebro, para finalmente inhibir un área específica de la corteza. De esta manera, la ausencia de estímulos distractores estimulaba la propagación de dichas inhibiciones hacia las áreas adyacentes hasta que se presentaba el trance hipnótico (173a).

Posteriormente, Kubie y Margolin reevaluaron este mecanismo. De acuerdo con estos autores, el prerequisite fisiológico básico para la inducción de la hipnosis, era la creación de un foco de excitación central con áreas de inhibición circundante a dicho foco. Esta condición se podía asegurar por medio de la inmovilización y de estímulos monótonos de baja intensidad. Así por ejemplo, la fijación de la vista sobre un punto en particular podía inmovilizar al individuo. Asimismo, estos autores observaron que se presentaba una reducción de la excitación en el aparato oculo-motor, así como en todo el sistema sensorio-motor, la cual ajustaba a la persona hacia actividades exploratorias con los ojos. De igual manera, al mismo tiempo que se suscitaba esto, los estímulos sensoriales disminuían y el resto de aquellos eran repetidos monótonamente. Así, la repetición sensorial que resultaba tenía un efecto hipnagógico. Por ende, la presencia de la hipnosis parecía corresponder a un sueño fisiológico parcial (173a).

Sin embargo, otras autoridades en este campo, afirmaban - que la semejanza de la hipnosis con el sueño fisiológico era - totalmente superficial. Dichos autores señalaban que la fija- ción de la vista, no era un factor esencial para el proceso de la inducción hipnótica, y que los sujetos podían pasar al tran- ce mediante la mera sugestión de que lo hicieren.

Las pruebas fisiológicas demostraron que el estado hipnó- tico en sí mismo no era en todo similar al sueño normal. Por ejemplo, una persona dormida no reacciona ante ciertos estímulo- los de intensidad promedio, mientras que una persona hipnotiza- da responderá incluso ante estímulos subliminales. De tal ma- nera que los reflejos disminuidos ó abolidos en el sueño nor- mal, no se ven afectados durante la hipnosis. Por ejemplo, -- Bass encontró que el reflejo patelar obtenido durante la hipno- sis, se parece más al que se puede observar en el estado de vi- gilia. De igual manera, Wible y Jenness reportaron que los ha- llazgos obtenidos en estudios electrocardiográficos y respira- torios durante la hipnosis, se aproximaba más a los obtenidos durante el sueño normal. En este mismo sentido, Loomis, Har- vey y Hobart descubrieron que los potenciales cerebrales de su- jetos que se encontraban en trance hipnótico, eran caracterís- ticos del estado de vigilia. Por último, los trabajos de My- gard sobre la circulación cerebral, de Uldwyn sobre la presión s_anguínea, la biometría hemática y el análisis químico de la sangre y, el trabajo de Beck, Dorcus y Pattie acerca de la ac- tividad mental fracasaron en correlacionar la hipnosis con el

sueño (173a).

Por otra parte, es verdad que en algunas ocasiones se puede establecer el rapport con una persona dormida, y que se le pueden proporcionar ciertas sugerencias a las que aquella responderá. Sin embargo, esto no prueba que el sueño sea necesariamente un tipo de hipnosis o viceversa. Tal como Hull señaló acertadamente, es más probable que un individuo pueda pasar del sueño al estado hipnótico de la misma manera en que puede entrar, durante la fase sonambúlica, en un sueño hipnótico tan profundo del cual no desee ser despertado (173a).

Por ende, el consenso general radica en que, aún cuando los fenómenos que se presentan durante la inducción del trance hipnótico, por medio de la fijación de la vista a un objeto, puedan parecerse a las primeras etapas del sueño normal, el estado actual de la hipnosis no está relacionado directamente con el sueño fisiológico ó normal. La hipnosis como una forma de sueño, fracasa en explicar la gran cantidad de manifestaciones del trance así como la función dinámica de este último --- (173a).

3.2.2.3 LA HIPNOSIS COMO UN PROCESO DISOCIATIVO.

Como ya es sabido por la gran mayoría de clínicos, en el sonambulismo histérico y en los estados de fuga se "apoderan" de la conciencia un grupo inconciente de recuerdos y activida-

des, temporalmente, que funcionan de manera autónoma. Estos recuerdos y actividades generalmente se encuentran reprimidos en el estado normal de vigilia. Janet (93) atribuyó este fenómeno a la división o disociación de un importante grupo de recuerdos e ideas, de la principal corriente de cognición de un individuo. "Él reconoció que los esfuerzos disociados, aún --- cuando fuesen subconcientes, podían influir la conducta de una persona. Debido a que era posible inducir, bajo hipnosis, fenómenos parecidos a los síntomas de la histeria y, a que el individuo podía realizar "proezas" mentales complicadas que involucraban el pensamiento y el juicio sin tener que recurrir a los procesos simbólicos habituales, Janet consideró a la hipnosis como una especie de sonambulismo análogo a la histeria. En este sentido, resultaban operativos los trabajos de una segunda conciencia disociada, a la cual Janet denominó el "co-conciente"⁹. Prince, Burnett y Sidis apoyaron la aseveración de Janet en el sentido de que los procesos intelectuales podían funcionar, durante la hipnosis, de manera simultánea e independiente (173a).

La teoría de la disociación fué, durante muchos años, considerada la clave en la investigación de la naturaleza de la hipnosis. La profundidad del trance hipnótico estaba relacionada, presumiblemente, con el grado de disociación. Se consideraba que tanto la histeria como la susceptibilidad hipnótica

9.- Este concepto tiene una gran relación con el del YO OBSERVADOR y sus diferentes modalidades, planteadas en la obra de Deikman (45):

dependían de la aptitud para disociar. Se pensaba, que las diversas funciones gobernadas por el cerebro eran, durante la hipnosis y por medio de la sugestión, divididas en otras varias funciones (173a).

La hipótesis de la disociación era particularmente adecuada para la noción de la hipnosis como una forma de automatismo. Esta noción tuvo su origen en la temprana teoría que postulaba la existencia de dos niveles distintos de conducta, el nivel de la intención, la voluntad y el empeño y, el nivel de la actividad refleja. Debido a que la hipnosis parecía anular la voluntad, se pensaba que algún tipo de reflejo de la conducta se -- haría presente, de manera automática y disociado de la conciencia, particularmente en el estado posthipnótico (173a).

Aún cuando pudiera parecer, que la amnesia posthipnótica -- surge del hecho de la disociación de un grupo complejo de recuerdos, la investigación subsecuente (147a, b) reveló que la amnesia es un fenómeno artificial, más aparente que real. El -- trabajo de Patten, Life, Scott y Mitchell, los llevó a concluir que no existía una barrera real entre dos grupos de actividad -- mental, aparentemente aislados y disociados. Dorcus, Pattie y -- Lundholm afirmaron, que en lugar de la disociación, se podía -- encontrar un alto grado de coordinación durante el trance. -- Mientras por una parte, la disociación puede explicar algunos -- fenómenos de la hipnosis, por otra, resulta incapaz de explicar muchos otros. Por ejemplo, esta teoría ha fracasado en explicar la naturaleza arbitraria y cambiante, de los sistemas declarada

mente disociados, así como, en esclarecer la participación activa de los elementos supuestamente disociados, en la conducta del sujeto (173 a).

Prince enfatizó originalmente que disociación era función del mecanismo del cerebro normal y, al igual que la asociación libre, existía con el propósito de adaptar al individuo a su ambiente. Freud (64c) demostró que una gran parte, quizá la mayor parte, de la vida mental era inconsciente, y que este preciso pensamiento y razonamiento podían ocurrir fuera del rango de la conciencia. También demostró, que bajo ciertas condiciones -por ejemplo cuando la ansiedad va asociada a la ejecución de un acto o impulso- las influencias represivas excluían el acto o impulso de la conciencia. Así, la represión no reducía la actividad dinámica del grupo de esfuerzos excluido, sino que más bien se utilizaban errores en el habla, sueños, actos simbólicos y síntomas neuróticos para ganar cierta expresión y así aminorar la excitación del Yo por la ansiedad experimentada. Otro ejemplo de esto se puede observar en la histeria, en donde se pueden obtener patrones complicados de conducta durante los estados de fuga, el sonambulismo y durante el funcionamiento de una personalidad múltiple. (173a).

De esta manera, se puede considerar que la disociación tiene una función importante y que puede ser contemplada como una forma de conducta motivada. Esta tendencia disociativa se puede incrementar por medio de la sugestión, particularmente durante el trance hipnótico. Sin embargo, esto no prueba que la

hipnosis sea básicamente un estado de disociación, ni tampoco - que una persona que se encuentra en trance, pueda siempre llevar a cabo dos actividades independientes, mejor, que en el estado de vigila. White indicó que la persona hipnotizada actúa de manera disociada, debido a que las sugerencias que le son dadas la hacen sentir que necesita realizar actividades separadas e independientes. Mientras que por un lado se podría cuestionar mucho la aseveración de White, en el sentido de que un individuo hipnotizado, siempre está realmente desempeñando un papel-debido a la presencia de cambios orgánicos que están más allá del mero control voluntario- su aseveración en cuanto a la naturaleza de la actividad durante la hipnosis, por otro lado, es más racional que atribuible a un proceso mecánico disociativo (173a).

3.2.2.4. LA HIPNOSIS COMO UNA RESPUESTA CONDICIONADA.

El hecho de que un estímulo verbal pudiese, durante el trance, inducir cambios de naturaleza orgánica dirigió la atención hacia la posibilidad de que los fenómenos hipnóticos, - - fuesen tipos particulares de reflejos condicionados. En 1922, - Cason, utilizando la técnica de Pavlov, condicionó la constricción y dilatación de la pupila al sonido de un timbre. Posteriormente, Hudgins continuó la labor de aquél y después de condicionar la contracción pupliar al sonido del timbre, le permitía al sujeto manipular por sí mismo tanto el timbre como el circuito de luces usados en dicho estudio, en el momento que -

pronunciaba la palabra "contracción". Después de cierto tiempo esta palabra producía una reacción de la pupila. Después de -- esto, la contracción pupilar se condicionó con mucho éxito a -- la manera propia de expresarse del sujeto, es decir, en voz -- baja y, finalmente, dicha contracción se condicionó al sólo -- pensamiento de la palabra. Por otra parte, Menzies reportó el -- condicionamiento de la constricción y dilatación vascular peri -- férica ante estímulos verbales. Por ejemplo, cuando alguno de -- sus sujetos pronunciaba, e incluso pensaba en la palabra "frío" -- ó "nieve", se presentaba una constricción en las venas. De la -- misma manera, cuando pensaban en palabras con una conotación -- de cálido o caliente, se producía una vasodilatación. Jacobson midió el funcionamiento habitual de los músculos y descubrió -- que cualquier pensamiento relacionado con actividades muscula -- res, podía estimular dicho funcionamiento en los músculos -- apropiados a la actividad en cuestión. Así por ejemplo, cuando -- sus sujetos se visualizaban flexionando sus brazos, inmediata -- mente se generaba la acción lógica en los músculos del brazo. -- la cual duraba hasta que la persona dejaba de pensar en dicha -- actividad (173a).

Por otra parte, tanto Pavlov como Bechterev indicaron que -- se podía condicionar las palabras tanto a estímulos internos -- como externos, y que dichas palabras podía producir por sí mis -- mas reacciones orgánicas. Platonov (138) presentó la hipote -- sis de que en la hipnosis, la palabra se convierte en el estí -- mulo que establece los reflejos condicionados de naturaleza -- fisiológica. Dichos reflejos, afirmó Platonov, son copias de --

reflejos orgánicos innatos heredados y., la sugestión es un -- simple y típico reflejo condicionado y, por esta razón, no existe función alguna que, bajo ciertas condiciones, no pueda ser promovida, inhibida o cambiada por su contraparte por medio de claves verbales adecuadas al objetivo en cuestión (173a).

Estos estudios parecieron dar cierto crédito científico a la teoría ideomotora de William James, quien postulara que cualquier idea, a menos que fuera inhibida, tendía a expresarse -- por sí misma de manera automática a través de la conducta (esta formulación ya se revisó más ampliamente en el apartado 1.4 del primer capítulo). Actualmente, existe bastante evidencia de que lo que pensamos va asociado con sus correspondientes -- actividades musculares. Eysenck intentó probar la teoría de que toda idea motora tendía a realizarse y, para tal efecto, -- usó en sus experimentos una de las pruebas del balanceo postural, descritas ampliamente por Weitzenhoffer (170a) para su uso en la determinación de la susceptibilidad hipnótica. Eysenck concluyó que la sugestibilidad era una resultante de dos -- fuerzas, la acción y la inhibición ideomotora (173a).

No se puede negar, que la teoría del reflejo condicionado es una postura intensamente interesante e indudablemente esclarecedora de algunas reacciones físicas, incluso de ciertas reacciones psicológicas complejas., pero, sin embargo, no parece poder explicar una gran cantidad de fenómenos importantes y -- complejos que se presentan en y después del trance hipnótico.-- No representa, en sí misma, una respuesta completa al problema

concerniente a la naturaleza de la hipnosis.

3.2.3. TEORIAS PSICOLOGICAS

3.2.3.1. LA HIPNOSIS COMO UNA FORMA DE SUGESTION

La gran mayoría de las autoridades en el campo de la hipnosis, pensaba que esta representada un estado exagerado de sugestionabilidad. Por ejemplo, Hull afirmaba que todos los fenómenos observados durante el trance, podían inducirse, es un grado menor, mediante la sugestión en el estado de vigilia. Esta sugestionabilidad aumentada se expresaba en sí misma, tanto como una acción ideomotora en la cual una idea tiende a inducir una conducta automática, así como una respuesta ante estímulos - sociales, particularmente las relaciones de prestigio (173a).

Como se podrá observar, estas ideas fueron retomadas a partir de las declaraciones de los primeros autores, que concibieron el fenómeno hipnótico como un mecanismo sugestivo, entre los que se pueden mencionar como los más importantes a el abate Faria, Braid, Liébeault y Bernheim (15).

Los investigadores en el terreno de la hipnosis han reconocido desde antiguo la estrecha conexión existente entre el fenómeno sugestivo y la hipnosis. Empero, como señaló Wolberg- (173a), "el reconocimiento de que la sugestión de prestigio puede inducir un trance, en realidad nos dice poco sobre la naturaleza de la hipnosis".

No es siempre la fuerza lógica de los argumentos lo que -

determina la aceptación de lo sugerido., en el hombre medio -- predomina más comunmente la actitud emocional frente al que -- sugiere y lo que se sugiere. Por ejemplo, la mayoría de las -- prácticas de la medicina no pueden divorciarse de la sugestión. Las drogas prescritas por un especialista de renombre, que cobra al paciente honorarios elevados, tienen resultados más -- rápidos y duraderos que las preparaciones idénticas prescritas por el médico de la familia. Esto demuestra la parte importante que puede desempeñar el "prestigio", la "autoridad" y el -- "respeto", en toda relación humana (80).

3.2.3.2. LA TEORIA ATAVICA DE AINSLIE MEARES.

Este distinguido hipnólogo australiano afirmó que el mecanismo básico de la hipnosis consistía en una regresión atávica, entendida como "un regreso a la actividad de remotos antecesores, antes que a una actividad infantil". Meares se apoyó en -- el criterio que consideraba el pensamiento lógico y la evaluación crítica como adquisiciones filogenéticas recientes frente a la sugestión, a la cual concebía como un mecanismo mental -- primitivo que excluía la intervención del juicio crítico (118).

De acuerdo con Meares, asociados a esta regresión básica y apoyadas en ella operaría varios mecanismos psicológicos: la identificación, la introyección, el condicionamiento, la disociación, el desempeño de un papel determinado, defensas histéricas y comunicación por medio del comportamiento. La superposición de estos mecanismos psicológicos sería responsable de --

las características clínicas más notorias del trance hipnótico. Además, la naturaleza primitiva de la hipnosis estaría expresada en "la ausencia relativa del juicio crítico, la emoción desinhibida, la manera semi-infantil de actuar y la ausencia de sofisticación según lo expresaba dibujos, pinturas y modelados en arcilla efectuados por sujetos hipnotizados". Meares destacó que la regresión hipnótica era esencialmente atávica, o más precisamente, de índole filogenética, y no como creía Ferenczi "un regreso a la relación del niño con sus padres". Para corroborar este criterio, Meares mencionó los casos de la autohipnosis didáctica y los estados de suerdo-trance ("la hipnosis de carretera" y el "sueño en vigilia"), donde no existe una figura paterna, ya sea en la realidad o en la fantasía (124).

Meares consideraba que los mecanismos psicológicos, citados anteriormente, confirmaba la naturaleza regresiva de la hipnosis. Así la identificación e introyección se activaban durante la inducción hipnótica, acentuando la sugestibilidad respecto al operador y con ella la regresión. El condicionamiento era concebido por Meares como un proceso más bien primitivo, señalando que el mismo adquiriría mayor efectividad cuando actuaba sobre una base de regresión atávica. De igual manera consideraba que, salvo los estados de fuga, la disociación observada durante el trance hipnótico era más amplia en su naturaleza que la observada en vigilia. Los fenómenos disociativos son relativamente comunes en los pueblos primitivos, lo cual hacía presumir a Meares que la mayor disociación que él observara -

durante el trance estuviese relacionada, en el fondo, con la - regresión atávica. Asimismo, sostenía que las manifestaciones- históricas eran una de las características clínicas más sobresalientes del trance hipnótico (124).

De acuerdo a lo anterior, la teoría atávica requiere que- la regresión sea aplicada, no en el ámbito del comportamiento- sino en el de la función mental. En otros términos, una regre-- sión de la función mental adulta normal a un nivel intelectual lógico, a una función mental de nivel arcaico en el cual el pro- ceso de la sugestión determine la acetación de las ideas suge- ridas. Según lo indicara el mismo Meares, esta hipótesis de la regresión atávica de ninguna manera sugiere que el hombre pri- mitivo vivía en un estado permanente de hipnosis. Supone que - el hombre primitivo, antes de que desarrollara la habilidad - para la evaluación lógica de las ideas, las acetaba por el -- proceso más primitivo de la sugestión. En resumen, la esencia- de la teoría de la regresión atávica consiste en que la hipno- sis representa un regreso a una forma más primitiva de funcio- namientomental, en la cual la sugestión desempeña un papel pri- mordial. En la práctica clínica, una mayor profundidad del - - trance sería el resultado de una regresión atávica más profun- da, y por ende, en los trances más ligeros la regresión sería- menos completa. (80).

3.2.3.3. TEORIA DE LA ECLUSION PSIQUICA RELATIVA DE RHODES

Este autor concibió la mente humana como formada por dos-

planos antagónicos en estado de equilibrio recíproco, semejante a una balanza. Dichos planos son:

a). EL OBJETIVO: El cual dirige los sentidos (oído, vista, olfato, etc.) y posee la capacidad para razonar mediante la inducción y la deducción.

b). EL SUBJETIVO: Que dirige la memoria y sólo posee capacidad para la deducción. De tal manera, el único medio de refutar una generalización es llegar a otra contraria sobre la - - base de los detalles conocidos: por lo tanto, faltando la capacidad de inducción en el plano subjetivo, la mente en este plano no puede rechazar las sugerencias ó generalizaciones que se le impartan. Ambos planos, el objetivo y el subjetivo, están - en equilibrio dinámico: cuando uno se adelanta ó predomina en el funcionamiento mental, el otro retrocede. El predominio de uno de ellos excluye los procesos del otro en grado relativo - y concomitante. Cuando predomina el plano objetivo, el plano - subjetivo concomitante. Cuando predomina el plano objetivo, el plano subjetivo se retrae, la actividad sensorial se intensifica y la memoria empobrece. Cualquier idea fantástica o anormal es rechazada inmediatamente por la facultad de inducción. - - Según Rhodes, en el sueño normal y en el trance hipnótico, predomina el plano subjetivo, dirigido por el hipnoterapeuta durante dicho trance, como una generalización aceptada por el -- sujeto. El plano objetivo se retrae, la actividad sensorial es escasa o nula. aparece la hipermnnesia. Cualquier idea fantástica o anormal es aceptada como verdadera por la incapacidad de

razonar inductivamente, lo que hace de las sugerencias recibidas, generalizaciones incontrovertibles (141a).

Este autor sostenía que durante la autohipnosis el plano objetivo en retroceso del propio sujeto, dirige al plano subjetivo, que pasa a predominar ¹⁰.

Si bien esta teoría explica algunos fenómenos del proceso hipnótico, adolece de excesiva simplificación, ya que no abarca el hecho de que los sujetos en profundo sonambulismo (plano subjetivo predominante) mantienen una perfecta capacidad sensorial y son capaces de deducir e inducir correctamente. Si aceptan generalizaciones (sugerencias) fantásticas no es porque esté abolida la capacidad inductiva, sino por que en el fondo "aceptan suspender" la misma a los fines del proceso hipnótico. El sujeto, aunque después del trance olvide todo lo sucedido durante el mismo, en trance profundo tiene conciencia de la situación, como lo demuestra diversas experiencias, y si "suspende su capacidad inductiva" ello es aparente: en realidad acepta la situación hipnótica y se adhiere globalmente, por medio de su nuevo YO HIPNOTICO, a las sugerencias impartidas, mediante una concentración total. En otras palabras, la situación hipnótica al modificar el Yo del sujeto, encuadrándose dentro de sus disposiciones temperamentales, hace que éste se conecte con la realidad por conducto del operador y no "disminuye" su capacidad inductiva, sino que el sujeto "prefiere" --

10. Como se puede observar la teoría de Rhodes tiene algunas similitudes con lo propuesto por Ornstein (133)(167a) sobre la especialización de los hemisferios y sus conocimientos resultantes.

11. Erickson, M.H. An experimental investigation of the possible antisocial use of hypnosis: en Rossi, E.L. The collected papers of Milton E. Erickson, 1980. 4 Vols. Irvington publishers Inc. N.Y.

aceptar las generalizaciones del operador. Pero, a pesar de -- esto, se puede observar sólo en la práctica y por medio de las experiencias de Erickson¹⁸ y otros, el sujeto puede, en general, rechazar con éxito sugerencias (o generalizaciones) contrarias a sus tendencias básicas, principios morales e instinto de conversación (118).

3.2.3.4. TEORIAS PSICOANALITICAS.

Como ya se mencionó en el apartado inicial del presente -- capítulo, los descubrimientos de Freud sobre la dinámica inconsciente de la vida psíquica estuvieron estrechamente relacionados con la hipnosis, que él mismo practicara en sus primeros -- años de psicoterapeuta. Como es sabido, su pco éxito como hipnólogo clínico, le llevó a buscar un método terapéutico para -- las neurosis que excluyera el empleo de la hipnoterapia. De -- ello surgió el psicoanálisis. Más tarde se agregaron sus genuas investigaciones sobre los procesos mentales inconscientes -- que intentó explicar con diversas teorías. Freud hizo de la líbido la clave dinámica de su teoría de las neurosis. Asimismo -- utilizó dicha teoría para interceptar el fenómeno hipnótico, -- pues consideraba a este "como un deseo inconsciente de gratificación libidinoso por parte del sujeto", por lo cual vinculó la hipnosis al estado de enamoramiento. En PSICOLOGIA DE LAS MA--SAS Y ANALISIS DEL YO Freud escribió: "Del enamoramiento a la hipnosis no hay gran distancia, siendo evidentes sus coincidencias. El hipnotizado dá con respecto al hipnotizador, las mismas pruebas de humilde sumisión, docilidad y ausencia de crítica

ca que el enamorado con respecto al objeto de su amor. Comprubase asimismo en ambos el mismo renunciamiento a toda iniciativa personal. Es indudable que el hipnotizador se ha situado en lugar del ideal del Yo. La única diferencia es que en la hipnosis se nos muestran todas estas particularidades con mayor claridad y relieve, de manera que parecerá más indicado explicar el enamoramiento por la hipnosis y no ésta por aquél. El hipnotizador es para el hipnotizado el único objeto digno de atención., todo lo demás se borra ante él. La relación hipnótica es un abandono amoroso total con exclusión de toda satisfacción sexual, mientras que en el enamoramiento dicha satisfacción no se halla sino temporalmente excluida y perdura en segundo término, a título de posible fin ulterior". La posición de Freud frente a la hipnosis, recuerda el error de otro investigador genial, Charcot. Ambos interpretaron el complejo fenómeno hipnótico desde un fundamento rígido y parcial. "Al considerar la clave de la hipnosis como un fenómeno puramente libidinoso Freud cometió el mismo error metodológico que Charcot - al equiparar histeria e hipnosis. Al respecto, Kretschmer en sus ESTUDIOS PSICOTERAPEUTICOS (1954) escribió, no sin cierta amargura: "¿Cómo es posible desconocer tan completamente la esencia de la hipnosis? ¿Cómo se puede menospreciar y desperdiciar tan inutilmente un instrumento tan soberano, un conjunto tan complicado de fenómenos creadores? Poseemos un valioso instrumento y lo usamos chapuceramente (118).

Si bien es indudable que tanto las pulsiones afectivas del

sujeto, así como las del hipnoterapeuta, pueden intervenir fundamentalmente en el desarrollo del trance hipnótico, la compleja fenomenología de éste no puede reducirse a un fenómeno de "gratificación libidinosa" o a un "estado de enamoramiento".

Por otra parte, Ferenczi emitió una teoría "parental" de la hipnosis. Dicho autor consideraba a ésta como una situación en que los sentimientos inconscientes del sujeto se proyectaban en el operador, invistiéndolo de caracteres maternos y paternos, viviendo él mismo la situación como hijo. La dinámica de esta relación interpersonal estaría en la fe ciega y obediencia determinadas por el amor y el miedo a los padres. Ferenczi asociaba la inducción monótona con el arrullo maternal. En este sentido, como observó Mc Dougall, si esta interpretación fuera totalmente cierta, un hipnólogo (a) sólo podría hipnotizar a aquellos sujetos que hubiesen tenido una relación tal con los padres, que pudiera reactivarse positivamente durante el trance. Sin embargo, muchos sujetos en franca oposición con sus padres y sin relación temerosa con ellos, pueden realizar trances perfectamente profundos. Es aceptable que las experiencias filiales graviten el proceso hipnótico pero no se puede hacer de ellas la clave de su mecanismo (118).

Por otro lado, Silder y Kauders (1927), consideraron los fenómenos hipnosuggestivos como de naturaleza esencialmente erótica. Se apoyaban en las frecuentes acusaciones sexuales que se hacía contra el operador. De acuerdo con estos autores, esta actitud erótica sería una subordinación masoquista e incon-

dicional al operador a fin de evitar el sufrimiento. Dentro de la psicodinámica del masoquismo, se observa una identificación del masoquista con una figura despótica como medio primitivo de adquirir su poder. Según estos autores, dicha situación se verifica en la hipnosis, actuando el sujeto como masoquista y el operador como figura despótica. Las fantasías infantiles de omnipotencia mágica que se hallan latentes en el inconciente del sujeto son proyectadas sobre el operador, invisiéndolo de un poder omnipotente que sería adquirido por el sujeto en el acto de la identificación. Por su parte, el hipnotizador en forma más o menos inconciente, se sentiría omnipotente y demandaría del sujeto una absoluta subordinación masoquista (118).

Lo mismo que las teorías de Freud y Ferenczi, esta de Schilder y Kauders adolece de simplificación. La experiencia ha demostrado que personas absolutamente carentes de mecanismos masoquistas, resultan ser excelentes sujetos durante el trance hipnótico, así como otros realmente masoquistas, presentan algunos problemas en alcanzar incluso un trance superficial. Asimismo, la experiencia hipnótica, objetivamente considerada, no resulta una "subordinación masoquista" sino una experiencia normalmente placentera y constructiva, donde el sujeto no regresa necesariamente a pautas de funcionamiento infantil, sino que aún desarrolla una personalidad más evolucionada y madura. Esto se expresa en la práctica por una mayor facilidad para "romper" la transferencia, al término del tratamiento, revelada por los pacientes tratados con hipnoanálisis respecto a los

tratados psicoanalíticamente (118).

Sandor Rado en 1926 pensaba que el hipnotizador pasa a -- funcionar durante el trance como un nuevo super Yo que sustituye al del sujeto. Robert M. Linder (1956) desarrolló ampliamente este concepto, analizando las profundas transformaciones que experimenta la psiquis del sujeto durante el trance hipnótico. Afirmaba que, debido al estrechamiento del campo de la atención y a la creación de una nueva "Gestalt" (estructura) social, la figura del operador era introyectada e incorporada en el Yo inconciente del sujeto. Partiendo de esta incorporación del operador en el Yo del paciente, se crea una forma única y extraordinariamente especial de RAPORT que, explica la rapidez con que el hipnoanálisis explora el inconciente del sujeto. El hipnoanalista introyectado, pierde la cualidad camaleónica que el paciente le proyecta a partir de sus defensas y resistencias (lo cual actúa en el plano conciente), y al mismo tiempo, retiene la cualidad de un objeto al que se reacciona, según las demandas derivadas de la experiencia individual del sujeto. Así, según Linder, durante el trance hipnótico el operador IMPRIME en el sujeto un papel doble y complejo: el de copartícipe en el Yo inconciente y al mismo tiempo el de OBJETO. A diferencia de Rado, Linder encontró que la hipnosis, el proceso introyectivo era controlado para localizar la imagen del hipnoanalista en el Yo inconciente y no en cualquier plano de la psiquis, como el super Yo, según sucede frecuentemente en ciertas fases del psicoanálisis corriente. El mérito e importan

cia de esta interpretación de Linder, reside en que aportó un enfoque psicodinámico certero y profundo para comprender las transformaciones del Yo durante la hipnosis. Ello no choca con los resultados de la investigación neurofisiológica sobre el mecanismo de la hipnosis, sino que los puede complementar y perfeccionar (118).

Por último, Fenichel (59) ha señalado que en la hipnosis no sólo se evidencia que la dependencia del paciente con respecto al médico, el "raport", hace las veces de neurosis sustitutiva. También queda demostrado qué clase de "raport" es el más eficaz: luego que Freud y Ferenczi afirmaron, por primera vez, que el lazo que une al paciente hipnotizado con el hipnotizador es un lazo libidinoso infantil, la investigación ulterior aclaró el problema acerca del cuál es el tipo de sexualidad infantil decisivo en este caso. En el estado de "dependencia", el paciente hipnotizado ve satisfecha una sexualidad que aún no se ha diferenciado de las necesidades narcisistas. El paciente vuelve a la fase del dominio pasivorreceptivo. Los dos primeros años de vida, en que las "omnipotentes" personas-externas se han ocupado de nosotros, protegiéndonos y proveyéndonos de alimento, techo, satisfacción sexual y una nueva participación en la omnipotencia perdida, nos han dado una sensación de sentirnos más seguros dentro de una unidad mayor, si bien con cierta pérdida de la individualidad propia. Gracias a este recuerdo, todo ser humano es factible de sentir nostalgia por un estado de esa índole todas las veces que fallan sus in-

tentos de dominio activo. Es este el tipo de anhelo regresivo que encuentra su satisfacción en la hipnosis. El hipnotizador, afirma Fenichel, se hace cargo de las funciones del super Yo - del paciente (y a veces, incluso, de algunas de las funciones del mismo Yo), a manera de un "doble parasitario del super Yo", de carácter temporario. En su carácter de tal, trata de anular la labor del superyó que previamente dió origen a la lucha defensiva.

Para terminar, Fenichel afirmó que se ha hecho recientemente nuevos y muy promisorios ensayos de "hipnoanálisis", no solamente para lograr "abreacciones", sino también para superar realmente los inconvenientes derivados del hecho de que el Yo no encara sus conflictos, así como de la permanente dependencia del Yo. La eficacia terapéutica del "hipnoanálisis" queda, por supuesto, reducida más o menos al análisis de síntomas. Iguales esperanzas e iguales limitaciones pueden adscribirse al uso de drogas tendientes a superar las amnesias y otras resistencias. Aunque el efecto de la droga es más "objetivo" que el mandato del hipnotizador, crea igualmente un estado artificial del Yo.

Como se puede observar, la postura de Fenichel como la de la mayoría de psicoanalistas ortodoxos, adolece, de una simplicidad y desconocimiento profundo sobre el mecanismo subyacente al trance hipnótico. No se puede reducir dicho mecanismo a una mera "dependencia" del sujeto. Asimismo, esta postura reafirma la tendencia de los psicoanalistas ortodoxos a considerar a la hipnosis como algo que enmascara la relación terapéutica --

intima, obstaculizando la elaboración del material proporcionado por el paciente. "El mismo Greenson deja entrever la postura de aquéllos cuando afirma: "La profesión del psicoanálisis es solitaria y uno se siente confortado de pertenecer a un grupo, pero esto bloquea y obstaculiza el progreso científico y, además, favorece el conformismo. La opinión que tiene el analista de su labor no es enteramente merecedora de confianza y suele deformarse en alguna dirección idealizada". (76).

Por otra parte, Bellak (1955), Gil y Brenman (1961) y - - Erika Fromm (66a b) han considerado a la hipnosis como una alteración (y no una eliminación) en el funcionamiento del Yo, - es decir como una regresión al servicio del Yo, en el sentido usado por Eris (81b).

Sobre la base de conceptos psicoanalíticos, Bellak (1955) propuso una teoría sobre la naturaleza de la hipnosis desde la perspectiva de la teoría de la psicología del Yo., dicha teoría la denominó: TEORIA DE LA PSICOLOGIA DEL YO DE LA HIPNOSIS. -- Bellak afirmó que el estado hipnótico podía comprenderse como un estado de autoexclusión parcial del Yo semejante al del proceso de quedarse dormido, pero no idéntico a este. En la hipnosis la autoexclusión del Yo no es tan completa como el sueño, - se mantiene el conocimiento del hipnotista y, de hecho, algunas funciones del Yo de la prueba de realidad son delegadas al hipnotista (12).

El grado de autoexclusión del Yo varía con el grado de --

profundidad de la hipnosis; es decir, durante el proceso de la hipnosis ocurre una regresión topológica que va desde la percepción inconciente, pasando por el funcionamiento inconciente, - el ensueño hipnagógico, hasta llegar al estado en que se abandona casi toda la prueba de la realidad, excepto la que se refiere al contacto sensorial con el hipnotista. Todos los fenómenos producidos en la hipnosis están bajo el control del Yo. LA TEORIA DEL YO puede explicar, por ejemplo, la ejecución de actos extra o intra agresivos bajo la influencia de la hipnosis (12).

De igual manera, Bellak (13) consideró que los principales componentes de la función del Yo, de LA REGRESION ADAPTATIVA AL SERVICIO DEL YO, consisten en una regresión moderada de la agudeza cognoscitiva y, por ende, de configuraciones nuevas sobre la realidad por parte de un individuo.

Por otra parte, en cuanto a la importancia de esta autoexclusión parcial del Yo durante el trance hipnótico, en beneficio de una adaptación óptima por parte del individuo, Hartmann (81a) la dejó entrever en sus primeros escritos sobre la psicología del Yo y las vicisitudes de la adaptación, él mencionaba: "el Yo normal debe ser capaz de controlar, pero también debe ser capaz de aceptar el deber, y este hecho, lejos de contaminar la salud, es necesario para ella. Análogamente, el Yo normal debe ser capaz de suspender temporalmente incluso sus funciones más esenciales. Un ejemplo de esto es la "pérdida --

del Yo" en la excitación sexual, cuyas formas patológicas son familiares clínicamente como angustia por esta pérdida del Yo - en el orgasmo. Llegamos a la conclusión de que el Yo normal es capaz de ceder a imperativos. En este caso la suspensión, controlada por el Yo, de ciertas funciones yoicas debe ser aprendida; es sabido que no está al alcance de los niños. No subestimamos la "función libremente móvil del Yo" -uno de nuestros mejores aliados en el trabajo terapéutico- si decimos que el Yo - no debe equipararse a una de sus funciones (en este caso el pensamiento y la acción flexibles), que el Yo sano piensa y actúa con flexibilidad, pero que no lo hace exclusivamente de tal manera; además, que en un ser humano sano ciertas funciones yoicas superiores determinan el momento en que el Yo puede hacer - un uso deliberado de los automatismos (en el sentido de un proceso mental que se encuentra en el preconciente)¹², y finalmente, que al servicio de las regulaciones yoicas, deben suspenderse temporalmente incluso realizaciones del Yo altamente desarrolladas. Esta función superior del Yo representa aparentemente lo que podría denominarse regulación central o quizás estructura de meta de una acción determinada".

Posteriormente, Hartmann (81) mencionó la existencia de casos en que la conducta adaptada y normal de personas adultas, - se logra verdaderamente por medio de la regresión. En este sentido, enfatizó el hecho de hasta en el pensamiento científico - 12.- En términos cognitivo-conductuales, estos automatismos se relacionan estrechamente con los conceptos de procesos y estructuras cognitivas propuestos por Meichenbaum (125b).

productivo, el rodeo basado en elementos irracionales, el uso de la imaginería visual en general y de elementos simbólicos, lejos de ser una desventaja, puede en realidad ser provechoso.

Por otro lado, siguiendo en la línea de pensamiento de la psicología del Yo, Erika Fromm (66a,b) ha afirmado que debido a una reducción de la actividad motora y a una relación arcaica con el hipnoterapeuta, el Yo desarrolla un subsistema regresivo. De esta manera, se da una expresión más libre de efectos e ideas, los impulsos reprimidos encuentran un medio adecuado para drenar, se presentan cambios en las sensaciones corporales despersonalización, etc.

Esta autora piensa que el concepto de REGRESION AL SERVICIO DEL YO, es uno de los conceptos teóricos aplicables a la hipnosis, más fructíferos. Esto debido a que nos puede ayudar, no solamente a formular las funciones del Yo durante el trance, sino más aún, a incrementar ciertas funciones del Yo tales como una creatividad e integración realizadas.

Asimismo, esta autora ha afirmado que lo que una vez creyó Freud, en el sentido de que "la hipnosis enmascaraba u opacaba el funcionamiento del Yo", es un mito; el individuo hipnotizado piensa, escucha la voz del hipnoterapeuta y el sonambúlico puede ver con los ojos abiertos aquello que se le sugiera. De la misma manera la percepción, sensación, pensamiento, imaginería, fantasía, memoria, aprendizaje y muchas otras funciones del Yo

se manifiestan por sí mismas durante el trance, algunas de ellas en un grado sorprendentemente notorio (por ejm., la hipermnesia y la creatividad). Algunas de estas funciones del Yo -- pueden sufrir alteraciones más fácilmente durante el trance, -- que en el estado de vigilia.

De igual manera, Fromm afirma que las funciones defensivas del Yo no se ven obligadas en ningún sentido y, que de hecho, -- estas se pueden estudiar más hermosamente en individuos que se encuentren en trance.

Por último, Fromm (66a,b) ha hablado de unASEPARACION ENTRE EL YO EXPERIMENTADOR Y EL YO OBSERVADOR¹³. En este sentido -- afirma que un paciente en psicoanálisis aprende la técnica de -- la introspección, la cual se puede definir como la habilidad pa -- ra separar el Yo observador del Yo experimentador (es decir el Yo emotivo planteado por Deikman, 1986). Esta separación ocu -- rre natural y espontáneamente durante el trance hipnótico. El Yo experimentador "regresa al servicio del Yo (observador)"; el Yo observador se mantiene en su nivel maduro de funcionamiento. Por ejemplo, en todo ejercicio llevado a cabo con la finalidad de provocar alguno de tantos fenómenos hipnóticos, llámese levi -- tación de mano, rigidez de brazo o movimientos automáticos, el Yo experimentador reacciona ejecutando la acción que le indica la idea sugerida, mientras que el Yo observador contempla y se 13.- Como se puede observar, esta separación ocurre en la imple -- mentación de la técnica de imaginaria de afrontamiento usada en -- las aproximaciones de reestructuración cognoscitiva.

divierte o sorprende al darse cuenta de la manera en que reaccionó ante el pensamiento que tuvo. Esto es una separación, una disociación del Yo experimentador a partir del Yo observador. - Expresándolo en otros términos: particularmente en los trances ligeros y medios, el Yo observador permanece conciente mientras que el experimentador reacciona a las ideas sin voluntad, por ejemplo preconciente o inconcientemente. El Yo observador se puede separar totalmente, durante el trance hipnótico, del experimentador por ejemplo, en el caso del dolor, esto puede ser observado pero no sentido.

Como se puede observar, esta TEORIA DE LA PSICOLOGIA DEL YO DE LA HIPNOSIS, se encuentra más cerca de una explicación -- más convincente sobre la naturaleza de la misma, sobre todo si se llevara a cabo un examen más profundo de las obras de Hartmann (21a,b) sobre la psicología del Yo por una parte, y por la otra, un examen sobre las semejanzas y diferencias de esta teoría con las cognitivo-conductuales expuestas más adelante.

3.2.3.5 TEORIA DE LA NEODISOCIACION DE LA CONCIENCIA.

Esta teoría se expone en este apartado de las teorías psicológicas, debido a que tal como su autor lo expuso, es conveniente esta redefinición para colocarla en un sitio aparte alejado de los excesos de las versiones más antiguas.

Ernest R. Hilgard (1973, 1977 y 1979) propuso unainterpre-

tación disociativa de la hipnosis como una alternativa a las -- conceptualizaciones de este "estado". De acuerdo con Hilgard, la disociación implica la división de la conciencia en múlti--- ples y simultáneas corrientes de actividad mental; la disocia--- ción propiamente dicha ocurre cuando una o más de estas corrien--- tes de actividad mental influyen sobre la experiencia, el pensa--- miento y la acción, fuera del conocimiento de los fenómenos y - del control voluntario. Muchos de los fenómenos hipnóticos clá--- sicos incluyendo el automatismo motor, la analgesia, ceguera, - sordera y la amnesia hipnótica parecen sugerir un concepto de - disociación. La pérdida del conocimiento de dichos fenómenos se ve ejemplificada por la analgesia y la amnesia y; el hecho - de que las percepciones y recuerdos críticos han sido registra--- dos, se ve indicado por el fenómeno del observador oculto y el de la reversibilidad, respectivamente. La pérdida del control voluntario se observa en los automatismos motores, tales como - la escritura automática o la sugestión posthipnótica (estos fe--- nómenos con mucha frecuencia van asociados con la pérdida de -- conciencia de la actividad disociada). Esta teoría la denomina--- mos de la NEODISOCIACION, para ubicarla en un sitio aparte alej--- ado de los excesos de las versiones más antiguas. La disocia--- ción con su énfasis en la conciencia dividida y en las barreras amné--- gicas entre las corrientes de actividad cognitivo-percep--- tual, provee una base para relacionar a la hipnosis con algunas teorías actualessobre la atención y memoria (103b).

El concepto de disociación ha sido criticado con mucha fre

cuencia bajo el argumento de que las percepciones, recuerdos y acciones -ostensiblemente disociadas- permanecen interactuando con otros eventos cognitivos-conductuales; resulta en las anomalías de la conducta hipnótica descritas en los inicios de la práctica de la hipnosis. De hecho, la evidencia disponible sugiere, que la mayor interferencia ocurre cuando alguna de las pruebas de susceptibilidad se lleva a cabo a nivel subconsciente. Para terminar, Hilgard ha argumentado que el criterio de la NO INTERFERENCIA, es una "importación" reciente en el concepto de la disociación y, que sólo las propiedades esenciales de los fenómenos y la experiencia de la involuntariedad, se encuentran fuera del ámbito de la conciencia del individuo (103b).

3.2.3.6 LA HIPNOSIS COMO UNA CONDUCTA SOCIAL ESTRATEGICA.

Mientras que la teoría de la neodisociación se ha centrado sobre los cambios cognitivos que se presentan como resultado de la sugestión hipnótica, otro grupo de teorías se ha enfocado sobre el papel que desempeña el contexto social en que ocurre la hipnosis. En este sentido, Sarbin y Coe (1977) han desarrollado una aproximación que denominan LA TEORIA DEL ROL SOCIOLOGICO. Esta teoría inicia con la propuesta de que los individuos hipnotizados no se comportan como son, debido a que han experimentado un cambio en su estado interno, pero se esfuerzan en desempeñar el papel del sujeto hipnotizado, tal como es definido por el hipnoterapeuta y por las más grandes instituciones socioculturales. En un análisis temprano, estos autores describieron -

un número de variables importantes para el éxito en el desempeño de dicho papel, entre estas incluyeron: la ubicación de los individuos participantes en sus propios roles, la congruencia percibida entre el Yo y el rol, la precisión en las expectativas del rol y en la sensibilidad a las demandas del mismo, la posesión de habilidades relevantes al rol y la influencia de la audiencia presente (101b).

De la misma manera, Shor (45) ya había postulado previamente, al igual que White (173a), este hecho de asumir un papel. Por ejemplo, Shor afirmaba que los sujetos de hipnosis tomaban las características de una persona hipnotizada, de acuerdo a la forma en que ellos la percibían en su cultura. La adopción del papel representa, afirmaba Shor, por lo general, el cumplimiento inconciente que, sin embargo, dirige la conducta del sujeto.

Otra postura incluida en esta aproximación sociopsicológica (y quizás una de las más atractivas para el terapeuta conductual), ha sido la que Theodore X. Barber (7) ha considerado como UN PUNTO DE VISTA COGNITIVO-CONDUCTUAL. Este autor no está de acuerdo con la existencia de un estado único de hipnosis, y, considera que términos como la inducción del trance, hipnotizado y profundidad de la hipnosis son superfluos e incluso directrices equivocadas. En base a amplias diferencias individuales -parámetros que ni están completamente delineados ni está de acuerdo con ellos- éste autor afirma que la gente lleva a cabo las tan llamadas "conductas hipnóticas" cuando presentan actitu

des, motivaciones y expectativas acordes hacia la situación de prueba, las cuales conducen a la gente a la buena voluntad de pensar e imaginar en las teorías o instrucciones que le son sugeridas. Desde esta perspectiva, los fenómenos hipnóticos se pueden comprender y manipular en términos de antecedentes y variables mediadoras, similares a los utilizados para la explicación de muchos otros fenómenos psicológicos.

Aún cuando este punto de vista no implica necesariamente -en sí mismo- una identidad fácil, puede ser útil para indagar todos aquellos elementos que son congruentes entre los procedimientos básicos de la terapia conductual, como la reestructuración cognoscitiva, y lo que ocurre durante la hipnosis.

No obstante, lo anterior, las versiones más recientes sobre esta postura teórica de la hipnosis (4a, b; 23, 163 y 165), han enfatizado la importancia de las estrategias cognitivas desarrolladas por los sujetos en respuesta a las demandas situacionales implícitas y explícitas, a fin de producir algunos fenómenos hipnóticos como la analgesia, amnesia y reapreciación cognitiva.

En este sentido, Tosi y Baisden (163), han dicho que la hipnosis maximiza la habilidad de la persona para concentrarse y dirigir su atención hacia los procesos conductuales en cuestión, sobre o por debajo del umbral de la conciencia, asimismo, minimiza las distracciones que inhiben e interfieren el proceso

de aprendizaje. Al mismo tiempo, la hipnosis constituye el medio por el cual se puede integrar el funcionamiento cortical y subcortical.

Por otra parte, Araoz (4a,b) ha dicho que lo que una persona se dice a sí misma, sobre alguna dificultad que experimente -por ejm., relacionada con su sexualidad- es con mucha frecuencia, subconsciente y trasciende la lógica y la razón. Este síntoma oculto o secundario es la principal razón para el uso de la hipnosis, debido a que el efecto en su propio nivel de operación (por ejm., subconscientemente). Asimismo, debido a que las autoverbalizaciones negativas propician imágenes mentales derrotistas, la hipnosis neutraliza ambas actividades mentales (la autoverbalización y la imaginación) de una manera positiva.

De esa manera, afirma Araoz (4a,b), estos procesos encubiertos son autohipnóticos, apoyándose en nuestra consideración de la hipnosis como UNA DESTREZA COGNITIVA. En este sentido, contraria a la postura adoptada por la mayoría de los autores en este capítulo (4b), usó el término hipnosis en un sentido amplio y general, considerándolo como una modalidad de "pensamiento" (o uso de nuestra mente, que es EXPERIENCIAL en oposición a otro que es secuencial, lógico y crítico). En esta perspectiva, y usando tanto expresiones pasadas como actuales, LA HIPNOSIS EN UN PROCESO PRIMARIO O UN TIPO DE PENSAMIENTO UBICADO EN EL HEMISFERIO DERECHO, de la misma manera que lo son la imaginación guiada (Mowrer 1977), las ensañaciones dirigidas ---

(Desoille, 1965), las técnicas encubiertas (Cautela 1977) y la imaginaria dinámica (Araoz, 1981a). Además de esto, mucho de lo conocido con el nombre de modificación de la conducta cognitiva (125a) lo consideramos aquí (4b) esencialmente como hipnosis, - en especial las técnicas del ensayo mental y el uso de la imaginación (143).

Así en base a los resultados obtenidos en la investigación citados aquí (4a), se ha probado que la hipnosis es un estado alterno de la mente (o de la actividad mental) en el cual hay una disminución de los procesos lógico y crítico, por una parte, y por la otra, un aumento de la imaginaria y sugestibilidad, LOS CUALES HACEN A LA PERSONA MAS RECEPTIVA PARA UN CAMBIO CONSTRUCTIVO.

Por otra parte, LAS APROXIMACIONES SOCIOPSICOLOGICAS de la hipnosis, derivan su plausibilidad del hecho que los principales fenómenos hipnóticos ocurren como resultado de la sugestión (sea directa o indirecta), invitando así, a un análisis en términos de la influencia social. Entre la evidencia que apoya estas aproximaciones se encuentran las demostraciones acerca de que las respuestas a las sugerencias hipnóticas, se ven afectadas por el contexto en que son proporcionadas estas últimas, lo que indica que los procesos subyacentes no son enteramente autónomos e involuntarios (como puede ser el caso de disfunciones - con base orgánica) y, asimismo, dichas respuestas también se ven afectadas por los autoreportes diseñados para facilitar es-

tas respuestas a las sugerencias hipnóticas (103b).

De la misma manera en que las teorías cognitivas de la hipnosis toman en consideración estos hechos, sería conveniente -- que las teorías interpersonales tomen en cuenta el hecho de que algunos aspectos de la hipnosis, no están implicados por las características de demanda involucradas en la situación hipnótica y, que algunos sujetos, no responden a los cambios contextuales. En las teorías de la influencia social, estos casos son atribuidos a grados de involucración en el rol, en los que tanto el Yo como el rol están involucrados; o también son atribuidos, a factores contextuales que estimulan a los sujetos a engañarse a sí mismos los orígenes y naturaleza de sus conductas.

Muchos teóricos pioneros identificados con la postura de "estado" de hipnosis, especialmente Hilgard, Orne y Shor, han reconocido explícitamente la función de los factores interpersonales y socioculturales en el desarrollo de la conducta y experiencia hipnóticas (103b).

Por otra parte, entre la generación más reciente de teóricos de la hipnosis, Sheehan ha discutido el rol de la imaginación en el ámbito cognitivo de la hipnosis y, al mismo tiempo, ha subrayado la importancia de la relación interpersonal, semejante a la transferencia entre el sujeto y el hipnoterapeuta -- (Sheehan, 1979, 1980, 1982).

Los fenómenos hipnóticos como las parálisis, anestias y amnesias pueden ser genuinos, aunque paralelos a los síntomas de daño ó enfermedad en el sistema nervioso y, mediante un examen serio y adecuado, se puede intentar determinar los procesos psicológicos que le subyacen a dichos síntomas. Desde esta perspectiva, un análisis comprensivo de los fenómenos hipnóticos ha de tomar en cuenta, tanto los mecanismos que subyacen a los cambios cognitivos, así como el contexto sociocultural en que tienen lugar dichos cambios. Lo que parece ser necesario en este sentido, es un tipo de título psicológico que se pueda usar para determinar qué parte de la variación, en respuesta a una sugestión, es considerada como debida a cambios cognitivos involuntarios y qué parte es debida a demandas sociales implícitas y explícitas (103b).

Una aproximación un poco diferente, que parece estar implícita en las tendencias recientes de la teoría del rol, es la -- representada por Coe (1978., Howard y Coe, 1980., Schuyler y -- Coe, 1981). Coe ha distinguido entre dos tipos de respuesta a las sugestiones hipnoticas: ACCIONES Y ACONTECIMIENTOS. En las primeras, la persona es un participante activo que hace que sucedan cosas., en los acontecimientos, la persona es un participante pasivo a quien le suceden ciertas cosas. Aproximadamente la mitad de los sujetos posthipnoticamente amnésicos, modifican los reportes de sus recuerdos en respuesta a las demandas contextuales modificadas, lo que sugiere que su amnesia es una acción., y, como no sucede lo mismo con el resto de estos sujetos

se sugiere que su amnesia es un ACONTECIMIENTO (103b).

Además de considerar -al igual que Spanos- la experiencia- de la involuntariedad en términos de procesos de "autoengaño" y sribucionales, Coe también ofrece la hipótesis de que las aproximaciones cognitivas e interpersonales, pueden ser igualmente válidas y aplicables a diferentes subgrupos de sujetos hipnotizados. Por ejemplo, la conducta de los "virtuosos" hipnóticos - que obtienen puntuaciones extremas en las escalas de susceptibilidad hipnótica, ha de ser mejor analizada en términos de los cambios disociativos subyacentes en el sistema cognitivo. Y, -- por ende, para el resto de la población (presumiblemente la -- parte más grande de la población en general), puede ser más -- fructífero enfocar su estudio sobre aquellas estrategias cognitivas que pueden desarrollar (como la imaginaria de afrontamiento) para dar respuesta a las sugerencias hipnoticas, así como - sobre aquellos factores situacionales que los impulsan a actuar de esta manera (103b).

En base a lo expuesto anteriormente, podemos vislumbrar -- que casi existe un acercamiento entre las opiniones cognitivas- e interpersonal de la hipnosis. Sin embargo, Hilgard ha previsto que la convergencia prometida de ambas opiniones fué prematura, y que los problemas de investigación, tanto las han obscurecido como resuelto. Así los hallazgos prácticos tienen un propósito útil, como el caso de la hipermnésia y la hipnosis forense, pero el progreso científico depende tanto de los hallazgos posi

tivos como de los negativos. Desde esta perspectiva, es claro - que los límites de estudios se han de colocar sobre las opiniones cognitivas e interpersonal de la hipnosis, y que la propia postura de investigación no ha de ser de "hecho ó ficción", --- sino una postura de investigación abierta en la que las leyes - de la conducta y experiencia hipnoticas, puedan ser descubier-- tas aunque sea con bastante empeño de parte nuestra (103b).

3.2.4 TEORIAS PSICOSOMATICAS.

El concepto psicossomático en medicina tiene lejanos antecedentes, pero sus formulaciones recién adquirieron gravitación a fines del siglo pasado. Ya en 1873 Carpenter, en su libro PRINCIPLES O MENTAL PHYSIOLOGY se refirió a un PRINCIPIO IDEOMOTOR. William James sustentaba un concepto psicossomático de la sugestión cuando afirmaba que, "toda idea a menos de ser inhibida tiende a expresarse en acción" (92).

También Eysenck (1943) sostenía que la "sugestibilidad" es la resultante de dos fuerzas: acción ideomotora e inhibición. Coué y Baudouin (10) desarrollaron el concepto de PODER IDEORREFLEJO, el cual se refiere a que toda idea tiende a realizarse en acción. Contemporáneamente, el enfoque psicossomático, que ha dado tan provechosos resultados en la terapéutica y permitido superar el arcaico dualismo mente-cuerpo, también ha servido de base para modernas interpretaciones del fenómeno hipnosugestivo. Sobresale en este terreno la teoría de Wolberg (173a). Este autor expresó "Mi propio trabajo con la hipnosis me ha convencido de que el estado de trance, no puede ser explicado exclusivamente sobre una base psicológica o fisiológica. Más bien, este estado representa una compleja reacción psicossomática que incluye, tanto factores psicológicos como fisiológicos". De igual manera, Wolberg afirmaba que durante la inducción del trance se produce una inhibición sobre los centros corticales superiores, lo cual promovería una disminu-

ción del sentido de realidad y de la vivencia del propio cuerpo.

Esta inhibición cortical junto con la borradura de los límites entre el Yo y el no-Yo (o autoexclusión parcial del Yo), más la distorsión del sentido del tiempo o realidad (otra función del Yo), determinaría en conjunto una regresión a planos psíquicos infantiles. A consecuencia de esta regresión se producirían vivencias de inseguridad, típicas de la experiencia infantil, lo cual traería la adopción inmediata de actitudes de dependencia respecto al operador, como un mecanismo arcaico de obtención de seguridad. Wolberg considera posible que la hipnosis remueva las barreras entre las áreas corticales y subcorticales, reproduciendo la situación existente en el niño antes de la mielinización de las neuronas superiores. Asimismo, Wolberg consideraba que la hipnosis no satisface exclusivamente uno ó aún varios motivos. Las necesidades que buscan satisfacción en el trance hipnótico, varían constantemente en el sujeto. Así por ejemplo, un individuo en vigilia puede desear ser hipnotizando el trance, emergen en él una serie de sentimientos en forma de temores, esperanzas, expectativas, resentimientos, etc., que modifican su actitud frente a la experiencia hipnótica. El predominio de tal o cual sentimiento, determinará la colaboración o resistencia de dicho individuo respecto al operador, en un momento dado (173a).

Este autor expresó que un análisis de las fantasías, pue-

de mostrar que cada persona posee una jerarquía de tendencias - y motivaciones que se refuerzan o neutralizan entre sí, las que son gratificadas o rechazadas al entrar en trance.

Basado en el estudio de las fantasías inconcientes en su - jetos sonambúlicos, Wolberg creía que una de las más profundas motivaciones despertadas durante el trance hipnótico, era la - perpetuación de la dependencia infantil mediante el "sometimien- to" al operador. Asimismo, este autor pensaba que la necesidad de obtener afecto, seguridad y poder dentro de dicha dependen- cia era, "aparentemente tan grande que el individuo puede poner en juego mecanismos que estan más allá de su control voluntario". Comparando este inusitado control sobre mecanismos vegetativos, con los fenómenos psicósomáticos de las enfermedades de origen emocional, Wolberg observó que bajo la presión de una necesidad suficientemente intensa, una persona puede ejercer un sorpren- dente control sobre sus recursos psicósomáticos (173a).

Como podemos observar la teoría de Wolberg posee la ventaja y el mérito de englobar en un enfoque comprensivo diversos - procesos psicósomáticos, los cuales se conjugan en el trance - hipnótico. El aporte incuestionable de la labor psicoanalítica, más los resultados experimentales de la reflexología, arrojan - por conducto de ésta teoría una luz más clara sobre el oscuro mecanismo del trance hipnótico.

Empero, la tendencia a reducir un proceso complejo a un -

mecanismo sencillo, se refleja en la gravitación dada a los mecanismos de regresión y de tendencia.

Sin embargo, posteriormente (173e) Wolberg amplió su postura respecto a la utilidad de la hipnosis en la terapia de insight -la cual se expone más ampliamente en el apartado 6 del presente capítulo- en la cual se puede apreciar una tendencia más dinámica respecto a su concepción de la hipnosis. Por ejemplo, este autor ha mencionado que la hipnosis es una experiencia emocional -intensa, que puede "afectar" tanto al paciente como al terapeuta durante el trance, se ponen en constante interacción, una configuración dinámica de gran variedad de fenómenos en respuesta a -cambios psicofisiológicos funcionales dentro del individuo, así como en respuesta al significado específico que tiene para él la relación interpersonal hipnótica. Asimismo, Wolberg menciona que debido a que durante el trance se desvía la atención del sujeto del mundo externo hacia el interior, se da una expansión del autoconocimiento, así como un levantamiento de las represiones con la exposición subsecuente de ciertos aspectos repudiados de la -psique. Por último, Wolberg ha dicho que las reacciones de dependencia durante el tratamiento con hipnosis, no son más comunes -que las observadas en la psicoterapia sin el uso de aquella (173e).

De acuerdo a lo expuesto anteriormente, podemos afirmar que a través de un examen cuidadoso de las obras de Wolberg -especialmente la intitulada HIPNOANALISIS-, de Hartmann (81a,b), Erika -Fromm (66a,b), de las aproximaciones cognitivo conductuales, más

recientes, por ejemplo las de Tosi y Baisden (163), de Erickson a través de Haley (79a, b, c) y Zeig (175) principalmente, y de los trabajos de Watzlawick (167a, b), Watzlawick, Weakland y Fisch (169) y Fisch, Wakland y Segal (60), puede ser más factible llegar a una teoría que explique más profundamente el mecanismo que subyace al fenómeno complejo del trance hipnótico ó como dijo Erickson (53a), de la conducta del trance.

Por último, respecto a la "postura teórica" de Milton H. Erickson diremos, aún cuando él no propuso una teoría propia de la hipnosis, muchos otros autores ha intentado categorizar su estilo en el marco de diversas estructuras teóricas. Por ejemplo, Haley (79a) enmarcó la terapia estratégica de Erickson dentro de un sistema de interacción comunicativa. Rossi y Rossi (1976), discutieron la terapia Ericksoniana desde una perspectiva Jungiana. Bears (1971), presentó la teoría hipnótica de Erickson en el marco de un concepto de influencia social, utilizando tanto la modificación indirecta como la encubierta del funcionamiento del paciente. Bandler y Grinder(6), Watzlawick (167a, b), Watzlawick, Wakland y Fisch (169), Watzlawick, Herlmick y Jackson (168) y Fisch, Wakland y Segal (60) ha expuesto la teoría de Erickson desde una perspectiva de las estructuras sintácticas y semánticas del lenguaje. Por último, Zeig (175) presentó las estrategias de Erickson en el marco de la utilización que éste autor hacía, tanto los síntomas subconscientes como del estilo anecdótico, en la enseñanza de los psicoterapeutas novicios y de los pacientes (159).

Erickson no tuvo una teoría específica de la personalidad, debido a que creía que esta restringía la conceptualización, por parte de un terapeuta, del funcionamiento psicológico del paciente. De esta manera, Erickson desarrollaba una nueva teoría de personalidad para cada paciente, congruente con su identidad, estado psicológico, deseos, necesidades y fortalezas. De acuerdo con esto, la tarea del terapeuta consistiría en evaluar al paciente en cada uno de estos niveles (159).

De acuerdo a lo anterior, y tal como Haley atinadamente ha indicado, podemos considerar el trabajo de Erickson como un enfoque estratégico en la psicoterapia. Con esto queremos decir que una terapia se puede considerar estratégica, cuando el clínico inicia lo que ocurre durante ella y diseña un enfoque particular para cada problema. La terapia estratégica no es un enfoque particular, sino varios tipos de terapia cuyo común denominador consiste en que el terapeuta asume la responsabilidad de influir directamente en la gente. La tarea de éste consiste en identificar problemas solubles, fijar metas, diseñar metas para alcanzarlas, examinar las respuestas que recibe para corregir su enfoque y, por último, evaluar el resultado de la terapia para ver si ha sido eficaz. Así, podemos considerar a Erickson como el maestro del enfoque estratégico en psicoterapia. Este notable e inalcanzable terapeuta, dió a la psicoterapia una variedad casi infinita de técnicas hipnóticas y aportó a la hipnosis, una expansión conceptual que la hizo trascender los límites de un ritual para convertirla en un es-

tilo especial de comunicación (79a).

Asimismo, es posible visualizar la terapia estratégica de Milton Erickson como una extensión lógica de la técnica hipnótica. La formación como hipnólogo fomenta la habilidad para observar a las personas y sus complejos modos de comunicación, para motivar a la gente de manera que siga las directivas acordes con las metas de la terapia y, para influir sobre ellas mediante las palabras, las entonaciones y los movimientos corporales. También, la terapia de Erickson alienta la concepción de que la gente es modificable y el espacio y el tiempo maleables, y provee ideas específicas acerca de cómo dirigir a otra persona para que sea más autónoma. Así como un hipnólogo puede pensar en transformar un síntoma grave en otro más leve o de menor duración, también puede pensar en trocar un problema interpersonal en una ventaja. Una persona formada en hipnosis puede captar con más facilidad que otros terapeutas, la idea de que los sentimientos y percepciones subjetivos se modifican junto con la relación interpersonal. El pensamiento de tipo estratégico ocupa un lugar central en el enfoque hipnológico, y Erickson lo llevó hasta sus límites. Una de las características más importantes de la labor terapéutica de Erickson, --- consistió en que él se involucraba intensamente con cada persona, y el paciente que recibía toda su atención experimentaba el impacto de su personalidad (79a).

3.2.5. DEFINICION DE HIPNOSIS Y TRANCE HIPNOTICO

La mayoría de la gente, incluyendo a muchos profesionales con formación clínica, piensan que la hipnosis es una situación especial, diferente a otras situaciones de la vida. Quienes no se ha formado en hipnosis, piensan que se trata de un procedimiento en el que el hipnólogo dice "relájese" y el sujeto se empieza a "dormir", y entonces se le formulan sugerencias. O que se le pide al sujeto que mire un objeto o una luz y se le dice que sus párpados se pondrán pesados y comenzará a dormirse. La persona ingenua piensa que a menos que se siga este ritual, no hay hipnosis. Si se tiene la idea de que la hipnosis es un ritual estereotipado que incluye el dormir, resulta difícil ver qué relación puede tener con una forma de terapia en la que no se dicen tales palabras y en la que incluso, el terapeuta puede estar entrevistando a todo un grupo familiar (79a).

La palabra HIPNOSIS no alude a un ritual sino a un tipo de comunicación entre la gente. Milton Erickson exploró una variedad casi infinita de modos de inducir el trance hipnótico. Erickson podía utilizar una forma ritual de inducción del trance, pero también mantener una simple conversación, sin mencionar la palabra hipnosis. Podía hipnotizar a una persona mientras hablaba con otra, dar una conferencia e inducir un trance en una persona particular del auditorio, mediante el recurso de acen--tuar determinadas palabras., y, a menudo, trabajó con personas que sólo después comprendían que había sido hipnotizadas, o que incluso nunca llegaron a darse cuenta de ello. A partir de es--

de estas exploraciones, ERICKSON REDEFINIO EL TRANCE HIPNOTICO- como un concepto aplicable a un tipo especial de intercambio -- entre dos personas, y no al estado de una de ellas. Una vez asi milando este punto de vista, es posible pensar sobre la hipno- sis en términos más amplios, y ver que está presente en una amplia variedad de situaciones, particularmente en las intensas - involucraciones terapéuticas (79a).

Ahora, bien debido a que -tal como Wolberg con toda justia ha dicho (147a)- Milton Erickson ha sido, quizás, el investigador más creativo e imaginativo en el campo de la hipnosis,- consideramos conveniente citar sus propias opiniones respecto a las definiciones que nos ocupan en este punto.

La investigación de la hipnosis y la exposición de ideas - acerca de ella tiene paralelo, con bastante frecuencia, con la - antiquísima y conocida discusión de los siete ciegos sobre el - elefante. Después que cada uno hizo el exámen completo de una - parte especial del elefante, discutieron con mucha intensidad - sobre cada una de sus opiniones. Lo mismo sucede con la hipnosis. Todo el mundo tiene su particular punto de vista, tan necesaria- mente limitado como el mio (53c).

¿Porqué todos debemos suponer que la hipnosis es, por fue- ra, una distorsión de la realidad? Ciertamente, una afirmación- tan directa está bien lejos del suponer aproximado de cualquier trabajo científico. Se podría presumir, igualmente, y tal vez - con más derecho, y decir con mayor fundamento en la información

que LA HIPNOSIS ES UN ESTADO DE PREDISPOSICION A UTILIZAR LO --
APRENDIDO. ¿Porqué deber ser vista como una distorsión de la rea-
lidad, en vez de como algún género de distorsión de la realidad-
en vez de como algún género de disposición, para usar las pro---
pias capacidades normalmente? (53c).

También se ha dicho que "la hipnosis es una alteración en -
la percepción" como diciendo que es un proceso anormal y lanzán-
dole una acusación. Pero, ¿no es parte de nuestro aprendizaje -
experimental en la vida., y eso hace de la hipnosis una distor-
sión de la realidad?

Asimismo, se ha dicho que la hipnosis es un estado en que -
una persona adquiere la responsabilidad sobre otra. Creo que es-
to equivale a la supuestamente explícita y concreta declaración-
de que la hipnosis implica una relación interpersonal en la cual
una persona -el operador- reestructura las percepciones y concep-
ciones de otra- el sujeto. Uno no define la hipnosis científica-
mente sometido a la consideración ajena, con aire de profundidad,
vagas generalidades que pueden ser parafraseadas en una gran can-
tidad de formas (53c).

La ciencia es el método por el cual nos esforzamos en lo---
grar la comprensión concreta y explícita de un fenómeno, la cual
expresamos en términos aplicables al fenómeno en sí, y no a otra
cosa sin relación con él.

Se ha planteado con frecuencia, la cuestión relativa a la hipnotizabilidad universal y su relación con la salud y la enfermedad. Es casi universal que hayamos nacido con dos pies y dos manos, pero ¿qué relación tiene esto con la salud y la enfermedad?.

Hasta donde yo sé, LA HIPNOSIS, como forma de conducta humana, ha existido desde que el hombre habita la tierra. Entonces ¿porqué debe necesariamente, separársela de la entera variedad de los comportamientos humanos y designársela como algo muy específico, o aún ligeramente específico de la salud o de la enfermedad mental: de la salud o de la enfermedad emocional?. No obstante, hay muchos que razonan a lo largo de estos lineamientos, porque muchísimos creen, irreflexivamente que la hipnosis es un fenómeno anormal. Además podemos preguntar, ¿no son las manifestaciones presentes en el trance hipnótico una repetición de lo que aprendemos en el estado de vigilia ordinaria (53c).

Por otra parte, es frecuente la pregunta de si algunos fenómenos hipnóticos son o no reales. ¿es el trance hipnótico un fenómeno válido?. Por ejm., a veces se plantea una pregunta que indica por sí misma, que al no poder el sujeto cerrar o abrir los ojos, dá a conocer que su estado de trance es ligero. Valer se del cierre de los párpados para definir trances hipnóticos, aún en parte, parece tan absurdo como definir la vida motriz diciendo que es la capacidad que se tiene para moverse en dirección "norte" como si la dirección viniera del caso. Una experien

..cia siquiera mínima en el campo de la hipnosis, dice a cual--
quiera que el sujeto hipnotizado puede abrir o cerrar los ojos,
o mantenerlos cerrados, igual que cuando actúa en la vigilia --
normal. Esto conlleva a la tendencia a despreciar a la hipnosis
si ciertos fenómenos no se presentan en forma congruente. Por -
ejemplo, se afirma de modo dogmático que si la catalepsia no se
presenta en forma coherente, hay que dudar de la hipnosis; que
si no se presentan fenómenos poshipnóticos, hay que dudar de la
hipnosis. Dicho en otras palabras, se asegura con harta frecuen-
cia, que existen buenas razones para dudar de la autenticidad -
de la hipnosis, a menos que se presenten ciertos fenómenos hip-
noticos elegidos arbitrariamente. Esto equivale a declarar que,
puesto que la visión, el oído y las extremidades, están univer-
salmente presentes en el ser humano, la ausencia congénita en -
una persona de una de esas partes, haría nacer en una mente --
"científica" serias dudas acerca de si sería apropiado o no, --
identificarla como una criatura humana (53c).

LA HIPNOSIS ES UN ESTADO DE CONOCIMIENTO; UN ESTADO DE CONO-
CIMIENTO MUY DEFINIDO, CON DIFERENTES TIPOS DE CONOCIMIENTOS.
El sujeto hipnotizado no es un inconciente en ningún sentido --
del término; más bien adquiere una conciencia excesiva sobre --
gran número de cosas; puede orientar y reorientar su atención -
en formas muy notables, ordinariamente imposibles en el estado
de vigilia, pero posibles durante el sueño nocturno y el trance
hipnótico. Así, LA HIPNOSIS ES UN ESTADO DE CONOCIMIENTO EN EL

CUAL EL HIPNOLOGO OFRECE CIERTAS IDEAS Y CONOCIMIENTOS AL PA--
CIENTE, PARA PERMITIRLE USARLOS DE ACUERDO CON SU PROPIO Y --
UNICO REPERTORIO DE APRENDIZAJES CORPORALES, FISIOLÓGICOS Y PSI--
COLOGICOS (147a).

En el estado hipnótico los sujetos se abren a las ideas -
ofrecidas por el hipnologo. Les gusta examinarlas en términos -
de sus recuerdos, aprendizajes, condicionamientos y todos sus -
aprendizajes experienciales de la vida (147a).

La hipnosis, al permitir la cooperación del individuo y -
dar la posibilidad de utilizar, ya sea separada o colectivamen-
te, la gran multitud de conocimientos del cuerpo, acumulados --
año con año en forma fragmentaria, ofrece oportunidades infinitas
a los científicos de laboratorio para aislar y examinar ma-
nifestaciones individuales. En esta forma la hipnosis dá los me-
dios para llegar, por fin a entender los procesos que intervie-
nen en el desarrollo de varios fenómenos de la conducta (147a).

Esto no obstante, no podra conseguirse si los científicos
formulan una hipótesis de lo que las cosas deben ser, y en segui-
da, busacn las piezas que encajan en su teoría y descartan las-
que no, como hacen quienes sostienen que la hipnosis es el desem-
peño de un papel, y consideran sin validez cualquier fenómeno --
hipnótico que contradiga su tesis: o quienes afirman que la hip-
nosis es un fenómeno regresivo y hacen a un lado el gran tesoro
de los fenómenos hipnóticos obviamente no regresivos (53c).

Tal vez lo más importante que es posible decir en lo concerniente a la naturaleza de la hipnosis, es que existe un fenómeno de la conducta y la experiencia, mejor conocido en nuestro presente estado de conocimiento, con el nombre de hipnosis. Nada se gana con expresar que la hipnosis no existe: que la hipnosis no es hipnosis, sino alguna otra cosa, exactamente como nada se ganó con la declaración por mucho tiempo "apoyada en pruebas" de que el hierro, por ser más pesado que el agua, se hundiría en ella: y que las máquinas más pesadas que el aire, no podrían volar (53c).

Uno necesita suponer que ciertas formas de conducta y experiencia, que difieren del conocimiento conciente ordinario, pueden, con el permiso de todos ustedes, ser llamadas HIPNOSIS. Logrado esto, puede emprenderse el estudio sistemático de varias formas del comportamiento individual. Esto tal vez diera más frutos, que formular una definición "que lo comprende todo", de un conjunto de fenómenos que ocurren en el ser humano: sobre todo - porque esos fenómenos son poco entendidos, y porque se manifiestan en una personalidad humana, infinitamente menos comprendida (53c).

De esta manera, Erickson afirmó - incluso mucho tiempo antes de que hiciese las afirmaciones anteriores- que las palabras HIPNOTISMO E HIPNOSIS eran términos aplicados a una forma compleja, única y poco común -pero normal- de conducta, la cual puede

..ser inducida probablemente, en toda persona normal bajo condiciones adecuadas e incluso, también puede inducirse en personas que sufren muchos tipos de anormalidad. Dicha conducta es, un estado psicológico especial con ciertos atributos fisiológicos, parecido al sueño fisiológico solo superficialmente, y caracterizado por un funcionamiento del individuo a un nivel de conciencia diferente al del estado ordinario, un nivel de conciencia denominado, por conveniencia de conceptualización INCONCIENTE O SUBCONCIENTE (147b).

El sujeto hipnotizado puede pensar, actuar y comportarse adecuadamente, e incluso con mucha frecuencia, mejor de como lo hace en el estado ordinario de conciencia psicológica, la cual le es completamente posible debido a la intensidad de su atención sobre la tarea que está realizando y a su libertad para la distracción. Este sujeto no se encuentra -como se cree comunmente- sin fuerza de voluntad o bajo la voluntad del hipnoterapeuta. En vez de esto, la relación entre éste y aquél es una de cooperación interpersonal, apoyada en consideraciones mutuamente aceptables y razonables (147b).

Ahora bien, es importante mencionar -tal como el mismo -- Erickson lo afirmó- que en el idioma inglés se utiliza generalmente, el término HIPNOSIS para designar tanto al estado hipnótico, como a las técnicas utilizadas para la inducción del mismo. Sin embargo, en nuestro idioma sí es importante y cabe el-

uso -para hablar con propiedad- de dos términos para diferenciar a cada uno de los dichos conceptos., es decir, utilizamos el concepto de HIPNOTISMO para referirnos al estudio y la práctica de las técnicas que nos permiten inducir el trance hipnótico. A su vez, usamos el término HIPNOSIS, TRANCE Y ESTADO O TRANCE HIPNOTICO¹⁹ para referirnos a ese estado de conciencia ó conocimiento con características muy particulares. En este sentido, también es importante hacer una diferencia entre el USO que se le dá al término hipnosis, y LAS DEFINICIONES propiamente dichas, del concepto en cuestión, propuestas por algunos autores. Por ejemplo, -Haley (79a) HA USADO el término hipnosis para referirse a un tipo de comunicación muy particular entre la gente y, las siguientes son algunas DEFINICIONES propuestas por diversos autores.

Meares (124) definió la hipnosis como un estado de regresión del funcionamiento mental, en el que las ideas son aceptadas por sugestión en lugar de aceptarlas por valoración lógica.

Por otra parte, Weitzenhoffer (170a) propuso una definición descriptiva y una operacional de la hipnosis., transcribimos la primera de ellas por estar más de acuerdo con la mayoría de las que aquí se citan. Esta definición afirma que la hipnosis es un estado de hipersugestibilidad selecta, desarrollando en un individuo (sujeto) por medio de ciertos movimientos psicológicos ó físicos, hechos sobre éste individuo, por otra persona, hipnotista o hipnotizador.

19. Se recomienda tener presente la equivalencia que se hace entre estos términos, debido a que como se podrá observar, se usan indistintamente en la exposición del presente trabajo.

Posteriormente, Hartland (80) afirmó: La hipnosis es esencialmente un estado especial de la mente que por lo general es inducido en una persona por parte de otra. Es un estado mental en el cual las sugerencias no sólo son aceptadas con más facilidad que el estado de vigilia, sino que actúan en forma más poderosa que la que sería posible en condiciones normales. En otras palabras, el estado hipnótico siempre va acompañado por un aumento en la sugestionabilidad del sujeto.

Por otro lado, Wolberg (173e) ha mencionado que la hipnosis es una experiencia emocional intensa que puede afectar (en el sentido de involucrarse en el trabajo psicoterapéutico) tanto al paciente como al terapeuta. Durante el trance hipnótico, se da una interacción constante de una configuración dinámica de muchos tipos de fenómenos, en respuesta a cambios psicofisiológicos funcionales en un individuo, así como al significado específico que tenga para él la relación interpersonal hipnótica.

Debido a que la atención del sujeto es desviada del mundo externo hacia el interior, se promueve una expansión del autoconocimiento así como un levantamiento de las represiones, con la exposición subsecuente de ciertos aspectos repudiados de la psique.

Por otra parte, Orné (132a) afirmó que la hipnosis es un estado parecido al sueño fisiológico, el cual, sin embargo, permite

te un amplio rango de respuestas conductuales ante cualquier estimulación. La persona hipnotizada escucha únicamente lo comunicado por el hipnólogo, responde de manera involuntaria y automática ignorando todos los estímulos del ambiente, sugeridos por el hipnólogo.

Por último, más recientemente, Kihlstrom (103h) ha dicho - que la hipnosis puede ser definida como una interacción social en la que una persona, designada el sujeto, responde a las suggestiones ofrecidas por otra, denominada el hipnólogo., esto debido a las experiencias que involucran alteraciones (cambios) - en la percepción, memoria y en la acción voluntaria. "n el caso típico, estas experiencias, junto con las conductas que lew acompañan, están asociadas con una convicción subjetiva muy cercana a una ilusión y, con una involuntariedad también muy próxima a una compulsión.

De esta manera, a partir de las definiciones citadas anteriormente se puede inferir que en la inducción, profundización y mantenimiento del trance hipnótico son fundamentales tres aspectos: la sugestión, ya sea directa o indirecta (para promover la autosugestión de acuerdo con Coué, 1922., y con Boudouin, -- sin fecha), la fenomenología y la imaginería propias para cada caso en particular, teniendo en consideración las diferencias - individuales.

De todo lo anterior podemos desprender una posible DEFINI-

NICION OPERACIONAL - si se me permite, quizá bastante limitada- de la HIPNOSIS, afirmando que es un estado de conciencia induci do y mantenido en una persona, el paciente, por otra, el terapeuta o hipnoterapeuta., mediante los recursos de la sugestión- (tanto directa como indirecta) y la imaginaria par la obtención de los fenómenos hipnóticos, que dicho paciente es capaz de desarrollar. Todo esto, con la finalidad de promover un tipo especial de intercambio entre dos (o mas) personas y el desarrollo y uso, por parte de las mismas, de sus propias capacidades ó habilidades hasta entonces desconocidas, ó como dijo Watzlawick - (167a). del lenguaje del hemisferio derecho.

EN TERMINOS COGNITIVO-CONDUCTUALES, podemos afirmar -se se me permite nuevamente, con las limitaciones de que puedo adolecer- que la hipnosis es un estado de conciencia que promueve un tipo especial de relación interpersonal, la cual a su vez le -- permite al paciente tener un grado poco habitual de conciencia- o conocimiento- promovido en gran parte, por un estado de relajación física y sobre todo mental, profundo, liberado como un con comitante fisiológico de dicho trance hipnótico (173e)- sobre - una gran cantidad de ideas, actitudes, creencias y expectativas equivocadas o distorsionadas., además, dicha relación interpersonal permite que una persona -el terapeuta ó hipnoterapeuta- -- ayude a reestructurar las ideas, actitudes, concepciones, creencias, percepciones y expectativas susodichas de otra persona- - el paciente. En otras palabras, podemos afirmar que LA HIPNOSIS es un estado de conciencia con características muy particulares,

que facilita y mantiene la reestructuración cognoscitiva en las aproximaciones cognitivo-conductuales.

3.3. SUSCEPTIBILIDAD O RESENSIVIDAD HIPNOTICA

Debido a que, a raíz de la fundación del Laboratorio de -- Investigación sobre la Hipnosis -tal como ya se cito en el apartado inicial del presente capitulo- por Ernest R. Hilgard, en 1957, y por ende, de los estudios realizados allí mismo, de los cuales uno de los más importantes fué la realización de las Escalas de Susceptibilidad Hipnótica, se dió de nuevo y considerable aumentó de interés por el estudio de dicho fenómeno, por -- ejemplo, por mencionar algunos de los más importantes Hilgard, -- Morgen y Macdonald, 1975., Hilgard, Macdonald, Morgan y Johnson, 1978., Hilgard, Hilgard, Macdonald, Morgan y Johnson, 1978., -- Barret, 1979., Bowers, 1979., Bowers y Kelly, 1979., Bowers, -- 1979., Crawford, Macdonald y Hilgard, 1979., Evans, 1979., -- Kihlstrom, 1979., Sackeim, Nordle y Gur, 1979., Laurence y Perry 1981., Pettinati, Evans, Orné y Orné, 1981., Laurence, Perry y Kihlstrom, 1983., Bliss y Larson, 1985., Kihlstrom, Brenneman, -- Pistole y Shor, 1985., Gorassini y Spanos, 1986., Jean y Robert son, 1986., Miller y Bowers, 1986., Spanos, 1986., y consideremos importante mencionar algunas de las aportaciones que nos legaron dichos estudios, aún cuando no estamos de acuerdo con una de las afirmaciones básicas resultante de dichas investigaciones, es decir, que ES NECESARIO EVALUAR LA SUSCEPTIBILIDAD DEL INDIVIDUO PARA SABER SI PUEDE SER HIPNOTIZADO y, por ende, ver-

se beneficiado con la práctica de dicho estado de conciencia.

3.3.1. EVALUACION DE LA HIPNOTIZABILIDAD

El suceso principal del resurgimiento de la investigación en el campo de la hipnosis, a fines de 1950 y principios de 1960, fué la introducción de las ESCALAS DE SUSCEPTIBILIDAD HIPNOTICA DE STANFORD (SHSS), elaboradas por Weitzenhoffer y Hilgard (84). Estas escalas consisten en la inducción del trance hipnótico, acompañada de sugerencias adecuadas para producir un grupo de experiencias hipnóticas representativas., la respuesta a cada sugerencia se registra en términos de criterios objetivos.

Las escalas de Stanford están dispuestas en una serie gradual, la SHSS: A y la SHSS: B las cuales son formas paralelas que hacen énfasis en los reactivos de índole motor y, que se pueden utilizar en posibles estudios de test-retest., la forma SHSS:C que enfatiza las alteraciones o cambios cognitivos de diferentes tipos, es utilizada como el patrón contra el cual se comparan las dos escalas anteriores. Casi al mismo tiempo en que se desarrollaron estas escalas, el grupo Harvard desarrolló LA ESCALA DE SUSCEPTIBILIDAD HIPNOTICA DEL GRUPO HARVARD (HGSHS A la cual se apoyó en la forma A de las escalas Stanford, permitiendo así la economía en el trabajo con un grupo de prueba. -- Una versión paralela de la SHSS:C permite el examen de una sugerencia individual, de especial interés, que es sustituida por uno de los reactivos en la versión original, sin ningún sacrificio en términos de propiedades psicométricas. Aunado a esto, EL PER

FIL DE LAS ESCALAS DE SUSCEPTIBILIDAD HIPNOTICA DE STANFORD disponible en dos formas paralelas (I y II), permite la evaluación de la fuerza y debilidad individual en el dominio general de la hipnosis, un poco a la manera de los perfiles derivados de las subescalas del WAIS o del EPI (103b).

Mientras que por una parte es deseable -al principio de todo trabajo terapeutico- este riguroso y sistemático programa de evaluación, por la otra, muchos clínicos y algunos experimentales se niegan a apoyarlo y realizarlo, bajo el argumento de que se requiere un mínimo de tres horas para la aplicación completa de la forma HGSHS:A y la SHSS:C por consiguiente, el laboratorio de Stanford introdujo posteriormente LA ESCALA CLINICA HIPNOTICA DE STANFORD (SHCS), con dos formas adecuadas para usarse con adultos y niños (Morgan, A.H. & Hilgard, J.R., 1978-1979 a y b). Estas escalas tuvieron una correlación alta con la escala SHSS:C ($r = .72$ y $.67$ para las formas de adultos y niños respectivamente), requieren sólo de 20 minutos para su administración y parece ser el procedimiento a elegir para propósitos de evaluación clínica rápida (103b).

Debido a que aún 20 minutos parecían ser demasiado tiempo para algunos clínicos y pacientes, persistió un interés continuo por desarrollar técnicas aún más rápidas para la evaluación de la hipnotizabilidad. En particular, Spiegel (1977) y Stern et al (1979) desarrollaron EL PERFIL DE INDUCCION HIPNOTICA (EIP), que consiste en una señal de movimiento del ojo (ver hacia ----

arriba), acompañada de una inducción hipnótica muy breve y su correspondiente prueba como una medida de la hipnotizabilidad. Esta señal, por sí misma, independientemente de la inducción hipnótica, no parece estar en correlación substancial con la hipnotizabilidad al ser medida por los procedimientos estandarizados de laboratorio (103 b).

Una característica importante de las escalas Stanford, -- consiste en que la hipnotizabilidad se mide típicamente en términos de respuestas conductuales, objetivamente observables. -- Una desviación radical en esta práctica está representada por la ESCALA DE LA IMAGINACION CREATIVA (CIS: Barber & Wilson, -- 1977). Esta escala consiste en 10 sugerencias similares a las ofrecidas en las escalas Stanford, con la excepción de que las respuestas son registradas sólo en términos de la realidad subjetiva, de la imaginación sugerida. En 2 estudios realizados, -- se encontró una correlación de .28 entre la CIS y la escala -- HGSHS: (Mc. Conkey et. al, 1979) y otra de .55 (Hilgard, E.R. et. al, 1981) y un análisis factorial demostró que ambas escalas tienden a cargarse sobre diferentes factores. La CIS puede servir como una medida alterna de la habilidad para la imaginación, pero no así como medida alterna de la hipnotizabilidad (103b).

Posteriormente, Spanos y asociados introdujeron la RESPONSIVIDAD O SENSIBILIDAD a la ESCALA DE SUGESTION DE LA UNIVERSALIDAD DE CARLETON (CURSS; Spanos et. al, 1983). Este procedimien

to consiste de la inducción del trance y del ofrecimiento de -
sugestiones para la obtención de 7 experiencias representativas
Al registrar los resultados en términos de respuestas conductua
les, dicha escala presenta adecuadas propiedades psicométricas
de consistencia interna y validez, estructura de factores y dis
tribuciones aproximadamente comparables con las obtenidas en las
SHSS (103b).

3.3.2. EL EFECTO CLASICO DE LA SUGESTION.

Aunque la hipnotizabilidad generalmente es medida en térmi
nos de las respuestas conductuales a las sugestiones, se puede
distinguir la hipnósis de una conformidad conductual voluntaria
u obligada mediante el efecto clásico de la sugestión, en el --
cual las respuestas hipnóticas son vividas o experimentadas como
si ocurriesen de manera involuntaria (Weitzenhoffer, 1974). Es-
te efecto se puede relacionar con la incapacidad de algunos in-
dividuos para resistir las sugestiones hipnoticas dadas (Zamans-
ky, 1977; Lynn et. al, 1983) y con la persistencia poshipnotica
de las sugestiones no anuladas (Duncan & Perry, 1977). Posterior
mente, Weitzenhoffer (1980) hizo una crítica a las escalas Stan-
ford en el sentido de que éstas, solo medían la respuesta conduc
tual visible o abierta y no la involuntariedad de los sujetos --
(103b).

Esta cuestión del efecto típico de la sugestión surgió de -
manera diferente en la estandarización de la CURSS. Aunado al re

gistro conductual objetivo, los reactivos de esta escala también se evaluaron en términos del grado de convicción subjetiva e involuntariedad asociados a ellos. Sin embargo, la distribución de los objetivos de registros de la involuntariedad arrojó más bien una "J" invertida, en vez de la forma habitual de normalidad, es decir, de campana; esto sugiere que las respuestas conductuales de la mayoría de los sujetos puede reflejar una conformidad visible, más que el propio efecto clásico de la sugestión (103b).

3.3.3. SUSCEPTIBILIDAD HIPNOTICA VS. PROFUNDIDAD HIPNOTICA.

Aún cuando las escalas de hipnotizabilidad han mantenido su dominio en la medición de la hipnosis, LAS ESCALAS DE PROFUNDIDAD HIPNOTICA siguen siendo utilizadas como un índice de la involucración del individuo en la experiencia hipnótica. Las calificaciones subjetivas de la profundidad hipnótica han correlacionado altamente con las mediciones objetivas de la susceptibilidad hipnótica. Por ejm, en 2 estudios realizados por Perry y Laurence (1980) se obtuvieron correlaciones de .85 y de .88. De esto surgió la cuestión de cuáles son los determinantes de dichos reportes subjetivos de la profundidad de la hipnosis. -- Radke & Spanos (1981), propusieron una interpretación atribucional apoyados en la teoría de la autopercepción. Estos autores argumentaban que las experiencias de los sujetos durante la hipnosis son típicamente ambiguas y por ende, aquéllos son fuerza--

dos a confiar en los factores del contexto mismo para hacer inferencias relativas a sus estados internos. Estos mismos autores observaron que los autoreportes de la profundidad del trance eran influenciados por la definición de la situación como -- hipnosis (opuesta a la relajación o imaginación, por ejm.), así como por las expectativas pre-experimentales y manipuladas relativas a la hipnosis, la opinión expresada por el hipnólogo y -- por las calificaciones obtenidas por los sujetos en dichas escalas. Este informe atribucional es consistente con la correlación encontrada entre las evaluaciones de la profundidad y los registros de hipnotizabilidad, dada la afirmación de que los sujetos basan sus evaluaciones de profundidad en parte, en autoobservaciones de sus respuestas a sugerencias específicas, administradas durante su ejecución en las escalas de hipnotizabilidad- incluyendo las sugerencias probadas antes o después de la inducción de la hipnosis (Perry & Laurence, 1980).

3.3.4. CORRELATOS DE LA HIPNOTIZABILIDAD.

El hallazgo de la aplicabilidad de las diferencias individuales en la descripción de la hipnotizabilidad, durante un período de 2 años (Morgan et. al, 1974), propició la investigación encaminada a descubrir aquellas características cognitivas y de personalidad que pudieran estar relacionadas con aquella capacidad. Desafortunadamente, no se ha encontrado correlación alguna entre la hipnotizabilidad y algunos rasgos medidos por -

los inventarios multifásicos de la personalidad, tales como el MMPI y el CPI. El hallazgo mas importante consistió en demostrar que los sujetos hipnotizables, tienen una alta capacidad para involucrarse en actividades imaginativas fuera del estado de hipnosis (Hilgard, J.R., 1974 ; Tellegen & Atkinsons, 1974). Estos hallazgos demostraron que los primeros intentos por descubrir correlatos significativos entre la personalidad y la hipnosis fracasaron debido a que los instrumentos usados, no tomaron una muestra de los tipos de habilidades cognitivas y disposiciones que son importantes o relevantes a la experiencia hipnótica (103b).

En estudios posteriores se encontró que la inducción de la hipnosis, enfatiza típicamente la fijación de la atención y que sí existen diferencias entre los sujetos hipnotizables y los no susceptibles, respecto al despliegue atencional (Graham & Evans 1977; Karlin, 1979). Además de esto, muchos fenómenos hipnóticos implican la producción de imágenes mentales vividas u otras fantasías; de la misma manera, se han encontrado correlaciones significativas consistentes entre la hipnotizabilidad y un cuestionario que mide la viveza de la imaginación (Sheehan, 1979, - 1982).

Respecto a la hipnotizabilidad lo más importante- desde un punto de vista personal- a considerar es lo que alguna vez dijo Erickson. Este autor afirmó que toda persona normal es hipnotizable, pero no necesariamente por solo uno u otro hipnólogo. Todo

paciente tiene el derecho de entrar en trance de acuerdo con su propia elección del operador. El 100% de la gente normal es -- hipnotizable. Esto no significa que dicho porcentaje sea hipno- tizable por un solo hipnólogo.

De esta manera, el enfermo menta (como los esquizofréní- cos), el débil mental y varios tipos de neuróticos pueden ser - hipnotizados, aunque generalmente algunos de ellos son pacien- tes difíciles. Todo esto dependerá de la situación y motiva- ción del paciente.

3.4 INDUCCION DE LA HIPNOSIS.

Las técnicas empleadas para la inducción del trance hipnó- tico pueden variar ampliamente entre los hipnoterapeutas. Un - buen operador varía detalles de su técnica de sujeto a sujeto, ajustándola a las peculiaridades de cada personalidad. El méto- do de Mesmer, consistía en poner sus manos sobre los hombros -- del paciente, para después frotar suavemente los brazos de éste hasta los dedos de las manos. Además de esto, Mesmer daba va- rios pases y contactos suaves y sosegadores con su mano sobre - la frente y la parte a ser curada del paciente. Por otra parte, Esdaile (54), generalmente colocaba a sus sujetos en un cuarto obscuro y les decía que se durmieran, después de esto hacía pa- ses sobre todo su cuerpo pero sin contacto. Por otro lado, -- Braid decía a sus sujetos, de manera habitual, que miraran un - objeto brillante y les daba instrucciones para que se relajaran

y durmiesen. Posteriormente, Braid modificó su técnica por un método verbal directo en el cual daba sugerencias repetidas de fatiga y sueño. Así, como un resultado del conocimiento científico actual sobre el fenómeno de la hipnosis, la técnica de la sugestión verbal directa se convirtió en la técnica más común. De igual manera, se pueden usar algunas drogas para producir estados hipnóticos, pero los resultados son insatisfactorios debido a que los efectos narcóticos, con mucha frecuencia interfieren con las manifestaciones propias del trance (147b).

Casi de manera general, el mejor método para inducir un trance hipnótico consiste en colocar a los sujetos en una posición cómoda y relajada, mientras que se les dá algunas explicaciones breves de lo que se hará, para aclarar todas sus dudas e ideas distorsionadas sobre dicho procedimiento. Después de esto, se empieza a dar las sugerencias adecuadas en una forma cuidadosamente graduada, con la finalidad de que los sujetos se empiezen a sentir cada vez más relajados, cada vez más y más somnolientos, hasta que de manera gradual vayan entrando a un trance ligero y por fin lleguen a un trance que se va haciendo cada vez más y más profundo. El período que se necesita para lograr este estado varía con cada sujeto, a algunos les toma menos de un minuto el entrar en un trance profundo la primera vez mientras que en algunos otros se pueden necesitar horas de esfuerzo para lograr siquiera un trance ligero. Una vez que el sujeto se encuentra en estado hipnótico, se utiliza la técnica (o ejercicios de profundización) de la misma manera para produ-

cir a gunas de las manifestaciones características dedicho esta do. De tal manera, se dan sugerencias repetidas del efecto deseado hasta que el sujeto responde. El trance termina generalmente con la petición de despertar, sin embargo, ocasionalmente es necesario estimular a los sujetos lentamente mediante sugerencias de despertarse, de la misma manera en que se sugirió el trance (147b).

Posteriormente, Erickson (147b) afirmó que otra consideración esencial en la inducción del trance hipnótico cosnsite en la utilización de los propios patrones de respuesta del sujeto, así como de sus capacidades, más que intentar forzar en el sujeto, mediante la sugerición, las comprensiones limitadas del hipnoterapeuta sobre cómo y qué debe hacer dicho sujeto. Los fracasos en la hipnoterapia y en la investigación experimental, -- con mucha frecuencia, se derivan del hecho de considerar al sujeto como un autómatas del que se espera ejecute las órdenes de acuerdo con las ideas del hinnoterapeuta, con la exclusión implícite del reconocimiento del sujeto como una personalidad con patrones individuales de respuesta y conducta (147b),

En otras palabras, el trance hipnótico se puede inducir dirigiendo la atención de los pacientes hacia los procesos, recuerdos, ideas y conceptos que les pertenecen. Todo lo que hay que hacer es dirigir la atención hacia esos procesos ubicados en ellos mismos.

Por otra parte, HAY DIFERENTES NIVELES DE TRANCE HIPNOTICO: LIGERO, MEDIANO Y PROFUNDO. La obtención de cada uno estará en función de las necesidades del paciente (147b).

En relación con estos niveles o etapas de la hipnosis, la gran mayoría de los autores han descrito la presencia de ciertos fenómenos como manifestaciones objetivas de dichas etapas, por ejemplo "Olberg (173a) y Duprat (50) presentan un cuadro de dichas manifestaciones. Por ejemplo, para EL TRANCE LIGERO describen como algunas manifestaciones: el relajamiento muscular, el cierre y la catalepsia de los párpados; para EL TRANCE MEDIANO la catalepsia general, los movimientos automáticos, anestesia de planos superficiales y alteraciones de la sensibilidad; por último, EN EL TRANCE PROFUNDO O SONAMBULICO, generalmente se presentan alucinaciones, hablar sin despertar, rememoración, anestesia de planos profundos y amnesia posthipnótica entre otras manifestaciones.

3.4.1 ESTABLECIMIENTO DEL RAPPORT O DE LAS CONDICIONES NECESARIAS PARA LA PRIMERA INDUCCION DEL TRANCE HIPNOTICO.

Para establecer el RAPPORT deseado no bastan las palabras que pueda decir al sujeto, es absolutamente necesario, para que aparezcan las fuerzas emocionales que se pretende crear, que nuestra actitud y conducta estén de acuerdo con nuestras palabras. En este sentido recordemos el viejo y verdadero aforismo "obras son amores y no buenas razones". No servirá de na

da decir que queremos ayudarle sinceramente, si se le dice en un tono altanero, despreocupado o indiferente. El factor quizá más importante para conseguir un rapport adecuado es una actitud de sinceridad profunda y total, principalmente cuando se va utilizar la hipnosis como medio terapéutico. Sólo si ofrecemos al paciente ocasión para confiarse a nosotros, para examinarnos y ponernos a prueba, pudiendo verificar por sí mismo nuestra honestidad hacia él, se nos sincerará y estará dispuesto para el cambio, confiándonos el control de su Yo en el proceso hipnótico. Es aquí donde pueden intervenir las cualidades personales del que practica la hipnosis para conseguir un buen rapport. Lo expuesto quiere decir saber fomentar en el ánimo del sujeto los sentimientos y actitudes concientes favorables a la inducción de la hipnosis, trátase de confianza, respeto, simpatía o prestigio (128).

Por otra parte, Wolberg (173e) ha dicho que el objetivo de la inducción es conducir al paciente a un estado de hipersugestibilidad. Con esta finalidad en mente, el operador realiza una serie de maniobras, de las cuales, las más comunes son la facilitación de un estado de relajación muscular profunda, así como la fijación de la atención en un punto en particular. Asimismo, este autor ha propuesto ciertas reglas que son importantes para tenerse en consideración, estas son las siguientes:

a) Atraer la atención del paciente mediante la asignación de una tarea (por ejm., la relajación de los músculos, el entrecru

zamiento de las manos o la levitación de la mano), por medio de sugerencias apropiadas.

b) Es conveniente que la aproximación del terapeuta durante la inducción sea manera segura y con la plena confianza, debido a que algún titubeo ó inseguridad en las expresiones de aquél, -- puede influir de manera negativa en el paciente. También es re comendable adoptar un tono de voz persuasivo, calmado y tranqui lo, susurrando las sugerencias rítmica y monótonamente.

c) Utilizar las repeticiones de las sugerencias para atraer la atención del paciente.

ch) Estimular la imaginación del paciente "construyendo cua--- dros" con nuestras palabras. de manera que aquél prácticamente viva y sienta lo que le es sugerido (en los niños es posible -- llamar su atención pidiéndoles que se imaginen que están viendo un programa favorito en la T.V.).

d) Usar sugerencias positivas más que negativas, por ejemplo, cuando se quiere disminuir un dolor no se dice, "yo no tendrá - dolor", en vez de esto podemos decir, "la sensación que experi- menta cambiará y en vez de sentir lo que ha estado sintiendo, - lo sentirá como entumecido, tolerable". En otro caso, si se va a aplicar unainyección no se dice "esto no le va a doler", en - lugar de esto se puede decir, "esto será como una picadura dimi nuta de un mosquito".

e) Puede presentarse la situación de que el paciente abra sus ojos e insista en que no está hipnotizado, en este caso, puede ser conveniente poner los dedos sobre sus párpados y cerrárselos diciendo: "no se preocupe, eso no importa, sólo quiero que se -relaje". Después de esto, se puede continuar con las sugerencias adecuadas.

f) Casi de manera general, la mayoría de los pacientes, incluso aquellos que han estado profundamente hipnotizados, después de la primera inducción insisten en que no estuvieron en trance. Si este es el caso, se puede responder, "por supuesto, usted no estuvo dormido, estuvo en un agradable estado de relajación y -por esta vez es lo único importante y necesario. Usted podrá entrar en un estado hipnótico más profundo la próxima vez".

g) Por último, algunos terapeutas han observado que es importante decir al paciente que todo lo que se hará en la primera sesión no es hipnosis, sino unos ejercicios de relajación que le permitirán calmar sus síntomas. Esto es debido a que, algunas personas, la palabra HIPNOSIS tiene muchas connotaciones --desafortunadas; frecuentemente abraza expectativas de una cura milagrosa inmediata.

Ahora bien, en lo que se refiere a las condiciones del ambiente físico y del propio paciente, a continuación se exponen algunas sugerencias que pueden tenerse en consideración, sobre todo cuando estamos iniciando en la práctica del hipnotismo, pa

ra posteriormente de manera gradual, ir aprendiendo de qué maneras se pueden usar todas esas condiciones del ambiente físico y del propio paciente, para la inducción de un trance lo suficientemente profundo para que se dé el cambio terapéutico en el paciente.

Respecto al MEDIO FISICO, es conveniente que los ruidos -- que lleguen al consultorio sean escasos o al menos constantes. Estaprecaución resulta particularmente importante en la primera sesión en que se lleva a cabo la primera inducción del trance, hasta el grado más profundo que sea posible lograr. Asimismo, es conveniente que la iluminación del cuarto sea tenue, si es - posible, es necesario prestar particular atención a la cantidad de luz que dé sobre los párpados cerrados del paciente, considerando que de ordinario éste se relaja en posición reclinada. - Aunque es del todo aceptable hacer uso de un diván o una cama - (por ejemplo en las clínicas y hospitales), a menudo resulta -- más recomendable el uso de sillones reclinables que pueden colocarse en posición vertical, para la realización de otras actividades pertinentes en el curso de las sesiones. Es conveniente que el paciente esté sentado ó reclinado cómodamente, de manera tal, que las molestias que presente queden reducidas al mínimo (70).

Por otra parte, respecto a LA PREPARACION DEL PACIENTE, es conveniente que el terapeuta proporcione las siguientes indicaciones antes de iniciar la primera inducción del trance hipnóti

co.

a) Se informa al paciente que está por aprender una serie de -- ejercicios que le ayudarán a relajarse, tal como si aprendiera a conducir un automóvil o a practicar un nuevo deporte. Se enfatiza que de la misma manera en que la gente aprende a estar - tensa y ansiosa, de manera análoga, se le puede enseñar a relajar - se. Asimismo, se le indica que otro aspecto importante de - estos ejercicios consiste en que será una relajación progresiva y ascendente; que será progresiva porque primero relajaremos un grupo de músculos y después otro, y así sucesivamente; y será - ascendente, porque relajaremos primero los músculos de los miembros inferiores y después los músculos superiores, es decir, em - pezaremos de pies a cabeza.

b) Se le indica al paciente que quizá experimente sensaciones poco comunes como cosquilleo o la sensación de que flota. Sea lo que fuere que sienta, serán signos de que sus músculos están empezando a relajarse. Esto es importante, pues no resulta infrecuente que al comenzar a relajarse los pacientes reaccionan con síntomas de temor, o con la impresión de que algo malo les está sucediendo.

c) Se sugiere al paciente que se abandone al proceso, que permita que las cosas sucedan, ya que todo lo que se hará será en su propio beneficio.

ch) Un escollo muy frecuente es la sensación de pérdida del -- control por lo que es recomendable decir al paciente que él con servará el control de sí mismo, y que esto lo observará a tra-- vés de escuchar todo lo que sucede y que podrá despertar y sus-- pender el ejercicio cuando él lo desee, pero no será así, ya -- que él preferirá terminar la experiencia.

d) Se le indica al paciente que se recueste por favor, que se sienta lo más cómodo que pueda, que si alguna prenda le aprieta que la afloje (por ejm., en la mujer los zapatos y en el hombre la corbata) de manera que se sienta cómodo.

e) Se pide al paciente que dirija su mirada hacia un punto en el techo, que haga dos respiraciones ondas y profundas, pero -- sin que se esfuerce y que cierre sus ojos.

f) Se le indica al paciente, que a partir de este momento no -- sera necesario que hable o se mueva, ya que escuchará perfecta y claramente todo lo que le diga el terapeuta. Asimismo, se le indica que lo único que se le pide es que ponga su atención nor mal en lo que se le vaya diciendo, y que si se distrae no se -- preocupe, que sólo vuelva a poner su atención normal en lo que se le v, diciendo. Por ejemplo, el terapeuta puede mencionar -- las conversaciones cotidianas, en las que no es infrecuente que la mente de un interlocutor vague por un momento, pero vuelve -- sin dificultad al tema que se está tratando.

g) Por último, en toda inducción del trance hipnótico, así como en la profundización del mismo, es recomendable que el tono de voz del terapeuta sea bajo, suave, cálido, seguro y firme; - las palabras se pronuncian de manera mucho más lenta que en una conversación cotidiana (70).

Como ya se mencionó anteriormente, es recomendable tener en cuenta todas las indicaciones precedentes cuando estamos iniciándonos en el estudio y, sobre todo, en la práctica del hipnotismo, ya que de esta manera vamos adquiriendo experiencia y, sobre todo, confianza en nuestra capacidad para utilizar este valioso recurso representado por la hipnosis. Una vez logrado esto, podemos empezar a hacer uso de técnicas más avanzadas de inducción y profundización del trance hipnótico, tales como las de Erickson (79a), de las cuales se mencionan sólo algunas en el siguiente apartado, ya que para aprenderlas es necesario estudiar directamente los trabajos de este singular e ingenioso maestro de la psicoterapia e hipnoterapia, a través de quienes han expuesto y continuado su obra.

3.4.2. TÉCNICAS DE INDUCCIÓN DE LA HIPNOSIS.

Las técnicas de inducción son profusas y variadas -y pueden ser todavía más en función de la habilidad y pericia del terapeuta- y pueden aplicarse aisladamente o combinadas. La elección de la técnica puede estar determinada parcialmente por la orientación teórica, por la tradición y observación basada -

en la experiencia clínica y sobre todo, por lo que nos proporciona el paciente a la hora de la entrevista-sesión¹⁵, de acuerdo con Erickson (79a, 175).

Como se pudo observar en la sección anterior, en términos generales podemos dividir la inducción de la hipnosis en tres etapas:

a) Una etapa opcional PREPARATORIA durante la cual se establece un rapport preliminar. El objetivo esencial puede consistir en poner cómodo al sujeto y en crear una actitud positiva hacia el proceso de inducción. A menudo implica suministrar cierta información y aclarar algunos de los errores o dudas del sujeto. También se proporcionan ciertas instrucciones.

b) La segunda etapa es la de LA INDUCCION PROPIAMENTE DICHA, en la que se emplea la técnica destinada específicamente a inducir el trance. Para Arons (5), esta fase inductiva presenta tres secuencias. En el primer paso se describen los síntomas que EXPERIMENTARÁ el sujeto inmediatamente (es decir, una fase anticipatoria). Luego las sugerencias de estos síntomas son emitidas en TIEMPO PRESENTE (la realización), como si en realidad estuviesen ocurriendo. El tercer paso se superpone con la tercera fase de la hipnosis y le sirve de introducción. Tan pronto como se tiene la certeza de que el sujeto está hipnotizado 15.- Con este término queremos referirnos al hecho de que desde la primera entrevista con el paciente, empezamos a promover el cambio terapéutico en él mediante el empleo de la hipnosis, de manera conjunta con el enfoque terapéutico determinado.

do, se emiten las sugerencias en forma MAS DIRECTA Y ENFATICA - (o en forma de reafirmación).

c) Finalmente, podemos afirmar que existe una etapa de PROFUNDIZACION DEL TRANCE, la cual generalmente se fusiona de un modo imperceptible con la etapa anterior, a pesar de que supone un enfoque un tanto diferente.

Así, resulta difícil separar y distinguir definitivamente es tas tres fases. Por el contrario, en realidad existe una consi derable sobreposición entre ellas, incluso se pueden presentar de manera simultánea, aunque en la práctica y para fines de ex posición es conveniente respetar la secuencia de una fase a la otra (170a).

Por otra parte, en lo que se refiere a LAS CLASIFICACIONES DE LAS TECNICAS DE INDUCCION, generalmente cada autor ha expue to las propias y, por ello, resultaría prácticamente imposible describirlas a todas. Sin embargo, exponemos la de Weitzenho-- ffer (107) porque en uno u otro grado -no obstante que esta cla sificación date de un poco más de dos décadas atrás- puede abar car la mayoría de clasificaciones habidas hasta la actualidad.

Este autor afirmó que tradicionalmente, LAS TECNICAS DE IN DUCION DE LA HIPNOSIS SE HAN AGRUPADO SOBRE UNA BASE U OTRA, - EN METODOS FISICOS Y PSIQUICOS. SIN EMBARGO, CABRIA AGREGAR - UNA TERCERA DIVISION, LA DE LOS METODOS MIXTOS O FISICO-PSIQUI-

1) A su vez, LOS METODOS FISICOS se pueden dividir en: a) Métodos en los que se usa un estímulo débil continuo o de fijación sensorial y; b) Métodos fisiológicos.

a) "El creador del METODO DE FIJACION SENSORIAL fue Braid (28). Como ya es sabido, inicialmente preconizó la fijación de un pequeño objeto brillante a una distancia aproximada de 15-20 cms. de los ojos del sujeto, y en posición tal sobre el nivel de los ojos, que provocara "un doble estrabismo, hacia adentro y hacia arriba", determinando de ese modo acentuada tensión de los ojos y párpados. Se indicaba al sujeto que mirara fijamente el objeto y concentrara su atención sobre él. Sin embargo, más tarde, Braid llegó a la conclusión de que la fijación visual no era necesaria, y que el factor crítico era la intensa concentración de la atención sobre una idea u objeto. Por consiguiente, estos métodos de fijación sensorial se pueden subdividir en: técnicas que enfatizan en el uso de la estimulación visual (por ejm., cualquier objeto brillante o el hipnodisco), la estimulación auditiva (como el tic-tac de un reloj), la estimulación de otras modalidades sensoriales (como cuando se usa un sillón vibratorio o alguna imaginaria que involucre el sentido del tacto), las estimulaciones sensoriales combinadas (por ejm., los hipnotrones), en los que se usan estímulos visuales y auditivos) y, por último, si enfatizan en la ausencia de estimulación (como en todas las técnicas en que se usa exclusivamente

la imaginaria).

b) Por otra parte, LOS METODOS FISIOLÓGICOS se pueden dividir en: método de la estimulación súbita e intensa (por ejm., un ruido intenso), método de la estimulación de zonas corporales hipnógenas y de otras zonas específicas (como en el reflejo senocorotideo, la cual es extremadamente peligrosa y no existe alguna razón para que el terapeuta la use), inducción mediante agentes farmacológicos (como el opio, el amital sódico y el pentotal) y, por último, el método del sueño natural, en el que después de cierto rapport, se imparten sugestiones destinadas a inducir el trance.

Como se puede observar, estos métodos deben su nombre al hecho de que se basan en fenómenos fisiológicos.

2) Por otra parte, LOS METODOS PSÍQUICOS de inducción se dividen en a) el método de la sugestión explícita; b) métodos de fijación o de visualización; c) método de transferencia y manejo de las necesidades; y, ch) el método de la sugestión extraverbal e implícita y el de la pseudosugestión.

a) EL METODO DE LA SUGESTION EXPLICITA. Aunque generalmente se le ha atribuido a Liébeault, y particularmente a Bernheim, el mérito de haber llamado la atención sobre la función esencial de la sugestión en la hipnosis, corresponde aceptar -- que se les anticiparon a reconocer esto hombres como Braid, Ber

trand y Faria. La primera alusión al factor sugestión corresponde, probablemente, a la comisión científica que investigó -- las afirmaciones de Mesmer, en 1784. En todo caso, la escuela de Nancy negó que la hipnosis constituyera un estado especial del individuo, y afirmó que la sugestión era la clave de todos los llamados fenómenos hipnóticos. Sea cual fuere la realidad del asunto, la sugestión ha constituido el método de inducción por excelencia.

Asimismo, Weitzenhoffer (107) afirmó que este procedimiento se puede dividir en tres fases sucesivas: 1) la fase ANTICIPATORIA, durante la cual se describen los síntomas que el sujeto está A PUNTO de experimentar. Luego sigue, 2) la fase de -- REALIZACION, durante la cual se afirma que los síntomas AHORA -- ESTAN OCURRIENDO REALMENTE. En la última fase, 3) de REAFIRMACION ENFATICA, se reafirman del modo más enfático las sugerencias, a menudo bajo la forma de una "orden".

El método de la sugestión no siempre implica sugerencias -- destinadas a provocar el sueño y sus síntomas, ya que algunos -- autores como Schneck (150) y Rosen (1953) describieron algunos procedimientos diferentes. Por ejemplo, los procedimientos del segundo autor implicaban el ofrecimiento de sugerencias de un modo indirecto, y la integración de las mismas en diversos aspectos de la conducta espontánea del sujeto, utilizados como -- parte de la inducción. Se trata, como lo señaló Rosen, de un -- método muy individualista y --podría agregarse-- exige del hipno-

tizador una extraordinaria habilidad. Guarda cierta relación con esta técnica un caso de hipnotización (o inducción) indirecta descrito por Erickson y Kubie (146b). Estos métodos son útiles y efectivos en ciertos casos de difícil tratamiento.

b). METODO DE FIJACION PSIQUICA O DE VISUALIZACION. Estas técnicas de reciente desarrollo consisten en pedir al sujeto que visualice varias escenas y que se concentre (de manera intensa) en ellas. Quizás estas imágenes desempeñen la función de sustituto del habitual objeto de fijación, aunque probablemente su efectividad obedece a otros factores. Se asegura que este método - el que casi siempre se combina con sugerencias - es muy eficaz en ciertos casos. Respecto al uso de estas técnicas, es importante mencionar que de acuerdo con Wolberg (173ch), se utilizaron en todos los ejercicios o técnicas de profundización -- (tal como se puede observar en el anexo A).

c).- METODOS DE TRANSFERENCIA Y MANEJO DE LAS NECESIDADES. En esencia, en este método se manipula la situación de transferencia que ocurre durante la hipnosis, y se utilizan las necesidades del sujeto para fortalecer el proceso de inducción. Como se puede observar, en este tipo de técnicas de inducción, podemos incluir la gran mayoría de técnicas usadas por Erickson (79a) 175) y por quienes han continuado su labor. Por ejemplo, Watzlawick (167a) ha enfatizado la utilización de la resistencia. - Una exposición más detallada de esta labor, se presenta en la sección que se refiere a las direcciones actuales y futuras en

en el uso de la hipnosis.

ch).- METODOS DE LA SUGESTION EXTRAVERBAL, INTRAVERBAL E IMPLICITA Y DE LA SEUDOSUGESTION. Estas son técnicas que rara vez o nunca se aplican solas. La efectividad de una sugestión no depende de que sea verbal y tampoco es preciso que sea directa o explícita. Los ademanes, las expresiones faciales¹⁵ y las inflexiones de la voz pueden ser igualmente eficaces. Como lo demostró Hull (89), las reacciones (o expresiones) ENFATICAS incluyen elementos de sugestión, y es probable que ocurra lo mismo en ciertas formas de conducta imitativa. El suministro inadvertido de sugestiones ya fué utilizado por autores clásicos como Charcot y Lafontaines. El empleo, como principios sugestivos de elementos no verbales y extraverbales que forman parte intrínseca del medio o de los agentes utilizados, constituye lo que llamamos la sugestión implícita, Así, Bellamanière utilizó un punto luminoso que se desplazaba en sentido descendente, por que el autor entendía que de ese modo podía sugerir un movimiento descendente de los párpados, y por lo tanto, el cierre de los mismos. Es probable que ese sea el resultado en el caso de la arena que cae del relaj de la misma. La respiración lenta y regular sugiere el estado de sueño (y de relajación). El empleo deliberado y accidental (por ejm., el que hacía Erickson) de este tipo de sugestión es bastante amplio. Por ejm, Meares (124) ha afirmado que la sugestión extraverbal evita la crítica lógi-

15.- En este sentido, por ejemplo Erickson (147a), describe en una ocasión en que usó estos recursos para inducir el trance en una mujer latina que no hablaba el idioma inglés.

ca, y que el gesto y el ademán son un medio importante de la sugestión por procedimientos no verbales.

Relacionadas en cierto sentido con las técnicas mencionadas antes, se encuentran las llamadas pseudosugestiones. Como lo afirmó por ejemplo Welch (1947), es práctica común de los hipnotizadores utilizar algunos trucos para que el sujeto crea que ciertos actos que él ejecuta, son resultado de las sugestiones impartidas. Así, casi todos los sujetos muestran cierto grado de balanceo, particularmente cuando tienen cerrados los ojos, cuando se les indica pararse en la posición exigida por la situación de balanceo postural (170a), las manos tienden a mantenerse unidas, debido al entrelazamiento de los dedos, cuando éstos están en las posiciones recomendadas para las sugestiones de manos aferradas (en la técnica de inducción del entrecruzamiento de las manos, usada principalmente con los niños). La técnica de Braid fatiga los ojos por razones puramente fisiológicas, de modo que éstos tienden naturalmente a cerrarse (por esta razón, cuando se usa esta técnica se le indica al sujeto que trate de mantener sus ojos abiertos por más tiempo). Algunos de los efectos observados en algunas técnicas como la del CONTRASTE DE COLORES de Stokvis (1952), la de hiperventilación y la del seno carotídeo, son consecuencia del normal funcionamiento del aparato visual- por ejemplo, en la primera técnica- bajo ciertas condiciones. Por ende, como ya se señaló, estas pseudosugestiones ayudan EFECTIVAMENTE A ELEVAR la sugestionabilidad del sujeto, y en ese sentido son herramientas perfectamente respetables. --

Además, en la mayoría de los casos aún las seudosugestiones suponen cierta proporción del auténtico efecto de sugestión (107).

3). METODOS MIXTOS O FISICOQUIMICOS.

La mayoría de los modernos practicantes de la hipnosis combinan en variada proporción todos los métodos enumerados anteriormente. Un argumento justificable de esa actitud es la premisa de que los efectos separados de estos métodos son aditivos, y posiblemente multiplicativos, y en todo caso, por lo menos sinérgicos. Otro argumento consiste en que existen amplias diferencias entre las reacciones de los sujetos a una técnica o agente dado. Agentes que ejercen profunda influencia sobre un sujeto pueden tenerla escasa o nula sobre otro. El empleo de métodos -mixtos aumenta la probabilidad de influir al sujeto en la primera tentativa, sobre todo porque no existen pruebas reales que -permitan determinar el procedimiento más efectivo, salvo el experimento mismo. Finalmente, dada la carencia de datos con respecto a la auténtica efectividad de los diversos elementos que -constituyen un procedimiento dado, el empleo de una combinación de técnicas de inducción aumenta el margen de seguridad. Por último, un creciente número de clínicos está empezando a comprender la importancia de manipular la situación de transferencia, y a utilizar las necesidades del sujeto para la inducción del -trance (107).

Un ejemplo de este tipo de técnicas lo constituye la de la

fijación de la vista en un objeto en particular, combinada con sugerencias de relajación.

Por otra parte, es importante mencionar que algunos otros autores han clasificado las técnicas de inducción en lentas y rápidas (5) y ; otros como Powers (139), han hablado de técnicas sencillas de aprender y de técnicas avanzadas, para las que se requiere de un poco más de experiencia en el campo del hipnotismo. Sin embargo, en lo personal ASIGNAMOS EL NOMBRE DE TÉCNICAS AVANZADAS A LAS CREADAS POR ERICKSON (79a, 175). Por ejemplo, en el anexo A se presenta la técnica de inducción utilizada en esta investigación, y una de las tantas técnicas de inducción de Erickson - avanzada- por lo que se pueden comparar ambos procedimientos y con ello, sacar nuestras propias deducciones.

Finalmente, en cuanto a las técnicas de inducción, existen grandes tratados de las mismas, por ejemplo los de Weitzenhoffer (170a), Granone (175) y Haley (70a); además, todos los libros "serios" sobre el tema incluyen un apartado alusivo a dichas técnicas. Lo importante- desde un punto muy personal- de todas las técnicas que se puedan leer en estos libros, es que cada hipnoterapeuta p clínico, puede adaptar dichas técnicas de acuerdo a -- su propia experiencia en este ámbito, y sobre todo, de acuerdo a lo que nos proporcione el paciente en la primera entrevista-sesión, de acuerdo con Erickson.

Por otra parte, antes de describir la técnica de inducción utilizada en la presente investigación, a título de ejemplo, mencionamos 2 técnicas de Erickson, a reserva de consultarlas directamente en sus escritos expuestos por quienes han continuado su obra.

LA TÉCNICA DE MEZCLADO (INTERPERSONAL TECHNIQUE). En esta técnica Erickson afirmaba...y aquel pisapapeles; el archivador; sus pies bajo la alfombra; la iluminación del cuarto, las cortinas, su mano sobre el brazo de la butaca, el cambiante foco de sus ojos, aunado mira en su entorno, los curiosos títulos de los libros, la tensión de sus hombros, la sensación de la butaca, -- los molestos ruidos y pensamientos, el peso de las manos y pies, peso de los problemas, peso de la mesa, los informes de numerosos pacientes, el ir y venir de la vida; enfermedad, sentimientos del cuerpo y del alma, la paz de la distensión, la necesidad de aceptar sus necesidades, la necesidad de aceptar su tensión, mientras contempla la mesa o el pisapapeles o el archivador, la sensación de bienestar de apartarse del mundo, cansancio y su origen, la inmutabilidad de la mesa, la monotonía del archivador, la necesidad de descanso, la sensación de bienestar al errar lo ojos, la distensión de respirar profundo, el bienestar de experimentar algo pasivamente (167a).

Un análisis detallado de esta técnica, así como ejemplos de la misma pueden consultar en la obra de Bandler y Grinder (6).

LA TÉCNICA DE LA CONFUSION. Por otra parte, en el empleo - de esta otra técnica Erickson afirmaba: "se piensa y piensa y - las cosas son relativas, mis pensamientos relativos respecto a- los suyos y los suyos de los míos, qué piensa usted de mi buta- ca que para mí está aquí y su butaca para mí está allí, porque- mi aquí y aquí y mi allí es allí y para usted mi aquí es su allí y mi allí su aquí y así continuamente lo mismo en el tiempo por- que el mismo tiempo es presente mientras que su 18 aniversario aconteció antes que el 19, pero en su 19 aniversario era el 17 en el pasado y el 18 era ahora y ahora piensa usted en el futu- ro, en el que el futuro será presente de su 20 aniversario y -- así ocurre con las propiedades de las palabras si piensa usted- en las palabras cualitativas, hay palabras que tienen por sí su propia peculiaridad porque la palabra CORTO es corta en sí pero la palabra LARGO, no es larga en sí sino tan corta como corto y la palabra ESPAÑOL es española pero la palabra SPANISCH es ale- mana y...(167a).

Un exámen más amplio de las aplicaciones de esta técnica - se puede encontrar en la obra de LeCron (117a) y Weitzenhoffer (170a).

Como se podrá observar, para que podamos hacer un uso efi- caz de las técnicas anteriores, es necesario contar con grado mí nimo de experiencia en el campo de la práctica del hipnotismo, - la cual podemos adquirir mediante el empleo- al menos en un prin- cipio- de una técnica o procedimiento de inducción sencillo, fá

cil de aprender y sobre todo, de poner en práctica hasta cierto punto sistemático, desde el inicio de la inducción hasta el proceso de despertar al sujeto. Dicha técnica puede ser por ejm., - la que se utilizó en la presente investigación y la denominamos como TECNICA DE LA RELAJACION PROGRESIVA Y ASCENDENTE. Esto fue debido a 2 razones principales: a). en algunas técnicas de relajación incluyen el estado opuesto, es decir, la tensión de grupos de músculos como paso previo a la relajación de los mismos y b). la mayoría de las técnicas de inducción que enfatizan la relajación progresiva, conducen este procedimiento en dirección descendente, es decir, de la cabeza a los pies (173e). Sin embargo, en la técnica que utilizamos combinamos dicha dirección por una sencilla y objetiva razón: en el curso de nuestra corta experiencia en el campo del hipnotismo, y en particular de la aplicación de esta técnica, hemos observado que la mayoría de los pacientes tienen más tensos los músculos superiores, en especial los de la cara y del cráneo y en un grado menor la tensión de los inferiores. Por tanto, es más recomendable iniciar la relajación de los músculos del cuerpo en un orden progresivo y ascendente, ya que es más fácil relajar los músculos menos tensos y con ello, promover un relajamiento más fácil y profundo de los músculos más tensos del paciente. Además de las razones personales que justifican la utilización de esta técnica de inducción, recordemos (ver introducción del presente apartado), que el mismo Erickson y Wolberg (173e) afirmaron que, casi de manera general el mejor método para inducir un trance hipnótico - consiste en relajar a los sujetos de manera gradual y, que la =

relajación es una técnica sencilla y particularmente valiosa - en las terapias re-educativas, respectivamente.

Por otra parte, la descripción de esta técnica así como la utilizamos en el proceso de profundización del trance y para el despertar del paciente, se incluyen en el anexo A. Esto, con la finalidad de no quitarle secuencia a la exposición del trabajo, debido a la extensión de dichas técnicas. Sin embargo, presentamos un breve exámen de la historia de las aplicaciones de este extraordinario recurso terapéutico.

La utilización de la relajación tiene una larga historia - en medicina general, psicología clínica y psiquiatría. Los pioneros en el campo - por ejemplo Jacobson y Schultz- vislumbra-- ron la enorme importancia que la tensión y los estados emocio-- nales en general, podían tener en la aparición y desarrollo de numerosos problemas médicos. Por ejemplo, la obra más importante de Edmund Jacobson (91) sobre la relajación progresiva, se - centró principalmente en la exploración de la concepción de Wat son, según la cual los pensamientos y sentimientos se localiza-- ban en la musculatura periférica. Con estos trabajos, Jacobson defendía la aplicación terapéutica de la relajación a problemas tan diversos como el insomnio, el dolor crónico, la hipertensión, la ansiedad y las fobias. Mientras esto se sucedía en Norteamé-- rica, en Europa Schutz y Luthe (1959) investigaban independiente-- mente la utilización de lo que llamaron ENTRENAMIENTO AUTOGENO, para la reducción de la ansiedad y el logro de una sensación de bienestar (70).

Por otra parte, en los Estados Unidos de Norteamérica, ---
Haugen, Dixon y Dickel (1963) delinearon una terapia completa -
basada en la relajación muscular profunda para el tratamiento -
de la ansiedad. Las mujeres que tienen partos naturales, tam---
bién conocen en la actualidad el valor de la relajación, no só-
lo como un medio para reducir la ansiedad, sino también para fa-
cilitar el paso del feto a través del cuello uterino (Lamaze, -
1958; Kroger, 1965). De igual manera como es bien sabido, LA --
TECNICA DE LA BEBENSIBILIZACION SISTEMATICA de Wolpe (174a) se-
basa en los efectos inhibitorios de la ansiedad que tiene la re-
lajación de los músculos estriados (70).

Los datos que se dispone demuestran cabalmente que la re-
lajación de los músculos reduce de modo pronunciado la ansiedad
(32, 44, 91, 10, 120, 125b, 174a).

LA RELAJACION. En sentido estricto, hace referencia a un -
estado de organismo definible como ausencia de tensión a activa-
ción que se manifiesta a 3 niveles: fisiológico, conductual y -
subjetivo. EL NIVEL FISIOLÓGICO incluye los cambios viscerales,
somáticos y corticales (cambios en tasa cardiaca, tensión muscu-
lar, ritmos electroencefalográficos, tec.). EL NIVEL CONDUCTUAL
incluye los actos externos directamente observables del organis-
mo (inactividad, hiperactividad, lucha, huida, expresiones cor-
porales, faciales de tensión, etc.). Por último, EL NIVEL SUBJE-
TIVO se refiere a la experiencia interna consciente del propio -
estado emocional o afectivo (sensación de malestar, aprehensión,

calma, tensión, etc.). Por lo general, se ha tendido a identificar la atención y la relajación con el nivel fisiológico, asumiendo que los otros 2 niveles dependen directamente de aquel. De hecho, la investigación sobre la activación ha estado estrechamente vinculada al estudio de los cambios fisiológicos que acompañan a las reacciones emocionales intensas- ansiedad, miedo, ira, etc.- y a las respuestas defensivas antes situaciones amenazantes tanto físicas como psicológicamente- las respuestas de lucha o huida o respuestas al stress-. En ambos casos, la investigación ha puesto de manifiesto la existencia de procesos neurofisiológicos y humorales que determinan la aparición de importantes incrementos en el nivel de activación fisiológica. Este exceso de activación en las funciones biológicas del organismo- sistema cardiovascular, gastrointestinal, respiratorio etc.- podría constituir el mecanismo que relacionan el stress psicológico y los estados emocionales con el mayor riesgo de trastornos orgánicos específicos- úlceras, hipertensión, trastornos coronarios, asma, neumonía, tuberculosis, diabetes, cáncer etc.- tal como han puesto de manifiesto los recientes estudios epidemiológicos. Por consiguiente, si la activación fisiológica constituye un mecanismo de riesgo, la respuesta de relajación en cuanto proceso opuesto constituye necesariamente un mecanismo positivo facilitador de la salud (32).

Como ya se mencionó anteriormente, entre las técnicas clásicas de relajación, la de Jacobson ocupa un lugar particularmente relevante al haber sido objeto de numerosas investigacio-

nes y aplicaciones clínicas. Sus supuestos básicos son los siguientes: 1).pretende ser una técnica fisiológica centrada en la relajación de la musculatura esquelético-motora: la tensión se define específicamente como la activación y contracción de las fibras musculares esqueléticas, mientras que la relajación se define como el proceso opuesto de desactivación y alargamiento (o aflojamiento) de las fibras musculares. 2). el programa de entrenamiento se debe basar en la discriminación de las señales de tensión en los distintos músculos del cuerpo, a través de ejercicios sistemáticos de tensión-relajación (lo cual se encuentra en oposición con la técnica que se utilizó en esta investigación). 3). la relajación de la musculatura esquelético-motora, conlleva automáticamente la relajación del sistema automático-vegetativo, así como la relajación del sistema nervioso central. 4). la relajación fisiológica produce efectos paralelos de relajación emocional(a través de sus efectos en el sistema nervioso vegetativo) y de relajación cognitiva (a través de sus efectos en el sistema nervioso central). Este último aspecto ha tenido importantes implicaciones teóricas en psicología.- Jacobson ha sido uno de los principales defensores de la llamada TEORIA MOTORA DEL PENSAMIENTO, según la cual la actividad mental sólo es posible cuando existe simultáneamente tensión de actividad en alguna parte de la musculatura periférica, sobre todo en la musculatura de los ojos y del aparato fonatorio, aunque dicha actividad sólo se manifiesta a nivel encubierto, no externo (32).

Gran parte de la popularidad de la técnica de Jacobson generalmente en versiones simplificadas- se debe al importante papel - que se le asignó dentro de LA TERAPIA CONDUCTUAL, COMO -- PARTE ESENCIAL DE LA DESENSIBILIZACION SISTEMATICA (174a), método ampliamente utilizado en el tratamiento de la ansiedad y a reacciones fóbicas. Sin embargo, han sido las propias características de la técnica y sus supuestos básicos los que han impulsado RECIPROCAMENTE la investigación dentro de la terapia -- conductual, favoreciendo al desarrollo de nuevos procedimientos psicológicos de intervención (como la reestructuración cognoscitiva bajo hipnosis). El enfoque fisiológico potenció la utilización de registros de diversas funciones biológicas para comprobar la eficacia del entrenamiento y la validez de sus supuestos básicos. El mismo Jacobson fué pionero en el USO DE LOS REGISTROS ELECTROMIOGRAFICOS para medir el grado de tensión y relajación de los músculos durante el entrenamiento. La existencia de esta tecnología facilitó no sólo el desarrollo de LA BIORETRO-- ALIMENTACION (44) como método alternativo de relajación muscular al poder proporcionar información inmediata y continua al sujeto sobre su estado de tensión muscular- sino también la investigación sobre los mecanismos básicos del funcionamiento biológico; el papel de la discriminación y la percepción de los -- cambios corporales en su autocontrol, la generalización de la -- relajación a otros músculos, el efecto de la relajación muscular sobre la relajación autonómica y cortical, el efecto de la relajación fisiológica en la relajación subjetiva, y cognitiva, etc, aunque el estado actual de la investigación sobre estas cuestio

nes están lejos de ser concluyente, no existe ninguna duda de - que los datos, además de confirmar la eficacia terapéutica de - la técnica de relajación: tal como vimos anteriormente, apuntan en la dirección de sus supuestos- importancia de la discriminación de las respuestas fisiológicas para lograr su autocontrol, - importancia del entrenamiento en la relajación del mayor número posible de músculos para lograr la generalización, importancia de la relajación muscular para facilitar la relajación visceral, etc.- lo cual refuerza todavía más la validez de los procedimientos básicos de relajación, confiriéndoles un lugar destacado en el contexto actual de la psicología de la salud (32).

Como se puede observar, la importancia de la técnica de la relajación en el ámbito de la psicoterapia es primordial y, además de esto, se la utiliza como una técnica de introducción del trance hipnótico- como fué el caso de la investigación- su importancia resulta doblemente valiosa como para tenerla presente en nuestro conjunto de instrumentos terapéuticos.

3.4.3. TECNICAS DE PROFUNDIZACION DE LA HIPNOSIS.

Debido a que la mayoría- por no decir que todos - de los teóricos contemporáneos en el campo de la hipnosis han fundamentado su explicación del proceso que nos ocupa aquí, en las afirmaciones de Erickson respecto de dicho proceso, consideramos pertinente citar dichas afirmaciones, tomadas directamente del trabajo original de esta autoridad mundial en el campo de la hipno

sis, lamentablemente ya desaparecido.

Erickson afirmó que antes de ofrecer cualquier discusión sobre la inducción del trance profundo, era necesario hacer un esfuerzo por definir la hipnosis profunda en sí misma. Así mismo esta autor afirma que también es necesario reconocer que una descripción, sin importar qué tan precisa y completa sea, no -- sustituirá jamás a la propia experiencia y no podrá ser aplicable a todos los sujetos, debido a las diferencias individuales. Por lo tanto, cualquier descripción de un trance profundo variará en menor detalle de un sujeto a otro. Así no podemos hacer un registro absoluto de fenómenos hipnóticos como pertenecientes a un solo nivel o etapa de la hipnosis; esto es debido a que algunos sujetos desarrollaran sujetos en un trance ligero fenómeno-- que generalmente están asociados con un trance profundo y otros sujetos en trance profundo, mostrarán una conducta considerada-- comúnmente como característica de un trance ligero. Aunado a la anterior, otros sujetos, que en trances ligeros muestran una conducta generalmente típica del trance profundo, pueden mostrar -- una pérdida de la misma conducta cuando se desarrolla la hipno-- sis profunda. Por ejemplo, los sujetos que fácilmente desarro-- llan amnesias en un trance ligero, de la misma manera pueden -- fracasar en el mismo objetivo cuando se encuentran en un trance profundo. La razón de estas aparentes anomalías de la conducta, subyace, no en una incapacidad del sujeto en manifiestar generalmente la conducta característica, sino en la orientación psico-- lógica totalmente diferente de la persona hipnotizada profunda--

mente, contrastada con su orientación en trances más ligeros. En este tipo de trances se dá una tendencia a mezlar conocimientos y expectativas concientes con una cierta cantidad de participación conciente; mientras que, en etapas más profundas del trance, el funcionamiento es más, propiamente a un nivel inconciente.

De hecho, continúa Erickson (53a), en el trance profundo -- del sujeto se comporta de acuerdo con sus propios patrones inconcientes de conocimiento y respuesta, los cuales difieren con mucha frecuencia de sus patrones concientes. Este hecho se dá especialmente con los sujetos ingenuos que no han tenido alguna experiencia con la hipnosis y por tanto, su desconocimiento de los fenómenos hipnóticos interfiere de manera involuntaria, con el desarrollo de los fenómenos propios del trance profundo, hasta que la experiencia les permita una difusión de conocimientos de su mente conciente a la inconciente¹⁷.

Un ejemplo más frecuentemente encontrado con relación a lo anterior, cuando se induce un trance profundo, consiste en la dificultad de enseñar a estos sujetos a hablar en este tipo de trance; ya que en un trance ligero, aquellos pueden hablar más-

17.- Como se puede observar, esta afirmación de Erickson concuerda con las de Ornstein (133) y Watzlawick (167a) entre otros, en el sentido de promover el conocimiento y uso del lenguaje del hemisferio derecho.

o menos fácilmente, pero en el trance profundo, cuando está -- funcionando directamente su mente inconciente, se ven a sí mismos incapaces de hablar sin despertar. La razón de esto es que dichas personas han tenido una experiencia y conocimiento de la vida en los que, el hablar se hace generalmente a un nivel conciente, y no alcanzan a comprender que es posible realizar la misma conducta a un nivel puramente inconciente. Con mucha frecuencia es necesario enseñar a estas personas a que reconozcan sus capacidades para funcionar adecuadamente, ya sea a un nivel conciente o inconciente de conciencia. Por esta razón, Erickson enfatizaba con mucha frecuencia la necesidad en el trabajo hipnótico, de ocupar de 4-8 horas e incluso más tiempo para la inducción del trance y el entreamiento de los sujetos para que trabajaran adecuadamente, antes de intentar cualquier experimento o terapia hipnótica (53a).

No obstante lo anterior, la tarea de enseñar a un sujeto cómo mantenerse en un trance profundo, cómo hablar y funcionar tan adecuadamente como lo hace en un nivel conciente, es relativamente fácil. Por ejemplo, al sujeto que parece incapaz de aprender a hablar estando en un trance profundo, se le puede enseñar la escritura automática, a leer en silencio lo que escribió y a hacer los movimientos, abriendo la boca, a medida que va leyendo, es un paso relativamente simple igualar la actividad motora de escribir con los movimientos de apertura de la boca para el logro de hablar sin despertar. Basta un poco de práctica para que esta conducta- contraria a los aprendizajes pasa-

dos del sujeto- sea posible de abstenerse a un nivel inconciente de funcionamiento. Una situación similar a la anterior, podemos llevar a cabo en relación con otros fenómenos hipnóticos. - Por ejm, EL DOLOR es una experiencia conciente ¹⁸, y por tanto, con mucha frecuencia es necesario enseñar a los pacientes los fenómenos de la analgesia o anestesia de alguna manera. Esto -- mismo es aplicable para las alucinaciones, la regresión, amnesia o cualquier fenómeno que deseemos obtener, En este sentido, algunos sujetos necesitan amplias instrucciones en diferentes consideraciones, y otros pueden traducir sus aprendizajes en un determinado campo a un problema de otro tipo (53a).

Todo lo anterior es esencialmente una intriducción para pasar a describir la naturaleza de un trance profundo. Dicho brevemente, LA HIPNOSIS PROFUNDA ES ESE NIVEL DE LA HIPNOSIS QUE LE PERMITE AL SUJETO FUNCIONAR ADECUADA Y DIRECTAMENTE A UN NIVEL INCONCIENTE DE CONCIENCIA SIN INTERFERENCIA DE LA MENTE --- CONCIENTE¹⁹.

-
18. Posteriormente, Erickson amplió su concepción de esta experiencia sin afirmar que el dolor está formado por 3 aspectos: la anticipación del dolor por venir, el recuerdo (s) del dolor que se ha experimentado y la experiencia común del dolor. En Rossi, 1980, vol.2.
 19. Como se puede observar nuevamente, esta definición coincide con las afirmaciones de Ornstein (133) y Watzlawick (167a), en el sentido de promover el uso del lenguaje del hemisferio derecho sin interferencia del izquierdo.

En otras palabras, el sujeto que está en trance profundo - funciona de acuerdo con sus conocimientos inconcientes, es independiente (o ajeno) de las fuerzas a las que su mente conciente responde de manera ordinaria y se comporta de acuerdo a la realidad existente en la situación dada, para su mente sub o inconciente. Sus concepciones, recuerdos e ideas constituyen su mundo de realidad, y la realidad de la situación actual que le rodea solo es útil en la medida que se puede utilizar en dicha situación hipnótica. Esta realidad externa, no constituye necesariamente algo concreto y objetivo provisto de valores intrínsecos. Así, por ejemplo, el sujeto puede escribir automáticamente en un papel y leer lo que ha escrito; de la misma manera dicho sujeto puede alucinar tanto el papel, el lápiz y la conducta motora de escribir y leer lo que "escribió". El significado intrínseco del papel y lápiz se deriva de los procesos subjetivos de la experiencia que se encuentran en el sujeto, los cuales una vez que son utilizados, cesan para pasar a ser una parte de la realidad de su situación hipnótica. En los trances ligeros o en el estado de vigilia, el lápiz y el papel son objetos de la realidad provistos con significados inherentes con los que podemos tratar, además de los significados peculiares que pueden tener para la mente individual (53a).

Por otra parte, una consideración adicional muy importante se refiere a que la realidad (o necesidad) de un trance profundo, debe necesariamente ser congruente con las necesidades y estructura fundamental de la personalidad del sujeto. Por ejm,

una persona profundamente neurótica que se encuentre en trance profundo, puede en dicha situación, ser liberada de su conducta neurótica abrumadora y, por ende, esto puede ser un fundamento de una re-educación terapéutica que está de acuerdo con su personalidad fundamental. Un exceso de neurotización por muy extensa que sea, no deforma el núcleo central de la personalidad, -- aún cuando puede disfrazar y "lisiar" sus manifestaciones. De la misma manera, todo intento por imponerle al sujeto hipnotizado -por muy profundo que sea el trance- sugerencias que no son aceptadas por su personalidad total conduce, ya sea a un rechazo o a una transformación de las mismas de suerte que puedan satisfacerse mediante una conducta pretenciosa "o gingida", con mucha frecuencia aceptada como válida en los estudios que intentan inducir hipnóticamente la conducta antisocial (123b). En este sentido, no es necesario enfatizar la importancia de apreciar al sujeto como un individuo con una estructura de personalidad, que debe ser respetada. Esta apreciación y respeto constituye una base para reconocer y diferenciar la conducta consciente de la inconsciente. Sólo un conocimiento de lo que constituye la conducta derivada de la mente inconsciente del sujeto, le posibilitará y facilitará al hipnoterapeuta inducir y mantener trances hipnóticos profundos (53a).

Por otra parte, sólo por conveniencia de conceptualización PODEMOS CLASIFICAR TRANCES PROFUNDOS EN : 1.SONAMBULICO Y 2. -- ESTUPOR. En los sujetos bien entrenados, EL PRIMERO DE ESTOS -- TRANCES es aquel en el que el sujeto aparentemente está despierto

to y actuando adecuada y libremente, en toda la situación hipnótica en una manera muy similar a como actúa una persona no - hipnotizada. Para el sujeto bien entrinado no implica una enseñanza laboriosa el pedirle que se comporte en determinada manera ya que aquél es entrando para que cuente completamente con sus propios patrones inconcientes de respuesta y conducta. Un ejm., ilustrativo de este tipo de trance es aquél en que el autor, como medio de enseñanza para la audiencia presentó a una sujeto - que estando en trance sonambólico, dirigió una lectura y demostración sobre la hipnosis sin ayuda del autor, ante un grupo de psiquiatras y psicólogos. Aún cuando muchos de los presentes ya habían tenido alguna experiencia con la hipnosis, ninguno detectó que la ponente estaba en trance. Esta ponente era una psiquiatra, estudiante y sujeto del autor, quien sin el conocimiento previo del mismo autor y como un experimento personal de autohipnosis, dirigió una conferencia y presentó una historia de caso con mucho éxito sin que su trance sonambólico hubiese sido detectado. De esta manera, solamente hasta que se valoró la situación, la audiencia pudo reconocer fácilmente las tremendas - diferencias existentes entre la conducta conciente ordinaria y la conducta del trance (53a).

Por otro lado, EL ESTUPOR (o trance plenario de acuerdo -- con LeCron, 1956) se caracteriza principalmente por una conducta responsivo-pasiva, marcada tanto por un retraso (en cuanto a la velocidad del pensamiento) psicológico como fisiológico. En este tipo de trance, la conducta e iniciativa espontánea tan ca

racterística del estado sonambúlico si se la desarrolla están ausentes. Es muy probable que se dé una marcada perseveración de la conducta responsiva incompleta, y definitivamente existe una pérdida de la habilidad para apreciar el YO (o sentido de uno mismo). El autor ha pedido a colegas médicos, que no tienen conocimiento de la situación hipnótica, que examinan a los sujetos que están en estado de estupor y repetidamente han ofrecido la opinión tentativa de un estado de narcosis. En base a la propia experiencia del autor, es difícil obtener este estado de estupor en muchos sujetos debido aparentemente a su objeción por una pérdida de la conciencia de sí mismas como personas. El uso de este estado por parte del autor, se ha limitado principalmente hacia el estudio del componente fisiológico del mismo y su aplicación terapéutica en ciertos pacientes profundamente neuróticos (53a).

Erickson (53a) sostiene que hay 6 aspectos importantes a tenerse en consideración con respecto a la inducción de la hipnosis profunda debido, a que son los que posiblemente puedan suscitar algunos problemas.

- 1). Es necesario distinguir la inducción del trance de la utilización del mismo.
- 2). Es necesario distinguir la conducta del trance, de la conducta ordinaria consciente.
- 3). Todo el procedimiento hipnótico deberá orientarse respecto del sujeto. Es decir, que es necesario satisfacer todas -

las necesidades psicológicas del sujeto a fin de obtener toda su cooperación durante el trance. Así cualquiera que sea el trabajo hipnótico que se requiera, será adaptado al sujeto y no a la inversa.

4). Es necesario reconocer la necesidad de proteger al sujeto. Esto se debe a que el sujeto tiene una fuerte necesidad de protección contra la violación de sus derechos e intimidar, durante lo que le parece un estado muy vulnerable. Es esencial que se la haga sentir al sujeto que se encuentra protegido si se quiere asegurar su total participación en el proceso de la hipnosis.

5). Es importante utilizar todas las respuestas específicas del sujeto, como también su comportamiento espontáneo durante la inducción del trance. Con esto queremos decir que se minimizará el rol del hipnoterapeuta, a la vez que se amplía el del sujeto. Todo lo que haga el primero le facilitará la inducción del trance, Además, el sujeto tendrá libertad de acción mientras que el operador adaptará su técnica a la conducta del sujeto, esto es, incorporará y utilizará a ésta última para la inducción de la hipnosis. Las resistencias del sujeto también se tratarán de esta manera. En general sea cual fuere la conducta del sujeto, será aceptada y utilizada por el hipnoterapeuta para desarrollar la conducta posterior de respuesta. No se intentará nunca la "corrección" o alteración de la conducta del sujeto o forzarlo a dar otras respuestas.

6). Por último cada etapa subsiguiente de la inducción del trance se basará en las actuaciones realmente exitosas del sujeto.

to. Estas pueden ser resultado de la situación hipnótica, o de las experiencias cotidianas del sujeto prefiriendo emplear la conducta que pueda ser interpretada como respuesta exitosa. En esta tarea, con frecuencia se puede ver en aprietos la movilidad del hipnoterapeuta, pero, como señaló Erickson hasta la ausencia de la respuesta puede presentarse como si fuera un éxito.

Por otro lado, además de los principios antes enumerados para asegurar la inducción del trance profundo, Erickson (53a) desarrolló 4 técnicas específicas que consideraba particularmente adaptables para tal fin, éstas son: la técnica de la confusión (ya expuesta en párrafos anteriores), la de ensayo, la de disociación múltiple y la técnica poshipnótica.

Si se desea conocer más detalles de estas técnicas se puede consultar a LeCron (117) y a Weitzenhoffer (170a) quienes las han expuesto ampliamente.

Ahora bien, antes de citar el procedimiento de profundización utilizado en esta investigación, es conveniente mencionar una importante observación que hizo Wolberg (173e) respecto a dicho proceso. Este autor afirmó que algunos terapeutas no pasan por la formalidad de profundizar el trance hipnótico. Sin embargo si las técnicas de profundización fueran probadas para usarse, es sabio inducir tanta profundidad hipnótica como sea posible.

Finalmente, respecto a LAS TÉCNICAS DE PROFUNDIZACIÓN usadas en esta investigación, cabe decir que son las que Wolberg - (1973) incluye en su procedimiento si bien con algunas adaptaciones personales. Las razones que fundamentan esta elección -- son las ya expuestas para la técnica de inducción utilizada --- aquí a saber; 1). son técnicas muy sencillas de aprender y poner en práctica; 2). son un grupo de técnicas que en cierto grado nos permiten sistematizar un procedimiento de profundización del trance hipnótico; 3). la más importante, durante nuestra muy breve experiencia en el campo del hipnotismo; hemos tenido la fortuna de comprobar el valor terapéutico pueden tener cada una de estas técnicas en función de las necesidades del paciente, de acuerdo con Erickson (53a).

En última instancia, lo verdaderamente importante-- de acuerdo nuevamente con este autor-- de todas las técnicas que podamos implementar en una situación hipnótica radica en los beneficios que le pueda proporcionar al paciente en base a sus conductas - problema manifestadas y no ponerlas en práctica como parte de - un ritual y sin un fin específico relacionado con dichas conductas.

Por otra parte, para no restarle secuencia a la exposición de este trabajo, la descripción de estas técnicas de profundización utilizadas en la presente investigación se incluye también en el anexo A y en este párrafo sólo las mencionamos.

Por consiguiente LAS TECNICAS DE PROFUNDIZACION UTILIZADAS EN LA PRESENTE INVESTIGACION FUERON; 1). levitación de mano, -- 2). rigidez del brazo, 3). movimientos automáticos, 4). anestesia en guante, 5). alucinación auditiva, 6). hablar sin despertar, 7). abrir los ojos sin despertar, 8). amnesia poshipnótica 9). sugerencias poshipnóticas.

Por último respecto al tema que nos ocupa en este apartado, es importante decir que Duprat (50) incluyó en su obra una cantidad considerable de ejemplos para usar cada una de estas técnicas. Por ejm., este autor incluye varios ejemplos para usar la técnica de la alucinación con los 5 sentidos básicos, es decir: la vista, el oído, el gusto, el olfato y el tacto.

3.4.4. CONDICIONAMIENTO DE LA HIPNOSIS A UNA SEÑAL DETERMINADA (ESTABLECIMIENTO DE UN SIGNO-SEÑAL).

Por regla general, las inducciones sucesivas crean de parte del paciente, una capacidad de sumergirse en estados hipnóticos cada vez más profundos y con creciente facilidad. Algunos operadores con sólo 2 o 3 sesiones consiguen condicionar al paciente para que entre en hipnosis a una determinada señal previamente establecida. Esta señal es de carácter variable. Puede ser una palabra o una frase o un estímulo auditivo como el sonido de una campanilla o un estímulo visual, como el parpadeo de una lamparita eléctrica o un toque del operador al hombro derecho del paciente (173 ch)

Por su parte, Faria (57) afirmó que la expresión "signo--señal" que se usa con frecuencia en hipnología y que también es denominada por algunos SENAL HIPNOGENICA es a primera vista, una redundancia gramatical que no se justifica. Signo y --señal son en el fondo, expresiones sinónimas. Se justifica sin embargo tal expresión en el sentido de "señal de señales", esto es de una señal que a su vez señala un grupo de otras señales.

Tomemos varias señales por separado. Si este conjunto de señales diversas puede ser reunido mediante una expresión que traduzca el conjunto, la representación indicadora de todas las otras señales al mismo tiempo, tenemos que esta nueva señal a su vez indica las restantes. Así se comprende que la palabra o frase (previamente establecida bajo hipnosis), muchas veces señale la realidad de varias otras señales. Esta será pues, --nuestra señal de señales, el SIGNO-SEÑAL, LA SENAL HIPNOGENICA

Para este autor EL SIGNO-SEÑAL es casi como la piedra angular de la hipnología. Así afirmaba que si nuestro objetivo --consiste en condicionar una respuesta a un estímulo antes indiferente, estaremos estableciendo señalizaciones en todos los trabajos de hipnología. Recuérdese el significado de señal: Todo aquel estímulo antes indiferente y que se vuelve capaz, en determinadas condiciones de hacer desencadenar una respuesta biológica. En el hombre, a través de su segundo sistema de señal--

ción, la realidad concreta "la campanilla para el animal", -- puede ser sustituida por la palabra que la conceptúa y representa (la palabra campanilla) y después incluso la imagen de la campanilla la forma gráfica de esta palabra y el pensamiento de dicha palabra.

Formar en alguien un REFLEJO CONDICIONADO es afirmar una respuestabiológica de esa persona a una determinado expresión verbal. Cuando esa expresión verbal, a su vez reúne en sí un conjunto de imágenes representativas de otras tantas realidades concretas, tendremos que tal expresión señala ya en un plano superior, otras expresiones señaladoras. Tal expresión verbal es EL SIGNO-SEÑAL (57).

Respecto al ESTABLECIMIENTO DE ESE REFLEJO CONDICIONADO - EL SIGNO- SEÑAL- Wolberg (173 ch) ha dicho que se le dá al paciente una sugerencia como la siguiente, mientras está en trance hipnótico:

"Escúchame ahora con atención. Desde ahora en adelante no será preciso que pasemos por todo el proceso de hipnotizarlo - cada vez que usted viene aquí. Cuando yo le haga a usted una determinada señal, tal como unos golpecitos en el escritorio - (si se desea, se puede convenir cualquier otra señal), inmediatamente y con toda facilidad usted entrará en hipnosis tan profunda como la de este momento".

Se repite esta sugerencia y luego se le dice al paciente: "Ahora voy a despertarlo y le mostraré la señal que quedará -- convenida. En el momento en que usted escuche la señal, volverá a caer en un sueño tan profundo como el de este momento. -- ¿Me ha entendido usted?" Después de esto se le despierta de la hipnosis e inmediatamente se hace la señal convenida para demostrarle que responderá a la misma. Tan pronto como entre nuevamente en hipnosis se le repiten al paciente las mismas sugerencias y a continuación se le pide que reconozca el hecho de él puede obtener un trance profundo cada vez que se le dé la señal.

En la siguiente sesión se le dice que cuando se le dé la señal entrará automáticamente en un estado de relajamiento. Se le da entonces la señal, después de lo cual se refuerza la sugerencia todo lo que sea necesario (173 ch).

Respecto a lo anterior queremos hacer tres observaciones importantes: 1) En relación con EL SIGNO-SEÑAL UTILIZADO EN ESTA INVESTIGACION, diremos que aun cuando es muy similar al propuesto por Wolberg (173 ch), le hicimos algunas adaptaciones personales mínimas en base a nuestra muy breve experiencia en esta campo, tal como se puede observar a continuación. Así, la sugerencia utilizada para tal fin, fué la siguiente:

"Ahora voy a darle una sugerencia que será aceptada por su

mente interna debido a que es una sugerencia que siempre utilizaremos en su propio beneficio, asimismo, esta sugerencia quedará bien grabada en su mente interna como si la hubiésemos escrito con tinta china. Usted sabe muy bien que es muy difícil y prácticamente imposible que podamos borrar aquello que escribimos con tinta china, tal como lo que acabamos de hacer. Pues bien, la sugerencia es la siguiente: de ahora en adelante, no será necesario que hagamos toda esta serie de ejercicios para que usted entre en un sueño tan profundo, e incluso en un sueño todavía más profundo que el de este momento, siempre que vayamos a trabajar: bastará con que usted se ponga en esta posición cómoda y tranquila y que yo le diga la frase CIERRE SUS OJOS Y DESCANSE, para que automáticamente usted entre en un estado de relajación que se irá haciendo cada vez mas y mas profundo. Si esta claro lo que acabo de decirle, levante por favor este dedo (se le toca el dedo indice de la mano derecha - o dominante, dandole un tiempo prudente para que así lo haga) ...muy bien ...en unos momentos más lo voy a ayudar a despertarse ... y una vez que este despierto le dará la señal que acordamos... para que usted automáticamente entre en un sueño tan profundo o en uno todavía más profundo que el de este momento. Le repito que esta será la señal que utilizaremos para que usted consiga este agradable estado de relajación SIEMPRE que vayamos a trabajar.

20. Con estos nos referimos tanto a los del proceso de inducción como a los de profundización que hayamos usado.

En cuento a la comprobación de esta sugerencia, en lo personal preferimos dejarla para el final de la sesión, después de que hemos empezado propiamente el tratamiento.

2). LA SEGUNDA observación que queremos enfatizar se refiere a que en lo personal, ESTABLECEMOS EL SIGNO-SEÑAL después de la tercera técnica o ejercicio de profundización, es decir, después de LOS MOVIMIENTOS AUTOMATICOS; esto por la razón de que habrá ocasiones en que no tendremos tiempo suficiente para la realización de todas las técnicas de profundización y por lo tanto, daremos por terminada la sesión asegurando EL SIGNO-SEÑAL y el indicio del tratamiento. Además de esto, con mucha frecuencia algunos pacientes ya han alcanzado un trance bastante profundo en este momento (antes de iniciar la anestesia en guante), el cual debido a que no lo habían experimentado, a que posiblemente tengan mucha necesidad de descanso o liberación mental y sobre todo, a que no se les ha entrenado para que puedan usar dicho estado en su propio beneficio podría obstaculizar un poco la comprensión cabal de dicha sugerencia del signo-señal. Esto lo hemos notado en algunos comentarios de los pacientes por ejm, afirman: "¿qué pasó? creo que me quedé dormida" o "que rico sueño, ¿porque me desperté?".

Debido a lo anterior, consideramos importante tener presentes esas situaciones antes de dar por terminada la primera sesión hipnótica.

3) POR ULTIMO, otro punto relacionado con las observaciones anteriores se refiere a lo que mencionamos anteriormente como EL INICIO DEL TRATAMIENTO. Con esto nos referimos al hecho de que algunos autores como Hartland (80) y Wolberg (173e), han afirmado que es de gran valor terapéutico incluir desde la primera sesión -después de establecer el signo-señal y de haber -- realizado todos los ejercicios de profundización si fué posible hacerlos- de manera abreviada y en función de los síntomas que presente el paciente, LA TECNICA DEL FORTALECIMIENTO DEL YO --- (ver anexo A). En este sentido, el segundo de los autores mencionados ha dicho que las sugerencias incluidas en esta técnica son de índole general, es decir que cubren la mayoría de los -- problemas. Además de esto, el terapeuta puede intercalar sugerencias específicas de acuerdo a las necesidades especiales del paciente. En resumen, como resultados de estos ejercicios, -- obtenemos cuatro ganancias: 1) alivio o auxilio de los síntomas, 2) promoción de la autoconfianza, 3) promoción de un control situacional y, 4) una expansión del autoconocimiento.

Por ejemplo, un uso que da Wolberg (173e) a esta técnica -- es el siguiente: "sus diferentes síntomas (enumerarlos) le van a ser cada vez menos perturbadores. Usted les pondrá cada vez menos atención debido a que cada vez le incomodarán menos. Se dará cuenta que desea vencerlos cada vez más y más. Debido a que estamos trabajando en su problema, usted sentirá que su autoconfianza crece y se expande notablemente. S sentirá más -- asertivo y más fuerte. Usted será capaz de manejarse a sí mis-

mo mucho mejor, en todas aquellas situaciones que se le presenten más adelante, particularmente en aquellas que tienden a perturbarlo (se enumeran). Finalmente, lo más importante de todo esto es que el conocimiento de usted mismo mejorará. Usted -- comprenderá cada vez mejor lo que se encuentra detrás de su problema, cómo se originó y por qué se desarrollaron sus síntomas. Siempre que sienta que se van a presentar sus síntomas, usted -- será capaz de comprender cuál es la razón (es) o causa de su -- presencia y más importante aún, será capaz de hacer algo constructivo con ellos de una manera cada vez más fácil".

Como se puede observar, no se puede menospreciar el valor terapéutico de esta técnica cualquiera sea la orientación técnica que se defienda. Por el contrario, tal como su mentor original afirmó (80), esta rutina del fortalecimiento del YO se presta en forma admirable para abreviar, adaptar y agregar sugerencias especializadas de acuerdo con las necesidades individuales tanto del paciente como del terapeuta.

Por otra parte, aún cuando en nuestra práctica privada sí hacemos uso de una forma personal abreviada de esta técnica (-- ver anexo A), en la presente investigación no se utilizó para evitar alguna posible "influencia" sobre el programa terapéutico preestablecido, que pudiera restarle méritos propios al mismo. No obstante esto, si se llevara a cabo un análisis un poco minucioso de dicha técnica, podríamos observar que uno de los -- objetivos principales implícitos en la misma, es precisamente --

el de UNA REESTRUCTURACION COGNOSCITIVA de las principales ideas creencias o expectativas distorsionadas que manifiesta el paciente desde la primera sesión.

De esta manera, aún cuando no se utilizó en esta investigación, incluimos al final de este trabajo (ver Anexo A) una -- adaptación personal de LA TECNICA DEL FORTALECIMIENTO DEL YO, - utilizada en lo que va de nuestra breve experiencia en el campo de la psicoterapia y en particular, de la hipnoterapia

3.4.5 TERMINACION DE LA HIPNOSIS O DESPERTAR AL PACIENTE.

La mayoría de los expertos en el ámbito de la hipnoterapia como Erickson (147b), Wolberg (173a, c, ch), Duprat (50), Meares (124), Weitzenhoffer (170a), Kroger (110a) y Hartland (80), por mencionar solo algunos, han afirmado que la mejor técnica para despertar al paciente del estado de hipnosis consiste en dar sugerencias para tal fin, pero de manera lenta y gradual. Por ejemplo, Wolberg (173ch) ha dicho que para sacar del trance al paciente lo más indicado es seguir una técnica tendiente a despertarlo lentamente. Se le dan las siguientes sugerencias: "relajese completamente. Comenzare a sacarlo de su estado. Contaré lentamente hasta 5 y a medida que hago esto, sus ojos se abrirán. Usted no sentirá dolor de cabeza ni mareos, confusión o cualquier otro síntoma desagradable. UNO, ahora usted se está despertando cada vez más, DOS, despierte lentamente, TRES, - usted comienza a sentirse más despierto, CUATRO, usted está cada

vez más despierto, CINCO, sus ojos comienzan a abrirse gradualmente, despierte del todo".

Alg nos pacientes una vez despiertos, exhiben síntomas psicosomáticos desagradables: temblor, confusión, náusea, jaqueca. Cuando se dán estas secuelas, lo más conveniente es volver a -- hipnotizar al paciente y sugerirle que sus síntomas habrán desaparecido cuando haya despertado. Estas reacciones colaterales -- se producen más frecuentemente cuando se le ha hecho al paciente una sugerencia que él ha intentado resistir, ya sea por opuesta a sus principios o porque desea mantener el control de sus -- actos, es decir no obedecer los mandatos del operador. En tales casos la rehipnosis (volver a hipnotizar al paciente) y la sugerencia de que sus síntomas habrán de desaparecer habitualmente -- son de efito dudoso. al volverlo a hipnotizar convendrá que el operador diga al paciente que no estará obligado a seguir las -- indicaciones que se le hagan. Hay ocasiones en que tampoco coneso se consigue neutralizar la sugerencia anteriormente hecha, y en tales casos los citados síntomas psicosomáticos no desaparecerán mientras el paciente no le ponga en acción. De todos modos, cualquier síntoma desusado posterior a la hipnosis desaparece al cabo de varias horas después de finalizado el trance -- (173ch).

En algunos casos aislados- sumamente raros- el paciente se niega a despertar de la hipnosis cuando se le sugiere el trance

ha terminado. En ciertos casos, la razón de esto reside en una sugerencia posthipnótica, expresada o no que el paciente se niega a seguir. Busca entonces en el dormir un recurso para escapar al consiguiente conflicto. Otras veces el paciente siente tal placer en el trance que desea continuar en el mismo estado. Cuando el paciente persiste en dormir se le puede interrogar -- acerca del motivo por el cual no desea despertar y qué se puede hacer para que lo haga. El operador tiene que mostrarse firme, pero nunca amenazador. Si las exortaciones no dan resultado, no hay razón para alarmarse ya que la persona terminará por despertarse invariablemente después de dormir un rato. El sueño de estos pacientes en actitud de resistencia no se prolonga nunca más allá de varias horas. Durante ese tiempo será mejor contar con otra persona que se haya junto al paciente para protegerlo de una eventual actividad sonambúlica. Pero la negativa a despertar de la hipnosis es tan rara que el operador probablemente no se habrá nunca con semejante problema (173ch).

En relación con el hecho anteriormente citado, Erickson -- (147b) ya había mencionado mucho tiempo antes algo similar. Por ejem., este autor afirmó que era posible, y de hecho ocasionalmente sucedía, que los sujetos se sientan tan cómodos en el sueño hipnótico que no deseen ser despertados por tanto, si un operador le permite al sujeto seguir durmiendo a pesar de las sugerencias de despertarse, indicaría su ignorancia de una técnica-hipnótica conveniente a dichas situaciones. Siempre es posible despertar a los pacientes mediante una serie de sugerencias da-

das en forma paralela a como se usaron para inducir el trance. Además de esto, en caso de que aquellos continúen en sueño hipnótico, tan pronto como queden solos en esa situación dicho sueño se transforma de manera espontánea en sueño natural y, ya en éste, pueden despertar en cualquier momento -un hecho importante aunque poco apreciado. Esto mismo sucede en los trances inducidos mediante una sugestión posthipnótica. En cuanto a la pregunta referente a qué sucedería si el hipnoterapeuta falleciera repentinamente o abandonara al paciente estando en un trance profundo, ocurriría una de dos cosas posibles. Primero, que el paciente pase del sueño hipnótico al natural o que siendo conciente de la ausencia de aquél y, percibiendo la pérdida de contacto con el mismo, despierte de manera espontánea para averiguar la naturaleza de la situación. Esencialmente la hipnosis es una relación entre dos personas y cuando una de ellas se retira de la situación, el fenómeno cesa debido a que no se puede continuar la cooperación necesaria entre dichas personas.

En este mismo sentido, una observación personal se refiere al hecho de que algunas ocasiones, ciertos pacientes entran en un trance tan profundo que su respiración es casi imperceptible y, por tanto, este hecho puede ser un inconveniente que les impida despertarse. Si este es el caso que se nos presente, será suficiente presionar suavemente la región torácica del paciente, de manera que lo forcemos a hacer --

respiraciones profundas y con ello, promover la oxigenación normal o necesaria del cerebro para que pueda despertarse.

Ahora bien, respecto a LA TECNICA UTILIZADA PARA DESPERTAR AL PACIENTE en esta investigación, esta se incluye al final del trabajo (ver anexo A) para no alterar la secuencia de exposición del mismo. De la misma manera, como se puede observar, esta técnica es un tanto similar a la usada por Wolberg (173 a, ch) y Weitzenhoffer (170 a), si bien con algunas adaptaciones personales hechas en función de nuestra breve experiencia en el campo de la hipnoterapia.

Resumiendo brevemente todo el procedimiento realizado en la primera sesión hipnótica, diremos que consiste en lo siguiente: 1) ESTABLECIMIENTO DEL REPORT, con la consiguiente observación de todo aquello que nos proporcione el paciente y que nos pueda ser útil en el curso del proceso de tratamiento, 2) INDUCCION Y PROFUNDIZACION DE LA HIPNOSIS HASTA EL GRADO QUE SEA POSIBLE en función de las capacidades del paciente, con esto nos queremos referir al hecho de que, igual como sucede en la fenomenología de la hipnosis, algunas personas son capaces de realizar algunos de los ejercicios de profundización y "fracasan" en realizar otros, en estos casos puede ser más conveniente desde un punto de vista personal- dejar de intentar tal ejercicio por esa ocasión y,

continuar con los demás, lo cual puede redituarse en un ahorro de tiempo que podamos emplear en iniciar propiamente el tratamiento; 3) ESTABLECIMIENTO DEL SIGNO-SERIAL después de la realización de la técnica o ejercicio de los movimientos automáticos -desde un punto de vista personal; 4) INICIO DEL TRATAMIENTO, ya sea con el programa terapéutico pr determinado -como fué el caso de esta investigación- o con LA TECNICA DEL FORTALECIMIENTO DEL YO abreviada de acuerdo a los síntomas presentados por el paciente (como en algunos casos de nuestra práctica privada); 5) TERMINACION DE LA HIPNOSIS O DESPERTAR AL PACIENTE, después que se le ha pedido que se borren todas las imágenes de -- las escenas usadas para la realización de las técnicas de profundización o para el tratamiento en sí, así como después de asegurarnos que no se le deja con una sugerencia que le puede incomodar, excepto las posthipnóticas que se le hayan dado para avanzar en el proceso del tratamiento (es necesario llevar a cabo - estos dos puntos en toda sesión hipnótica).

Como se ha podido observar a lo largo de la exposición de este subcapítulo referente a la inducción de la hipnosis, no es difícil el estudio y, sobre todo la práctica, del hipnotismo como un recurso psicoterapéutico y médico; por el contrario, puede resultar muy fácil su aprendizaje si somos asesorados por un experto en la materia, sobre todo en un principio, ya que como en todo, el verdadero dominio de la técnica se va adquiriendo con la propia experiencia en dicho ámbito.

3.4.6 AUTOHIPNOSIS.

Respecto a la utilidad de esta técnica en el campo de la psicoterapia, Wolberg (1973a), afirmó que un plan psicoterapéutico eficaz incluye las siguientes cuatro fases en orden sucesivo 1) la inducción del paciente en un trance tan profundo como sea posible; 2) utilizar este trance para implementar el tipo de psicoterapia más adecuada para el paciente; 3) enseñarle al paciente, una vez obtenida la cura, mejoría o alivio de los síntomas, que él puede obtener los mismos beneficios por medio de sus propios esfuerzos y ; 4) demostrarle a aquél tan pronto como se halla logrado lo anterior que es posible mantener los resultados terapéuticos sin necesidad de recurrir posteriormente a la hipnosis.

Un medio por el cual se le puede enseñar al paciente que él puede duplicar los efectos terapéuticos por sus propios esfuerzos es a través de LA TÉCNICA DE LA AUTOHIPNOSIS, esta técnica tal como es usada aquí se refiere a un trance inducido por el propio paciente, como resultado de las sugerencias poshipnóticas proporcionadas por el terapeuta a aquél (1973).

En relación con esto, es importante recordar que puede darse la autohipnosis en el sentido estricto de la palabra, es decir, sin haber pasado previamente por un período de entrenamiento en hipnosis, bajo la supervisión de un experto en el campo. Un ejemplo lo constituyen las grabaciones en cintas magneto

fónicas de técnicas de inducción del trance hipnótico. Sin embargo, en cuanto al valor de estos medios de obtención de la hipnosis citemos las propias palabras de Erickson (147b). Dicho autor mencionó que la AUTOHIPNOSIS es enteramente posible pero es un procedimiento estéril, a pesar de tantos reclamos entusiastas en su favor. Por ejemplo, en algunos grupos humanos que la practican en gran medida, esta técnica es una manifestación social limitada a actividades ritualistas y tradicionalistas ya establecidas. No obstante esto --afirmaba Erickson-- LA AUTO HIPNOSIS puede ser de gran valor cuando es practicada bajo la supervisión de un hipnaterapeuta experimentado quien puede guiar las actividades del sujeto autohipnotizado.

Continuando con las afirmaciones de Wolberg (173a), este autor mencionó que el objetivo de la autohipnosis consistía en convencer al paciente de que no hay nada mágico sobre la hipnosis y que él puede obtener los beneficios de la sugestión por sus propios esfuerzos. De esta manera, el paciente se considera a sí mismo capaz de funcionar sin necesidad de una relación dependiente del terapeuta. La autohipnosis es un medio para reforzar indefinidamente las sugestiones hipnóticas; de manera eventual, es una vía para probarle al paciente que ya no es necesario el trance para que se dé una mejoría permanente.

La capacidad para inducir un trance por medio de autosugestiones y para experimentar ciertos fenómenos durante el mismo, tiene en sí misma poco efecto sobre la neurosis del paciente, -

su autoestima o sobre el fortalecimiento del yo. Sin embargo, - cuando el individuo es capaz de dominar (o manejar) sus síntomas por medio de cualquier tipo de psicoterapia apoyada por la auto hipnosis, la convicción de que él puede promover los mismos efectos sin el apoyo de otra persona puede contribuir a incrementar su autoconfianza. La influencia que esto ejerce sobre el YO está enteramente dependiente del efecto que tiene sobre el sentido de autodomínio del paciente (173a).

De esta manera, estando el paciente en trance se le dá la sugestión de que él podrá - repitiendo una señal- entrar en un sueño hipnótico profundo durante el cual él estará conciente de todo. En este momento él podrá darse cualquiera de las sugerções terapéuticas prescritas y, después de esto, despertarse así mismo mediante otra señal (173a).

Posteriormente (173ch), este mismo autor afirmó que en algunos casos muy seleccionados el analista puede tener el deseo de comprometer la cooperación del paciente, exhortándolo a explorar sus problemas por sí mismo en un nivel hipnótico. Excepto para los ocasionales casos de pacientes psicóticos o fronterizos LA AUTOHIPNOSIS no encierra riesgo alguno. Este procedimiento puede ser realmente bastante útil allí donde la resistencia es particularmente obstinada, o cuando el ACTING-OUT llega a ser un obstáculo para el proceso psicoanalítico.

La técnica de la autohipnosis generalmente sigue el mismo-

método que utiliza el operador en la inducción de la hipnosis. Pocas son las tácticas de profundización que se requieren en el caso, dado que con la práctica, el paciente mismo se capacitará para lograr un nivel muy productivo para la tarea analítica²¹. El método más fácil es el del relajamiento. Hacia el final de una sesión de hipnosis, se le puede formular al paciente la sugerencia de que él mismo será capaz de entrar en un estado de profunda relajación practicando los ejercicios relajantes.

Las siguientes 4 fases deben destacarse: respiración profunda, progresivo relajamiento muscular, visualización de una escena de relajamiento y contar para sí mismo hasta 20, a continuación de lo cual se le exponen al paciente las autosugestiones apropiadas para explorar (en el contexto teórico sustentado aquí para REESTRUCTURAR) un determinado problema. Para salir de la autohipnosis se le dice al paciente que es necesario que cuente hasta 20, después de lo cual se da a sí mismo las instrucciones necesarias para despertar. A muchos pacientes les resulta útil usar la palabra "usted" en lugar de "yo" en el momento de impartirse a sí mismo las instrucciones (173ch).

A menudo el paciente improvisará sus propias técnicas luego de practicar los métodos de rutina. Leega a descubrir métodos de exploración que le resultan más útiles. Las quejas más comunes en estos casos, quejas que en realidad son expresiones de -

21.- En términos cognitivo-conductuales, podemos afirmar que el paciente se capacita para la tarea de reestructuración cognoscitiva bajo hipnosis.

resistencia, son las de carecer de tiempo para practicar la -- autohipnosis o bien que ésta le hace dormirse a uno. Cuando el paciente con este método entra en hipnosis demasiado pronto o el trance es demasiado profundo, terminando en un estado de so por, se le puede enseñar que comience la labor analítica (o de reestructuración) en el momento preciso de la inducción en que sienta que va a entrar en una hipnosis demasiado profunda. Los pacientes no se hacen adictos²² a la autohipnosis. Mas bien necesitan ser estimulados para proseguir con la misma ya que tien den a considerarla como una tarea doméstica (173ch).

Las experiencias espontáneas de trance a menudo son inter santes y pueden reflejar reflexiones, actitudes y recuerdos que apenas son ligeramente reprimidos. En el caso en que el pacien to olvida dichas experiencias se le puede instar a que las anote después de despertar. Las reacciones desagradables en el -- curso de la autohipnosis son raras. Al proporcionar instrucciones específicas al paciente, se le puede decir que será capáz de observar sus pensamientos, asociaciones y sentimientos y de recordarlos claramente. Muchos pacientes se adiestran como para poder elaborar (o reestructurar) ciertos problemas especiales - cuando despiertan. Por ejm., cuando aumenta la tensión, algunos pacientes logran llegar a descubrir el origen de la misma - mediante asociaciones, fantasías y sueños, en el curso de un - estado hipnótico autoinducido o bien, sino lo consiguen ensegui

22.- En este sentido, en el último de los casos, resulta más -- apropiado tener una "adicción positiva" que una "negativa" tal como se vió en la sección 2.4.8. del segundo capítulo.

da, esa misma noche tienen un sueño que les ayuda a comprender su problema. Así, en la mayoría de los casos la autohipnósis es agradable (y terapéutica) y empleada apropiadamente, puede servir a una finalidad útil. Pero debe ser usada en forma discriminatoria en relación con el plan total de un tratamiento (173ch).

Por otra parte, más recientemente Kihlstrom (103b) ha dicho que se ha observado que los sujetos altamente hipnotizables, muestran una tendencia a tener experiencias parecidas a la hipnótica en estado de vigilia y que existe la evidencia de que puede darse el caso que no siempre necesiten de la inducción formal a fin de que experimenten las sugerencias hipnóticas. Estos hechos traen a colación el tema de la autohipnosis y su comparación con los procedimientos hipnóticos más convencionales (Johnson, 1981; Orné y McConkey, 1981). En un estudio realizado por Fromm y colegas (Fromm Erika et. al, 1981) se observó que la autohipnosis (sin un entrenamiento previo) aparentemente enfatiza en la relajación y el ensueño, el lugar de las usuales sugerencias -- hipnóticas; mientras que LA HETEROHIPNOSIS implica tanto una disminución de la distracción como una fijación de la atención más firmes y estables. Aún cuando la autohipnosis y la heterohipnosis tienen algo en común (sus beneficios terapéuticos como característica principal) parece ser que ambas experiencias tienen procesos subyacentes un tanto diferentes.

Por consiguiente, en cuanto AL ENTRENAMIENTO DEL PACIENTE- EN AUTOHIPNOSIS EN ESTA INVESTIGACION, se llevó a cabo en la -- tercera sesión --en base en nuestra breve experiencia en el cam po, la cual nos ha permitido comprobar que, de acuerdo con cada individuo, a partir de la segunda o tercera sesión hipnótica ya puede estar capacitado para dicho entrenamiento- y la técnica - utilizada se incluye en el anexo A, para no restarle secuencia- a la exposición del trabajo.

Como podemos observar, LA TECNICA DE LA AUTOHIPNOSIS repre senta otro recurso muy valioso para el campo de la psicoterapia por lo cual es importante que todo profesional de la salud en - general y, de la salud mental en particular, la tenga muy pre-- sente como un recurso más entre todos los ya disponibles.

3.5.FENOMENOLOGIA DE LA HIPNOSIS.

Una vez inducido el trance hipnótico, se manifestarán va-- rios fenómenos generales característicos de la hipnosis, aunque no necesariamente en todos los individuos. Estos fenómenos hip nóticos serán diferentes de un sujeto a otro y de un trance a - otro, dependiendo de la profundidad de este último, ya que --co- mo se vió en párrafos anteriores- la hipnosis es un fenómeno de grados que oscilan desde trances ligeros hasta profundos. Sin embargo, podemos encontrar ciertas manifestaciones básicas, su- yo grado y claridad pueden variar de acuerdo a las circunstan-- cias. El más notable de estos fenómenos es la condición denomi

nada RAPORT HIPNOTICO, el cual se refiere a la limitación de la conciencia del paciente ante lo que está involucrado en la situación hipnótica. De esta manera, el sujeto responde, generalmente, de manera espontánea sólo a los estímulos indicados por el hipnólogo, quien puede limitar o dirigir este estado de conciencia de dicho sujeto como él lo prefiera. De cualquier modo, el sujeto puede permanecer en contacto con una parte, e incluso con todas las circunstancias involucradas en la situación del trance, en respuesta a las necesidades de su personalidad o a las demandas de dicha situación. El individuo que se encuentra en trance profundo, aparentemente es incapaz de oír o ver algo a menos que le sea indicado por el hipnólogo. Sin embargo, SE PUEDE TRANSFERIR ESTE RAPORT A OTROS, mediante las sugerencias apropiadas por parte del hipnoterapeuta que haya realizado la inducción del trance (147b).

En relación con esta TRANSFERENCIA DEL RAPORT, consideramos que es una de las características más importantes de la relación hipnótica, para el trabajo interdisciplinario en el campo de la salud en general. Por ejemplo, en el caso de que se vaya a realizar una intervención quirúrgica cualquiera sea esta, el hipnoterapeuta puede preparar al paciente en el desarrollo de la anestesia hipnótica y, una vez logrado esto, si por alguna razón no puede estar presente en el momento de dicha intervención, puede pasar o transferir el rapport al cirujano responsable de dicha operación, previamente a la misma. Por ejemplo, algunas posibles sugerencias para esta finalidad pueden ser las

siguientes: "Ahora voy a dar otra sugerencia que será aceptada por su mente interna, debida a que es una sugerencia para su propio beneficio. Esta es la siguiente, de ahora en adelante es te estado de relajación (o hipnótico) podrá ser inducido únicamente por médicos, psicólogos y dentistas, siempre y cuando sea para su propio beneficio, en unos momentos más se va a dirigir a usted su medico de cabecera (llamándole por su nombre) y usted podrá seguir todas las indicaciones, ya que son para su propio beneficio".

Por consiguiente, mediante esta TRANSFERENCIA DEL RAPORT - podemos lograr - de entre varios- 2 objetivos importantes: 1). proteger al paciente contra alguna posible inducción del trance y por ende, de su uso por parte de gente no capacitada en el campo de la salud en general y, mental en particular, que puede perjudicar la integridad de aquél y; 2) abrir una posibilidad más en el uso de la hipnosis por parte del personal médico que se refleje en una promoción de la salud del paciente.

Respecto a este notable fenómeno de la hipnosis, Meares -- (124) afirmó posteriormente que EL RAPORT HIPNOTICO es la íntima comunión emocional entre el sujeto hipnotizado y el hipnoterapeuta, y debe diferenciarse del raport simple, que significa la mera relación entra paciente y médico(o psicoterapeuta). El raport hipnótico es un fenómeno constante de la hipnosis, prescindiendo de que la actitud del hipnoterapeuta sea autoritaria o pasiva y sea cual fuere la técnica particular que use para -- inducir la hipnosis .

La relación emocional del rapport hipnótico se caracteriza por la suma facilidad con que el sujeto lleva a cabo las sugerencias del hipnoterapeuta, mientras que permanece indiferente a las sugerencias u órdenes que partan de otras personas.

Al igual que la transferencia, el rapport hipnótico es una relación emocional unilateral. El sujeto se encuentra en intensa relación afectiva con el hipnoterapeuta, pero éste no participa en ella.

En la práctica clínica, no hay necesidad de tomar medidas especiales para establecer el rapport hipnótico, sino que simplemente el rapport llega como parte del proceso de inducción. Es esencial que el rapport hipnótico sea mantenido durante todo el período de duración de la hipnosis. Si cesa, el paciente deja de responder a las sugerencias y el hipnoterapeuta "pierde el dominio" sobre el sujeto hipnotizado. En la hipnosis médica ocurre aunque con gran rareza lo anterior, bien sea porque el paciente, en estado de profunda hipnosis, se le dejó demasiado tiempo sin sugerencias, bien porque durante una violenta ABREAGION sea abandonado sin contacto emocional con el hipnoterapeuta (124).

Por otra parte, UN SEGUNDO FENOMENO BASICO DE LA HIPNOSIS ES LA CATALEPSIA. Como resultado del trance, se desarrolla en el sujeto un aumento de tono muscular, de manera que parece presentarse la misma condición por flexibilidad en el paciente catatú

nico con manifestaciones de estupor y flexibilidad cérica. Por ejemplo, si el hipnoterapeuta levanta la mano del sujeto a la altura de la cara, éste puede sostenerla en esa posición durante un período considerable sin que presente respuestas objetivas de fatiga, hasta que aquél le baje la mano al sujeto o le indique que lo haga (147b).

Por otro lado, LA SUGESTIBILIDAD, o estado de extraordinaria receptividad de las sugerencias, es una característica impresionante de la hipnosis. Sin embargo, en este sentido es conveniente que las sugerencias sean formuladas de manera que sean aceptables para el sujeto, ya que un rechazo de las mismas puede deberse tanto a un capricho como a razones sensatas de aquél. Mediante la aceptación de las sugerencias, y sobre todo la realización de las mismas, podemos lograr que todos los sujetos se "vuelvan" sordos, mudos, ciegos, alucinados, desorientados, ansiosos o que puedan manifestar cualquier tipo de conducta relacionada con dichos sentidos, de una manera tan razonable y deseable para una situación en particular. El proceso que le subyace a estos fenómenos provocados en los sentidos es esencialmente la vivificación de recuerdos, ideas y conocimientos de una manera tan efectiva que son experimentados subjetivamente como eventos externos más que como procesos internos, con el consecuente don de considerarlos como experiencias de la realidad. Esta es la característica de la hipnosis de la cual se ha abusado con más frecuencia ya que muchas personas se prestan a sí mismas como sujetos para dar diversión (por ejm., en muchos programas de

televisión) a otros, aún cuando no exista la misma tendencia - general que podemos encontrar en el paciente hipnotizado (147b).

En relación con esta característica impresionante de la -- hipnosis, Wolberg (173f) afirmó que en curso de su trabajo con la hipnosis observó 4 variables importantes -ue constantemente se presentan por sí mismas: 1). LA PRIMERA ENVUELVE EL SIGNIFICADO QUE TIENE, PARA EL PACIENTE, EL AGENTE SUGESTIVO. Entre los residuos que influyen sobre la conducta del enfermo, está la necesidad, ubicua en todos los seres humanos, secreta o manifiesta a perpetuarse, anacrónico modo de ajuste que es una reavivación de la relación padre-hijo. ¿Hasta qué punto, entonces, la rapidez con que un individuo acepta una sugestión, es una deferencia a los símbolos de la autoridad paterna que, latentes en toda persona, se acentúan en circunstancias especiales? ¿cuáles son esas circunstancias? Siempre que exista un impedimento en la maduración de su personalidad, debida principalmente a determinadas experiencias y condiciones porque pasó en la niñez, el individuo es apto para sufrir de la perpetuación de su necesidad de dependencia; está motivado para proyectarse sobre lo poderes de omnipotencia de las personas con autoridad, y puede esforzarse en relacionarse a esas personas en forma pasiva obedeciendo, complaciendo y aceptando, sin crítica, las declaraciones que se le hagan. En cierta medida, este proceso está presente en todos²³; pero se vuelve patológico en individuos caracterológica-

23.- Sobre todo si lo consideramos desde los puntos de vista de Watzlawick (167a) y Ornstein (133) entre algunos, sobre la lateralización cerebral.

mente dependientes. Un grupo de síndromes parecen estar asociados con las tendencias exageradas a depender. Por ejemplo: la - histeria, el alcoholismo y algunos desordenes obsesivo-compulsivos y psicoráticos.

Quando se usa la hipnosis en sujetos caracterologicamente-dependientes, los componentes oral-dependientes suelen quedar - de manifiesto en la estructura del sueño.

2). LA SEGUNDA VARIABLE IMPORTANTE RELATIVA A LA SUGESTION ES EL SIGNIFICADO QUE TIENE, PARA EL SUJETO, EL CONTENIDO CONCRETO DE LA SUGESTION QUE SE LE HACE. Es de primordial importancia el significado preciso de la sugestión hecha al paciente. Cuando le hacemos alguna, invadimos el campo semántico del enfermo; y lo que él haga con nuestras palabras dependerá, en su mayor parte, de sus necesidades presentes, su ánimo del momento y sus condicionamientos del pasado. Los experimentos neurofisiológicos - hechos en la actualidad ilustran este punto. Lo que más influye sobre los reflejos orientados, durante las pruebas de acondicionamiento, es el significado del estímulo que se presenta al sujeto. Lo que un sujeto hipnotizado haga con nuestras sugerencias (la forma en que las modifica, distorciona o aumenta)²⁴ variará de acuerdo con el conjunto de sus motivaciones internas. Puede, en realidad, formular sugerencias de modo que encajen dentro de una necesidad definida, que en el momento tiene significación - para él. En un cierto estado de ánimo, un individuo puede res--

²⁴En términos cognitivo-conductuales podemos hablar de la forma en que las reestructura.

ponder de una manera; en otro momento movido por un estado de ánimo distinto, interpretará las mismas palabras en una misma forma, reaccionando de modo enteramente diferente, fisiológica y psicológicamente. El uso de máximas populares (refranes) y de ideas que reflejan convencionalismos socialmente aceptados, de palabras con significados invariables y de conceptos relacionados con la educación del sujeto, son importantes; pero lo que es más importante todavía es relacionar lo que decimos, con las necesidades existentes de su persona, así como sus principales temores, conflictos y exigencias. Para reconocer esas necesidades y problemas debemos frasear tan apropiadamente como podamos, para producir en el sujeto un impacto más poderoso (173f).

3). LA TERCERA VARIABLE RELATIVA A LA SUGESTION ES EL ~~---~~ QUANTUM DE ANSIEDAD, MOVILIZADA EN EL SUJETO, POR SU ACEPTACION DE UNA SUGESTION DEFINIDA. En personas que aceptan a regañadientes someterse a otro individuo, que temen a la dominación, que evitan rendirse a los impulsos de dependencia, que son compulsivamente independientes, que necesitan conservar una separación defensiva de otras personas o que son anormalmente amigos de competir, todas las sugerencias pueden fallar sin que importe con cuánta nitidez sean fraseadas. Si la aceptación de una sugestión especial desafía o se opone a defensas importantes del individuo, la ansiedad, muy probablemente neutralizará o distorcionará dicha sugestión. Si las sugerencias provocan demasiado conflicto con las actitudes aceptadas por el sujeto, con su filosofía y su sentido de los valores, también habrá la tendencia

a resistirse a ellas. Si se conocen los valores, la filosofía y las actitudes que rigen al individuo, las sugerencias que se le hacen deben ser tan congruentes como sea posible, con su ideología. Y aquí, la habilidad del hipnoterapeuta es de primordial importancia. No sólo es valioso discernir los focos de ansiedad y evitarlos; también lo es hacer el diagnóstica de la clase de ser humano con quien tratamos, y ligar nuestras sugerencias -- con la estructura de la personalidad prevaleciente (173f).

4). LA CUARTA VARIABLE RELATIVA A LA SUGERENCIA ES EL FACTOR DEL JUICIO CRITICO DEL SUJETO. Aún cuando el sujeto parece aceptar las sugerencias al pie de la letra, una parte de él las examina siempre a la luz de la razón y el sentido común. Y es particularmente así, cuando tiene una razón compulsiva de ser racional. Sus facultades críticas pueden convencerlo de que una cierta sugerencia es tonta o enemiga de sus intereses. Puede entonces negarse a aceptarla. Esta clase de neutralización probablemente suele ocurrir ante sugerencias hechas a los pacientes que ellos no pueden armonizar con su comprensión intelectual.

Durante las primeras sesiones un paciente puede responder activamente a las sugerencias, pero más tarde, es posible que no responda. Lo que ocurre es que al principio, el enfermo acata - las sugerencias sobre la base de la fé; pero pronto - conciente o inconcientemente- escruta los grados de razón que hay en --- ellas. Un buen hipnotizador, en consecuencia, planeará y expresa

rá las sugerencias cuidadosamente para hacerlas compatibles con el juicio crítico del sujeto.

En conclusión, lo que he intentado decir es que la aceptación de las sugerencias, desde el punto de vista clínico, no -- ocurre automáticamente; y que tal aceptación se relaciona, por lo menos con 4 importantes variables dinámicas, cuya comprensión puede conducir al acrecentamiento positivo de nuestra eficacia, como hipnotizadores y psicoterapeutas (173f).

Por otra parte, una manifestación hipnótica sumamente fascinante es LA CONDUCTA POSHIPNOTICA (O SUGESTION POSHIPNOTICA). Con esto queremos referirnos a la ejecución, algún tiempo más tarde, de ciertas instrucciones y sugerencias dadas al paciente mientras se encuentra en trance hipnótico (generalmente profundo), con la finalidad de hacer que se vuelvan una parte del patrón de alguna actividad posterior. Por ejemplo, se puede instruir a los sujetos para que lean un capítulo determinado en cualquier libro elegido, a una hora posterior especificada claramente - pueden ser horas, días, meses e incluso años después- y, - en el preciso momento indicado, aquéllos realizarán la actividad señalada sin saber real y conscientemente porqué hicieron dicha tarea. Es muy probable que en este tipo de fenómenos se encuentre el mayor valor médico y experimental de la hipnosis, ya que nos permite una dirección y guía de la conducta, pero únicamente, en términos de los propios patrones de respuesta del individuo (147b).

Por otro lado, el olvido de las cosas o desarrollo de --- AMNESIAS de recuerdos menores es un hecho cotidiano y normal. Sin embargo, durante la hipnosis se puede presentar una AMNESIA DE GRADO MAYOR Y EXTENSO que puede inducirse mediante la sugestión por parte del operador, o manifestarse de manera espontánea. Esta amnesia incluye generalmente a todos los eventos ocurridos durante el trance hipnótico, pero se puede alterar incluyendo las indicaciones pertinentes para la realización de cualquier experiencia deseada. LA AMNESIA HIPNOTICA es un fenómeno reversible que se puede inducir o abolir de acuerdo a los intereses del hipnoterapeuta y el paciente, para que de esta manera surja una motivación personal adecuada por parte de éste último que permita alterar dicho estado de amnesia hipnótica. Este fenómeno es una herramienta útil tanto en la psicoterapia como en la investigación experimental (147b).

Más recientemente, Kihlstrom (103b) afirmó que en el contexto hipnótico LA AMNESIA se refiere a un fracaso por parte del paciente, debido a una sugestión apropiada a dicho fin, en recordar eventos ocurridos durante la sesión hipnótica. Una gran cantidad de investigaciones han descrito la ocurrencia de este fenómeno en base a escalas estandarizadas de susceptibilidad hipnótica (Evans et. al, 1973; Nace et. al, 1974; Kihlstrom y Evans, 1976, 1977, 1978; Cooper, 1979; Mc Conkey, 1980).

LA PROPIEDAD MAS SOBRESALIENTE DE LA AMNESIA HIPNOTICA consiste en que los recuerdos importantes durante la sesión hipnó-

tica, puede recuperarlos el paciente mediante la indicación de una señal predeterminada (la cual generalmente puede ser por medio de una sugestión poshipnótica, como ya se vió anteriormente). La reversibilidad nos permite considerar a la AMNESIA como un fenómeno de recuperación, más bien que de codificación o almacenamiento. DESDE UNA PERSPECTIVA COGNITIVA, la amnesia es considerada como un genuino desorden de la memoria de recuperación, análogo al olvido ordinario y a ciertas amnesias clínicas. Por otro lado DESDE UN PUNTO DE VISTA INTERPERSONAL, la amnesia se considera como un fenómeno de la conducta social estratégica análogo a la custodia, mantenimiento o preservación de secretos. La evidencia que apoya el punto de vista cognitivo se obtuvo de investigaciones en que se usaron conceptos, principios y métodos familiares en la investigación de la memoria. Por ejemplo, parece ser que la prescripción de sugestiones apropiadas para la producción de la amnesia afecta a la memoria episódica, hecho representado por el recuerdo de una lista de palabras memorizada durante la hipnosis; sin embargo, dicha prescripción no parece afectar a la memoria semántica tal como quedó demostrado por el uso de la misma lista de palabras como respuestas a una asociación de éstas, así como por el uso de pruebas similares (Evans, 1979; Kihlstrom, 1980; Spanos et, al, 1982b). En otro ejemplo parece ser que el recuerdo libre se ve mucho más afectado por las sugestiones de amnesia, que cualquier otro recuerdo importante para el trabajo psicoterapéutico (Mc Conkey y Sheehan, 1981; St - Jaan y Coe, 1981) o inhibición retroactiva (Coe et. al. 1973,-- 1976). Entre los sujetos que recuerdan al menos algunas de sus

experiencias, a pesar de la sugestión de completa amnesia, algunos tienden a no organizar su rendimiento de acuerdo a la secuencia temporal en que ocurrieron dichos eventos (Evans y Kihlstrom, 1973; Kihlstrom y Evans, 1979). Esta desorganización en los recuerdos, no parece ser sólo un efecto dependiente del estado hipnótico, o un producto de algún estilo cognitivo correlacionado con la hipnotizabilidad (Kihlstrom y Evans, 1979; --- Schwartz, 1978, 1980). Se han observado similares efectos de desorganización en lo recordado en replicaciones conceptuales que involucraron el agrupamiento en categorías, en procedimientos convencionales de aprendizaje verbal (Radtke-Bodorik et. al. 1979; Spanos y Bodorik, 1977; Spanos et. al., 1980a). En contraste con el rompimiento selectivo (que puede o no darse) ocurrido en la memoria episódica durante la amnesia hipnótica, las sugestiones hipnóticas apropiadas también pueden romper o debalancear el funcionamiento del sistema de la memoria semántica, tal como se demostró en el rompimiento (o inhibición) de una ejecución de asociación de palabras (Spanos et. al. 1982b) dándose como resultado un tipo de agnosia en lugar de amnesia --- (103b).

Contrario al fenómeno descrito anteriormente se encuentra el de LA HIPERMEMORIA, el cual consiste en una habilidad para recordar el pasado trascendiendo los umbrales cotidianos de dicha habilidad. Así, un sujeto puede recordar vívidamente estando en trance hipnótico experiencias olvidadas hace mucho tiempo o reprimidas profundamente, narrándolas completamente al hipnoterapeuta para después, tener una amnesia completa de las mismas -

cuando haya salido del trance. Esta habilidad es extraordinariamente útil tanto en la labor terapéutica como experimental, debido a que nos permite la recuperación de los recuerdos del paciente que de otra manera nos sería difícil el exceso, y de hecho nos permite explorar el pasado experiencial de aquél (147b).

Por otra parte, más recientemente Kihlsrom (103b) ha dicho que muchos clínicos expertos en el campo de la hipnosis sostienen que esta habilidad puede mejorar la memoria de una persona para recordar eventos vividos en el pasado, fuera del estado hipnótico. Este fenómeno se ha utilizado para "refrescar" los recuerdos de los testigos, víctimas e incluso, de manera ocasional los sospechosos y acusados en delitos legales. Los estudios de laboratorio sobre LA HIPERMNESIA HIPNOTICA tienen una larga historia que se remonta a los primeros años del período moderno de la investigación sobre la hipnosis, con autores como Erickson - (147b), Orné (132b), Diamond (1980), Pettinati, Evans, Orné y Orné (156), Kihlstrom (1982), Smith (1983), Hibler (83) y Orné (132c), por mencionar sólo algunos de dichos estudios. El interés contemporáneo en la investigación sobre la hipermnesia hipnótica se inició con un reporte que confirmaba las primeras observaciones respecto a que las sugerencias hipnóticas facilitaban el recuerdo de material lingüísticamente significativo (una prosa) pero no así el de sílabas sin sentido (Dhanens & Lundy, 1975).

En este mismo sentido, Dywans y Bowers (1983) afirmaron --

que la situación hipnótica conduce a incrementos sustanciales - de material pictórico, después que los sujetos han alcanzado su umbral de recuerdo en estado de vigilia y que dicho incremento- está correlacionado con la hipnotizabilidad. De la misma mane- ta es probable que se pueda incrementar la distorsión de la me- moria si se indican los problemas principales mientras el sujeto está hipnotizado; también es posible que no se vean afectados - los recuerdos confabulados producidos por medios hipnóticos aún cuando se recuestionen y contradigan en estado de vigilia (103b).

Por otro lado, un fenómeno característico del trance profun- do y de sumo interés es el SONAMBULISMO. Los sujetos que presen- tan este fenómeno se encuentran aparentemente despiertos en un - estado ordinario de conciencia y se comportan, dentro de límites razonables, como si no estuviesen hipnotizados; sin embargo, se encuentran en un trance profundo y son capaces de manifestar -- cualquier conducta hipnótica desaeada en el marco de sus capaci- dades personales. Así mismo, con mucha frecuencia se requiere - de la experiencia y entrenamientos suficientes para poder reco- nocer EL ESTADO SONAMBULICO y, más importante aún, se requiere- de más experiencia para inducir y utilizar dicho estado de mane- ra científica particularmente en la psicoterapia y la investiga- ción experimental(147b).

Otro fenómeno sumamente importante para la labor terapéuti- ca es LA REGRESION HIPNOTICA o el retorno a patrones más tempr- nos y simples de comportamiento, que caracteriza a todos los - trances y que se puede incrementar y utilizar en grado notable-

en estas situaciones de trance hipnótico, Podemos observar que en el trance ordinario se dá una tendencia a presentarse un carácter como de niño, literalmente significativo, en los conocimientos del sujeto; su caligrafía y otras actividades motoras son como las de un niño y sus actitudes emocionales reflejan - las presentadas a una edad más temprana.

La utilización experimental de este fenómeno puede resultar en el desarrollo de una amnesia efectiva para todas aquellas experiencias y aprendizajes subsecuentes a un nivel de edad elegido o determinado y por ende, a la revivificación de los patrones de comportamiento, respuesta y conocimientos de dicho nivel de edad. En este sentido, se ha realizado un árduo trabajo terapéutico y experimental altamente significativo, en especial cuando la regresión - caracterizada por la revivificación de patrones anteriores de comportamiento- se ha utilizado más que como un procedimiento poco satisfactorio en el que se le permite al sujeto limitar su regresión a los conocimientos comunes de lo que probablemente constituyó su pasado (147b).

Continuando con este fenómeno de la REGRESION HIPNOTICA DE EDAD recientemente Kihlrom (103b) afirmó que en este fenómeno un individuo parece revivir una experiencia ocurrida en una fase temprana de su vida; en el ejemplo clásico de un adulto que retorna a su infancia, el individuo adopta una conducta típicamente como de niño. Desde un análisis superficial, este fenómeno parece implicar una constelación de ABLACION (pérdida funcio

nal, similar a la amnesia, del conocimiento adquirido después de la edad indicada por la sugestión), de RESTAURACION (el retorno a estados de funcionamiento psicológico desarrollados previamente) y de REVIVIFICACION O RECUPERACION, similar a la hipermnesia, de recuerdos previamente inaccesibles. Toda la investigación pasada se ha encaminado hacia estas 3 facetas del fenómeno en cuestión (132c).

Aún cuando se ha realizado poca investigación formal respecto a la revivificación, la regresión hipnótica de la edad se usa de manera ocasional en la hipnosis forense (83 y 132c) y; - en los estudios de laboratorio sobre la hipermnesia hipnótica, - han incluido sugestiones directas para incrementar la memoria en lugar de hacer uso de la regresión de edad. Históricamente la mayoría de los esfuerzos realizados en la investigación sobre el fenómeno hipnótico que nos ocupa, se han encaminado hacia el estudio de LA RESTAURACION O REESTABLECIMIENTO. Por ejemplo, - Wallace y colegas (1978; Walker et. al. 1976) reportaron un estudio en el que los adultos que retornaron a una edad previa -- mostraron niveles de ejecución característicos de los niños, mediante tareas de imaginación; sin embargo, Spanos et, al. (1979a) no pudieron replicar este hallazgo (103b).

Por otra parte, Erickson (147b) afirmó que existen otros 2 fenómenos que son de particular interés debido a que son esencialmente modificaciones y elaboraciones de las manifestaciones ya descritas anteriormente. EL PRIMERO de estos fenómenos es --

LA CONTEMPLACION EN UNA ESFERA DE CRISTAL O EN UN ESPEJO²⁵, -- el cual no requiere necesariamente de dichos objetos para su producción y consiste en una clara y vívida visualización de - recuerdos e ideas como si fuesen experiencias actuales y comunes de la realidad. EL OTRO de estos fenómenos es LA ESCRITURA AUTOMATICA en el cual los sujetos escriben de manera involuntaria y, con mucha frecuencia sin tener conciencia de ese hecho. Estos fenómenos tienen un gran valor para el trabajo terapéutico y experimental ya que representan, generalmente, métodos efectivos para la recuperación del pasado experiencial y para el conocimiento integral de YO.

Posteriormente, Erickson (147b) mencionó tres fenómenos -- más que son importantes para nuestra labor terapéutica, estos son: LA DISTORSION DEL TIEMPO, LA ACTIVIDAD IDEOMOTORA Y LA CONDUCTA IDEOSENSORIAL.

Respecto al primero de estos fenómenos, LA DISTORSION DEL TIEMPO, Erickson afirmó que la dimensión del tiempo tiene un valor subjetivo diferente. Por ejemplo, todos sabemos que cinco minutos que experimentemos un intenso dolor nos parecerán un período interminable; sin embargo, cuando dedicamos una tarde a visitar a unos amigos el tiempo nos parece muy breve. El tiempo subjetivo es una variable tremendamente importante cuando deseamos que los pacientes experimenten dolor por períodos breves, o cuando queremos que sientan placer por largos períodos. Por ejemplo, a los pacientes oncológicos que sufren de intensos do-
²⁵.- Op. cit., en el apartado inicial del presente capítulo.

lores se les puede enseñar que pueden reducir sus molestias a determinados períodos del día y con ello, disfrutar de un momento libre de las mismas que puede ser subjetivamente muy grande. No podemos alterar el reloj, pero sí podemos alterar la manera en que un paciente lo percibe. En este sentido, hay muchas cosas que podemos hacer para alterar los sentimientos de los pacientes hacia sí mismos en base al grado en que se encuentra involucrado el dolor. Por ejemplo, cuando un paciente acude al dentista podemos hacer que la hora que permanezca sentado en la silla para tratamiento le parezca sólo un minuto.

Otro fenómeno imponente es el que se refiere a LA ACTIVIDAD IDEOMOTORA. En este sentido, en alguna ocasión todos nosotros nos hemos visto en la situación de ir en el asiento posterior de un automóvil en movimiento cuando de pronto, pensamos que el conductor debe pisar el freno y, de manera automática, tratamos de pisar el freno junto con él. Levantamos el pie del piso, sólo para empezar a empujarlo otra vez en dicha dirección. Del mismo modo ¿quién no ha tratado de alimentar algún bebé alguna vez y también ha abierto la propia boca?. Así, abrimos nuestra boca cuando pensamos que el bebé abrirá la suya, es decir, cuando tenemos la idea de la actividad motora en cuestión e intentamos llevarla a cabo. Yo he tenido la POLIO y he sabido hacer algo al respecto. Cuando inducimos el trance en pacientes que se han recuperado de la polio, pero que han perdido una tremenda cantidad de movimiento muscular, les pedimos que recuerden cómo eran esos movimientos perdidos. De esta manera les damos la idea

de cómo es (o son) el movimiento y, en general podemos ayudar bastante en materia de corrección de los impedimentos de la polio(147b).

Existen muchos campos en que podemos utilizar la hinosis. LA CONDUCTA IDEOSENSORIAL es otro fenómeno con el que me quiero referir a la idea de la experiencia sensorial, la idea de la sensación. Quizá una de las mejores ilustraciones de este fenómeno es el hecho de que después de una cita con el dentista, podemos sentir nuestra cara muy diferente de como la sentimos ordinariamente.

¿Qué podemos pedir que hagan aquéllos pacientes que han sufrido una lesión seria en la cabeza?. Podemos pedirles que la sientan adormecida o anesteciada. También podemos transmitirles la idea de un estado sensorial particular debido a que, como ya hemos visto, todos los fenómenos hipnóticos se derivan de los aprendizajes que experimentamos en nuestra vida diaria. ¿quién no ha visto una película de suspenso alguna vez teniendo un fuerte dolor de cabeza o un callo doloroso, que no se interesó en la misma hasta que olvidó todo lo relacionado con dichas molestias?.

Justo en este momento, ¿qué podemos decir de la anestesia que tenemos? Tenemos anestesia en varias partes de nuestro cuerpo y la usamos a diario. Nos hemos alivado de sentir los zapatos en nuestros pies, los anteojos sobre la cara o una medalla en el cuello. Reconocemos (o sentimos) todos estos objetos rá-

pidamente cuando les prestamos atención. De esta manera, podemos propiciar estos cambios en el reconicimiento de nuestra sensaciones, induciendo cambios sensoriales en el paciente, - utilizando para ello el aprendizaje experiencial de su vida cotidiana (17 b).

Por otra parte, es importante mencionar algunos de los - fenomenos hipnóticos sobre los que se ha investigado bastante durante los últimos años. A este respecto, Kihlstrom (105 b) ha dicho que durante el periodo comprendido entre fines de la década de los cincuenta hasta 1965, la investigación sobre la hipnosis estuvo dominada por el papel de las diferencias individuales en la hipnotizabilidad, así como por la mediación, - correlaciones y modificación de esta última, el principal tema de la siguiente década fué LA ANALGESIA.

En relación con este fenómeno de LA ANALGESIA, podemos - decir que numerosos reportes de casos de cirugía mayor y menor, así como otros procedimientos médicos realizados bajo - hipnosis como único agente analgésico, no dejan duda de la - efectividad de esta técnica bajo ciertas circunstancias (E.R. Hilgard y J.R. Hilgard, 1983)

En un estudio realizado por Stern et al (1977), se demostró que la hipnosis puede ser más efectiva que cualquier otro agente desafiante como la morfina, el diazepam y la acupuntu-

Los resultados con la hipnosis fueron especialmente favorables para aquellos sujetos altamente hipnotizables. Otra investigación confirmó la superioridad de la hipnosis sobre la acupuntura, así como una falta de correlación entre la respuesta a esta última y la hipnotizabilidad (Knox y Shum 1977)

En otro estudio clínico J.R. Hilgard y LeBaron (1982-1984), encontraron que los niños hipnotizables que sufren de quimioterapia por cáncer, muestran una reducción más significativa al dolor durante sus aspiraciones, que los niños no susceptibles.

La investigación de laboratorio sobre la psicofísica del dolor ha revelado que esta experiencia tiene dos componentes: a) el dolor sensorial que informa a la persona de la ubicación y magnitud del daño o enfermedad y b) el sufrimiento que tiene que ver con el significado que presenta el dolor para la persona. Una investigación realizada con personas altamente hipnotizables, demostró reducciones iguales y dramáticas tanto en el dolor sensorial como en el sufrimiento emocional (Jnox et al 1974).

Estos estudios demuestran que la respuesta favorable a las sugerencias hipnóticas, con mucha frecuencia va acompañada del uso deliberado de estrategias cognitivas como la distracción o la imaginación agradable. De igual manera, una di-

mención de la imitación vs. un estilo catastrófico de pensamiento, parece estar relacionado en parte con las diferencias individuales en la percepción del dolor, tanto durante el traucómo en el estado de vigilia. LA ANALGESIA HIPNOTICA no está enteramente mediada por dichas estrategias, pero el hecho de que la imitación se pueda enseñar, deja abierta la posibilidad de un control cognitivo eficaz del dolor aún en aquellos sujetos que "no son susceptibles a la hipnosis" (103 b).

Por otra parte, Kihlstrom (103 b), ha dicho que se han reportado una gran variedad de EFECTOS O FENOMENOS PERCEPTUALES ocurridos durante la hipnosis, especialmente en el contexto de impartir sugerencias para producir ALUCINACIONES POSITIVAS Y NEGATIVAS. Así, en el caso formal de la ALUCINACION POSITIVA, el sujeto afirma percibir un objeto que objetivamente no está presente, por otro lado, en LA ALUCINACION NEGATIVA - el individuo afirma no percibir un estímulo que se encuentra presente en su campo perceptual. Aunado a estos fenómenos, - hay ocasiones en que se dan sugerencias para incrementar la agudeza sensorial durante la hipnosis. El experimento típico intenta evaluar la "realidad" del efecto sugerido, para determinar si las funciones perceptuales cambian en una forma apropiada a las sugerencias indicadas. De esta manera, se ha encontrado que ciertas sugerencias hipnóticas adecuadas producen mejoras en la agudeza visual de individuos con miopía - que no podrían obtenerse mediante cambios periféricos (Graham

& Leibowitz, 1972, Sheehan et al, 1982) y que ciertas sugerencias dadas para reducir la ceguera al color, interfieren en la PRUEBA DE PALABRAS-COLORES de Stroop (Harvey & Sippelle, 1978). Asimismo, los individuos que reciben sugerencias para producir sordera unilateral continua, muestran intrusiones (cambios en sus umbrales de agudeza auditiva) en ambos oídos en una prueba auditiva dicótica (Spanos et al, 1982a) y, aquellos sujetos que reciben sugerencias para producir ceguera al color, no imitan la ejecución del sujeto congénitamente ciego al color en la PRUEBA DE LOS CIEN Matices de Farnsworth y Munsell (Cunningham & Blum, (1982).

La modalidad sensorial en que más se han estudiado los efectos perceptuales de la hipnosis es en LA VISION. Por ejemplo, se han reportado correlaciones entre la hipnotizabilidad y susceptibilidad hacia el EFECTO AUTOQUINÉTICO (Wallace et al, 1974), hacia LA ILUSION DE PONZO (Miller, 1975) y hacia figuras reversibles como EL CUBO DE Necker Y LA ESCALERA DE SCHROEDER (Wallace et al, 1976). De la misma manera, otros estudios han examinado los efectos de las alteraciones visuales específicas sugeridas durante la hipnosis, por ejemplo, Leibowitz y colegas examinaron los efectos de LA ABLACION (OLVIDO) HIPNÓTICA de los antecedentes sobre la percepción de la ilusión de Ponzo (Miller & Leibowitz, 1976) y, los efectos de las sugerencias para LA VISION TUBULAR sobre la constancia de tamaño (Leibowitz et al, 1980). La estimulación --

sensorial inducida hipnóticamente, puede afectar (en un sentido positivo del término) LA DISCRIMINACION VISUAL (Blum et al 1967 b), EL TIEMPO DE REACCION EN LA IDENTIFICACION TAQUITOSCOPIA (Blum & Graef, 1971), LA ATENCION SELECCIONADA (Blum & Porter, 1973) y LA REVERBERACION de los estímulos que ingresan en el sistema cognitivo (Blum, 1968). En otros estudios se ha explorado el efecto de estados emocionales inducidos hipnóticamente, tales como la ansiedad, sobre la identificación perceptual (Blum & Barbour 1979) y la reverberación cognitiva (Blum & Green 1978). Asimismo, en estudios psicofísicos en que ha utilizado el método de LA ESTIMACION DE MAGNITUD se han observado cambios claros en la sensibilidad auditiva, como resultado de la prescripción de sugerencias para producir sordera parcial hipnótica (37), también se ha observado que estas sugerencias reducen la interferencia auditiva para una mejor elección del tiempo de reacción visual (Blum & Porter 1974).

Ahora bien, mientras que LA ANALGESIA HIPNOTICA representa la disminución de la percepción del dolor, LA ANESTESIA HIPNOTICA representa la pérdida del sentido del tacto y de la quinesesia, en aquella parte del cuerpo indicada por la sugestión. Por ejemplo, dos estudios revelaron que la ANESTESIA desorganizó la habilidad del sujeto para tocarse su nariz con los ojos cerrados (Wallace & Hoyenga 1980) y para realizar una serie de pruebas motoras coordinadas, que requerían del

del procesamiento central de realimentación propioceptiva -- (Wallace & Hoyenga 1981). Asimismo, LA PERCEPCION DEL TIEMPO²⁶ se ha estudiado de diferentes maneras. Por ejemplo Erasus et al (1974) reportaron que las sugerencias dadas para producir LA DISTORSION DEL TIEMPO, mejoraron significativamente la memoria para una lista de palabras estudiadas durante el tiempo efectivo de estudio se incrementó (103 b).

Por otra parte, un fenómeno relacionado con la hipnosis - y la sugestión-específicamente, con los conceptos de PROCESO IDEOREFLEJO de Baudouin (sin fecha) y de PSICOPLASIA de Lerner (113)-es la "ilusión" del PENDULO DE CHEVREUL (LeCron -- 1989). en la que un objeto suspendido con un hilo pequeño -- (por ej, una medalla o moneda) y sostenido por la mano dominante, se mueva en la dirección del movimiento imaginado, sin que haya percepción alguna de movimiento voluntario por parte del sujeto. En una serie de importantes estudios, Easton & Shor (1975,1976,1977), demostraron que este efecto refleja una actividad cognitiva práctica²⁷, hábil, experta y que está mediada por una aprehensión o captación visual (103 b).

Muchos de los efectos de la hipnosis sobre la percepción y la memoria, se caracterizan por un patrón peculiar de incon

26. op. cit., en párrafos anteriores de este apartado.

27. op. cit., en el apartado concerniente a la historia de la hipnosis.

sistencia y alteracion en la respuesta del sujeto. Por ejem. en el caso de una DOBLE ALUCINACION, un sujeto observará e -- interactuará con un compañero "sentado" en una silla vacía. En un estudio clásico de Orné (1959), se encontró que muchos sujetos hipnotizables podían ver claramente al "socio" alucinado, ubicado a espaldas de ellos, además, cuando se llamaba su atención sobre el "socio" real, sentado calladamente en una silla fuera de su campo visual, aquéllos podían mantener típicamente tanto la alucinación como la percepción verídica y, reportaban tener confusión respecto a la naturaleza de esa experiencia. Orné denominó a esta respuesta LOGICA - DEL TRANCE, y la describió como una forma de pensamiento que permite dos estados mutuamente contradictorios de cuestiones o acciones, representadas simultáneamente en la conciencia - que tiene el sujeto del hecho en cuestión (193b).

Junto con LA LOGICA DEL TRANCE, el fenómeno hipnótico más polémico y controvertido es el del OBSERVADOR OCULTO. -- Por ejemplo, una vez que se ha establecido con éxito la analgesia hipnótica, se le puede dar a una persona la sugestión - de que hay UNA PARTE OCULTA en ella, que puede registrar y - reportar el grado real de estimulación del dolor. Bajo estas circunstancias, algunos individuos hipnotizables dan reportes de dolor que son comparables con los obtenidos bajo condiciones normales de vigilia o alerta. EL FENOMENO DEL OBSERVADOR OCULTO es una metáfora para esta representación cognitiva --

permanente y continúa del dolor pero a nivel subconciente²⁸, -- así como el método mediante el cual se puede hacer accesible. -- Demostrado inicialmente en el contexto de la analgesia hipnótica (Hilgard et al, 1975, 1978), también se ha observado este -- fenómeno en la sordera hipnótica (37). Aunque se ha podido ob-- servar repetidamente este fenómeno (Spanos & Hewitt, 1980., -- Laurence & Perry, 1981., Nogrady et al, 1983), su interpretaci-- ón aún provoca cierta polémica. Hilgard (1977 a,b, 1979) prefirió una interpretación cognitiva en términos de un proceso dis-- ciativo parecido a la amnesia, que previene que los recuerdos e ideas de una persona sean accesibles a la conciencia por parte de aquélla. Desde el punto de vista sociopsicológico, Joe y -- Sarbin (1979) sugirieron que las instrucciones para el desarrollo del fenómeno del observador oculto, les dan permiso a los -- individuos para que reporten el dolor que han experimentado -- desde el principio de la situación en cuestión. Asimismo, Spanos y colegas (1980, 1983b) reportaron estudios en los que la -- dirección de los reportes del dolor "oculto", puede ser fluida -- por las expresiones usadas en las instrucciones sugeridas. Exis -- ten varias razones para creer que el fenómeno del observador -- oculto no es del todo un producto de la influencia social. Por -- ejemplo, este fenómeno sólo se ha observado en el 50% de los -- sujetos hipnotizables, aun cuando estos han demostrado un nivel -- elevado de respuesta ante otras sugerencias hipnoticas, Además -- de esto, no se ha encontrado correlación significativa alguna -- entre la presencia de este fenómeno y las expectativas de los -- sujetos, como resultado de las instrucciones dadas para la ob--

tensión de este fenómeno del observador oculto (Hilgard et al., 1978). "Algunas indicaciones adicionales acerca de que el fenómeno del observador oculto es permitido y legal, han quedado demostradas por recientes éxitos obtenidos en individuos altamente hipnotizables que manifestaron este fenómeno. En estos estudios se encontró una incidencia elevada de dicho fenómeno de aproximadamente 87.5 %, utilizando como criterios de selección la amnesia y/o la escritura automática (Knox et al., 1974., Spanos y Hewitt, 1980). Podemos predecir con bastante exactitud la ocurrencia del fenómeno del observador oculto, mediante la presencia de la dualidad de respuesta a la regresión de edad, en la que los sujetos se experimentan a sí mismos como niños que participan como adultos que observan (112). Aparentemente, las personas capaces de manifestar el fenómeno del observador oculto, -- tienen la capacidad general para representar, de manera simultánea, dos estados opuestos de cualquier tema en cuestión, en el estado conciente (103b).

Por último, en relación con este fenómeno, podemos observar que existen bastantes similitudes entre este y los conceptos de Yo experimentador y Yo observador propuestos por Erickson y Fromm (66a) y., el concepto del Yo observador y sus clasificaciones, analizado ampliamente por Deikman (45).

Finalmente, en relación con LOS FENOMENOS PSICOSOMÁTICOS -- producidos con la ayuda de la hipnosis. Wolberg (173a) afirmó -- que esta puede producir una gran cantidad de efectos que se --

encuentrar más allá de las bondades de la voluntad. Entre todos estos efectos, el más espectacular es un mayor control sobre -- las funciones del SISTEMA NERVIOSO AUTONOMO. Algunos de estos -- fenómenos parecen tan increíbles, que pueden dar la idea de algún posible fraude. Así, sabiendo que el hipnoterapeuta espera ciertas actividades por parte de él, el sujeto puede tramar con placerlo con una extraordinaria ingenuidad, desarrollando posteriormente una emnesia de acuerdo a su propia conveniencia. -- Por ejemplo, en una ocasión le sugerí posthipnóticamente a un -- sujeto que desarrollara una urticaria en los antebrazos, y que me notificara tan pronto como apareciera. Algunos días después, esta persona manifestó una piel marcadamente irritada sin tener idea de su origen. Este individuo negó que se hubiese irritado la piel de alguna manera, insistiendo que cuando despertó se -- dió cuenta que tenía arañada e inflamada la piel de sus antebra-- zos. Sin embargo, bajo hipnosis, dicho individuo afirmó que --- salió --de conformidad con la sugestión posthipnótica indicada-- a dar paseo en un bosque, y una vez estando allí, cortó unas -- hojas de una hiedra venenosa y se las frotó fuertemente en la -- parte interna de sus antebrazos. Después de este hecho, esta per-- sona desarrolló amnesia del mismo, probablemente para convencer me de que había cumplido de manera espontánea mi indicación.

De esta manera, desde los tiempos de la hipnotistas anti-- güos se han reportado fenómenos tan poco comunes --debido a la -- sugestión hipnótica como las hemorragias de las membranas mucos-- sas, enrojecimiento de la piel, ampollas, cambios en la secre--

ción de leche en madres lactantes, herpes y quemaduras de segundo grado (Ullman, 1947), cambios en el contenido de calcio en la sangre (Glaser, 1924), aumentos y disminuciones del azúcar de la sangre (Povorinskij y Finne, 1930), cambios fisiológicos en el duodeno (Langheinrich, 1922), cambios en los contenidos de proteínas y carbohidratos del estómago (Delhougne y Hansen, 1927), cambios en la motilidad de secreción gástrica (Bramwell, 1921) y, por supuesto cambios en el ritmo cardíaco y presión arterial (Yanovsky, 1960). Como se puede observar, todos estos -- cambios corporales se pueden inducir mediante sugestión hipnótica y de acuerdo con determinadas situaciones apropiadas al fenómeno psicosomático de que se trate, no sin quitar méritos a los estados emocionales presentes en el individuo, los cuales también pueden influir sobre la presencia de otras relaciones somáticas durante la hipnosis (173a).

Como se ha podido observar en la breve exposición de este apartado concerniente a la fenomenología de la hipnosis, los -- fenómenos que se pueden obtener con la ayuda de esta última son múltiples y variados, pero lo más importante -- como en la decisión de usar o no la hipnosis en la psicoterapia -- de esto consiste en que el desarrollo de uno u otro fenómeno dependerá, primordialmente, de los objetivos planteados por la labor clínica en cuestión, tal como se puede apreciar en el siguiente apartado de este capítulo.

3.6 EVALUACION DE LAS APLICACIONES DE LA HIENOSIS EN MEDICINA -

GENERAL Y PSICOTERAPIA.

3.6.1. EL LUGAR DE LA HIPNOSIS EN MEDICINA GENERAL

Respecto a la utilidad de la aplicación de la hipnosis en medicina general, Erickson (147b) afirmó en uno de sus primeros trabajos, que la hipnosis tiene un valor definido en la práctica de la medicina, demostrado desde las fases más tempranas de la historia de la primera y, que en la medida que los médicos -adquieran una mejor comprensión de la psicología de sus pacientes, será más probable que el valor de la hipnosis sea aún mayor. En la práctica general de la medicina, la hipnosis se puede utilizar para tranquilizar al paciente y establecer el estado deseable en rapport entre el médico y éste último. Desde los tiempos en que Cloquet y Esdaille (54) usaron la hipnosis en procedimientos de cirugía mayor y menor, se dió en Europa, particularmente en Alemania y Francia, una tendencia similar con ciertos pacientes en quienes se usaba como sustentivo de las drogas para la producción de la anestesia. El uso de la hipnosis en cirugía tiene la ventaja sobre otros anestésicos, de proporcionarle al paciente paz mental, un sentido de seguridad y confianza y sobre todo no presenta efectos colaterales. Sin embargo, estas aplicaciones estarán limitadas a un pequeño campo de la cirugía hasta que los practicantes de la medicina general, se esfuercen por adquirir un mejor conocimiento de las manifestaciones psicológicas de sus pacientes. De la misma manera, la hipnosis se ha utilizado con bastante éxito en el campo de obstetricia e, indudablemente, este uso será mucho mayor en la me-

didada en que vayan desapareciendo todas aquellas actitudes equivocadas y temores respecto a dicha técnica. Por ejemplo, una objeción importante por parte de los médicos en cuanto a su uso de la hipnosis- salvada mediante el estudio y práctica apropiadas de esta técnica- radica en la dificultad experimentada para inducir y mantener estados hipnóticos. Ningún hipnoterapeuta sabe con certeza si tendrá éxito con un paciente particular en una ocasión determinada, o si la técnica utilizada esa ocasión será suficiente para mantener el trance de dicho paciente. Pero, la investigación de estos hechos es más afortunada que su rechazo, debido a que la aplicación terapéutica y médica de la hipnosis, no debe ser considerada tan a la ligera o dejada en manos de aficionados.

Por otra parte, más recientemente, Hartland (80) afirmó que toda enfermedad con la que trate el médico general es principalmente orgánica, funcional o psicósmática en origen. En los últimos casos, reconoce plenamente la importancia de las actitudes mentales y emocionales, pero en el caso de los padecimientos físicos, es probable que se haga poco caso del grado hasta el cual se pueden agravar y prolongar por los factores psicológicos. La mente y el cuerpo nunca pueden separarse. Cada parte reacciona con la otra y, en consecuencia, necesitan ser tomadas en cuenta en cada caso.

La enfermedad física siempre va acompañada por dolor, incomodidad o deterioro de la función, en ocasiones de los tres. -- Pero irá acompañada casi invariablemente por cierta alteración-

del equilibrio y armonía emocional. El paciente que está padeciendo algún dolor no puede hacer otra cosa que preocuparse sobre la importancia de su síntoma. Constantemente se pregunta -- "¿es un síntoma de cáncer?" o "¿cuánto tiempo estaré enfermo e incapacitado para ganarme la vida?". En el primer caso, su temor es tan grande que no puede tener el valor suficiente para buscar un consejo, y cuando al fin lo hace, puede ser completa mente incapáz de convencerse de que el médico, siendo humano, puede no estar equivocado en su opinión. En el segundo caso, puede estar temeroso de volver a su trabajo por miedo de volverse a enfermar otra vez y destruir toda esperanza de ganarse la vida en el futuro. Esto es probable que ocurra cuando tiene esposa y una familia que sostener. Además, tales temores y ansiedades están lejos de ser las únicas emociones que pueden despertar una enfermedad. El paciente puede sentir un amargo resentimiento por su mala suerte, o incluso estar deprimido ante lo que se le espera, más aún si con anterioridad había disfrutado de buena salud. Y luego, existen otros cuadros más fuertes en los que el individuo parece disfrutar de su mala salud. Tales personas reciben tantas consideraciones, bondades y atenciones de más, que cuando están sanos apenas sorprende que se muestren renuentes a renunciar a estas ventajas. En consecuencia, hacen muy poco esfuerzo por recuperarse. Esto es de suma importancia, ya que sin la cooperación del paciente, existen pocas enfermedades de las cuales se pueda recuperar en forma rápida o total (80).

Todos los casos médicos, quirúrgicos o psiquiátricos, necesitan ser abordados desde tres ángulos: el físico, el psicológi

co y el ambiental o social. Ciertamente, la importancia de considerar a toda enfermedad con relación a los antecedentes de - las diversas tensiones a las cuales ha estado sujeto el paciente, nunca podrá recibir demasiado énfasis. Esto es particularmente esencial cuando se piensa en el tratamiento hipnótico, ya que la falta de éxito con frecuencia se deriva de un conocimiento parco de la personalidad del paciente y de la historia de su vida. Tanto la elección del mejor método de inducción como el método de tratamiento bien pueden depender de estos factores (80).

Sin embargo, no debe pensarse que la toma de un caso sobre estas líneas sea necesariamente una tarea ardua y prolongada. - Siempre que las preguntas correctas se formulen en forma sistematica, es sorprendente la cantidad de información que se puede obtener con facilidad. El siguiente esquema puede ser de ayuda a este respecto, ya que incluye los puntos de importancia hacia - los cuales es muy conveniente dirigir la atención.

1.- HISTORIA DE LA ENFERMEDAD ACTUAL. Epoca y forma de iniciación. Descripción de los síntomas. Detalles de tratamientos médicos anteriores o de otra índole.

2.- HISTORIA FAMILIAR. Descripción del padre, madre, hermanas y hermanos. Relaciones familiares, pasadas y presentes. - Actitudes y sentimientos hacia uno y otro.

3.- HISTORIA DE LA NIÑEZ. Enfermedades infantiles, en especial en uresis y sonambulismo. Historia educativa. Reacciones ante las diferentes escuelas y hacia otros niños.

4.- HISTORIA OCUPACIONAL. Ambiciones cuando se fué niño. - Historia de las diferentes ocupaciones después de abandonar la escuela. Razones para los cambios. Empleo actual y reacciones hacia los compañeros de trabajo y hacia el ambiente.

5.- HISTORIA PSICOSEXUAL. Conocimiento infantil de los temas sexuales y forma en que se adquirieron. Hábitos negativos (como la masturbación). Problemas emocionales pasados y presentes. Matrimonios (si los hubo). Relaciones o dificultades maritales. Situación económica.

6.- HISTORIA MEDICA. Enfermedades anteriores, operaciones, accidentes y su tratamiento. En el caso de una mujer, historia menstrual, embarazos, internaciones y aborto.

7.- ESTADO MENTAL ACTUAL. Depresión, ansiedad, fobias, insomnios, falta de concentración o interés, memoria, pensamientos suicidas (cuando existe depresión) o temor a la locura.

8.- ALTERACIONES MENTALES O NEVIOSAS. Locura, neurósis, -- epilepsias en los padres, parientes cercanos o miembros de la familia.

El plan anterior fué hecho de manera intencional para la toma de un caso lo bastante amplio, para que el médico general pueda emprender el tratamiento hipnótico de aquellas formas -- más leves de padecimientos psicossomático o nerviosos, en el caso de que desee hacerlo así. Más aún, puede ayudarlo a elegir

entre los casos que probablemente caigan en su ámbito profesional, y aquellos que sería preferible remitirlos a un psiquiatra. Pero en el curso de su trabajo diario encontrará un gran número de casos médicos, en los cuales, la toma de una historia tan amplia no parecerá ni necesaria ni conveniente. Sin embargo, incluso en estos casos, será posible seleccionar determinadas preguntas importantes de la lista anterior, cuyas respuestas por parte del paciente, arrojará bastante luz sobre las actitudes subyacentes de éste hacia su enfermedad (80).

En muchos casos es conveniente que los temas involucrados en la lista anterior sean abordados con suma precaución, debido a que podría ser imprudente hacer preguntas íntimas y embarazosas durante la primera entrevista. Estas suelen posponerse hasta que se haya establecido un contacto más estrecho con el paciente, ya que se hayan explorado los aspectos más generales e inofensivos de la situación. Aún cuando mucho de tan detallada toma del caso parece pertenecer más a la medicina psicológica - que a la general, la importancia de los factores psicológicos, emocionales y ambientales en padecimientos generales como asma, jaqueca, insomnio y ciertos padecimientos dermatológicos -por mencionar solo algunos- no puede pasarse por alto (80).

La confianza y ánimo que se pueden proporcionar con la hipnosis a los pacientes con cualquier padecimiento, funcional u orgánico, no deben ser subestimados. Aún cuando la hipnosis -

puede ser de suma utilidad en muchas enfermedades orgánicas, -- siempre resultará de suma eficacia en los padecimientos acompañados de fuertes componentes emocionales. En las perturbaciones cardíacas que están físicamente determinadas por la presencia de una enfermedad orgánica, la hipnosis puede ser de mucha ayuda para aliviar los síntomas del paciente. Esto lo logra modificando sus reacciones a dichos síntomas, disminuyendo la tensión emocional y reduciendo sus temores, en especial el temor a la muerte; las perturbaciones cardíacas originadas por alteraciones emocionales o tensión psicológica, y no por causas orgánicas, cederán más fácil y totalmente al tratamiento hipnótico. Es necesario inculcar en el paciente una profunda fé en su habilidad para recuperarse, y tratar de enseñarlo²⁹ a que se ajuste a la realidad y su ambiente; en esta clase de pláticas de sugestiones hipnóticas (principalmente indirectas) puede ser de la máxima ayuda posible (80).

En ocasiones, la hipnosis puede proporcionar el alivio de los síntomas en ciertas enfermedades físicas crónicas (como tuberculosis). Esto lo hace en parte, reduciendo la tensión, la ansiedad y la aprensión, y por otra parte, ejerciendo una influencia directa sobre el mismo umbral del dolor. Sin embargo, en este último caso casi es seguro que sea necesaria una gran profundidad del trance, de manera que el grado de éxito que se logre en casos difíciles como el cáncer dependerá en mucho, de la habilidad del paciente individual para usar este estado particular

de conciencia --es decir de la hipnosis-- para su propio beneficio. Así, se ha encontrado que la hipnosis puede ayudar mucho en el control del dolor durante las primeras etapas del tratamiento del cáncer (100, 175), posponiendo el uso de drogas poderosas o disminuyendo la dosis aplicada cuando se hace necesario el uso de dichas drogas y por supuesto, en el manejo de los efectos colaterales de estos tratamientos, tales como la ansiedad y el vómito. Puesto que bajo estas circunstancias la motivación hacia la hipnosis es muy fuerte el intento de usarla bien vale la pena (80).

Existen tres modos principales para emplear la hipnosis --terapeuticamente (tal como en su momento lo citó Henri Ey, - - 1987:

1.- Como método de sugestión directa para la eliminación de ciertos síntomas.

2.- Como un método de CATARSIS o descarga emocional, es decir, la utilidad para la psicoterapia simple.

3.- Como un método adjunto o combinado con otras técnicas psicoterapéuticas, como las cognitivo-conductuales o las de orientación psicoanalítica, procedimiento conocido generalmente como hipnoanálisis.

Por lo general, solo las dos primeras aplicaciones caen dentro de la provincia del médico general y, no hay ninguna duda de que la eliminación de los síntomas será la que encuentre de más utilidad en su práctica.

29. Por ejemplo, mediante técnicas apropiadas para el afrontamiento efectivo de las situaciones provocadoras de estrés.

En realidad, esta es la aplicación de la hipnosis más antigua y la que siempre se ha criticado como la que tiene menos éxito. POR LO GENERAL, SE HACE LA OBJECCION DE QUE ES PELIGROSA LA ELIMINACION INDISCRIMINADA DE LOS SINTOMAS, QUE RARA VEZ SE OBTIENE LA SUFICIENTE PROFUNDIDAD EN LA HIPNOSIS Y QUE LOS RESULTADOS RARA VEZ SON DE DURACION SUFICIENTE (80).

Tales críticas ya son justificadas. No obstante, es conveniente admitir que, puesto que la eliminación de los síntomas se refiere a los efectos más que a las causas, necesariamente posee ciertas limitaciones. Los mejores resultados siempre se obtendrán cuando los síntomas tengan un valor defensivo mínimo. Esa es la razón por la cual suele usarse con éxito, en el tratamiento de muchas de las condiciones que se ven en los casos promedio, las funciones defensivas (o todo lo que nos da el paciente, de acuerdo con Erickson, en Zeig 1985 y Watzlawick 1986 a) que casi son generalmente despreciadas. En casos como estos es muy probable que haya muy poco peligro al eliminar el síntoma molesto por medio de la sugestión hipnótica directa. El psiquiatra (y el psicólogo clínico) orientado analíticamente no se cansa de recalcar el hecho de que la eliminación de los síntomas es peligroso, puesto que con frecuencia irá seguida por la liberación de la ansiedad o incluso por la formación de síntomas sustitutos. No hay ninguna duda de que en algunas de las neurosis más graves, como la histeria y otras que se originan de conflictos fundamentales profundamente arraigados,

bien pueden encontrarse tales dificultades y en estas circunstancias, está perfectamente justificado el argumento de que la eliminación directa de los síntomas, bajo hipnosis, es tan inconveniente como peligrosa, a menos que el terapeuta posea la preparación psiquiátrica necesaria para poder tratar la situación. En ocasiones, el psiquiatra (y el psicólogo clínico) orientado psicoanalíticamente, puede usar él mismo la sugestión hipnótica directa para evitar estas dificultades y proporcionar el tan necesitado alivio, en aquellos casos en los que el síntoma posee un fuerte valor defensivo, dejando deliberadamente al paciente con algún síntoma residual que sea menos invalidante (o perturbador) que el original. Por ejemplo, se puede eliminar la parálisis de un brazo induciéndola en el dedo meñique. Luego se sugiere al paciente que esta otra parálisis tiene el mismo significado para él que la parálisis del brazo y que así permanecerá hasta que acabe de entender que ya no existe razón para su anterior parálisis y que ya no la necesita. En esta forma se puede capacitar al paciente para que reasuma (o reestructure) su trabajo mientras continúa en tratamiento. No obstante, en los últimos años se han exagerado bastante los peligros de "la eliminación directa de los síntomas", que uno se pregunta, si los que favorecen esta escuela de pensamiento, serán igual de escandalosos al exigir que ningún médico deba prescribir aspirina para un dolor de cabeza, sin antes ver un angiograma del paciente (80).

Tales generalizaciones, tomadas de la práctica, están en especial confinadas a tratar con problemas hondamente arraigados, no sólo son sospechosas sino también peligrosas por las limitaciones que tratan de imponer. Después de treinta años de experiencia en el campo de la hipnoterapia, tanto en la práctica general como en la psiquiátrica, creo que le médico general que usa la hipnosis es muy raro que intente tratar casos que en realidad caen en el campo del psiquiatra y aún cuando lo hiciera así, mediante sugestión directa bajo hipnosis, resultaría poco o ningún daño. En realidad, a menso que posea un talento muy superior al promedio en el arte de la hipnosis y suceda que esté tratando con un individuo que sea extraordinariamente susceptible, dudo que sus esfuerzos pudieran lograr el más ligero éxito ya que la mayoría de los paciente de este tipo no estaran dispuestos a renunciar a sus sintomas, hasta que se sientan lo bastante fuertes para prescindir, de ellos. En otras palabras, MIENTRAS MAS NECESIDAD TENGA EL PACIENTE DEL SINTOMA COMO MECANISMO DE DEFENSA, MAS INTRATABLE RESULTARA CUALQUIER METODO DE PSICOTERAPIA SIMPLE O DE APOYO (80).

Por lo que a la segunda objeción se refiere, el médico -- tendrá poca dificultad para lograr una profundidad de la hipnosis que baste para los propósitos de tratamiento ordinario en la mayoría de sus casos.

LA TERCERA OBJECCION, respecto a que los resultados de la

eliminación de los síntomas rara vez es permanente, no es válida en su mayor parte, siempre que se tomen medidas durante el tratamiento³⁰ para reforzar la habilidad del paciente para habérselas con sus dificultades y para animarlo a que se sostenga por sí mismo. Esta tarea no es tan formidable ni toma tanto tiempo como parecería, pero considero que es de vital importancia. Hace muchos años, en un artículo que trataba de los llamados peligros de la eliminación directa de los síntomas (la subsecuente producción de ansiedad aguda, la aparición de síntomas subsecuentes y la inevitabilidad de la recaída), atrajo mi atención el siguiente principio:

EN TODOS LOS CASOS, TENDRA MAS EXITO LA ELIMINACION DIRECTA DE LOS SINTOMAS Y SE EVITARAN TOTALMENTE TALES PELIGROS SI EN TODAS Y CADA UNA DE LAS SESIONES, ESTAS VAN PRESIDIDAS POR SENCILLAS SUGESTIONES PSICOTERAPEUTICAS ORIENTADAS A ELIMINAR LA TENSION, LA ANSIEDAD Y LA APREHENSION Y A RESSAUHAR POCO A POCO LA CONFIANZA DEL PACIENTE EN SI MISMO Y SU HABILIDAD PARA LUCHAR CONTRA SUS PROBLEMAS.

Este fué el principio sobre el que se basó LA TECNICA PARA EL FORTALECIMIENTO DEL EGO³¹, procedimiento que he estado empleando con éxito por muchos años, durante los cuales nunca he visto que se presente alguna ansiedad indebida o la ocurrencia de síntomas sustitutos. Más aún, una vez que se ha terminado con éxito el tratamiento, solo raras veces me he enfrentado a alguna recaída, la cual siempre se pudo atribuir a nuevas -

a nuevas alteraciones emocionales que nosse anticipaban y - que eran igualmente fáciles de tratar. La importancia de es- to descansa en el hecho de que cuando la eliminación de los síntomas va precedida por psicoterapia simple, no sólo se -- facilita mucho sino que resulta más efectiva y produce resul- tados más duraderos. Así, la habilidad del paciente para ajus- tarse a sus dificultades se llega a fortalecer a tal grado, - que es mucho menos probable que se presenten recaídas (80).

En realidad, mi propia experiencia me ha conducido a cre er, y esto ha sido confirmado por numerosos reportes de mis colegas profesionales en medicina y odontología tanto en Es- tados Unidos como en el extranjero, que ESTA COMBINACION DE LO QUE YO LLAMO SUGESTIONES Y ELIMINACION DE SINTOMAS PARA - "FORTALECIMIENTO DEL EGO", HARA QUE EL MEDICO GENERAL PUEDA - TRATAR CON EXITO LA MAYORIA DE SUS CASOS SIN TENER QUE RECU-- RRIR A LOS PROCEDIMIENTOS DE LA HIPNOSIS ANALITICA (80)

En la construcción de una técnica para el fortalecimien- to del ego, muy aparte de las verdaderas sugerencias en sí, -

30. Por ejemplo, el entrenamiento en la técnica de la auto- hipnosis durante la cual se puede usar la técnica de fortale- cimiento del Yo abreviada.

31. op. cit., en el apartado que se refiere al establecimien- to del signo señal.

es necesario dar especial atención a factores de importancia tales como "RITMO, REPETICION", INTERPOLACION DE "PAUSAS" - APROPIADAS Y "RECALCAR CIERTAS PALABRAS Y FRASES DE IMPORTANCIA". Se notará que la repetición suele lograrse expresando a la misma idea fundamental en dos o tres formas distintas. - Esto tiende a evitar una monotonía excesiva. Algunas palabras y frases se recalcan debido a su importancia y significado - para el paciente (60)

Por otra parte, más recientemente Chiasson (43) ha dicho que apenas se está empezando a rasgar la superficie de los múltiples usos que puede tener la hipnosis en las condiciones médicas. Afortunadamente, se está dando un resurgimiento en el interés de su estudio, por parte de las nuevas generaciones de médicos no iniciados en el estudio y la práctica de este extraordinario recurso terapéutico. De la misma manera, éste autor presenta una revisión de las aplicaciones de la hipnosis en diferentes condiciones médicas tales como: la neurología, medicina psicosomática, rehabilitación física oftalmología, ortopedia, práctica genito-urinaria, obstetricia y ginecología, dermatología y medicina interna. Por último, este autor afirmó que la principal controversia respecto al uso o no de la hipnosis en medicina general, se encuentra entre los que creen y los que se muestran escépticos hacia este hecho, sin embargo, la gente está empezando a ver diametralmente el poder que tiene dentro de sí misma para lograr sus objetivos y más importante aún, desarrollar sus habili-

dades hasta sus límites.

Finalmente, es importante mencionar que Schneck (150), Kroger (110 a) y Hartland (80) presentan en sus obras una amplia revisión de las aplicaciones de la hipnosis en la medicina general y Moss (127), presentó una revisión similar pero en el campo de la odontología.

3.6.2. EL LUGAR DE LA HIPNOSIS EN PSICOTERAPIA.

Antes de revisar brevemente las aplicaciones de la hipnosis en el ámbito de la psicoterapia, consideramos pertinente citar unas cuantas palabras pronunciadas por Erickson a este respecto, hace ya más de cuatro décadas, las cuales sin embargo aún tienen bastante importancia en el ámbito de la hipnoterapia en general y en la aplicación de ésta en la psicoterapia, en lo particular.

Erickson (147 b) afirmó que muchos de los esfuerzos hechos por estudiar a la hipnosis, científicamente, en los laboratorios psicológicos, han omitido todas las consideraciones clínicas de la personalidad relacionadas con el sujeto hipnótico como persona y han intentado tratar, desafortunadamente, con las manifestaciones hipnóticas como si se tratara de reactivos didácticos académicos desconectados de la personalidad humana. No obstante, con el rápido incremento actual, por parte de los psicólogos del reconocimiento de los

factores y fuerzas dinámicas de la personalidad, se está empezando a desarrollar una nueva y más fructífera tendencia en el estudio de la conducta hipnótica y, por ende, los psicólogos están empezando a descartar las antiquísimas y equivocadas creencias de que la hipnosis transforma a una persona en una nueva criatura dominada, pasiva y extraña. En lugar de esto, dichos profesionales de la salud mental están empezando a reconocer que la hipnosis puede utilizarse y, de hecho, debe utilizarse para propiciar la conducta y reacciones naturales e innatas del individuo y, a través de esta medición de la conducta humana, ésta se puede estudiar de una manera científicamente controlada.

En primer término, el principal campo de aplicación de la hipnosis radica en el estudio y análisis de la conducta humana y sus perturbaciones. Por medio del trance hipnótico es posible sugerirle a un individuo cualquier forma elegida de conducta y respuesta y, con ello, tener literalmente un laboratorio en el cual podemos sintetizar y analizar cualquier patrón deseado de conducta. Por ejemplo, el fenómeno de la amnesia se puede tratar como una investigación de laboratorio creando, removiendo y reestableciendo dicha amnesia y, con esto, estudiar lenta y sistemáticamente los procesos y mecanismos psicológicos involucrados en dicho proceso mental. De la misma manera, por medio de la hipnosis, podemos duplicar en un individuo, todas aquellas manifestaciones sintomáticas de alteraciones de la personalidad y de ten

siones emocionales y con esto, tener la oportunidad de estudiar dichos problemas en una situación de laboratorio, similar a aquellas en las que se llevan a cabo las investigaciones de problemas y procedimientos médicos, antes de su aplicación en un paciente. Así, en lugar de especular vagamente y pretender deducir dudosamente las consecuencias de los complejos y conflictos de un paciente, necesariamente de carácter desconocido, podemos promover en un individuo hipnotizado, un complejo o conflicto de naturaleza conocida y, así tener la oportunidad directa de estudiar sus resultados y consecuencias sobre dicho individuo, para determinar las secuencias e interrelaciones psicológicas de sus diversas manifestaciones y sus significados para la personalidad de aquél (1478).

Debido al uso pionero de la hipnosis, por parte de Breuer y Freud³², como medio para el recuerdo de los eventos traumáticos, con la consecuente liberación de las emociones o efectos reprimidos, la orientación dominante en los profesionales de la salud mental (principalmente psiquiatras) que que hicieron uso de la hipnosis³³, desde los albores del presente siglo y hasta hace unas tres décadas aproximadamente -

32. op. cit., en el apartado que se refiere a la historia de la hipnosis.

33. Con excepción de Erickson, quien fraguó su propia orientación.

(momento en que se empezó a hacer uso de la hipnosis por parte de los psicoterapeutas de orientación conductual), fué totalmente dinámica, tal como lo demuestran la gran cantidad de textos pioneros en el campo. Así, se puede afirmar que el primer uso de la hipnosis en el ámbito de la psicoterapia fué en las terapias de orientación al insight.

3.6.2.1. EL USO DE HIPNOSIS EN LAS PSICOTERAPIAS DE ORIENTACION AL INSIGHT.

En este terreno de las aplicaciones de la hipnosis, la figura más prominente -desde un punto de vista muy personal- sin lugar a dudas, ha sido Lewis R. Wolberg quien ha dejado constancia de su labor en el campo de la hipnoterapia en una serie de títulos básicos sobre este tema (173a,b,c,ch,d,e,f)

De esta manera, Wolberg (173 ch) afirmó que la hipnosis se puede utilizar en LA TERAPIA RECONSTRUCTIVA para facilitar y acelerar la asociación libre en aquellos pacientes que manifiestan síntomas de bloqueo, también puede promover el recuerdo de sueños y sobre todo, en los casos en que el insight esté fragmentado, puede ser útil para tejer todos los segmentos mentales aparentemente no relacionados en una estructura con significado propio. En algunos casos la hipnosis puede promover el recuerdo de hechos inscientes. Se puede cuestionar la eficacia de este procedimiento, pero es evidente que una confrontación prematura del ego con mate---

rial inconciente, únicamente serviría para producir ansiedad y aumentar la resistencia del paciente. Así con la ayuda de la hipnosis se puede evitar este efecto manipulando habilmente la presencia de dichos recuerdos. En lugar de "demoler" las resistencias del paciente obligándolo a recordar cosas, es más adecuado darle completa libertad para que recuerde cuando se sienta capaz de manejar dichos eventos olvidados. Por ejemplo, durante la hipnosis profunda, se le puede decir al paciente que hay ciertas experiencias y recuerdos que son sumamente importantes y, debido a su naturaleza dolorosa, han sido olvidados. Se le da confianza y seguridad de que no es necesario que recuerde todos los detalles de dichos recuerdos al mismo tiempo, sino que él será capaz de revelar y tolerar fragmentos aislados de esos recuerdos y experiencias, conforme vayan transcurriendo las sesiones del tratamiento. Debido a estas sugerencias, el paciente expondrá aquéllos elementos de sus experiencias traumáticas que pueda tolerar y como llegará a ser más fuerte y darse cuenta que no, se ve dañado por estos recuerdos, cada vez más recordará más material olvidado hasta que finalmente pueda reconstruir (o reestructurar) todos estos fragmentos en un todo coherente y consistente. La recuperación, en fragmentos de un incidente o conflicto olvidado se puede promover mediante el uso de TÉCNICAS HIPNOANALÍTICAS como la inducción de sueños, escritura automática, regresión y revivificación, dibujo hipnótico y la contemplación en una esfera de cristal o espejo (173 ch). La evidencia extraída de la aplicación de estos procedimientos, puede lograr que el significado de la experien

cia sea cada vez más claro para el paciente. Como regla general, las implicaciones de los recuerdos traumáticos no -- serán aceptados hasta que el paciente comprenda su importancia y presente la interpretación de los mismos, como un producto de sus esfuerzos y convicción propios. La reconstrucción (o reestructuración cognoscitiva) de los recuerdos del paciente por sí mismo, estando despierto del material descubierto durante la hipnosis, puede robarle el beneficio de su efecto terapéutico si aún no es el momento oportuno para dicho proceso.

Uno de los mejores métodos para manipular el material - que es recordado durante la hipnosis, consiste en instruir - al paciente en que olvide el recuerdo revivido hasta que se sienta convencido de la verdad del mismo y lo comprenda -- completamente. Pueden transcurrir semanas antes de que el - paciente sea capaz de presentar, espontáneamente, fragmentos del material olvidado con su correspondiente insight. Aún - cuando el paciente recuerde despierto experiencias recuperadas en una sesión hipnótica reciente, sólo será capaz de -- asimilar su significado hasta que su ego haya tenido el tiempo necesario para prepararse asimismo. A este respecto, Wolberg (173 d) cita un caso en que hizo uso de la hipnosis para la recuperación de un incidente traumático, en forma de - una "escena original" que promovió un síntoma de conversión histerica. En este ejemplo, el autor se apoyó en las técnicas de la regresión y revivificación junto a un procedimiento de

conteo. Estos procedimientos sonda gran ayuda en la represión engañada. Debido a que ésta es patrocinada por la ansiedad -- que el paciente no puede controlar estando despierto, se le -- dá una sugestión para que recuerde el incidente sólo hasta que haya trabajado en sus implicaciones. En este ejemplo particu- lar citado por el autor, la paciente pudo comprender en un -- tiempo breve, el significado de su fijación al espejo así como su síntoma conversivo de los ojos y, por ende, pudo inte- -- grar su reacción a la escena traumática de su infancia.

Por otra parte, es conveniente mencionar que Wolberg (173 ch) afirmó en uno de sus primeros trabajos, que la utilidad -- más grande de la hipnosis radica quizás en la resolución de -- las resistencias que impiden que el insight se traduzca en la respectiva acción. Con excesiva frecuencia ocurre que el psicoanálisis se hunde en el lecho pantanoso de la especulación intelectual. No aparecen entonces ni la motivación ni la ca- -- pacidad que harían falta para sustituir las antiguas pautas -- autodestructivas, por modalidades de conductas nuevas y adap- tadas. El psicoanálisis no es un convite para la charla: es -- un instrumento destinado a estimular al individuo para que -- enfoque la vida con una perspectiva más madura. El proceso por el cual esta "alquimia" se produce es complicado: pero en al- -- gún momento, dentro de la serie de acontecimientos significa- tivos que comprende, el individuo comienza a pisar el terreno firme, nuevo para él, de las formas constructivas del pensa- -- miento y la acción. Una serie variada de resistencias inten-

tan bloquear tal objetivo. Cuando esas resistencias no pueden ser doblegadas por los métodos tradicionales, la hipnosis a veces, puede prestar utilidad. En la hipnosis se intima al paciente tanto a reconocer que es lo que le impide aprovechar -- su nueva comprensión, como el imponerse a sí mismo la tarea de enfrentar sus temores y sus problemas. En los casos en que tales tácticas fracasan, puede tener un efecto de desbloqueo la inducción de un conflicto experimental.

La hipnosis también puede ser útil en las últimas fases del análisis, ayudando a ciertos pacientes a reconocer y resolver el problema de la dependencia. Esto puede parecer raro, -- dado el falso y generalizado concepto de que la hipnosis inspira dependencia. Pocas pruebas clínicas existen que sirvan -- para fundamentar semejante concepto. Una relación a lo Svengali -- Trilby se presta para un excelente final en literatura de ciencia ficción, pero son cosas que no ocurren en la realidad. -- Los pacientes no se hace "adictos" a las sesiones de hipnosis ni siquiera a la autohipnosis ³⁴. En realidad, esta técnica -- se puede utilizar a veces, para ayudar a un paciente a liberarse de una terapia interminable (173 ch).

En las fases terminales del psicoanálisis (y de las terapias cognitivo-conductuales) puede ser transferida a la responsabilidad del paciente, la elaboración de sus propios problemas, estimulando su autocomprensión mediante la práctica de la

34. op. cit., en el apartado relacionado con la técnica de la autohipnosis.

autohipnosis. De esta manera, el paciente puede aprender no sólo que es capaz de reducir su tensión, sino que está en condiciones de alcanzar importantes aspectos de autocomprensión mediante sus propios esfuerzos(173 ch).

El proceso psicoanalítica puede subdividirse a groso modo en dos períodos. El PRIMERO de ellos está consagrado al proceso de DES-CUBRIR, durante el cual el paciente toma conciencia de sus impulsos, temores y recuerdos inconscientes y comienza a comprender como y porqué todo esto le hacía imposible relacionarse de manera constructiva con el mundo y con la gente. EL SEGUNDO PERIODO es RE-EDUCATIVO y comprende la elaboración de nuevas y mejor actitudes interpersonales. Un hecho importante de este proceso re-educativo es el reconocimiento, por parte del paciente, de la congruencia de sus antiguos impulsos. El mismo llega a considerarlos como elementos irracionales que le agradaría eliminar de su existencia.

Por consiguiente, LA HIPNOSIS, SI ES APLICADA ADECUADAMENTE, puede abreviar las dos fases del proceso terapéutico. Cortando transversalmente, por decirlo así, las defensas que interferían en las relaciones interpersonales, esta terapia sumerge inmediatamente al paciente en una relación íntima con el analista. En el psicoanálisis el paciente tantea cautelosamente el camino, tratando de evitar un contacto íntimo; en la hipnosis, por el contrario, experimenta, desde el comienzo, sensaciones y actitudes de profundo significado, todo lo cual provee de material para analizar. En adición al efecto que esto mismo produce en las resistencias transferenciales, la hipnosis ejerce una influencia considerable sobre las resistencias que se relacionan con -

la represión de recuerdos y experiencias traumáticos. De una manera fácil y en una sola sesión, el paciente es capaz de recuperar recuerdos cuya enucleación (conocimiento) habría requerido meses de tediosa labor psicoanalítica (173 ch).

No se debe suponer que resulte posible soslayar todas las resistencias mediante la simple inducción de la hipnosis. Sin embargo, se puede hacer un rodeo que permita evitarlas y resolver más fácilmente las defensas yoicas que impiden el acceso del material inconciente a la conciencia. De este modo, la hipnosis puede influir materialmente en la primera fase de la terapia analítica, aquella que es dedicada a detectar y poner al descubierto al material inconciente. La hipnosis también puede abreviar el segundo período, el re-educativo ya que la relación hipnótica permite la incorporación y la absorción más fácilmente del conjunto de actitudes interpersonales. Con todo, no se deben esperar milagros de la hipnosis ya que el proceso re-educativo requiere, para ser eficaz de mucho tiempo (173 ch)

En último término podemos afirmar que allí donde se da un paciente capaz de utilizar el psicoanálisis y un terapeuta capaz de instrumentarlo: el Psicoanálisis, incrementado donde haga falta, por la hipnosis, ofrece al individuo la mejor oportunidad para el crecimiento de la personalidad (173)

Finalmente, es importante mencionar que Gindes⁶⁹ ha dividido por conveniencia y para una mejor comprensión al HIPNOANÁLISIS en dos etapas de acción separadas. LA PRIMERA de ellas es el hipnoanálisis propiamente dicho, en la cual la palabra "análisis" implica la separación de un todo en sus elementos o partes integrantes y LA SEGUNDA etapa es la hip-

nosíntesis, en la que se lleva a cabo una nueva y más madura combinación de dichos elementos. Este autor proporciona varios ejemplos para una mejor comprensión de este procedimiento.

3.6.2.2. EL USO DE LA HIPNOSIS EN LA TERAPIA CONDUCTUAL.

Los inicios de la aplicación de la hipnosis en el campo de la terapia conductual, se remontan a los trabajos iniciales de Wolpe (174 a) y Lazarus (142 b) sobre la DESSENSIBILIZACION SISTEMATICA y a los de Gautela (31) acerca de la SENSIBILIZACION O CONDICIONAMIENTO ENCUBIERTO. Estos pioneros conductuales en la aplicación de las técnicas hipnóticas, utilizaban la hipnosis para incrementar la relajación y/o la imaginación. Así, por ejemplo Wolpe (174 b) recomendaba a los terapeutas conductuales que aprendieran las técnicas para la inducción de la hipnosis.

EN LA TECNICA DE LA DESSENSIBILIZACION SISTEMATICA DE Wolpe (174 a), se entrena a los pacientes que sufren de alguna fobia en las siguientes habilidades: 1) en Relajación profunda, 2) la elaboración de una lista de escenas en orden jerárquico, de acuerdo al grado en que provocan temor y ansiedad y 3) el imaginarse dichas escenas mientras se está profundamente relajado y en el orden establecido originalmente. La meta de este procedimiento consiste en desensibilizar al paciente de sus temores a las situaciones en cuestión. Las técnicas de relajación usadas para la inducción de la hipnosis también se pueden implementar aquí de manera similar. Estas técnicas hipnóticas pueden ser de más éxito que las de simple relajación para algunos pacientes. Sin embargo, actualmente no contamos todavía con un método para predecir con exactitud que pacientes responden más favorablemente a una u otra técnica. Asimismo, la inducción de la hipnosis incrementa la capacidad imaginativa de algunos pacientes, por lo cual, es muy importante que las escenas imaginadas sean-

tan reales y similares a los escenarios en cuestión, ya que con esto, es más factible que se incremente la generalización del aprendizaje hacia todas aquellas circunstancias de la vida real - (35).

LA TECNICA DE LA SENSIBILIZACION ENCUBIERTA DE CAUTELA - (1983), también es un método completamente similar a los que fueron y continúan siendo utilizados por muchos hipnoterapeutas (170 c). Posteriormente las usadas por los hipnoterapeutas, pero afirmó que quedaba por demostrar si la hipnosis podía añadir alguna utilidad más positiva o no.

Weitzenhoffer (170 c) presentó una descripción de varias aproximaciones utilizadas en la hipnoterapia que se pueden interpretar a la luz del paradigma de la teoría del aprendizaje tales como: las terapias aversivas, el contracondicionamiento, la extinción y el reforzamiento positivo y negativo bajo hipnosis. Asimismo, este autor señaló que la hipnosis puede ser útil para la terapia incrementando la motivación del paciente y ayudando a establecer una relación más fuerte entre éste y el terapeuta. Además de esto, éste prolífico investigador en el campo de la hipnosis, señaló que los hipnoterapeutas han utilizado, durante mucho tiempo, métodos, que son completamente similares a lo que posteriormente se le denominó TERAPIA CONDUCTUAL y que la única diferencia entre dichos procedimientos consistía en que aquellos ignoraron durante un tiempo considerable, las aplicaciones de los principios de aprendizaje o cuando se aplicaban no era de manera sistemática (35).

Por otra parte, Lazarus (114 a) ofreció cierta evidencia de que los pacientes que buscan ayuda por medio de la hipnosis, muestran beneficios más positivos cuando se utiliza dicha técnica

ca que cuando no lo es. Considerado como el autor conductual más prolífico en el uso de la hipnosis y como un psicoterapeuta ecléptico, dicho autor insistía en que un terapeuta capacitado posea un armamento de habilidades y técnicas derivadas científicamente para suplementar sus relaciones interpersonales (con el paciente) efectivas. Así, en relación con el uso de la hipnosis, Lazarus (114 b) afirmaba que es útil conocer cinco o seis métodos diferentes para inducir el trance, a fin de poder pasar sin esfuerzos ni dificultades de uno a otro y así maximizar las posibilidades de inducir estados hipnóticos medios o profundos en aquellos individuos que al parecer podrían responder positivamente a dicho método. Según las necesidades de cada caso, la hipnosis puede resultar de gran utilidad. Si bien ciertos fenómenos como la regresión de edad, la distorsión del tiempo o la proyección de imágenes y fantasías intensas se pueden lograr sin la hipnosis (Barber, 1962, 1964) por lo general resulta más fácil emplear estas técnicas después de haber aplicado algún método para inducir el estado de trance. Asimismo, se ha comprobado que los pacientes están más dispuestos a aceptar consejos y sugerencias del terapeuta cuando están medio dormidos o somnolientos que cuando están despiertos y lúcidos (138). La mayoría de las técnicas espuestas en este libro se pueden aplicar con o sin hipnosis previa, conforme a la evaluación de la situación por parte del terapeuta. Cabe destacar, además que la mejor forma de aprender hipnosis es observar a uno o dos hipnotizadores competentes en acción ³⁵.

Posteriormente, Lazarus (115) amplió su esfera terapéutica hacia el desarrollo de lo que él denominó TERAPIA CONDUCTUAL MULTIMODAL. Así, este autor afirmaba que en última instancia, el cambio terapéutico estaba en función de técnicas, estrategias y modalidades combinadas y describió siete modalidades interactuan

tes e interdependientes - su BASIC ID- a las que es necesario - prestar atención para un tratamiento adecuado del paciente. De este modo, Lazarus afirmaba que toda interacción paciente-terapeuta involucra: 1) UNA CONDUCTA (behavior), como el recostarse en el sillón y asociar libremente o un juego de roles; 2) EL AFECTO (affect), como el regocijo en silencio por la aceptación sin juicios o la liberación en sollozos de un coraje reprimido; 3) LA SENSACION (sensation), que puede abarcar un amplio rango de estímulos sensoriales, desde una conciencia espontánea de incomodidad corporal hasta la presencia de delicias sensoriales específicas; 4) LA IMAGINERÍA (imagery), que puede ser por ejemplo un vistazo fugaz a un recuerdo de la infancia o la percepción inventada (o alucinada hipnóticamente) de una escena tranquilizadora y 5) LA COGNICION (cognition), tales como los insights, filosofías, ideas y juicios que constituyen nuestros valores, actitudes y creencias fundamentales. Todas estas modalidades de la conducta se hacen presentes en el contexto de una RELACION INTERPERSONAL (interpersonal relationship) y; por último; una dimensión añadida en muchos pacientes es su necesidad de un medicamento o de DROGAS (drugs), como los derivados de la fenotiacina y los diversos antidepresivos y reguladores del humor.

La psicoterapia es todo un arte. El movimiento de la Terapia conductual ha intentado poner cierto orden en el caos. En algunos casos hemos sido demasiado simplificadores y cortantes por una excesiva dosis de superstición y formalismo. Como resultado de esto nos hemos visto tan necesariamente simplistas como justificables. Sin embargo, creemos que esos días han quedado lejos.

35. De acuerdo con su propia experiencia cuando colaboró con Milton Erikson (114 b).

LA TERAPIA DE LA CONDUCTA MULTIMODAL intenta considerar todos los aspectos de una persona. Más aún, a diferencia de los primeros terapeutas nosotros rechazamos estar atrapados en un modelo lineal-causal. Estas siete modalidades incluidas en el BASIC-ID, forman un sistema multivariado en el cual se puede identificar diversos e interactuantes patrones de conducta.

Mejor aún, la hipnosis nos provee con una herramienta, una cuña y un medio más en nuestro trabajo terapéutica. Nos proporciona otro apoyo que puede añadir algunos efectos placebos en el contexto terapéutico. Sea cual fuere la situación, es claro que la hipnosis puede jugar un papel muy significativo en el armamento del terapeuta conductual (115).

Por otro lado, Coe, St. Jean y Burger (en elaboración) también demostraron que la expectativa por parte del paciente respecto al uso de la hipnosis puede incrementar significativamente la vividez y control de la habilidad para imaginar. De esta manera, parecería entonces que la elección de llamar a una aproximación terapéutica como hipnótica o no hipnótica, por ejemplo autohipnosis versus entrenamiento en relajación, debería hacerse en base a las expectativas y actitudes del paciente hacia la hipnosis. Lo importante de esto es que ambos procedimientos se pueden utilizar ya sea que se mencione o no la palabra hipnosis. Aún cuando muy tempranamente se hicieron varias afirmaciones relativas a la importancia de las expectativas y actitudes de la gente que parece aceptar más el uso de la hipnosis, no sabemos de un medio fidedigno para decidir si las expectativas de un paciente en particular se incrementarán o no por el uso del término hipnosis. Así, dependerá del clínico el alcanzar dicha decisión. No obstante esto, es importante que los terapeutas -

tengan presente el hecho de que el llamar a las técnicas que usan "hipnóticas", puede incrementar el progreso terapéutico para algunas personas (35).

Asimismo, Spanos y Barber (157) compararon a la hipnosis con LA DESENSIBILIZACION SISTEMÁTICA (174 a), con LA TERAPIA IMPLOSIVA (Stampfl y Levis, 1967, 1968) y con los procedimientos de SENSIBILIZACION, REFORZAMIENTO Y EXTINCIÓN ENCUBIERTOS de Cautela (31). Cada una de estas técnicas conductual utilizan la imaginación del paciente como el vehículo primario para promover el cambio conductual. La revisión por parte de estos autores de los estudios de la hipnosis y estas áreas conductuales, los llevó a concluir que las instrucciones de relajación pueden no ser tan importantes como el hecho de que piensen previamente que ellos: 1) están conduciendo (o manejando) su relajación física (y mental)- y; 2) que son importantes en la obtención de resultados positivos de la terapia o de una mayor responsividad hipnótica - (35).

Estos investigadores encuentran n -tanto en la hipnosis- como en las técnicas conductuales - una serie de cuatro variables relacionadas con dicho incremento en la responsividad hipnótica y en los resultados positivos de la terapia, - dichas variables son las siguientes:

1) LA MOTIVACION: En relación con esta variable es importante el hecho de que los pacientes desean ser hipnotizados o ayudados.

Por consiguiente, el terapeuta (o hipnoterapeuta) puede incrementar su motivación mediante instrucciones adecuadas y dirigidas a obtener una mayor involucración e interés hacia la labor terapéutica.

2) ACTITUDES Y EXPECTATIVAS: En este sentido es importante que los pacientes mantengan actitudes y expectativas positivas hacia la hipnosis o técnicas terapéuticas en cuestión. El terapeuta puede promover estas explicando, en términos sencillos, sus técnicas y la efectividad de las mismas.

3) LA FRASEOLOGIA UTILIZADA EN LAS SUGESTIONES IMPARTIDAS: A este respecto las sugerencias hipnóticas y terapéuticas proporcionan al paciente, de manera característica información específica sobre la conducta abierta y la actividad cognitiva esperadas de él. Estas sugerencias le proporcionan de una estrategia cognitiva, por ejemplo, el imaginarse una serie de escenas provocadoras de ansiedad y ordenadas jerárquicamente, de lo que se espera la presencia del cambio conductual deseado.

4) UNA INTENSA Y VIVIDA IMAGINERÍA: Se ha observado que los pacientes responden más a la hipnosis y a la terapia cuando se encuentran involucrados en tareas imaginativas. La vividez de la imaginaria, en sí misma, no es tan importante como lo es la involucración intensa en ella --por ejemplo, haciendo que la situación o escena sugerida sea tan real en todos los aspectos -- como sea posible para el paciente --. Así, parece ser que cuando lo imaginado es de esta índole, es más factible que ocurra el cambio conductual deseado y que dichas escenas imaginadas sean más efectivas, aún cuando no hayan sido sugeridas por el terapeuta (35).

Spanos y Barber fueron precavidos al reconocer que existen muchas otras variables, involucradas en estas situaciones tera-

péuticas, que no se pueden estudiar adecuadamente. Asimismo, cada una de las variables anteriores representa, en si misma solo una parte de las características interactuantes del cuadro completo de estas y otras variables que requieren de una ardua investigación (35).

Posteriormente, Kroger y Fezler (110 c) describieron un método al que llamaron " Condicionamiento en Imaginería". Dando por hecho que todas las personas son capaces de involucrarse en una situación hipnótica, estos autores combinaron técnicas conductuales con hipnoterapias orientadas psicodinámicamente. Estos investigadores entrenaban a sus pacientes para que respondieran, tanto hetero como autohipnóticamente, a imágenes standard, las que se usaban posteriormente para revertir las respuestas condicionadas no deseadas (síntomas). Por ejemplo, las primeras series de imágenes tienen la finalidad de estimular al paciente para que tome conciencia de sus cinco sentidos básicos estando hipnotizado. El terapeuta presenta escenas que promueven la evocación de imágenes como caminar en la playa sintiendo la fría, mojada y firme arena; el calor del sol, el sabor de la sal en el aire, etc. Más tarde en el curso de la terapia se puede relacionar esta habilidad para evocar el calor, con escenas sexuales destinadas a contracondicionar los sentimientos asociados a interacciones sexuales deficientes, estos autores presentan muchas áreas problemas en que sus métodos es aplicable --- con sus respectivas y específicas imaginerías para cada una de ellas--- por ejemplo: problemas sexuales, alcoholismo, fobias, depresión y asma (35).

En suma, se puede observar que los procedimientos hipnóticos y las técnicas cognitivo-conductuales, presentan bastantes-

características en común, y que en algunos casos la hipnosis-- puede incrementar la efectividad de las técnicas conductuales. Las similitudes entre ambas aproximaciones terapéuticas sugieren un área interesante para la investigación interdisciplinaria, la cual podrá de linear más claramente los efectos inter-actuantes entre las circunstancias externas, la actividad cognitiva y la conducta (35).

Por otra parte, es importante mencionar que Wolberg (173-a), citó dos de los informes más tempranos respecto a la aplicación de la hipnosis en el contexto de la Inhibición recíproca y Desensibilización sistemática. Estos breves informes que Wolberg categorizó bajo el término de "Recondicionamiento", antecedieron claramente los trabajos de Wolpe (174 a). En estos dos reportes de caso, los pacientes experimentaban una intensa aversión al jugo de naranja para el primer caso, y una profunda inquietud e incomodidad en presencia de otras personas en el segundo caso. Ambos pacientes se trataron hipnóticamente induciéndoles fantasías en las que experimentaban los estímulos-problema (jugo de naranja y la gente) en presencia de sentimientos de placer, alegría, relajación y paz inducidos por medio de la hipnosis (170 c).

Asimismo, no podemos pasar por alto mencionar que también Erickson (1954 a, b, c.; 1955; 1965), hizo uso de la mayoría de los procedimientos conductuales citados anteriormente tales como la terapia aversiva, la inhibición recíproca, el reforzamiento positivo y la extinción; así, por ejemplo, LAS TECNICAS DE ERICKSON DE LA SUSTITUCION Y TRANSFORMACION DEL SINTOMA -

(1954 b), se pueden categorizar de una mejor manera bajo el encabezado de SUSTITUCION DIRECTA DE LA RESPUESTA, por medio del procedimiento de Wolpe. De la misma manera, la primera de las técnicas de Erickson citadas antes, puede tener un elemento de condicionamiento operante en la aprobación y desaprobación que es probable que el terapeuta comunique en relación al cambio conductual, sea que ocurra o no. No obstante lo anterior, el uso combinado de la hipnosis y las técnicas conductuales por parte de Erickson, parece más claro en su ingeniosa técnica de LA SEUDO-ORIENTACION EN EL TIEMPO, en la que combinó la hipnosis con la extinción (1954 a). En esta técnica, una vez hipnotizado el paciente, se le proyecta hacia el futuro y se le sugiere que experimente como un hecho ya ocurrido, la realización de los objetivos de la terapia. Por ejem. Erickson cita a un paciente que sufría de la compulsión de visitar diariamente la tumba de su madre, lo que había interferido severamente en su vida. Este autor utilizó la hipnosis para proyectar la imaginación del paciente en dos semanas en el futuro, tiempo en el cual este paciente tenía las fantasías de haber fracasado en hacer sus visitas habituales a la tumba de su madre. después de esta experiencia, el paciente era reorientado hacia el presente, ya terminado el trance con una sugestión posthipnótica de amnesia para dicha experiencia hipnótica y con una cita para dos semanas después. Durante este período, el paciente no visitó la tumba de su madre y tampoco tuvo pensamiento alguno relacionado con esta conducta. Cuando en la siguiente sesión se llamó la atención del paciente sobre este hecho, él afirmó con mucha seguridad que ahora sabía que no tenía que visitar la tumba de su madre. El seguimiento realizado durante 10 años demostró que la susodicha compulsión permanecía-

abatida (170 c).

Como se ha podido observar, los hipnoterapeutas frecuentemente han manipulado los afectos y actitudes que ejerce una influencia importante sobre la motivación del paciente, de manera tal - que dicha manipulación favorezca la aplicación de los principios de aprendizaje. La mayoría de los artículos de Erickson citados anteriormente representan ejemplos claros y convincentes de esto. Acorde con su filosofía como hipnoterapeuta y psicoterapeuta, es la importancia que este infatigable autor atribuía al hecho de usar el aprendizaje y las capacidades de respuesta, completos del paciente (170 c).

Relacionada con las aplicaciones de la hipnosis en el ámbito de la terapia conductual, se encuentra la información (138, 145)- que indica que los reflejos condicionados establecidos bajo hipnosis son más duraderos y menos probables de extinción.

Por consiguiente, estas aplicaciones de la hipnosis por parte de los clínicos de orientación conductual, han ido evolucionando hasta llegar a las aplicaciones más recientes en el contexto - particular de las aproximaciones de reestructuración cognoscitiva (23, 164, 165).

En este sentido, Boutin y Tosi (23), han afirmado que las - aproximaciones terapéuticas de la conducta cognitiva se han visto incrementadas mediante el uso de técnicas como la imaginación, la relajación y la hipnosis (Ellis, 1973; Maultsby, 1971; Tosi y -- Marzella, 1975). Este desarrollo es consistente con la predicción de Erika Fromm (1972), en el sentido de que llegaría el día en - la hipnoterapia se integraría a las psicoterapias más noveles ta-

les como la modificación de conducta, la desensibilización, el condicionamiento aversivo y la terapia racional emotiva. De esta manera, se diseñó una HIPNOTERAPIA DIRIGIDA A PROMOVER UN ESTADO RACIONAL (RSDH) que integrara específicamente a la hipnoterapia la imaginación, y la terapia de la conducta cognitiva - (CBT) o terapia racional emotiva (RET).

Este procedimiento de la RSDH se puede considerar como una terapia cognitivo-conductual que es ampliamente experimental. Desarrollado por Tosi (1974) y por Tosi y Marzella (1975) este procedimiento incluye 4 componentes principales:

1) Un estado hipnótico; 2) la identificación; imaginación vivida y la experiencia intensa de pensamientos, emociones, respuestas fisiológicas y conductas de carácter, tanto autogratiﬁcantes como autofrustrante (o provocadoras de ansiedad); 3) la reestructuración cognoscitiva de las actitudes irracionales; por ejemplo discutiendo, poniendo a prueba o confrontando las distorsiones cognitivas e ideas irracionales presentes en el paciente y, en última instancia sustituyendo dichas cogniciones e ideas por otras más racionales y ; 4) la conducción de estos procesos a través de 6 fases de desarrollo: a) conciencia o conocimiento; b) exploración; c) cometido o cumplimiento; ch) implementación; d) internalización y; e) cambio y/o redirección. La definición operacional de estas fases propuestas por Tosi y Marzella (1975), es la siguiente.

a) CONCIENCIA O CONOCIMIENTOS. En esta primera fase, el terapeuta ayuda al paciente en la identificación de todas aquellas ideas irracionales que están asociadas con situaciones específicas; también se les explican todas sus tendencias emocionales y conductuales autodestructivas. Después de esto, se expone al paciente hacia modos más razonables de pensar y comportarse por medio de un análisis ABCDS,; con lo cual se logra que -

aquel tome conciencia de todas las ideas que contradicen lógicamente sus pensamientos autoderrotistas.

b) EXPLORACION. Una vez que el paciente ha tomado conciencia de sus cogniciones y acciones tanto racionales como irracionales, se le pide que la someta a prueba experimental via imaginación. Así al estar ocupado en una vigorosa reestructuración cognoscitiva como un procedimiento experimental, el paciente experimenta situaciones previamente evitadas, se compromete en un ensayo conductual poniendo a prueba nuevos comportamientos y evaluando las consecuencias de sus acciones. Es en esta etapa en la que se hace evidente la resistencia casi de manera general.

c) COMPROMISO POR UNA ACCION RACIONAL Y CONSTRUCTIVA. se estimula al paciente a que use las nuevas habilidades conductuales desarrolladas y ensayadas en la fase anterior, para oponerse a las ideas irracionales que sirven como resistencia a la implementación de una acción constructiva para una mejor vida. Debido a que el paciente ahora tiene más conciencia de que sus pensamientos más internos le producen reacciones efectivo-fisiológica asociadas con tendencias de aproximación o evitación ante situaciones importantes de su vida, este reconoce lo deseable de aceptar los riesgos y de realizar los cometidos conductuales demandados por dichas situaciones. Con mucha frecuencia en este momento del tratamiento el paciente puede pensar en terminarlo, el compromiso implica la elección y decisión de actuar

ch) IMPLEMENTACION. Subsecuente a dicho compromiso privado y/o público por una acción constructiva, se estimula al paciente para que implemente habilidades racionales de automanejo (via imaginación e in-vivo). Dichas habilidades involucran, en esta fase, un control cognitivo sobre los eventos emocionales, físicos, conductuales y ambientales. Se le pide al paciente que pon-

ga en práctica estas técnicas y habilidades de automanejo racional, en escenarios de la vida real.

d) INTERNALIZACION. En esta fase, el terapeuta le pide al paciente que se imagine que (el/ella) está incorporando modos más razonables de pensamiento y acción en su repertorio conductual. Este procedimiento trae como resultado que el paciente pueda poner en práctica sus habilidades de automanejo racional, con mayor facilidad y eficiencia en su vida real. Por consiguiente, en esta fase se hacen presentes cambios conductuales más permanentes.

e) CAMBIO Y/O REDIRECCION. En este momento, el paciente observa cambios significativos en su estilo de pensamiento y en su control personal de todas las emociones negativas y acciones autoderrrotista. Por tanto, su interacción con el ambiente es más efectiva, lo que se hace evidente por un aumento de consecuencias positivas. Asimismo, el paciente se puede dar cuenta de la necesidad por un crecimiento todavía mayor, para lo cual, le redirige (o vuelve a conducir) a través de todas las fases anteriores pero manejando otras situaciones de interés para él (23).

LA HIPNOTERAPIA DIRIGIDA A PROMOVER UN ESTADO RACIONAL - (RSDH) utiliza una extensión del método de reestructuración cognoscitiva ABC de Ellis. Este procedimiento se basa específicamente en el análisis ABCDE de Tosi (1974) en el cual: la fase A se refiere a los eventos o situaciones; la B a las cogniciones, tales como las ideas, actitudes y apreciaciones; la fase C alude a las respuestas emocionales como la ansiedad, depresión, etc; - la fase D hace referencia a las respuestas o concomitantes fisiológicas tales como dolores de cabeza y aumentos del ritmo cardíaco

co y; la fase E, se refiere a las respuestas conductuales como a las tendencias de aproximación y/o evitación. Aquí es importante mencionar que este paradigma es similar a la concepción de Lazarus (115) del BASIC ID, explicado en párrafos anteriores. En este autoanálisis de Tosi, el paciente se encuentra (o afronta) -- vía imaginación -- con eventos reales o imaginados que están asociados con las autoverbalizaciones que le subyacen a los desórdenes afectivos, fisiológicos y conductuales. Una vez que se le han explicado al paciente los fundamentos básicos de la RET o CBT, se le pide que identifique todas sus ideas y creencias irracionales, que las cuestione y ponga a prueba y, en última instancia, que las reemplaze por otras más racionales o maduras. Estas habilidades analítico-racionales se ponen en práctica mientras el paciente se encuentra en estado hipnótico. Las tareas imaginadas, en cada fase, se incrementan con tareas in vivo similares en contenido (Tosi y Marzella, 1975).

Teóricamente esperamos que la hipnosis intensifique la imaginación y el proceso de reestructuración racional, y que facilite una implementación e internalización más inmediata de pensamiento, sentimiento y manera de responder más autoacrecentadores (o más maduros). Maultsby (1971) y Tosi (1974), han sugerido que el efecto emocional completo de los estímulos reales o imaginados es cualitativamente el mismo. Así, por medio de la modalidad de la imaginación, el paciente puede aprender a substituir pensamientos, sentimientos y conductas indeseables por otras más deseables (23).

Finalmente, existe un creciente cuerpo de investigación (164) que apoya la efectividad de la RSDH en una gran variedad

dad de desórdenes de la conducta, tales como en la hipertensión, la migraña, las neurosis de ansiedad, en la delincuencia femenina, en la depresión, en problemas de aprendizaje e hiperactividad y en problemas de asertividad. Por otra parte, como se ha podido observar en esta breve exposición del uso de la hipnosis en el ámbito de la terapia conductual, dicho uso consistía principalmente en el tratamiento de las fobias (174 a) , de las neurosis de ansiedad (114 a,b.) y de algunas desviaciones sexuales como la homosexualidad (Cautela, 1975,). Sin embargo, aún cuando este procedimiento conjunto de la hipnosis y terapia conductual se sigue usando para el tratamiento de algunas conductas fóbicas (48,62); dicha aplicación se ha ido ampliando en el curso de los años, hacia el tratamiento de otros desórdenes de conductas como las histerias de conversión (148); las conductas compulsivas (106 b); las verrugas, la circulación y temperatura corporal (7) el retardo mental (171); en la reducción del vómito, del dolor agudo y la ansiedad asociados a la quimioterapia (176, 100); en la catatonía de conversión (95); en la Depresión (47) y; en los desórdenes de hábito o conductas adictivas como la obesidad, el tabaquismo y alcoholismo (34, 140, 152).

Respecto a la última conducta adictiva mencionada antes, es decir la adicción al alcohol, es importante hacer unos breves comentarios relacionados con su tratamiento por medio de la hipnosis, tanto sola como de manera conjunta con las técnicas conductuales.

Hace ya mucho tiempo que Baudouin (10) afirmó que la tendencia a la embriaguez no existe en toda su plenitud sino cuando llega al acto de beber. Ni siquiera se puede hablar de una pasión por beber sino cuando este acto se multiplica. De esta suerte, en

gran parte, se trata de un hábito. Como en todo hábito, se adquiere un pliegue, la repetición del acto que le hace cada vez más flexible, el que ha bebido beberá. Ahora bien, no queremos asimilar el hábito a la sugestión; sin embargo si el hábito no es sugestión, esta sugestión activa terriblemente la adquisición de un hábito y , sobre todo, contribuye a conferir a este el caracter irresistible y pasional que comprobamos en la embriaguez. Todos los malos hábitos, desde los más graves como la cleptomanía hasta los más pueriles como el roerse las uñas, son mantenidos y agravados por la autosugestión espontánea (10).

En relación con estas afirmaciones, Rhodes (141 b) dijo, - posteriormente, que ya sabemos que la emoción sensibiliza al cerebro hacia la hipnosis y que cuando esta se hace presente, el cuadro de la razón se relega al fondo. Por tanto, toda idea indicada en esta condición tiene toda la fuerza de una fuerte sugestión hipnótica. ¿Podemos considerar al alcoholismo como el resultado de una sugestión posthipnótica, autodada en un estado hipnótica autoinducido accidentalmente?

Ciertamente que la conducta del "alcoholismo" parecería - apoyar esta teoría. Muy pocos alcohólicos disfrutan su bebida, - más bien se sienten "obligados" a ingerirla en contra de su mejor juicio, de manera bastante similar a la persona hipnotizada que más tarde, en el estado de vigilia se siente "obligada a - realizar una sugestión posthipnótica tonta.

Otro punto a favor del uso de la hipnosis con esta población se refiere a que los alcohólicos, generalmente, son "muy -

susceptibles", lo que los hace buenos sujetos hipnóticos, de suerte que la posibilidad de que puedan hipnotizarse a si mismo es muy alta. Es una ley fundamental que lo que se puede causar por sugestión se puede curar por sugestión y , aún en todos los tratamientos existe un gran elemento de sugestión.

Al tratar el alcoholismo por medio de la hipnosis no es suficiente utilizar la técnica ingenua de decir al paciente: "ahora ya no beberá más" o " el beber lo enfermará". En vez de esto es necesario dirigir el tratamiento a facilitarle al paciente - no solo que abandone su bebida sino entrenándolos en modo más adecuado de encarar(o afrontar) su vida y sus problemas, de suerte que se pueda evitar la recaída. Con un plan apropiado este objetivo se puede lograr en un tiempo relativamente breve, - y usando un estado ligero de hipnosis que practicamente cualquiera puede lograr (141 b).

Por consiguiente, tenemos que la principal aplicación de la hipnosis tanto por clínicos de orientación dinámica como conductual, en el contexto de la adicción a las bebidas alcohólicas ha consistido en EL USO DE LAS TECNICAS AVERSIVAS condicionando el olor y sabor de la bebida con la presencia de náuseas, vértigo y un severo dolor de cabeza; de SUSTITUCION DE ESTIMULOS REFORZADORES (como un jugo) y de la SUGESTION DIRECTA, encaminada a incrementar la autoimagen y disminuir notablemente los sentimientos de culpa. Ejemplos de estas aplicaciones se encuentran en Wolberg (173 a,b,c,ch), Meares (124), Feamster y Brown (58). Abrahams (1), Kroger (110 a), Granone (73) Furst (67), Gindes (69) Simón y Salzberg (152), Reaney (140) y --

Ghertok (41 b) ; por mencionar solo algunos de los tantos textos que incluyen el tratamiento de dicha adicción a las bebidas alcohólicas, en una sesión correspondiente a los desórdenes de hábito.

En relación con el tratamiento de esta adicción a las bebidas alcohólicas por parte de los hipnoterapeutas capacitados, es oportuno decir que Erickson hacía un manejo completamente distinto a los citados anteriormente, estimulando a la gente a conducirse de la manera usual o haciendo lo de siempre, pero en forma tal que posibilitara el cambio. Esta técnica era típica de Erickson y provendría de su manera de fomentar la resistencia en las personas que hipnotizaba (79 a).

Aparte de alentar a las personas a seguir su conducta usual Erickson anticipaba algunos cambios haciendo que se prepararan para ellos considerando que hay mayores posibilidades de cambio si los individuos obran como lo harían de haberse producido este.³⁶ Asimismo, Erickson solía tratar con los problemas de alcoholismo-trabajando con la familia, ya que suponía que en un problema tan grave debe estar involucrada más de una persona. Al igual que otros descubrió que el conyúgue de un alcohólico tal vez reaccione negativamente cuando este abandona la bebida, forzándolo a menudo a seguir bibiendo. De ahí que anticipara estas reacciones para modificarlas (79).

Por lo tanto, se pueden encontrar casos de estas aplicaciones de Erickson en los problemas de adicción al alcohol en las obras de Haley (79 a, b, e) y de Zeig (175) las cuales son muy importantes para tenerse en consideración de los clínicos de cual -

36. Este procedimiento es bastante similar a las técnicas de ensayo imaginario de estilos adecuados de afrontamiento, utilizadas en las aproximaciones cognitivo-conductuales.

quier postura teórica.

Finalmente, en base a una investigación de 8 años atrás a la fecha sobre aplicaciones de la reestructuración cognoscitiva bajo hipnosis, (RSDH) en el tratamiento de la adicción a las bebidas alcohólicas no se encontró publicación alguna sobre dicho tema. Por consiguiente, creemos que esas aplicaciones apenas empiezan a llamar la atención de los clínicos, tanto en otros países como en el nuestro y con ello a considerarlas como aproximaciones terapéuticas más prometedoras en la actualidad conjuntamente con los enfoques estratégicos de Erickson y seguidores, en el ámbito de los problemas de las adicciones en general y de la adicción de las bebidas alcohólicas en particular.

3.6.2.3 APLICACIONES ACTUALES Y FUTURAS DE LA HIPNOSIS EN MEXICO.

La característica común que subyace a estas aplicaciones consiste en el uso del lenguaje --sobre todo el del propio paciente-- en múltiples niveles de la comunicación terapéutica, a través de; 1) las metáforas; 2) anécdotas; 3) paradojas; 4) --prescripciones de síntomas y comportamientos; 5) desplazamientos de síntomas; 6) ilusión de alternativas; 7) utilización --del lenguaje del paciente; 8) utilización de la resistencia; -- 9) anticipaciones; 10) rituales; 11) parábolas y; 12) el uso de la hipnosis en la psicoterapia de grupo y de familia.

A continuación se exponen brevemente cada uno de estos --procedimientos, dejando abierta la posibilidad de que se consulten las fuentes originales para una mejor y mayor comprensión de los mismos.

1). LAS METAFORAS. Cuando un sujeto se resiste a las directivas, es posible encarar el problema comunicándose con él en --términos de una analogía o metáfora. Si el sujeto se resiste a A, el hipnólogo puede hablar de B; si A y B son relacionados en forma metafórica, el sujeto hará "espontáneamente" la conexión y responderá de la manera adecuada. En el intrincado marco de la inducción hipnótica, la analogía se puede comunicar --en forma verbal o no verbal. Cuando un hipnólogo está sugiriendo que la mano del sujeto se haga más liviana y se levante, es

típico que el mismo alce su cabeza y su voz, indicando metafóricamente cuál ha de ser el movimiento de la mano. El sujeto responde a esta alteración espacial y vocal. El sujeto ha sido hipnotizado previamente y el hipnólogo desea un trance "espontáneo", puede empezar por una discusión acerca de cómo se parece ESTA habitación o esta situación a aquella en que el sujeto fué hipnotizado alguna vez. El sujeto responderá a la analogía produciendo la misma conducta que en esa habitación o situación. Asimismo, si una persona está siendo hipnotizada en presencia de otra, es posible hablar metafóricamente a esta última de manera tal de inducirle un trance, siendo que aparentemente el hipnólogo no se está centrando en ella en absoluto. En la hipnosis, el enfoque analógico metafórico resulta particularmente eficaz con sujetos resistentes, ya que es difícil soportar una sugestión de cuya recepción uno no es conciente (79a).

Por tanto, LA METAFORA es una formulación acerca de una cosa que se parece a otra; en la relación de analogía entre una cosa y otra. Cuando decimos "alto como un barrilete" (papalote o cometa) queremos significar que la "altura" de esa persona se asemeja a la "altura" a que se remonta un barrilete. O bien, podemos decir: "por la manera en que le hablaba la madre, parecía como si lo estuviera arrollando un tren". Una representación teatral es una metáfora de la vida real, porque lo que ocurre sobre el escenario guarda semejanza con la realidad (79e).

Asimismo, Robles U. (143) afirma que LA METAFORA es una - representación simbólica de una situación y, como tal, es sintética, totalizadora, condensa diferentes elementos y se ubica en el hemisferio derecho.

Milton Erickson fué un maestro en el campo de la metáfora. La manera en que escuchaba y obserbaba a un suejto, así tam--- bién como el modo en que le respondía, consistía en atender a los múltiples mensajes metafóricos que la gente comunica constantemente a lo largo de su interacción. Funcionaba tan fácil en el terreno de la metáfora como lo hace la mayoría de la gen--- te en el de la comunicación conciente, lógica. Sus inclutivas a los pacientes no solían ser simples y directas, sino que inclían una variedad de analogías aplicables al problema de cada uno. El enfoque metafórico que utilizaba cuando no recurría a la hipnosis formal, guarda una clara relación con sus expe--- riencias de años en materia de sugerencias hipnóticas formula--- das fuera de la conciencia del sujeto. El siguiente es un --- ejemplo típico del uso que daba Erickson a las metáforas: Cuan--- do este autor atendía a un matrimonio que presentaba un con--- flicto respecto de sus relaciones sexuales, y que no estaba -- dispuesto a discutirlo directamente, enfocaba el problema en - forma metafórica. Elegía algún aspecto de sus vidas que guar--- dase analogía con las relaciones sexuales y lo modificaba, co--- mo una manera de modificar la conducta sexual. Les hablaba, - por ejemplo, de cuando comen juntos, y exploraba sus preferen--- cias. Analizaba con ellos el hecho de que la mujer prefiere -

un aperitivo antes de la comida, mientras que el marido prefiere zambullirse directamente en la carne y las papas. O quizá la mujer prefiera una comida tranquila y despaciosa, y en cambio su marido -rápido y directo- sólo quiere terminar lo antes posible. Si la pareja empezaba a conctar lo que decía con las relaciones sexuales, Erickson los arrastraba a otro tema, y -- luego regresaba a la analogía. Podía terminar la conversación con la directiva de que la pareja organízase una comida placentera, que dejara satisfechos a ambos, para una noche particular. Cuando este enfoque tenía éxito, la pareja pasaba de una comida más agradable a una sexualidad más agradable, sin darse cuenta de que Erickson había establecido deliberadamente esta meta (79a).

La disposición de Erickson a trabajar con la metáfora no se limitaba al intercambio verbal, sino que también la aplicaba a las personas que viven una existencia metafórica, este estilo de vida es típico de los esquizofrénicos y Erickson suponía que en estos casos la metáfora es el mensaje importante. Por ejemplo, cuando es un hospital psiquiátrico se encontró -- con un paciente joven que decía ser Jesús. Se paseaba como si fuera el Mesías, iba envuelto en una sábana y trataba de imponer el cristianismo. Erickson se le acercó en los jardines -- del hospital y le dijo: "Tengo entendido que sabe usted de -- carpintería". El paciente no pudo contestar sino afirmativamente. Erickson lo incluyó en un proyecto especial para construcción de una estantería y así lo derivó hacia un trabajo --

productivo (79a).

Por último, Haley (79c) afirmó que tanto los analistas como los terapeutas conductuales, han hecho uso de las metáforas en sus procedimientos con los pacientes.

2) LAS ANECDOTAS. Uno de los signos distintivos del método de Erickson fué su uso de las anécdotas como instrumento didáctico y terapéutico. Llegó a adquirir renombre por sus precisas y focalizadas comunicaciones, adaptadas a cada paciente. Este recurso constituía un empleo sumamente elaborado y eficaz de la comunicación verbal. LA ANECDOTA -o LOS CUENTOS DIDACTICOS DE ERICKSON como les llama Rosen, quien ha expuesto en su obra (146) una gran cantidad de ellos- se define como "una breve narración relativa a un suceso o incidente interesante o divertido". Las anécdotas pueden ser ficticias (por ejm., pueden ser cuentos tradicionales, fábulas, parábolas o alegorías), pero también pueden ser relatos o crónicas de genuinas experiencias y aventuras vitales. "La abrumadora mayoría de las anécdotas que contaba Erickson eran descripciones verídicas de sucesos de su vida y de las de sus familiares y pacientes (175)

Las anécdotas pueden ser empleadas en todo tipo de psicoterapia y en cualquier fase del tratamiento. No se conocen contraindicaciones para ellas. Por ejemplo, se pueden utilizar para el diagnóstico, el establecimiento del rapport y; en el marco del proceso del tratamiento, se pueden usar para ejem

plificar una opinión, sugerir soluciones, ayudar a las personas a reconocerse tal cual son, sembrar ideas, e intensificar las motivaciones, controlar terapéuticamente la relación, insertar directivas, reducir la resistencia, reencuadrar y redefinir un problema y, por supuesto, las anécdotas se pueden usar en la hipnoterapia (175).

Respecto al uso de las anécdotas en la hipnosis, ambas tienen tres similitudes estructurales básicas: 1) En ambas, el terapeuta se dirige fundamentalmente a un sujeto pasivo, tratando de suscitar el poder que hay dentro de él y de demostrarle que tiene la capacidad de cambiar. 2) En uno y otro caso, el rol del sujeto se define como subordinado y complementario. 3) En ambas técnicas se trabaja a partir de los indicadores de conducta mínimos del paciente.

Debido a estas similitudes estructurales, las anécdotas se pueden aplicar con suma eficacia en la hipnosis formal y natural, de un modo análogo a su uso en psicoterapia. Se pueden utilizar para diagnosticar la hipnotizabilidad de un sujeto y crear RAPPORT con él, como también en las fases de inducción y de utilización del tratamiento hipnótico (175).

Así por ejemplo, en la fase de utilización de la hipnoterapia (o sea la que sigue a la inducción), las anécdotas se pueden emplear del mismo modo que en el tratamiento psicoterapéutico (para formular o ejemplificar una opinión, intensifi-

car una motivación, etc.) como tambien para recordarle a la -- persona que posee dotes potenciales para aprender, de las que -- hasta entonces no hizo uso. Por ejemplo, si se trabaja en el control del dolor físico, a través de una anécdota puede rememorarse en la hipnosis, una circunstancia en que el sujeto sufrió una herida de poca gravedad y no sintió dolor sino mucho tiempo despues. La historia lleva implícito que el sujeto ya tiene experiencia en el control del dolor, y que puede volver a aplicarlo (175).

Cuando el paciente participa intensamente en el relato, se puede suscitar en él una disociación; la anécdota sirve entonces para situarlo en un itinerario de pensamiento que excluya su problema sintomático.

A manera de síntesis podemos decir que las anécdotas tienen los siguientes usos y características:

- a) Las anécdotas no implican una amenaza.
- b) Las anécdotas captan el interés del oyente.
- c) Las anécdotas fomentan la independencia del individuo y el sentimiento de un dominio de sí que él mismo determina.
- ch) Las anécdotas se pueden utilizar para eludir la natural resistencia al cambio, presentando directivas y sugerencias de modo tal que la posibilidad de que sean aceptadas resulte -- máxima.
- d) Las anécdotas pueden utilizarse a fin de controlar la

relación entablada con el oyente, quien para otorgarles sentido tiene que poner una cuota de esfuerzo propio.

e) Las anécdotas son un modelo de flexibilidad. Erickson era un devoto de la creatividad, y empleaba anécdotas como una manera de expresar su interés en lo sutil y lo creativo. --- Margaret Mead (1977) escribió que una de sus más singulares -- características personales era su anhelo de ser creativo.

f) Las anécdotas, tal como las usaba Erickson, crean confusión y promueven una buena respuesta hipnótica del sujeto.

g) Las anécdotas imprimen su huella en el recuerdo, ha---ciendo más memorable la idea expuesta.

Para que causen el efecto más provechoso, las anécdotas - deben adecuarse cuidadosamente a cada paciente y construirse - de modo de auordar a este en su propio marco de referencia, -- promoviendo cambios congruentes en la conducta y comprensión - del individuo y que sean consecuencia de estos. De este modo, despierta un poder curativo que estaba dormido. Lo mejor no - es apartar con ella al paciente de sus síntomas, como si se le hiciera una treta, sino conseguir que cambie por mérito propio y por obra de su propio poder (175).

Un efecto adicional de las anécdotas es brindar al pacien- te el modelo de una modalidad creadora y flexible de estar en

el mundo. A través de esa experiencia, los individuos aprenden que pueden oponerse a sus hábitos rígidos y limitativos, y operar con más flexibilidad y eficacia (175).

3) PARADOJAS; LA PARADOJA SE PUEDE DEFINIR como una contradicción que resulta de una deducción correcta a partir de premisas congruentes. Esta definición nos permite excluir de inmediato todas esas "falsas paradojas" basadas en un error oculto en el razonamiento, o en alguna falacia intencionalmente incluida en el argumento (168).

Los orígenes de la paradoja, son muy antiguos. Su primera exposición sistemática es, sin duda, el artículo "Hacia una teoría de la esquizofrenia" de Bateson y colaboradores, publicado en el año 1956, que introdujo en la psiquiatría el concepto del doble vínculo. La paradoja es el auténtico talón de Aquiles de nuestra concepción lógico-analítico-racional del mundo (167a).

Por lo general se afirma que si bien la paradoja parece crear una situación insostenible, éste obstáculo puede superarse apelando al hecho de que tal situación es una imposibilidad lógica, y, por tanto, sin repercusión en la práctica. Según se sabe fué Wittgenstein (1958) el primero que especuló acerca de las implicaciones prácticas conductistas de la paradoja: "los diversos aspectos semihumorísticos de la paradoja lógica revisten tan sólo interés, en la medida en que recuer-

dan que para comprender su verdadera función, es preciso auordarla con seriedad. Se plantea la cuestión siguiente: ¿Qué papel puede desempeñar una confusión lógica así, en un juego de lenguaje?" (169).

En suma, lo que se trata de significar al haular de los efectos de la paradoja sobre el comportamiento en la comunicación humana, son los peculiares callejones sin salida que se estaulecen cuando se intercambian mensajes estructurados precisamente como las paradojas clásicas en la lógica formal. Un buen ejemplo de un mensaje de este tipo es "¿Sé espontáneo!", es decir: La exigencia de un comportamiento que por naturaleza tan sólo puede ser espontáneo, pero que no puede serlo, precisamente a causa de haber sido exigido. Este es también el dilema creado por la bien intencionada madre, a la que hicimos referencia en el apartado 2.3. Quiere que su hijo realice lo que ella le pide, no porque ella se lo pida, sino espontáneamente, por su propia voluntad. La estructura de toda paradoja del tipo "¿Sé espontáneo!" -y por tanto, también la exigencia de la mencionada madre "quiero que quieras estudiar"- es análoga. Impone la orden de que el comportamiento no deva obedecer a una orden, sino ser espontáneo (169).

En este sentido, no es esencialmente diferente el dilema de la persona aquejada de insomnio, que también se alcanza --- por alcanzar, a fuerza de voluntad, el fenómeno espontáneo de quedar dormido. También ella se ve inserta en la paradoja del

"¡Sé espontáneo!", que es justamente la que hace imposible alcanzar lo deseado (167a).

Las paradojas surgen por doquier, actúan en todos los campos imaginables de las relaciones humanas y existen buenas razones para creer que ejercen una considerable y permanente influencia en nuestra percepción de la realidad. Conceptos tales como espontaneidad, confianza, coherencia, lógica, justicia, normalidad, poder y otros muchos muestran, sometidos a un mayor análisis, una fatal tendencia a desembocar en paradojas (167a).

Por lo dicho hasta ahora, no caería albergar, al parecer, muchas esperanzas sobre los aspectos positivos del fenómeno de la confusión. Pero no es del todo así, ya que tras una paralización inicial, TODO-ESTA_DO DE CONFUSION DESENCADENA UNA REACION DE BUSQUEDA DE CAUSAS O MOTIVOS QUE ARROJEN LUZ SOBRE LA INCERTIDUMBRE, Y LA SENSACION DE INSEGURIDAD QUE ESTA PRODUCE. De aquí se siguen dos cosas: Primero, si la búsqueda no dá resultado, se amplía el campo a todas las conexiones imaginables e inimaginables y, en una circunstancia dada, se establecerán interrelaciones entre las cosas más insignificantes y disparatadas. Segundo, en un estado de confusión, existe una fuerte tendencia a aferrarse a la primera explicación concreta que se cree percibir, a través de la niebla de la confusión. Milton Erickson tomó este estado como base de partida para desarrollar su TECNICA HIPNOTICA DE LA CONFUSION (ver sección 2.3).

He aquí sus palabras: En situaciones confusas como la descrita, todo el mundo hecha mano del primer cable aparentemente salvador, es decir, del primer punto concreto de apoyo y le atribuy, por tanto, una importancia y validez superior a las -- que en realidad poseen, incluso cuando el puento de apoyo es -- totalmente erróneo o al menos, insignificante. No tiene, pues nada de extraño que en estas circunstancias resulte particularmente fácil sucumbir a sugerencias que aparecen en el instante crítico. Es patente que estas sugerencias no solo pueden tener consecuencias negativas (ilusorias y faltas de crítica), -- sino tambien positivas (por ejm., terapéuticas) en orden a la adecuación a la realidad, para la persona que se haya en la -- mencionada situación (167a).

4) PRESCRIPCIONES DE SINTOMAS Y COMPORTAMIENTOS. Quien sufre ante la incapacidad de hacer algo o, a la inversa, bajo la presión de tener que hacer algo, brevemente: quien tiene un síntoma, se halla en una situación análoga a la de la paradoja -- del "¡Sé espontáneo!" Sentimos los síntomas como impedimentos o como impulsos que se sustraen a nuestro dominio y, en este -- sentido, son puramente espontáneos. Si la tentativa voluntaria y conciente por ser alegre genera depresión, y si los esfuerzos por dormirse le mantienen a uno despierto, se sigue en la ejecución deliberada de comportamiento sintomáticos se priva a estos últimos de su espontaneidad, aparentemente indomable; es -- te es efectivamente el caso, y la ingervención consiste por tan -- to, en PRESCRIBIR --y no en combatir, como se hace tradicional-

mente- los síntomas (167a).

Hace ya varios años que Viktor Frankl (1983, 1987) ha descrito esta técnica con su concepto de LA INTENCION PARADOJICA, en varios pasajes de su obra. Pero en el ejm más antiguo que yo conozco de la literatura especializada es el tratamiento de un caso de impotencia, mencionado por el célebre médico inglés John Hunter (1728-1793) en su libro "Tratado sobre la Enfermedad Venerea" (167a).

Un ejemplo de la aplicación de ésta técnica DE LA PRESCRIPCIÓN DE LOS SINTOMAS, en el contexto de la hipnoterapia, es el siguiente: durante una conferencia sobre hipnosis, un joven le dijo a Erickson: "Uste es capaz de hipnotizar a otras personas, pero a mí no me puede hipnotizar". El doctor Erickson invitó a dicho sujeto a subir al estrado, le hizo sentarse y luego le dijo "Quiero que esté usted despierto, cada vez mas despierto, cada vez más despierto". El sujeto se sumergió rápidamente en profunda hipnosis (63a,b).

Por otra parte, se puede decir que en LA PRESCRIPCIÓN DE COMPORTAMIENTOS, se le ofrece a la psicoterapia una tercera vía de acceso inmediato al hemisferio cerebral derecho, por ende a la concepción del mundo de una persona. Las prescripciones de comportamiento abarcan desde los mandatos más simples e inmediatos, hasta las más complicadas combinaciones de dobles -- vinculaciones terpaéuticas, restructuraciones e ilusiones de

alternativas. No es necesario acentuar expresamente que no -- puede aplicarse, como si se tratara de un esquema fijo, una intervención de este tipo a todos los casos similares, sino que cada caso exige el análisis y consideración más detallada posible a todas las implicaciones y circunstancias de la situación --sobre todo en lo referente a sus aspectos interhumanos-- y requiere, por tanto, una planificación individual (167a).

Un ejemplo de esta técnica es el que sigue: en otra ocasión en que Erickson estaba dando otra charla sobre hipnosis, se le acercó un hombre fornido que le dijo que su apodo era -- "bulldog", y que cada vez que se le ocurría una idea, se aferraba a ella y nadie era capaz de sacarsela de la cabeza. Después de esto le dijo, "ni un solo individuo en el mundo podría ponerme en trance". "¿Le gustaría comprobar lo contrario?" preguntó Erickson. "Ni un solo individuo", prosiguió él, "nadie podría hipnotizarme". "¿Quisiera demostrárselo", contestó Erickson, "y que usted conozca al hombre capaz de hipnotizarlo" --- "puede hacerlo", replicó. "Traiga a ese hombre". "Esta noche", prosiguió Erickson "cuando esté por acostarse en su cuarto del hotel, tómese una hora entre las siete y las ocho y póngase la pijama y siéntese en una silla frente al espejo; ahí podrá ver al hombre capaz de ponerlo en trance".

Al día siguiente le confesó a Erickson: "Hoy me desperté a las ocho de la mañana y todavía estaba sentado en esa maldita silla". "Pasé ahí sentado toda la noche. Admito que puedo

ponerme a mi mismo en trance". (175).

5) DESPLAZAMIENTOS DE SINTOMAS. En cierto modo, a medio camino entre las prescripciones de síntomas y las reestructuraciones encuentra la técnica del desplazamiento de síntomas. -- Aquí se trata no del intento de una supresión inmediata, sino de un desplazamiento provisional del síntoma, que proporciona al paciente un primer vislumbre de un posible poder sobre el síntoma.

También esta técnica es conocida desde mucho tiempo atrás en la hipnoterapia, y resulta particularmente indicada para el alivio de dolores físicos cuya intensidad, como es bien sabido depende ampliamente de factores subjetivos y de su contexto interpersonal. AQUI ES POSIBLE RECURRIR A DOS POSIBILIDADES: -- desplazamiento en el tiempo (por ejm., "su dolor se concentrará los lunes, miércoles y viernes de 8 a 9 de la noche") o en el espacio (por ejm., "su dolor irá bajando lentamente desde la cadera por la rodilla izquierda, hasta el pie izquierdo"). PERO EXISTE UNA TERCERA POSIBILIDAD, a saber, la utilización premeditada de un síntoma en vez de tolerarlo pasivamente, y el desplazamiento inherente de su significación que -- como se acaba de decir -- sitúa a esta intervención en las proximidades de la reestructuración (167a)

Como ejemplo de esta tercera posibilidad de aplicación, de la técnica de desplazamiento de síntomas, en cierta ocasión

se le presentó a Erickson una paciente con un dolor de cabeza ubicado en el lado derecho y con una duración de 11 años, el manejo de este autor hizo del síntoma fué darle la sugestión de que el mismo dolor que tenía en el lado derecho lo iba a experimentar en el lado izquierdo. Haciendo uso de sus recuerdos y aprendizajes del dolor, la paciente descubrió que el dolor estaba aumentando repentinamente en el lado izquierdo de su cabeza, a medida que Erickson le iba sugiriendo que dicho dolor estaba aumentando cada vez más, hasta que lo experimentó totalmente en dicho lado con la consecuente desaparición del dolor original. ¿Qué sucedió con su molestia del lado derecho si no se pidió que desapareciera? Erickson afirmó respecto a este caso: "es más fácil trabajar con un dolor de reciente -- ocurrencia adquirido bajo circunstancias particulares" (147a).

6). ILUSION DE ALTERNATIVAS. En una anécdota muy difundida en el ámbito lingüístico anglo-americano, el juez dice con voz -- tonante al acusado: "¿Ha dejado por fin, de maltratar a su mujer?" y le amenaza con castigarle por desacato al tribunal, -- porque no responde ni con un claro "sí" ni tampoco con un "no" sino que intenta más bien explicar que él nunca ha infligido -- malos tratos a su mujer y que, por lo tanto, la pregunta del -- juez estaría plenamente justificada si se hubiera demostrado -- que el acusado golpeaba a su mujer, e lo hizo al menos en épocas anteriores. En tal caso, sólo cabrían las dos posibilidades mencionadas por el juez: o bien el acusado ha dejado de mal -- tratar a su mujer, o la sigue maltratando. No existe una ter-

cera posibilidad, y nos hallamos así ante la lógica de las alternativas, de las cuales una de ellas es acertada "verdadera" "real" y la otra no. Ordenamos nuestro mundo a tenor de esta lógica, que es suficiente para las necesidades cotidianas, (167a).

Esta muestra de comunicación fué identificada por primera vez por Weakland y Kackson en la interacción de familias de esquizofrénicos, y la llamaron ILUSION DE ALTERNATIVAS (1958). - Tal como ésta denominación y el antes mencionado ejemplo, sugieren, se da aquí una presión para elegir entre dos alternativas, pero se trata de una elección que o bien es ilusoria porque ninguna de las dos o, por cualesquiera otras razones, es imposible en la práctica. La persona prisionera de este caso está, por tanto, CONDENADA SI LO HACE Y CONDENADA SI NO LO HACE, como dice una acertada frase inglesa.

LA ILUSION DE ALTERNATIVAS a menudo es una parte esencial de las inducciones del trance, por ejemplo: "¿Quiere usted entrar en trance, ahora o más tarde?"
"¿Quiere usted experimentar la distensión con los ojos abiertos o cerrados?"
"¿Quiere usted que su mano derecha se haga más ligera o más pesada, o prefiere usted que se mueva a un lado? ¿o que sea la izquierda la que se mueva? esperemos un poco y veremos lo que ocurre".

"¿Quieres sentir que los párpados sean cada vez más pesados, hasta cerrarse, o se quedarán cómodamente abiertos?"

O, con mayor refinamiento: "Si está usted ya dispuesto a entrar en trance hoy, se alzar^a su -mano izquierda, si no se alzar^a su mano derecha".

El denominador común de estos ejemplos, consiste por supuesto, en que todos ellos se da implícitamente por evidente la entrada en el trance. La pregunta es sólo cuando, bajo qué circunstancias, con qué fenómenos concomitantes, etc. Así ocurre de forma especial en el último ejemplo, cuya complicada -- lógica parece dejar abierta la posibilidad de que el interesado entre O NO en trance, sólo que la prueba de que se verifica esta segunda alternativa es ya de por sí un fenómeno de -- trance y, por tanto, se cierra el círculo de la paradoja.

Los padres pueden hacer una hábil aplicación de la ilustración de alternativas, para poder superar muchas de las dificultades estereotípicas y las luchas por el poder con sus hijos:

"¿Quieres ducharte antes de acostarte o prefieres ponerte la pijama en el cuarto de baño?"

"¿Cuándo prefieres acostarte, a las 8 menos cuarto o a las 8. (167a).

7) UTILIZACION DEL "LENGUAJE" DEL PACIENTE. Una de las dife-

rencias básicas entre la psicoterapia tradicional y ciertas técnicas de terapia breve (incluidas las de la hipnoterapia), consiste en que en la primera se comienza por llevar al paciente a una nueva "lengua", la lengua de la correspondiente teoría psicoterapéutica. Este proceso de aprendizaje consume inevitablemente mucho tiempo y contribuye a prolongar de manera sustancial las terapias clásicas. En la hipnosis se viene empujando, el cambio desde hace mucho tiempo, el procedimiento radicalmente contrario: el hipnotizador aprende y utiliza el lenguaje del paciente (entendiendo aquí el concepto de LENGUAJE tanto en su sentido metafórico como literal). Es decir, el terapeuta no sólo se esfuerza por comprender con la mayor rapidez y amplitud posibles las expectativas, temores, esperanzas, prejuicios, en una palabra, la concepción del mundo de su paciente, sino que además presta atención a su lenguaje en el más estricto sentido de la palabra, y lo utiliza para expresar con él sus propias comunicaciones. Debería ser claro y patente que a un niño debe hablársele de distinta manera que a un adulto y a la persona sencilla de distinta manera que a un catedrático. Además, el uso de ciertas palabras revela las modalidades del sentido con que la persona en cuestión afronta primordialmente el mundo. Es de todos sabido que existen "tipos visuales", mientras que otros conciben el mundo básicamente a través de sus sensaciones corpóreas. En cambio, es menos sabido o menos atendido el hecho de que estas modalidades de concepción se expresan también en el lenguaje cotidiano del interesado; "No lo veo claro", "... y sólo entonces se me abrieron

los ojos", la mención de formas y colores, la descripción de una persona o de una situación con detalles casi fotográficos son evidentemente formas visuales de expresión. "Me produce dolor de estómago", "sentí un escalofrío en su presencia", -- "aquella afrenta se le clavó en los huesos", y otras innumerables frases de este tipo son manifestación de una vivencia del mundo que es primariamente sensitiva, propioceptiva. Todo esto es fácil de entender y de utilizar, una vez que se aprende a prestar atención no sólo el contenido sino también a la forma de las comunicaciones (167a).

No es menos cierto que todo esto exige un cambio esencial en la actitud del terapeuta mismo. En vez de considerarse como sólida roca en medio del oleaje, tiene que hacer oficio de camaleón. Y aquí es donde se dividen los espíritus. Algunos se atrincheran tras la divisa: "todo menos esto". Para otros la necesidad de siempre nuevas adaptaciones a la imagen del mundo de sus pacientes constituye una fascinante tarea (167a).

Un ejemplo de la aplicación de esta técnica es el que presenta Haley (70a), en relación con una mujer de veintinueve años -- que debido a la muerte de su padre, su madre y su hermana se sentía muy devaluada por lo cual solicitó la ayuda de Erickson. Así, después de unos breves instantes de iniciada la primera sesión la paciente dijo: "Soy sólo una gorda estúpida y ordinaria. Nadie me miraría sin repugnancia". Estas frases fueron suficientes para que Erickson las utilizara en la inducción --

del trance y, por tanto, en ayudar a esta paciente a obtener el cambio deseado. Debido a lo extenso del reporte de este caso, se recomienda al lector que consulte la fuente original -- del mismo para su cabal comprensión; asimismo, se pueden consultar los ejemplos citados por Watzlawick (167a) en relación con esta técnica de la utilización del lenguaje del paciente.

8) UTILIZACION DEL RESISTENCIA. En toda situación conflictiva se dan básicamente dos posibilidades para rechazar los ataques de otro: o se replica al ataque con un contraataque de -- al menos igual fuerza o bien se opta por ceder, por apartarse, de modo que el golpe descargue en él cierto sentido en el vacío y el agresor pierda el equilibrio. Hay toda una serie de autores que reconocen la utilidad de este método "judo" de la psicoterapia, del mismo modo que se considera que LA RESISTENCIA (por ejem., a los fenómenos negativos de transferencia) NO SOLO NO IMPIDE, SINO QUE FOMENTA Y FAVORECE LA ACCION TERAPEUTICA. Pero no es menos cierto que, en la mayoría de los casos todo se reduce a unacómoda confesión de labios y que se dictamina con excesiva prontitud, que la resistencia es señal de -- que el paciente "no está aún maduro para la terapia". También en este punto podemos aprender mucho de la hipnoterapia, en la que la capacidad de poder reinterpretar o reestructurar inmediatamente toda forma de resistencia y todo fracaso o retroceso, como prueba del éxito, es un elemento decisivo para cosechar éxitos reales (167a).

Un ejemplo de la utilización de la resistencia del paciente en el contexto de la situación hipnótica es el siguiente: Al tratar de inducir la levitación de la mano, si esta no se mueve y permanece inerte, ello se puede reestructurar en el supuesto de que el sujeto ya está tan profundamente relajado como para entrar en niveles más profundos de la hipnosis. Si una mano levitada comienza de nuevo a descender, este movimiento puede ser reestructurado como demostración de que esta aumentando la relajación, y de que en el momento en que la mano vuelva a posarse sobre el brazo del sillón, el trance hipnótico será doblemente más profundo que antes de realizar dicho movimiento. Si por cualquier razón un sujeto amenaza interrumpir la inducción por reírse, se le puede complimentar (o reestructurar) por el hecho de que incluso en un trance hipnótico no pierda su sentido del humor; si el sujeto afirma que no estaba en trance, esto se puede reestructurar diciendo que se trata de una prueba de que en la hipnosis nada puede suceder en contra de la voluntad del sujeto. Así pues, cada una de estas múltiples intervenciones posibles se halla al servicio de preparar, inducir o reforzar la relajación hipnótica (169).

9) ANTICIPACIONES. En su RETORICA A ALEJANDRO describe el pseudo Aristóteles LA ANTICIPACION COMO: un medio para prevenir de antemano las objeciones del auditorio o de otros, cuya oposición es de esperar, y para eliminar así las dificultades previstas. De esta forma, deben anticiparse aquellas cosas que probablemente causarán extrañezas en los oyentes y discul-

parlas con razones que justifiquen su presencia (167a).

La anticipación propicia, pues, un entendimiento precisamente porque la falta de entendimiento se interpreta indirectamente como prueba de inteligencia lerda, de falta de imaginación o de limitada capacidad de comprensión.

La anticipación -y la técnica de la confusión- se hallan además emparentadas con aquellos giros y expresiones a través de los cuales se dice algo precisamente como quien no lo dice. (167a).

Algunos ejemplos de anticipaciones en la comunicación terapéutica durante una situación hipnótica, pueden ser los citados por Haley (79a) en relación con un incidente que le aconteció a un hijo de Erickson:

El pequeño Robert, de tres años de edad, rodó por la escalera del fondo, se partió el labio y con el golpe uno de sus dientes superiores volvió a incrustarse en el maxilar; sangraba profusamente y gritaba de dolor y de miedo. Su madre y yo acudimos en su ayuda. Bastó verlo allí, caído en el piso salpicado de sangre, gritando con la boca ensangrentada, para comprender que la emergencia exigía medidas prontas y adecuadas. No hicimos nada por levantarlo. En vez de eso, aprovechando una pausa suya para tomar aliento y seguir gritando, le dije rápida y simplemente, en tono compasivo y enfático: "Eso duele

muchísimo Robert, duele terriblemente".

Después Erickson le dijo a su hijo: "¡ te seguirá doliendo".

El paso siguiente fué otro comentario: "De veras querrias que dejara de dolerte". Después de esto, le ofreció una sugerencia con cierta seguridad de que la aceptaría: "Tal vez deje pronto de dolerte, dentro de uno o dos minutos nada más".

Se puede consultar la fuente original para la lectura y - comprensión cauales, del manejo total que hizo Erickson en este incidente que vivió uno de sus pequeños hijos.

Añadiremos para terminar, (con las técnicas hasta aquí ex puestas), algunas notas básicas relativas al vasto y fecundo - campo de las prescripciones de comportamiento y al tema de la resistencia contra ellas. Como ya se ha dicho y como se en--- tiende de por sí, el encargo que se hace debe ser siempre acep table, sobre todo no debe ser humillante o denigrante, tampoco debe llevar aparejadas grandes dificultades o considerables -- gastos y debe además dar la impresión de ser sólo un aspecto - secundario de la cuestión. En principio, las pequeñas pres--- cripciones de comportamietno son más eficaces que las de mayor entidad; las que piden una ACCION concreta y determinada son - más seguras y fiables que las que sólo se limitan a una verua- lización. Si el paciente se niega a aceptar una determinada - prescripción de comportamiento, o de hecho no la pone en prác-

tica, es recomendable aceptar la plena responsabilidad y pedir disculpas por haber exigido demasiado del paciente, llevados - de un excesivo optimismo terapéutico (167a).

Llegados aquí, debería estar ya bien claro que no es nada fácil la tarea de descubrir la intervención adecuada. Eric kson y Rossi (1975) compararon esta búsqueda con la labor de un cerrajero, que consigue abrir una puerta cerrada a base de ir probando paciente y cuidadosamente, una tras otra, una serie de llaves en la cerradura.

El error más frecuente de los principiantes consiste en - pretender imponer una determinada prescripción de comportamiento, en la medida de lo posible con una sola frase y sentirse - luego desilusionados cuando el paciente o bien la entiende totalmente al revés o la ignora. También aquí sirve de ayuda - la práctica de la hipnosis: toda sugestión, incluso la que se da en estado de vigilia (y a esto equivale una prescripción de comportamiento) debe impartirse en un lenguaje lento, claro y muchas veces repetido; un lenguaje que se anticipa cuanto puede a todas las erróneas interpretaciones y cierra todas las --- puertas traseras. En términos generales, todos nos mostramos renuentes a repetir algo demasiadas veces, porque esto parece poner en duda la inteligencia de nuestro interlocutor. Pero - en el diálogo terapéutico tenemos que hacer, también demasiadas veces la penosa comprobación de que tras haber repetido -- hasta el aburrimiento una determinada advertencia a un pacien-

te, cuando nos atrevemos a repetírsela una vez más, éste exclama de pronto: "Tiene usted razón, ¿por qué no me lo ha dicho antes?" (167a).

Por lo que hace al procedimiento lento, insistente y repetido, puede adoptarse en la terapéutica general la llamada técnica de testudo o de retejo. Consiste en hacer que la segunda mitad de una frase sea a la vez la primera mitad de la frase siguiente, al modo como se disponen las tejas en el tejado, de modo que cada una de ellas recubre la mitad de la anterior. Pongamos al menos un ejemplo, tomado de una inducción de trance: "ahora contaré despacio de uno a cinco. Cuando llegue a cinco, golpearé suavemente la mesa. Cuando oiga uste este -- golpe, sentirá usted en su cuerpo una sensación de agradable -- pesadez (o mejor dicho en nuestra cultura, de somnolencia). Apenas advierta usted este sentimiento de pesadez..." (167a).

10) RITUALES. Supongamos que en el caso del matrimonio mencionado como ejemplo del uso de las metáforas, en el que Erickson prescribió un comportamiento, realmente haya cumplido -- con la directiva encomendada, tendríamos que con dicha prescripción, la naturaleza simbólico-imaginaria de la intervención terapéutica de Erickson en la concepción del mundo (la realidad de segundo orden) de sus pacientes se hubiera extendido -- también a su realidad de primer orden (organizar "realmente" -- la comida, al "disfrutar" real dicha comida, etc.). Nos hallaríamos entonces ante un curso de acciones en el que se entre--

mezclan los elementos simbólicos con los concretos, y al que habría que aplicar EL CONCEPTO DE RITUAL (167a).

EL RITUAL ES LA SINTESIS MAS UNIVERSAL Y ELEGANTE EN QUE PUEDEN COMBINARSE TODAS LAS DIVERSAS INTERVENCIONES DESCRITAS EN ESTE LIBRO. Es bien conocida, en todos los tiempos y lugares, su significación arquetípica y la literatura sobre el tema es prácticamente inabarcable.

Tal vez una de las enfermedades de la época moderna sea - que llevados por la HYBRIS de nuestro hemisferio cerebral izquierdo, hemos desterrado en buena parte de nuestras vidas el ritual.

La eficacia psicoterapéutica del ritual ha sido acentuada una y otra vez, por varios autores, entre los que se destaca la obra de C.G.Jung, aunque casi siempre se la ha considerado como "carril de dirección única", desde dentro hacia fuera, es decir, se la ha utilizado para la investigación y el análisis de los antiquísimos rituales de la humanidad o de los que se manifiestan espontáneamente, es decir, como una traducción al lenguaje del hemisferio izquierdo (167a).

Hasta donde alcanzan mis conocimientos, la utilización inconsciente, planificada hasta en sus menores detalles, del ritual, fué introducida por vez primera en la terapia de la comunicación por Mara Selvini y sus colaboradores, del Instituto -

de la Familia de Milán. Según esta autora, un ritual familiar es "una acción o una serie de acciones, acompañada de fórmulas verbales, que se lleva a cabo con participación de toda la familia. Como todo ritual, tiene que consistir en la secuencia, sujeta a unas ciertas normas, de unos determinados pasos en un determinado momento y en un determinado lugar". Y añade: "La invención del ritual exige de parte del terapeuta una gran capacidad creadora y a menudo, si así puedo decirlo, intuiciones geniales, ya por el simple hecho de que un ritual que ha mostrado su eficacia para una familia, raramente tiene la misma eficacia para otras distintas. Esto es debido a que cada familia sigue sus propias REGLAS y juega sus propios JUEGOS. ANTE TODO, UN RITUAL NO ES UNA ESPECIE DE METACOMUNICACION POR ENCIMA DE ESTAS REGLAS, Y MUCHO MENOS AUN POR ENCIMA DE ESTOS JUEGOS; SE TRATA MAS BIEN DE UN CONTRAJUEGO que, una vez jugado, destruye el juego anterior. Con otras palabras, lleva a la -- sustitución de un ritual insano y epistemológicamente falso -- (por ejemplo del síntoma anoréxico) por un ritual sano y epistemológicamente correcto".

Es indudable que con el desarrollo y perfeccionamiento de los rituales terapéuticos (por ejm. la integración de la hipnosis en la terapia de grupo y de familia, revisada en el último inciso de este apartado), la terapia de familia conseguirá una eficacia adicional (167a).

11) PARABOLAS. En relación con esta técnica Haley (1986) ---

afirmó que lo que distinguía con más precisión a Erickson de otros terapeutas era que, si bien se comunicaba metafóricamente con los pacientes, no les "interpretaba" el significado de sus metáforas. No traducía la comunicación "inconciente" a términos concientes. Trabajaba en el terreno de la metáfora - mediante parábolas, acciones interpersonales y directivas para generar cambios.

Por otra parte, Deikman (45) afirmó que LAS PARABOLAS han recibido poca atención por parte de los occidentales y por lo general se toman en el mejor de los casos, como narraciones -- instructivas o expresiones de sabiduría popular. En realidad son instrumentos (terapéuticos) mucho más refinados de lo que la mayoría de la gente imagina. De acuerdo con los sufíes, -- las parábolas pueden contener hasta siete niveles de significado, construidos en tal forma que el lector o el oyente perciban el nivel que corresponda a su etapa de desarrollo espiritual.

Superficialmente, la historia puede ser humorística, moralizadora, entreñida o una combinación de todo eso. Tales elementos le aseguran la supervivencia. Sin embargo, su función pedagógica (y terapéutica) depende de otras cualidades, una de las cuales es su habilidad para retratar un patrón específico de pensamiento o comportamiento. El oyente o lector registra el patrón de manera inconciente y cuando surge una situación semejante puede reconocerla. Como resultado, la persona inten

sifica su capacidad de elegir, frente a un comportamiento que antes era automático e inconciente. Puede observar y dominar el patrón particular. LAS PARABOLAS ayudan a intensificar al YO observador, paso a paso y preparan el camino para desarrollar más la percepción (45).

LA PARABOLA O LA FABULA al presentar la información de sus hemisferios derecho e izquierdo simultáneamente, ocupa al dominante lado izquierdo con el procesamiento de su propio tipo de material, y disminuye así la interferencia de ese lado a la información totalizadora espacial que puede utilizarse con el lado derecho.

Las parábolas son instrumentos cuya eficacia depende del móvil de quien las use (por ejm., para usarlas en la hipnoterapia) y de su capacidad para entenderlas. A medida que crezca esa comprensión, el usuario estará en posibilidad de aplicarlos a un trabajo más fino y profundo.

Las parábolas tienen otra función importante, diferente de las ya consideradas: el efecto "canasta de Moisés". Si la historia es lo suficientemente entretenida, si capta el interés y la memoria del lector o del oyente, será conservada y -- transmitida, según su información y fuerza ocultas -- a las generaciones sucesivas. Así, la parábola conserva información de valor incalculable (45).

A manera de ejemplo de esta técnica de las parábolas, --- transcribimos "la parábola de los dos duraznos" utilizada por Lazarus (114a) en su labor clínica, la cual sólo se mencionó - en el inciso 2.2 del capítulo anterior.

"Había una vez una primitiva comunidad en una isla. Esta pequeña comunidad era muy pobre y muy sencilla. En los años - buenos había suficientes alimentos para sobrevivir, pero la ma- yor parte del tiempo la gente pasaba hambre. Los ancianos sa- bios se reunieron y establecieron las normas necesarias para - la supervivencia de la comunidad. Una de ellas establecía: -- SI VAIS AL HUERTO, COMERÉIS UN SOLO DURAZNO. Esta medida se - debía a que la cantidad limitada de alimentos hacía imprescin- dible imponer restricciones sobre el consumo individual. Si - uno entraba al huerto y comía dos duraznos, privaba a otra per- sona de su derecho a comer un durazno, y por glotonería y fal- ta de consideración, esa otra persona se quedaría con el estó- mago vacío y padecería hambre. Por lo tanto, cada individuo - estaba obligado a respetar la regla de comer un solo durazno - cada 24 horas".

"Muchos años más tarde, esta pequeña comunidad aprende - métodos modernos de cultivo y de labranza, y estas nuevas téc- nicas agrícolas producen un excedente de alimentos y en espe- cial, una superabundancia de duraznos. Ahora los duraznos se caen de los árboles y se pudren en el suelo. A pesar de esto, sigue en vigencia la vieja norma: "Comeréis tan solo un duraz-

no". Esta norma transmitida de generación en generación, al igual que muchas otras, no se actualiza con el correr del tiempo. Algunas personas, en especial los niños, se preguntan: -- ¿Pero por qué no podemos comer más de un durazno?". Y quizá se le responda que no deben cuestionar la ley. O tal vez se les diga " lo que bra bueno para nuestros bisabuelos tambien es bueno para nosotros". "Si comes más de un durazno, quedarás ciebo" "Si comes más de un durazno por vez, perderá un brazo" -- "es la voluntad de Dios". Así en esta comunidad, al igual que en la mayoría de las comunidades de e ta tierra, lo que alguna vez fué una norma razonable y pragmática hallegado a formar -- parte del misticismo y la superstición de la población".

Si se desea conocer el análisis que hace su autor de esta parábola, se recomienda que se consulte la fuente original de la misma.

12) EL USO DE LA HIPNOSIS EN LA PSICOTERAPIA DE GRUPO Y DE FAMILIA. Debido a que los aspectos generales --como sus --- orígenes y fundamentos-- de esta modalidad de psicoterapia grupal y familiar se pueden revisar en cualquier texto básico sobre el tema, aquí enfatizamos muy brevemente los posibles usos que se le pueden otorgar a la hipnosis en este contexto.

Suele admitirse que LA TERAPIA DE LA FAMILIA, DEFINIDA -- COMO LA ENTREVISTA GRUPAL DE LOS MIEMBROS DE UNA FAMILIA, comenzó a principios de la década de 1950. Por aquél entonces mu--

chos terapeutas eligieron este procedimiento, entre ellos --- Erickson, pero sus trabajos no son muy conocidos porque publicó poco sobre los métodos que aplicaba con familias. Aunque su terapia tendía marcadamente a definir la psicopatología como un problema de la familia, no acostumbraba a entrevistar a todos sus miembros juntos. Cuando lo hacía, actuaba según su propio enfoque, que difería bastante del de otros colegas que practican la terapia familiar. Por ejemplo, al entrevistar a toda la familia, la madre se muestra a veces dominante, a la defensiva, impidiendo que otros miembros digan lo que tienen que decir. Muchos terapeutas encaran este problema pidiéndole a la mujer que se calle (generalmente si resultado), tolerando sus intromisiones o dividiendo el grupo en subgrupos para que los otros puedan manifestarse. Erickson actuaba de manera --- harto diferente: en cierta ocasión un hombre fué a consultarlo sin que su esposa se enterara y le preguntó si quería ver a su familia. Le dijo que era tremendamente desdichado y que sus hijos andaban metidos en cosas ilícitas. Cuando llevó a su familia a su familia a una sesión, saltó a la vista que la madre era esa clase de mujer para quien no hace falta que los demás hablen: ella se ocupa de eso (79a).

Erickson le dijo a la mujer que debía prepararse para vivir una situación totalmente inusitada: le hizo apoyar las manos sobre la falda y le pidió que pusiera mucho cuidado en "sentirlas", fijando su vista en ellas mientras mantenía los pulgares apartados a unos 5 mm. de distancia; debería vigilarlos --- atentamente sin dejar que se acercaran o alejaran un ápice. ---

Por último, le advirtió que le costaría muchísimo mantener la boca cerrada pero debería hacerlo, dijeran lo que dijeren los demás, y le aseguró que quería que ella tuviera la última palabra más adelante. Por el momento, sólo deseaba que centrara su atención en los pulgares y no hablar. Enseguida les pidió a su esposo y a sus dos hijos mayores que mantuvieran la boca cerrada y le preguntó al benjamín de la familia, al miembro menos importante, cuyas opiniones eran intrascendentes, -- que empezara a dar su parecer sobre los demás integrantes del grupo (79a).

Debido a lo extenso del caso, se recomienda lector, consultar a la fuente original del mismo para su revisión completa

Asimismo, respecto a la contribución de Erickson en el ámbito de la terapia familiar, Hoffman (88) afirmó que, aunque este autor es conocido básicamente como hipnotista experimental, debido en parte al gran interés de Haley por su obra, se le ha incluido entre los abuelos de la terapia familiar. Así tal vez el rasgo más notable del arte de Milton Erickson se encuentra en la vasta categoría de "fomentar la resistencia". Esta común técnica hipnótica se ha vuelto la base del desarrollo de la directiva paradójica, marca de fábrica de la escuela estratégica. Así pues, en lo histórico tiene sentido subrayar este aspecto de la obra de Erickson, aún cuando esté lejos de ser representativo de toda ella.

Por otra parte, en cuanto a las aportaciones de Haley en el contexto que nos ocupa aquí, gran parte de su carrera se puede considerar como una oscilación de un lado del zigzag de Bateson al otro, del proceso a la forma, es decir, de los tempranos microestudios de la comunicación esquizofrénica a la investigación de coaliciones en familias, y al desarrollo de un modelo estratégico de terapia y un interés en un modelo más estructural. Un buen ejemplo de las aportaciones características de Haley (aparte de su aplicación de las técnicas hipnóticas) en este contexto, es la transcripción que hizo en colaboración con Montalvo (1988) de un caso al que llamaron "un pequeño Hans moderno"(38).

Ahora bien, respecto a las aplicaciones propiamente de la hipnosis en la terapia familiar, Braun (29a) mencionó que a diferencia de los grupos terapéuticos (por ejm., en la psicoterapia de grupo), los miembros del grupo familiar pasan las otras 22 horas y media del día en contacto cercano entre todos. Por tanto, resulta comprensiblemente difícil para una familia en tratamiento demoler las barreras, confrontarse unos con otros y abandonar libremente sus inhibiciones y prohibiciones para, posteriormente, al regresar al hogar, reestablecer la estructura convencional de la misma. Con mucha frecuencia, la única manera de tratar con este desbordamiento de sentimientos es disociando ambas situaciones (la vida y la terapia familiar)

Para estos fines, la hipnosis puede ser un instrumento va

liso para facilitar los movimientos de la terapia, vencer las barreras e inhibiciones y para ayudar a crear una nueva estructura de la misma. Así, muchas de las técnicas que involucran el uso de fantasías también se pueden aplicar al grupo familiar (29a).

Un uso general de la hipnosis en la terapia familiar consiste en facilitarle a la familia una experiencia placentera - compartida (por ejm., la relajación). Aún cuando los miembros de la familia vivan en la misma casa, pueden no haber compartido muchas experiencias. El compartir la relajación hipnótica les puede ayudar a edificar la confianza en ellos y darles una base común para ellos.

La experiencia hipnótica puede ayudar a los miembros de la familia a encontrar la armonía en ellos mismos y hacia los demás; esta experiencia parece volverlos más sensitivos. Algunas veces, cuando un miembro es incapaz de expresar sus pensamientos, otro integrante de la familia puede darnos tanto las palabras como los sentimientos. Por supuesto que este fenómeno no se presenta sin ayuda de la hipnosis formal, pero creo que ésta puede facilitar dicha presencia (29a).

Las indicaciones usuales para el uso de la hipnosis con un individuo, también son aplicables a las familias por ejemplo -- para el control del dolor, para propiciar la regresión de edad para una exploración de los sentimientos, para hacer ensayos -

en fantasía, etc. Además de esto, la hipnosis también puede ayudar a la familia para que sea más empática, para que limite la lucha, para que aumente la confianza, para modificar el estado de ánimo, para encontrar nuevo material y para resolver los problemas de sus integrantes.

Hay varias maneras de usar la hipnosis en la terapia familiar, por ejm., los individuos pueden trabajar hipnóticamente en una sesión familiar en sus propias conductas problema o, un integrante de la familia puede interactuar con otro mientras está en trance, el momentos apropiados de la sesión.

Cuando se va a trabajar con la familia como un todo, es conveniente elegir técnicas de inducción o relatación que tiendan a mantener a la gente unida durante el progreso de las mismas, o técnicas en las que no interese salirse de la fase de inducción.

LA TECNICA DE LA RELAJACION PROGRESIVA resulta eficaz debido a que cada uno de los integrantes de la familia trabaja con sus pies, piernas, etc., al mismo tiempo. Asimismo, LAS TECNICAS DE FANTASIA GUIADA también mantienen juntas a las personas pidiéndoles que se concentren en la misma escena y al mismo tiempo, a través del uso de estas técnicas, con mucha frecuencia encontramos que un mismo problema ha estado molestando a varios miembros de la familia, pero que por alguna razón no lo había manifestado (29a).

Debido a que la terapia familiar es más compleja que la individual, es necesario que pongamos atención a un mayor número de detalles y de niveles de interacción, tanto entre las fantasías y experiencias de los individuos como en las de nosotros. Si estamos dispuestos a invertir una cantidad extra de energía para lograr lo anterior, encontraremos el uso de estas técnicas completamente gratificantes (29a).

Por último, debido a que para una exposición más completa de las aplicaciones de la hipnosis en el contexto de la terapia de grupo y de familia, sería necesario elaborar todo un tratado sobre la misma, aquí únicamente dimos un bosquejo muy general de las utilidades que se pueden obtener de su implementación. Así, para una revisión más completa y profunda se sugiere consultar las fuentes incluidas en la bibliografía del presente trabajo.

Por otra parte, respecto a estas nuevas aplicaciones de la hipnosis en nuestro país, principalmente por los profesionales de la salud mental, en particular por psicólogos clínicos, podemos mencionar a Robles U. (143; 1988) y a Domínguez T (por comunicaciones personales), quienes están realizando una ardua labor clínico-experimental en el campo de la hipnoterapia en nuestro país.

Asimismo, consideramos importante incluir en el presente trabajo, tres técnicas que hemos venido utilizando en el curso

de nuestra muy breve práctica privada en el ámbito de la hipnoterapia, estas técnicas son: LA METAFORA DEL JARDIN, LA TECNICA DEL PERON Y LA TECNICA DEL CONSEJERO (ver anexo B). Estas técnicas al igual que la mayoría de las revisadas en este apartado, pueden ser de gran utilidad para el clínico dependiendo de su habilidad y creatividad para saber en qué situaciones y cómo desarrollarlas de manera eficaz.

3.7 BREVE EVALUACION DE LAS APLICACIONES DE LA HIPNOSIS EN LOS NIÑOS.

El empleo de la hipnosis en los niños es tan antiguo como su descubrimiento, ya que se han encontrado aplicaciones por parte de Mesmer, Elliotson, Liébeault y Bramwell (150).

La aplicación de la hipnosis en los niños requiere una cabal comprensión de los rasgos característico de la psiquis infantil. Siendo el estado hipnótico una intensa concentración sobre un tema propuesto por el operador, este deberá actuar -- dentro de la peculiaridad y limitaciones que la mente infantil presenta para dicha concentración. Por ello, con mayor razón en la hipnosis de niños que en adultos, conviene que el operador dedique al pequeño un tiempo suficiente a fin de ganarse -- su confianza, factor indispensable, y al mismo tiempo descubrir los rasgos particulares de su carácter. Conocido el mundo mental del pequeño y conquistados su afecto, las sugerencias se -- adaptarán hábilmente a los deseos y caracter peculiar del niño,

tes entre la realidad y la fantasía. Todo ello favorece la -- aceptación inmediata de lo sugerido, ya que el escaso desarrollo del juicio crítico (función del hemisferio izquierdo) impide el examen y rechazo de dichas sugerencias.

El juego³⁷ es un poderoso estímulo concentrativo para el niño y acapara fácilmente su atención espontánea. Sobre esta base, el operador presenta la experiencia hipnótica al pequeño, como un juego, utilizando todos los atractivos que éste tiene para la mente infantil: ansias de aprender, placer de -- competir y ganar, deseos de valoración y estímulo, etc. (118).

3.7.1 INDUCCION, PROFUNDIZACION Y TERMINACION DE LA HIPNOSIS.

En relación con el proceso de INDUCCION DEL ESTADO HIPNOTICO en los niños Schneck (150) afirmó que se ha encontrado en la práctica, los niños tienden a alcanzar un trance ligero y -- que las técnicas utilizadas para tal fin es muy sencilla. Las tres reglas principales son: a) ganar la confianza del niño; -- b) decirle lo que se va a hacer y; c) usar cualquier técnica.

En este sentido, Erickson (1949) afirmó que el hipnoterapeuta hábil es aquel que puede adaptar su técnica a las necesidades de la personalidad del sujeto y, me aventuro a sugerir -- 37.- Un breve examen de su importancia ya se presentó en el inciso 2.3 del capítulo anterior.

que las necesidades de la personalidad del niño (8) son más fácilmente satisfechos que las de los adultos (150).

Por otra parte, Scott (149) mencionó que los niños son sujetos ideales para el uso de la hipnosis y que es conveniente recordar los siguientes hechos:

1) Los niños tienen una fantasía e imaginación más vívida y por ello son altamente sugestionables.

2) Se pueden distraer fácilmente, por lo que es recomendable que haya paz y quietud durante la inducción.

3) Se aburren muy pronto, de suerte que una técnica de inducción lenta, como la fijación de la vista con relajación progresiva, resulta totalmente inadecuada.

4) Se les debe decir algo que les interese; todos ellos aman la T.V.

5) Normalmente tienen una confianza implícita en los adultos, sólo cuando esta se pierde podemos observar temores --histéricos en el niño.

De igual manera, Betcher (1958) describió diferentes aproximaciones de inducción para diversos grupos de edad:

De la infancia (bebés de 3 meses) a los 3 años, LA TECNICA

DEL EFECTO ARRULLADOR.

De los 3-8 años, LA TECNICA DE FINGIMIENTO.

De los 8-14 años, la de LA VISUALIZACION por ejemplo de un programa de televisión.

De los 14-20 años, LAS TECNICAS DE FIJACION DE LA VISTA, - RELAJACION PROGRESIVA E IMAGINERIA DE ESCENAS (149).

En la primera técnica, se arrulla al bebé por conducto de una enfermera y después se distrae su atención, por ejemplo con unas llaves.

En el segundo procedimiento, se induce a los niños a creer por ejemplo que están viendo un conejo, seguido por una historia (como los cuentos de Hadas).

En la técnica de visualización de programa de televisión, Maxwell (1963) subrayó las siguientes inscripciones: a) pedirle al niño que cierre sus ojos; b) indicarle que cuente lentamente hacia atrás a partir de cien o hacia adelante de uno en uno si es muy joven; c) decirle que se relaje progresivamente y que desarrolle un sentido de familiaridad como si estuviera en casa y; ch) finalmente, decirle que se imagine que está viendo su programa favorito de televisión, por ejemplo de la manera siguiente: "Ahora que ya te sientes a gusto y relajado, quiero que te imagines que estás en tú casa viendo la televisión...."

aún no está prendida... pero pronto verás tú programa favorito.
.. ¿Que programa te gustaria ver? ¡Ah! si, a mí también me gusta mucho ese programa... veámoslo juntos... ¿Que vés encima de tú televisión?... Ahora quiero que prendas la televisión... --- Pronto se calentará... ¿Ahora puedes ver tú programa favorito?..
.. Bien, continúa viéndolo... Que están haciendo los personajes?
(149)

En este sentido, cuando hagamos uso de esta técnica es conveniente averiguar, en una conversación previa a la hipnosis, - los héroes favoritos y tipos de cuentos e historietas que más atraen a los niños, ya que con estos elementos podemos elaborar las escenas que introducimos para el desarrollo del trance.

Debido a que como se ha podido observar, LOS CUENTOS Y LAS HISTORIETAS resultan ser elementos muy valiosos para el uso de la hipnosis con los niños, consideramos importante mencionar unas cuantas palabras de uno de los pocos autores, que más ha trabajado en examinar la importancia que esta literatura infantil puede tener para el desarrollo sano de la personalidad del niño.

Hace mas de una Década que Bettelheim (17) observó, que para que una historia mantenga de verdad la atención del niño, ha de divertirlo y excitar su curiosidad. Pero, para enriquecer su vida, a de estimular su imaginacion, ayudarle a desarrollar - su intelecto y a clarificar sus emociones; ha de estar de a---

cuerdo con sus ansiedades y aspiraciones; hacerle reconocer plenamente sus dificultades, al mismo tiempo que le sugiere soluciones a los problemas que le inquietan. Resumiendo, debe estar relacionada con todos los aspectos de su personalidad al mismo tiempo; además de esto, dando pleno crédito a la seriedad de los conflictos del niño, sin disminuirlos en absoluto, y estimulando simultáneamente su confianza en sí mismo y en su futuro.

Por otra parte, en toda la "literatura infantil" -con raras excepciones- no hay nada que enriquezca y satisfaga tanto, al niño y al adulto, como los cuentos populares de Hadas. En realidad, a nivel manifiesto, los cuentos de Hadas enseñan también poco sobre las condiciones específicas de vida en la moderna sociedad de masas; estos relatos fueron creados mucho antes de que esta empezara a existir. Sin embargo, de ellos se puede aprender mucho más sobre los problemas internos de los seres humanos y sobre las soluciones correctas a sus dificultades en cualquier sociedad que a partir de otro tipo de historias hay alcance de la comprensión del niño. Al estar expuesto, en cada momento de su vida, a la sociedad en que vive, el niño aprenderá sin duda a competir con las condiciones de aquella, suponiendo que sus recursos internos se lo permita (17).

El niño necesita que se le dé la oportunidad de comprenderse a sí mismo en este mundo complejo con el que tiene que aprender a enfrentarse, precisamente porque su vida a menudo le desconcierta. Para poder hacer eso, debemos ayudar al niño a -

que extraiga un sentido coherente del tumulto de sus sentimientos. Necesita ideas de cómo poner en orden su casa interior y - sobre esta base poder establecer un orden en su vida en general. Necesita -y esto apenas requiere énfasis en el momento de nuestra historia actual- una educación moral³⁸ que le transmita sutilmente las ventajas de una conducta moral, no a través de conceptos éticos abstractos, sino mediante lo que parece tangiblemente correcto y por ello, lleno de significado para el niño.

El niño encuentra este tipo de significado a través de los cuentos de Hadas (17).

Además de este hecho importante citado anteriormente, podemos aventurarnos -quizá con varias objeciones- a afirmar que el uso de la hipnosis para estos fines, puede ser de incalculable valor.

Por otra parte, respecto a LA PROFUNDIZACIÓN DEL TRANCE, -tal como acertadamente afirmaron O'Grady y Hoffman (131), la -tarea consiste básicamente en guiar a los niños o adolescentes hacia una involucración cada vez mayor en sus actividades de imaginación, por ejemplo, induciendo algún fenómeno disociativo o dándole simplemente la sugestión de que se involucre tanto - como pueda en la experiencia que está viviendo. Supongamos por ejemplo, que se usó la técnica de inducción de la visualización

38.- Respecto a esta cuestión se puede consultar la obra de Bogvet (24), quien analizó a fondo el sentimiento filial y otros.

del programa favorito del niño, en el cual su héroe es muy fuerte; por lo tanto podemos inducir una RIGIDEZ DE BRAZO mediante asociaciones apropiadas entre el brazo del héroe y del niño, - algo así como: ...tú sabes que Superman es muy fuerte... que es el hombre de acero... pero tú puedes ser más fuerte que él... - voy a estirar tu brazo para que lo compruebes... ahora voy a -- contar de uno a tres... y cuando diga el último número tu brazo se sentirá tan fuerte como el de Superman,,, e incluso todavía más fuerte... Ahora empiezo a contar y digo uno... y el brazo - se empieza a poner y sentir fuerte como el acero... dos... mucho más fuerte todavía que el acero... tres... en este momento tú sientes como tu brazo es tan fuerte o más fuerte que el de - Superman...

Este es solo un posible ejemplo de como podemos usar lo -- que le atrae al niño (o lo que nos proporciona el paciente de - acuerdo con Erickson), para ayudarlo a superar sus conductas -- problema y pueda vivir realmente en armonía.

Así mismo, otra técnica que puede ser de gran valor en el campo de la hipnoterapia infantil, es LA TECNICA DE FORTALECIMIENTO DEL YO adaptada a las necesidades particulares del niño (ver anexo B); ya que mediante su uso podemos incrementar la - confianza y la autoestima del niño así como eliminar sus temores, lo que se verá reflejado en una disminución considerable de sus niveles de ansiedad.

En lo que se refiere a LA TERMINACION DEL ESTADO HIPNOTICO, O'Grady y Hoffman (131) mencionan que en algunas ocasiones esta ocurre de manera espontanea, pero que generalmente el terapeuta guía al niño mediante una técnica de conteo de uno-tres acompañada con sugerencias apropiadas para que despierte sintiéndose alerta, contento y refrescado. Sin embargo, afirman estos autores, puede darse el caso de que un niño esté disfrutando tanto su imaginaria (o que esté en un trance muy profundo), que el uso de esta técnica lo sienta de una manera apresurada de terminar el trance, en cuya situación no abrirá sus ojos a la cuenta de tres. En estos casos resultan efectivas ciertas indicaciones un poco más demandantes, para que termine el trance. Una vez terminada la hipnosis es útil comentar con el niño que la necesidad de terminar el trance puede ser de beneficio en la reducción de la resistencia a dicho proceso.

Así mismo, después de terminado el trance podemos revisar las imágenes y sugerencias con que se trabajó junto con el niño, no unicamente para elegir aquellas más efectivas que podamos usar posteriormente sino para darle al niño la idea de que es altamente deseable su participación activa (131).

Por otro lado, respecto a las aportaciones de Erickson en el contexto que nos ocupa aquí, las dejamos para el final de esta breve revisión por considerar su enfoque como A AVANZADO - como se puede apreciar en el ejemplo citado- que para una comprensión más amplia, es recomendable remitirse a sus trabajos -

originales expuestos ampliamente en el curso de la revisión del presente capítulo.

Es precisamente en su trabajo con los niños donde se hace más evidente la importancia crucial que tiene el "juego" en toda la terapia de Erickson. Empero, no se trata de una terapia de juego en la acepción usual al término. Al igual que en su tratamiento de adultos, su objetivo no era ayudar al niño a descubrir que sentía hacia sus padres o que significado tenían las cosas para él, sino inducirlo a un cambio; el marco de referencia "lúdico" era una manera de provocar ese cambio. También empleaba la hipnosis con los niños, si bien debemos aclarar que no era el tipo usual de hipnosis: no empleaba con ellos una inducción formal del trance, en cambio le respondía al niño en su mismo lenguaje y viendo en esto una parte integral de la técnica hipnótica (79a)

Para Erickson, la hipnosis era la manera en que dos personas se responden mutuamente; un trance profundo era un tipo de relación entre dos personas. Vista así, la hipnosis no exige un conjunto de consignas repetitivas, ni que se fije la mirada en un aparato, ni ninguno de los numerosos procedimientos hipnóticos convencionales. Por lo general Erickson prefería inducir un trance profundo mediante la conversación o por intermedio de un acto súbito que precipitara una respuesta hipnótica. El siguiente caso muestra una inducción rápida, obtenida sin ningún ritual:

Un día vino a mi consultorio un matrimonio, trayendo casi a rastras a su hijo de ocho años, que presentaba un problema de enuresis. Tras haber recurrido a la ayuda de los vecinos y rezando publicamente por él en la Iglesia lo traían como último recurso al "doctor de los locos", con la promesa de llevarlo luego a "cenar en un hotel".

La ira y el resentimiento del niño eran más que evidentes. En presencia de sus progenitores, le dije: "Estás loco y seguirás estándolo. Crees que no tienes remedio, pero no es así. No te gusta ver a un doctor de los locos, pero aquí estás. Querrás hacer algo, pero no sabes qué. Tus padres te han traído aquí, te han hecho venir. Bueno, puedes echarlos del consultorio; en realidad los dos podemos hacerlo... Vamos, digámosles que se vayan". Aquí les hice una señal disimulada y se marcharon, dejando al hijo satisfecho y casi asombrado.

Entonces le dije: "Pero todavía estás loco y yo también, porque ellos me ordenaron que curara tú enuresis. Pero ellos no pueden darme órdenes como te las dan a tí, Pero antes de que les ajustemos las cuentas..." (HICE UN ADEMAN LENTO ESTUDIADO, QUE ATRAIA LA ATENCION, SEÑALANDO UN PUNTO). "mira esos perritos que hay ahí. A mí me gusta más el padre, pero supongo que a tí te gusta el blanco y negro porque tiene las patas delanteras blancas. Puedes acariciar también al mio, si lo haces con cuidado. A mí me gustan los cachorritos, ¿y a tí?".

Al tomarlo completamente de sorpresa, el niño entró rápido en un trance sonambulístico: se dirigió al lugar señalado (donde no había nada) e hizo como que acariciaba a dos perritos, a uno más que otro; finalmente, alzó la vista y me miró. Entonces le dije: "Me agrada que ya no estés futioso conmigo y no creo que tú o yo tengamos que contarle nada a tus padres. A decir verdad, por la manera en que te han traído quizá merezcan que esperes - casi hasta el final del año escolar para corregirte. Pero una cosa es cierta: Puedes apostar a que cuando hayas pasado un mes sin mojar la cama tendrás un perrito como ese manchadito que hay ahí, aunque no le digas ni una palabra a tus padres. Tienen que traértelo. Ahora cierra los ojos, aspira hondo, duerme profundamente y despierta con un apetito canino".

El niño siguió mis indicaciones y lo despedí junto con sus padres a quienes había impartido consignas en forma privada. -- Dos semanas después lo utilicé como sujeto de demostración ante un grupo de médicos, pero no le apliqué ninguna terapia.

Durante el último mes del año escolar, cada semana, el niño tachaba el día del calendario. Hacia fines del mes, le advirtió a su madre de manera críptica: "Será mejor que te prepares". Llegado el día trigésimo primero la madre le dijo que había una sorpresa para él, a lo que el pequeño replicó: "Mejor que sea blanco y negro". En ese instante entró su padre, trayendo un perrito. Con la excitación y el gusto, el niño se olvidó de hacer preguntas. Dieciocho meses después seguía sin manifestar e-

nuresis (79a).

Para un exámen más a fondo de este caso se recomienda consultar la fuente del mismo; ya que la intención al exponer el mismo fué mostrar cuan diferentes pueden ser los procedimientos utilizados por un hipnoterapeuta en el campo infantil, cuando ya se tiene cierta experiencia en el ámbito de la hipnoterapia en general y, de la infantil en particular.

3.7.2 APLICACIONES GENERALES DE LA HIPNOSIS EN LOS NIÑOS.

Respecto a las aplicaciones propiamente de la hipnosis en la psicoterapia infantil, Gordon Ambrose (1951), quién ha sido uno de los psicólogos que más han utilizado este procedimiento combinado, afirmó haber encontrado excelentes resultados en el tratamiento de fobias, pesadillas, enuresis, asma, eczema, urticaria, epilepsia, tartamudez, ansiedad y sentimientos de inferioridad (150).

La relajación hipnótica y la "estimulación de la autoestima" actúan muy bien en los niños y solamente en casos especiales son necesarias las técnicas catárticas, o de abreacción y otros métodos analíticos. Es interesante observar que en los niños -- con síntomas de ansiedad, a menudo se obtienen resultados "espectaculares" en dos o cuatro sesiones hipnóticas (150).

Por otra parte, Gilbert (1955) utilizó la hipnoterapia en

la delincuencia con mucho éxito y consideró que la base de -- este método reside en el establecimiento de la relajación, con la que se puede eliminar la importante tensión neurótica subyacente.

Así mismo, Mc Cord (1957) indicó que el hipnotismo es un - recurso valioso para enseñar a los niños con retardo mental, du rante su pre y adolescencia. Los elementos valiosos que contri buen incluyen la intensificación y prolongación del período de atención, el aumento de la motivación y la capacidad para con vencer al sujeto de que es capaz de aprender más de lo que había supuesto (150).

En relación con todas estas aplicaciones mencionadas, es í mportante decir que Kroger (110a), incluyó en su obra todo un apartado en el que analiza la gran mayoría de las perturbacio-- nes de hábito y conductuales en términos de su etiología y de y posibles tratamientos para cada uno de los mismos.

Por último es oportuno citar que más recientemente O'Grady y Hoffman (131) han incluido en su trabajo una reevaluación de todas las aplicaciones anteriores y, además las aplicaciones -- más actuales en varias enfermedades crónicas y terminales como el cáncer, diabetes, artritis, reumatoide, traumatismos cerebra les y en la parálisis cerebral.

Con esta breve exposición de los usos de la hipnosis en el

campo de la psicoterapia y la medicina, solo se pretendió dar un amplio bosquejo del gran valor que puede tener este extraordinario recurso terapéutico, en todas las áreas que de una u otra manera estén relacionadas con la promoción de la salud del individuo en cualquier etapa de su vida, llámese infancia, adolescencia, adultez, etc.

3.8 LIMITES Y POTENCIALIDADES DE LA HIPNOSIS.

En relación con este punto, hace una Década que Orné (132a) hizo ciertas consideraciones que són importantes tener presente. Este autor afirmó que la hipnosis no se debe usar para dar tratamiento de ninguna índole, por aquellos individuos que no tienen una preparación y habilidad competente en el tratamiento de problemas de salud sin el uso de aquella. Así, las "escuelas" - "e Institutos" de hipnosis no pueden proporcionar el entrenamiento necesario a aquellos individuos carentes de las cualidades técnicas y científicas más generales de las profesiones de la salud, ya que el uso inapropiado de la hipnosis puede añadir -- dificultades médicas o psiquiátricas en los pacientes. Por ejemplo, un paciente con tumor cerebral no descubierto, puede sacrificar su vida en manos de un practicante que lo alivió con mucho éxito de un dolor de cabeza por medio de sugerencias hipnóticas y con ello, retarda o la cirugía necesaria.

Por consiguiente, es indispensable contar con un amplio -- y comprensivo entrenamiento en habilidades de diagnóstico y te-

rapeútica, para evitar el uso inapropiado y potencialmente peligroso de la hipnosis.

En este mismo sentido, es oportuno recordar las palabras de Wolberg (173ch) mientras que por una parte un terapeuta puede ser capaz de hacer una muy buena psicoterapia con las técnicas psicoterapeúticas comunes, por la otra, el hacer intentos con la hipnosis puede alterar su propia manera de actual hacia el paciente, lo que puede resultar antiterapeútico.

C A P I T U L O I V

M E T O D O

4.1 PREGUNTA DE INVESTIGACION.

A partir del estudio de Chaney, O'Leary y Marlatt (39), - el cual demostró el papel importante que pueden desempeñar las expectativas de éxito o fracaso, en afrontar todas aquellas situaciones que presentan un alto riesgo para la recaída de los individuos con problemas de adicción a las bebidas alcohólicas y el papel también muy importante de todas las experiencias relacionadas con dicha adicción, aprendidas por estas personas - en el curso de sus vidas; se ha suscitado algunas investigaciones encaminadas a examinar el rol que pueden desempeñar, ademas de las expectativas y experiencias de aprendizaje, las cogniciones en general un estilo de vida desbalanceado, en el desencadenamiento de una adicción de esta índole y más importante aún, su función para un automanejo más eficaz de la mismas.

Es importante mencionar que casi la mayoría de los estudios actuales se han avocado hacia un análisis de las variables citadas anteriormente, dejando a un lado los modelos moral y de la enfermedad tradicionales en el ámbito de la adicción a las bebidas alcohólicas.

Así mismo, considerando que la ansiedad es una variable -

determinante en estas adicciones, debido a los resultados obtenidos en investigaciones anteriores sobre el papel de la hipnosis en las mismas, en particular las de Reaney (140), quien demostró que ésta última puede favorecer la disminución considerable de la ansiedad y, por tanto, facilitar la aplicación de cualquier técnica conductual en el tratamiento de dichas adicciones, planteamos que la aplicación de la reestructuración -- cognoscitiva en estos problemas de conducta puede verse facilitada y mantenida mediante el uso de la hipnosis.

Por consiguiente, a partir de lo anterior, nuestra PREGUNTA DE INVESTIGACION QUEDO PLANTEADA DE LA SIGUIENTE MANERA:

¿El uso de la hipnosis puede facilitar y mantener la reestructuración cognoscitiva en la adicción a las bebidas alcohólicas?

4.2 DEFINICION DE VARIABLES.

Variable dependiente: El consumo de 6-10 copas en un día por semana ó en dos o más días en un mes, con las consecuentes ideas irracionales y estado de ansiedad asociados a dicha conducta de beber.

Variable independiente: Un estado particular de conciencia inducido y mantenido en una persona, el paciente, por otra el hipnoterapeuta; el cual le permite al primero tener un cono

cimiento poco común de todas sus ideas, actitudes, percepciones y expectativas equivocadas o distorsionadas y además, también le permite experimentar un estado de relajación física y mental poco común.

Variables controladas: Sujeto del sexo femenino, una edad que fluctuó entre los 25 y 35 años y con una escolaridad de -- primaria teeminada. Además la permanencia de un médico especialista en Medicina de Rehabilitación que apoyó al investigador durante todo el tratamiento y, el impedir el acceso al escenario de tratamiento a las enfermeras, secretarias, trabajadores sociales y personal médico.

4.3 HIPOTESIS

Con respecto al problema de investigación del presente estudio nuestras hipótesis fueron las siguientes:

Hipótesis Nula: La reestructuración cognoscitiva en sujeto que presentan conducta de adicción a las bebidas alcohólicas, no es facilitada ni mantenida por el uso de la hipnosis.

Hipótesis Alternas: La reestructuración cognoscitiva en individuos que presentan conducta de adicción a las bebidas alcohólicas, es facilitada y mantenida mediante el uso de la hipnosis.

4.4 TIPO DE ESTUDIO

El estudio realizado fue Experimental de Campo porque se introdujo un tratamiento con la finalidad de observar si se presentaban o no cambios en la variable dependiente, es decir, porque hubo manipulación de variables y; fue de Campo porque se efectuó en ambientes o condiciones naturales, ya que el sujeto tenía libertad de consumir o no bebidas alcohólicas al no estar interno, durante el tratamiento, en el escenario donde se realizó dicha investigación.

4.5 DISEÑO.

Se utilizó un diseño intra-sujeto del tipo tratamiento si multáneo. Fue intra-sujeto porque éste sirvió como su propio control, es decir, fue un reporte o estudio de caso y, fue de tratamiento simultáneo porque se compararon dos diferentes tratamientos en un solo individuo, para determinar cuál de los dos era el más efectivo y con ello implementarlo hasta el final del mismo.

4.6 MUESTREO.

La selección de la muestra con que se trabajó se realizó a través de un Muestreo no Probabilístico Accidental por Cuota. Esto porque no conocimos la probabilidad que tenían un sujeto de ser o no incluido en nuestra muestra, porque estuvimos en -

espera de alguien que solicitara tratamiento para su adicción a las bebidas alcohólicas, y porque determinamos por cuántos sujetos estaría conformada nuestra muestra.

4.7 SUJETOS.

El sujeto con que se trabajó fue una mujer con diagnóstico de adicción a las bebidas alcohólicas, con una edad de 32 años, primaria terminada y con lugar de residencia en provincia. Asimismo, es importante mencionar que la sujeto en cuestión nos fue remitida por una colega.

Aquí es importante citar que originalmente, se iba a trabajar con un sujeto masculino que nos había remitido otra colega de la Clínica de Tabaquismo del Hospital General de la ciudad de México, pero debido a que dicho paciente presentaba una enfermedad orgánica de gravedad, y tuvo una seria complicación el día en que se iba a realizar la cuarta sesión de su tratamiento para la adicción al alcohol, fue necesario suspender nuestro tratamiento para que pudiera recibir la atención médica necesaria.

4.8 ESCENARIO.

El lugar donde se realizó la presente investigación fue en un cubículo con una dimensión de 3 x 4 metros, 1 escritorio 2 sillas, 1 cama de hospital y un electromiógrafo modelo TE4.

Este cubículo se localiza en el Departamento de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital Regional "Adolfo López Mateos".

4.9 INSTRUMENTOS.

Los instrumentos con lo que se trabajó fueron: 1 entrevista dirigida, 1 técnica de automonitoreo, el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE), el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (MMPI), 1 electromiógrafo modelo TE4 (ver anexo C) y el Inventario de Creencias Personales (PBI) de Tosi y Eshbaugh.

La técnica de automonitoreo consistió en pedirle al sujeto que "observara" todos los pensamientos y sentimientos o emociones que experimentara cuando tuviera deseos de tomar alguna bebida alcohólica, y que los escribiera en un papel para que los llevara al día siguiente a la sesión y se trabajara con ellos.

En Inventario de la Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE) es un instrumento constituido por dos escalas separadas de autoevaluación, que se utilizan para medir dos dimensiones distintas de la ansiedad: 1) la llamada Ansiedad-Rasgo (SXR) y, 2) la llamada Ansiedad-Estado (SXE). Este instrumento psicológico permite la investigación de los niveles de ansiedad presentados por un individuo, ya sea como una característica personal de responder con niveles elevados de dicha emoción ante situa-

ciones percibidas como amenazantes (SXR), o como un estado ~~in-~~transitorio del organismo humano, que se caracteriza por sentimientos de tensión y aprensión subjetivos y por un aumento de la actividad del sistema nervioso autónomo.

Ambas escalas constan de 20 reactivos cada una, los sujetos responden a las mismas en una escala de cuatro puntos y la puntuación puede variar de una mínima de 20 a una máxima de 80. Esta prueba se puede autoadministrar o aplicarse ya sea individualmente o en grupo, a personas con un grado de escolaridad de 5^a - 6^a, no tiene límite de tiempo, pero generalmente solo se llevan 15 minutos en contestar las dos escalas utilizando lápiz y papel y su calificación puede ser manual o con plantilla.

Su interpretación se puede hacer en función de puntuaciones T normalizadas o de rangos percentiles para ambas escalas de manera separada.

El MMPI es un inventario de personalidad que puede administrarse en forma individual y colectiva. En su forma más usual consta de: a) un cuadernillo que contiene las instrucciones para el examinado y los 566 reactivos de la prueba; b) la hoja de respuestas donde el sujeto marca con un lápiz si cada una de las frases es Cierta o Falsa; c) las claves para la clasificación de la prueba; d) las hojas para el trazo del perfil (masculino y femenino) y e) el manual de la prueba. Este

inventario consta de 10 escalas clínicas y 4 de validez; se -- puede aplicar a sujetos de 16 años en adelante con un mínimo de primaria terminada y, en promedio se tardan 1 hora con 30 minutos en contestarlo. Por lo general su calificación se hace en forma manual por medio de plantillas de cartulina (una para cada escala) y, su interpretación se hace en base al perfil obtenido de la transformación de las puntuaciones en bruto a valores T de todas las escalas y, de la codificación de dicho perfil sea mediante el sistema de Hathaway o el de Welsh.

El MMPI se puede utilizar como un instrumento discriminativo de sujetos mentalmente sanos y enfermos o con tendencias más o menos patológicos, también se le ha utilizado en la selección de personal en las instituciones industriales, para el diagnóstico de sujetos neuróticos, sujetos con personalidad -- psicopática y el estudio de psicóticos.

El electromiógrafo es un aparato utilizado en la biorretro alimentación para captar, mediante electrodos (de inserción en el músculo o superficiales), la actividad eléctrica del músculo que está asociada a cambios internos del organismo como la contracción muscular, traduciendo inmediatamente dichos cambios en una señal externa, por ejemplo, un sonido, una luz intermitente o cambios en los registros del electromiograma.

El electromiógrafo controla la tensión del músculo esquelético, es decir, aquél que está controlado por el sistema nervioso voluntario. Casi la mayor parte de los músculos pueden

ser controlados, sin embargo, con los que se trabaja más frecuentemente son:

1) Músculo frontal. Es el músculo que mueve el cuero cabelludo y arruga la frente. Se pone tenso cuando estamos preocupados o bajo tensión.

2) Músculo masetero. Es el músculo elevador de la mandíbula y se ve tensado cuando estamos de mal humor o nos sentimos frustrados.

3) Músculo trapecio. Es el músculo que permite la curvatura de los hombros y resulta contraído cuando estamos alarmados o en un estado de ansiedad crónica.

Se eligen estos músculos porque responden de forma típica al estrés y porque pueden ser medidos sin recibir demasiada interferencia de los demás.

Para el uso del electromiógrafo se colocan dos electrodos sobre la piel del músculo determinado, a una distancia conveniente uno del otro. Se coloca un tercer electrodo sobre un tejido neutral (por ejem., sobre un hueso) a modo de punto de referencia eléctrico.

Las unidades de medición pueden ser microvolts/seg. ajustadas de acuerdo al músculo determinado y a los objetivos de su uso.

La electromiografía ha demostrado ser eficaz en el tratamiento de la tensión muscular, el insomnio, la ansiedad y los trastornos psicosomáticos del tipo del asma, la hipertensión, las úlceras gástricas, la colitis y los problemas menstruales. Igualmente ha demostrado gran eficiencia en el tratamiento de los dolores de cabeza de origen tensional.

Por último, en cuanto al Inventario de Creencias Personales, debido a que es un instrumento que no ha sido estandarizado en México, se procedió a establecer su validez y confiabilidad de la siguiente manera:

En primer término, una vez que localizamos este inventario en la literatura inglesa, se hizo la traducción del mismo tratando de apegarnos lo más posible al significado de cada reactivo. En su formato original (en inglés) este inventario consta de 60 reactivos a los que el individuo responde en una escala de 6 puntos que va, de totalmente de acuerdo a totalmente en desacuerdo, en un tiempo de 20 minutos. Derivado de la teoría de Ellis, este inventario tiene como propósito principal medir todas las creencias irracionales que una persona puede sostener en relación consigo misma y con el ambiente.

Después de haber hecho la traducción del inventario, se procedió a entregarlo a una muestra de 9 jueces con experiencia en la teoría de Ellis (2) y en la elaboración de instrumentos psicológicos (7), para que lo evaluaran; posteriormente, -

pasamos a realizar el análisis o discriminación de reactivos - por medio de la correlación de Pearson, que nos arrojó un va- lor de $r=-1$ que indica una validez de contenido alta, es decir que el instrumento medía lo que pretendíamos medir, y como re- sultado de dicha discriminación, de los 60 reactivos del ins- trumento original únicamente quedaron 25 que discriminaban --- bien el objetivo del mismo.

Una vez obtenida esta versión válida del inventario en -- cuestión, pasamos a seleccionar una muestra de 30 sujetos por medio de un muestreo no probabilístico por cuota, con la única característica de que la mitad de ellos no presentaran proble- mas de adicción a las bebidas alcohólicas y la otra sí, como - los integrantes de los grupos de AA. Por tanto, ya que se ob- tuvo esta muestra, procedimos a la aplicación del inventario - al que respondieron en una escala de 3 puntos que consistían - en: de acuerdo, indeciso y en desacuerdo. Después de esta -- aplicación o piloteo, procedimos a calificar los 30 inventa--- rios asignándoles valores o puntajes de 1, 2 y 3 a los 25 reac- tivos de los sujetos que no presentaban adicción al alcohol y, a los reactivos del inventario de la otra mitad de la muestra, se les asignó el puntaje en orden inverso. Esto se debió a -- que esperabamos que la primera mitad de la muestra presentara una baja incidencia de creencias irracionales, mientras que la otra presentara una alta incidencia de dichas creencias.

Por último, ya calificados los inventarios, pasamos a reg

lizar un nuevo análisis de reactivos con la obtención del consecuente coeficiente de confiabilidad, por medio del método de división por mitades y por una correlación de Pearson que nos dio un valor de $r=.92$ que nos indicó que se trataba de una -- correlación alta y directamente proporcional, es decir, que las mediciones tendían a ser ESTABLES. Como resultado de este procedimiento, de los 25 reactivos de la primera versión de este inventario, quedaron sólo 15 que conformaron la versión final del mismo y que fue el utilizado en esta investigación. Las -- cuatro versiones de este instrumento, es decir, la versión original en inglés, la traducción del mismo, la versión del piloto y la versión final se incluyen en el anexo C.

4.10 PROCEDIMIENTO.

En primer término se procedió a solicitar el apoyo de la Institución médica citada previamente, a través del Departamento de Medicina Física y Rehabilitación y por ende, de los especialistas en susodicha área de la medicina adscritos al también citado Departamento. Dicha solicitud se llevó a cabo en base a los reglamentos internos de esta Institución médica.

Después de obtenida la autorización de las autoridades de este hospital para hacer uso de las instalaciones ya citadas, procedimos a seleccionar el sujeto que conformaría nuestra muestra de investigación, conforme a las características previamente establecidas de diagnóstico en adicción a las bebidas

alcohólicas, edad 25-35 años y primaria terminada.

La investigación fue realizada por un investigador que recibió el apoyo en el uso del electromiógrafo de un médico especialista en Medicina Física.

Previamente a la primera sesión del tratamiento, se llevó a cabo la aplicación del MMPI y del PBI en el domicilio del sujeto, con el previo establecimiento del rapport, comentándole en general en qué consistiría el tratamiento y que contaríamos con el apoyo de un médico de la Institución para conocer su opinión al respecto.

Después de saber que no habría inconveniente de parte del sujeto en relación a los anteriores, EN LA PRIMERA SESION se tomaron los datos de la línea base con 5 aplicaciones del IDARE a intervalos de 5 minutos; posteriormente, se procedió a colocar los electrodos del electromiógrafo por conducto del médico en los músculos trapecios (por las razones ya citadas anteriormente), para que de esta manera, tomar también 5 mediciones a diferentes intervalos de la actividad muscular presentada por dicho sujeto en esos momentos.

Una vez obtenidos los datos de la línea base, y antes de iniciar la inducción de la hipnosis, se le pidió a la sujeto que nos contestara una vez más el IDARE, terminando esto, se le pidió que nos relatara la última vez que había ingerido be-

bidas alcohólicas con todos los detalles posibles, COMO SI lo estuviera viviendo en ese momento, se le pidió que recordara - qué pensamientos y emociones había experimentado antes, durante y después de esa ocasión en que consumió dichas bebidas. Asimismo, en este momento, cuando se observó que ya estaba bastante involucrada en imaginarse lo que se le había pedido, se tomó una medición con el electromiógrafo, la que el médico interpretó en ese mismo momento. Ya que terminó de imaginarse o recordar dicha situación, procedimos a inducir el estado hipnótico hasta el grado más profundo que pudiese lograr en esa -- ocasión, mediante las técnicas ya citadas (ver anexo A); después de esto, se le pidió a la sujeto que recordara otra situación similar a la anterior y de la misma manera, COMO SI la estuviera viviendo nuevamente, pero ahora haciendo lo que ella creyera poder hacer para afrontar con mucho éxito esa situación que la había impulsado a hacer sus ingestas habituales de alcohol. Después que terminamos de hacer este ejercicio, procedimos al establecimiento del signo-símbolo y a la terminación del trance mediante las técnicas ya citadas, después de lo --- cual le preguntamos si había sentido alguna diferencia entre - las dos maneras de recordar dichas situaciones, respondiendo - que sí, después de esto se midió otra vez con el IDARE y el -- electromiógrafo.

Este procedimiento se aplicó durante DOS SESIONES MAS con diferentes situaciones reportadas por la sujeto, como resultado de la asignación de su tarea de automonitorear aquellas si-

tuaciones que la impulsaran a beber.

A partir de LA TERCERA Y HASTA LA DECIMA y última, se utilizó únicamente el segundo ejercicio de reestructuración cognoscitiva bajo hipnosis debido a que observamos que era el procedimiento más eficaz, en base a los comentarios de la sujeto y a nuestras observaciones del hecho de que con este procedimiento, los niveles de ansiedad de aquella disminuían considerablemente en relación con su ejecución "despierta", tal como se pudo apreciar por sus registros en el electromiógrafo. Asimismo, en estas últimas siete sesiones se trabajó con las situaciones que la sujeto consideraba que en un futuro cercano podrían precipitar una recaída. Después de la última sesión de tratamiento, se citó a la sujeto el siguiente día para la aplicación postratamiento del MMPI y del PBI.

Por otra parte, después de haber aplicado el IDARE durante las diez sesiones tanto antes como después del tratamiento, y haber tomado las mismas diez mediciones con el electromiógrafo tanto antes como después del tratamiento, procedimos a calificar las pruebas y a codificar los puntajes obtenidos de las mismas y del electromiógrafo para finalmente analizar dichos datos por medio de la computadora a través del "Paquete Estadístico Aplicado a las Ciencias Sociales" (SPSS).

Dentro de este paquete se utilizó UNA VARIACION DE LA PRUEBA "T" por las razones expuestas por el diseño utilizado.

esto con la finalidad de observar si se presentaron diferencias entre las medias de los datos obtenidos por estos dos instrumentos, en relación con la variable que se estaba midiendo, así como ver si se encontraba alguna relación entre los puntajes reportados por dichos instrumentos, lo que fue positivo, ya que se observaron las siguientes hipótesis:

1. H_1 Existe relación entre las variables puntajes electromiográficos de la ansiedad en línea base (VI) y, puntajes de ansiedad-estado y ansiedad-rasgo medidos por medio de IDARE en estado basal (V2).

H_0 No existe relación entre las variables puntajes electromiográficos de la ansiedad en línea base y, puntajes de ansiedad-estado y ansiedad-rasgo medidos por el IDARE en estado basal.

2. H_1 Existe relación entre las variables puntajes ansiedad-estado antes de cada una de las sesiones (V3) y, puntajes ansiedad-estado después de cada una de las sesiones (4).

H_0 No existe relación entre las variables puntajes ansiedad-estado antes de cada una de las sesiones y puntajes ansiedad-estado después de cada una de las sesiones.

3. H_1 Existe relación entre las variables puntajes ansiedad-rasgo antes de cada una de las sesiones (V5) y, puntajes ansiedad-rasgo después de cada una de las sesiones (V6).

H_0 No existe relación entre las variables puntajes ansiedad-rasgo antes de cada una de las sesiones y puntajes ansiedad-rasgo despues de cada una de las sesiones.

4. H_1 Existe relación entre las variables puntajes electromiográficos del correlato fisiológico de la ansiedad antes de cada una de las sesiones (V7) y, los mismos puntajes pero despues de cada una de las sesiones (V8).

H_0 No existe relación entre las variables puntajes electromiográficos del correlato fisiológico de la ansiedad antes de cada una de las sesiones y los mismos puntajes pero despues de cada una de las sesiones.

5. H_1 Existe relación entre las variables puntajes electromiográficos de la ansiedad antes de cada una de las sesiones (V9) y, puntajes del IDARE antes de las mismas sesiones (V10).

H_0 No existe relación entre las variables puntajes electromiográficos de la ansiedad antes de cada una de las sesiones y puntajes del IDARE antes de las mismas sesiones.

6. H_1 Existe relación entre las variables puntajes electromiográficos de la ansiedad despues de cada una de las sesiones (V11) y, puntajes del IDARE despues de las mismas sesiones (V12).

H_0 No existe relación entre las variables puntajes electromiográficos de la ansiedad despues de cada una de las se

siones y puntajes del IDARE despues de las mismas sesiones.

7. H_1 Existe relación entre las variables puntajes electromiográficos de la ansiedad en línea base (V1) y, puntajes - electromiográficos de la ansiedad despues de cada una de las sesiones (V11).

H_0 No existe relación entre las variables puntajes electromiográficos de la ansiedad en línea base y los mismos -- puntajes pero despues de cada una de las sesiones.

8. H_1 Existe relación entre las variables puntajes de ansie---dad-estado y ansiedad-rasgo medidos por el IDARE en esta do basal (V2) y, puntajes del IDARE despues de cada una de las sesiones (V12).

H_0 No existe relación entre las variables puntajes de ansie---dad-estado y ansiedad-rasgo medidos por el IDARE en esta do basal y, puntajes del IDARE despues de cada una de -- las sesiones.

C A P I T U L O V

R E S U L T A D O S

Para la obtención de resultados cuantitativos en la presente investigación, se aplicó UNA VARIACION DE LA PRUEBA "T" ---- (97a) incluida en el Paquete Estadístico Aplicado a las Ciencias Sociales (SPSS). La característica fundamental de esta variación de la prueba "T" consiste en que es una prueba aplicable a aquellos diseños de investigación en los cuales $N=1$, es decir, en LOS DISEÑOS INTRA-SUJETO ó de muestras pequeñas.

Para este caso en particular, en el cual se trabajó con un solo sujeto, se consideró el valor de $N=10$ como el número de sesiones que duró el tratamiento. Asimismo, debido a que los valores de todas las correlaciones fueron diferentes de "0" ó se aproximaron más hacia dicho valor, podemos inferir que no se presentó DEPENDENCIA SERIAL entre las mediciones de la variable dependiente (97a) y por lo tanto, los resultados obtenidos son estadísticamente significativos.

5.1 ANALISIS CUANTITATIVO.

Como ya se citó previamente, la aplicación de esta modalidad de la prueba "T" fue con la finalidad de establecer si existían o no, diferencias significativas entre las medias de los puntajes obtenidos por el IDARE y el electromiógrafo, tanto an-

tes y despues de cada sesión, como antes y despues del trata---
miento. De esta manera, los valores obtenidos de la aplicación
de esta prueba paramétrica, nos permitirían informar sobre la
probabilidad o improbabilidad de aceptar o rechazar una u otra
de nuestras hipótesis de trabajo, afirmando si la diferencia -
fue o no significativa.

Por consiguiente, los resultados obtenidos fueron los si-
guientes:

Con respecto a las variables de puntaje electromiográfi---
cos de la ansiedad en línea base y, puntajes de ansiedad-estado
y ansiedad-rasgo medidos por el IDARE en estado basal; se encon-
tró una $r=.01$ con una $p=0.96$, lo que indica la presencia de una
correlación baja y no significativa debido a que es mayor a $.05$
asimismo, se obtuvo un valor para la prueba $t=0.10$ con una ---
 $p=0.92$, que al ser mayor de $.05$ nos indica que no hubo diferen-
cias estadísticamente significativas entre estas dos variables,
por lo cual rechazamos la H_1 y aceptamos la H_0 . A pesar de es-
tos resultados, se observó una baja disminución entre medias de
44.80 a 44.30.

Por otra parte, en relación a las variables puntajes ansie-
dad-estado antes de cada una de las sesiones, y puntajes ansie-
dad-estado despues de las mismas sesiones se observó una $r=.59$
con una $p=0.07$ lo que indica la presencia de una correlación --
moderada y no significativa, debido a que es ligeramente mayor

a .05; de la misma manera se observó un valor para $t=5.62$ con una $p=0.00$ que al ser menor a .05 nos indica que sí hubo diferencias estadísticamente significativas entre estas variables. además, estos resultados se reafirman por el hecho de que se observó una disminución (decremento) de los valores de las medias, ya que el valor de la \bar{X} antes del tratamiento fue de 37.80 y después del mismo fue de 33.00; con esto, rechazamos la H_0 y aceptamos la H_1 .

Por otro lado, en lo que se refiere a las variables puntajes de ansiedad-rasgo antes de cada una de las sesiones y puntajes ansiedad-rasgo después de las mismas, se observó una $r=-.30$ con una $p=0.39$ que al ser mayor a .05 nos permite inferir que se trata de una correlación baja y no significativa; de igual modo, se obtuvo un valor de $t=1.40$ con una $p=0.19$ que al ser mayor a .05 nos permite observar que no hubo diferencias estadísticamente significativas entre las variables y con ello, rechazamos H_1 y aceptamos H_0 . No obstante estos resultados, es importante mencionar que se observó un ligero decremento en los valores de las medias, de 48.10 que fue el valor inicial (pretratamiento) bajó a 46.30 después del tratamiento.

Aparte, respecto a las variables puntajes electromiográficos del correlato fisiológico de la ansiedad antes de cada una de las sesiones y los mismos puntajes pero después de cada una de las sesiones, se observó una $r=-.01$ con una $p=0.97$ que al ser mayor a .05 indica una correlación baja, indirectamente pro

porcional y no significativa; sin embargo, se observó un valor de $t=6.57$ con una $p=0.00$ que al ser menor a $.05$ nos permite inferir que sí hubo diferencias estadísticamente significativas entre estas variables, por tanto, rechazamos la H_0 y aceptamos la H_1 . Además de estos resultados, se observó una disminución entre los valores de las medias, de 113.70 antes del tratamiento bajó a 21.80 después del mismo.

Por otra parte, en lo que concierne a las variables puntajes electromiográficos de la ansiedad antes de cada una de las sesiones y puntajes del IDARE antes de las mismas, se obtuvo -- una $r=.18$ con una $p=0.61$ que al ser mayor a $.05$ indica que se trata de una correlación baja y no significativa; no obstante, este resultado, se obtuvo un valor de $t=5.50$ con una $p=0.00$ que al ser menor a $.05$ indica que sí hubo diferencias estadísticamente significativas entre estas variables, con lo que rechazamos H_0 y aceptamos H_1 . Aunado a estos resultados, se observó -- un decremento entre medias de 113.70 a las mediciones del electromiógrafo a 42.80 en las del IDARE.

Por otro lado, en lo que respecta a las variables puntajes electromiográficos de la ansiedad después de cada una de las sesiones y puntajes del IDARE después de las mismas, se observó -- una $r=.49$ con un valor de $p=0.14$ que al ser mayor a $.05$ indica la presencia de una correlación moderada y no significativa, -- sin embargo, se obtuvo un valor para $t=-3.71$ con una $p=0.005$ -- que al ser menor a $.05$ nos permite inferir que sí hubo diferen-

cias estadísticamente significativas entre las variables en cuestión, por lo tanto rechazamos la H_0 y aceptamos la H_1 . Además de estos resultados, en este caso se observó un aumento entre medias, de 21.80 para las mediciones con el electromiógrafo a 39.40 para las del IDARE.

Para las variables puntajes electromiográficos de la ansiedad en línea base y los mismos puntajes pero de la ansiedad después de cada una de las sesiones, se obtuvo una $r=.17$ con una $p=0.63$ que al ser mayor a $.05$ indica la presencia de una correlación baja y no significativa; no obstante estos resultados, se observó un valor para $t=3.81$ con una $p=0.004$ que al ser menor a $.05$ nos faculta para inferir que sí hubo diferencias estadísticamente significativas entre estas variables, por tanto, rechazamos la H_0 y aceptamos la H_1 . Aparte de estos resultados también se obtuvo una disminución entre las medias de 44.80 en las mediciones de línea base (pre-tratamiento); a 21.80 en las mediciones después de cada sesión.

Por último, en cuanto a a las variables de ansiedad-estado y ansiedad rasgo, medidos por el IDARE en estado basal y los mismos puntajes pero de la ansiedad después de cada una de las sesiones, se observó una $r=.48$ con una $p=0.15$ que al ser mayor a $.05$ indica que se trata de una correlación moderada y no significativa; además se obtuvo un valor para $t=2.17$ con una $p=0.05$ que al ser igual a $.05$ nos permite inferir que sí hubo diferencias estadísticamente significativas entre estas varia--

bles, con lo cual rechazamos la H_0 y aceptamos la H_1 . Asimismo se observó una disminución entre las medias de 44.30 en las mediciones de línea base, bajó a 39.40 en las de cada una de las sesiones.

5.2 ANALISIS CUALITATIVO.

A partir de los resultados estadísticos obtenidos y de acuerdo con los planteamientos de Reaney (140) citados en su oportunidad, podemos deducir las siguientes observaciones:

1) El sujeto experimentó una disminución considerable de una de las características de la variable dependiente, la ansiedad, desde el inicio del tratamiento y subsecuentemente de sesión en sesión al grado que, en la novena sesión, se observó una actividad isocelétrica que de acuerdo con la interpretación del médico que nos apoyó, es una manifestación de una relajación muy profunda. Esto se vio corroborado por las no menos considerables disminuciones (o decrementos) observadas entre las medias de siete pares de muestras.

2) Otra observación muy importante obtenida de estos resultados es el hecho de que las mediciones obtenidas por medio del electromiógrafo parecen ser más objetivas y finas que las obtenidas por el IDARE, ya que como se podrá observar, los decrementos entre las medias de las mediciones hechas por este instrumento fueron mucho más significativas, incluso se observó un au

mento en la media de una medición hecha con el IDARE.

3) Un hecho importante observado a partir de estos resultados es el que se refiere a la importancia de cuáles son los datos - más importantes que pueden ser útiles para el clínico, si aquellos que tienen una SIGNIFICANCIA ESTADISTICA o los que presentan SIGNIFICANCIA CLINICA. Para una revisión más profunda de - estos tópicos se pueden consultar los trabajos de Kazdin (97) y de Nathan y Lansky (129), quienes han realizado una amplia expo- sición de los mismos, analizando sus ventajas y desventajas tan- to en el ámbito experimental como clínico. En esta investiga- ción en particular, como se podrá observar, si bien algunos re- sultados no fueron estadísticamente significativos, clínicamen- te sí lo son.

4) En último término, en base a estos resultados podemos a- firmar que efectivamente, tal como lo planteamos en nuestra pre- gunta de investigación, la hipnosis puede facilitar y mantener la reestructuración cognoscitiva en personas con adicción a las bebidas alcohólicas; esto se pudo corroborar con los resultados obtenidos a través del MMPI y del PBI expuesto a continuación.

En relación con los resultados obtenidos a partir de la a- plicación del Inventario de Creencias Personales (PBI), se pue- de afirmar que efectivamente la sujeto fue capaz de reestructu- rar sus ideas irracionales que estaban relacionadas, principal- mente, con su adicción a las bebidas alcohólicas. Esto quedó -

de manifiesto en el decremento en la puntuación obtenida en la aplicación post-tratamiento (ver Fig.4) y sobre todo, por los comentarios emitidos por este sujeto en relación con su adicción y en general, con sus expectativas ante la vida.

Es importante mencionar que la calificación de este inventario fue de la misma manera que la citada oportunamente, es decir, en una escala de tres puntos que incluye: De acuerdo, indeciso y en desacuerdo, en este orden. El valor o peso asignado a cada opción fue de 3, 2 y 1 para la aplicación pretratamiento y en orden inverso, para la aplicación postratamiento. Esto porque esperábamos que el sujeto presentara una alta incidencia de creencias irracionales antes del tratamiento, las que reestructuraría en el curso del tratamiento.

Por último, en cuanto a los resultados obtenidos por la aplicación del MNEPI, su interpretación se hizo en función de las escalas clínicas más elevadas, que precisamente son las que pueden discriminar conductas como la tratada en este estudio con las características principales de las mismas citadas oportunamente.

De tal manera, debido a la elevación de la escala de Mentira (L) se puede afirmar que antes de tratamiento la sujeto se mostraba imposibilitada, con expectativas de poca capacidad para resolver sus problemas por sí misma. Asimismo, en función de la puntuación obtenida en la escala de Confusión (F) se pue-

de decir que se debió, principalmente, al grado de desorganización de su personalidad propia de las reacciones tóxicas de las personas con problemas de adicción.

Por otra parte, en relación con las escalas clínicas, debido a que la escala de Depresión (D), Desviación psicopática --- (Dp) y Psicastenia (Pt) o de reacciones obsesivo-compulsivas -- fueron tres de las más elevadas, podemos afirmar, de acuerdo -- con Núñez (1985), que este perfil se encuentra principalmente - en sujetos que padecen una reacción de ansiedad y "alcoholismo" Puede tratarse de una reacción depresiva en el "alcohólico" debido a su ansiedad, conflictos matrimoniales, insomnio, tensión "alcoholismo" crónico, sentimientos de inferioridad y culpa. - Se ha observado que la elevación de la escala 4(Dp) se encuentra asociada con una alta frecuencia de "alcoholismo", mientras que la elevación de las escalas 2(D) y 7 (Pt) están relacionadas con la depresión y la ansiedad.

Finalmente, respecto a la otra escala clínica elevada, que fue la de Esquizofrenia (Es), podemos afirmar que debido a su - relación con las escalas 2(D) y 4(DP) entre las características principales -para el contexto que nos ocupa- de los individuos que presentan este perfil se encuentra que son independientes - emocionalmente y presentan problemas de "alcoholismo". Asimismo, debido a que esta fue la escala clínica más elevada y se relaciona -desde un punto de vista dinámico- con las fantasías de un sujeto, me aventuro a sugerir que de acuerdo con la tesis --

que se sustenta aquí, se encuentra bastante relacionada con un estilo de pensamiento irracional ó catastrófico.

Por consiguiente, como se puede observar en el perfil de la aplicación de este sujeto (ver anexo C), hubo una disminución bastante considerable de las características principales de nuestra variable dependiente (ansiedad e ideas irracionales) incluso de la misma variable, es decir, de la cantidad de bebida consumida, de las razones y ocasiones para ello. Esto último fue corroborado por comunicaciones personales con familiares del sujeto.

5.3 DISCUSION.

En base a lo expuesto en páginas anteriores, en esta última fase de la investigación creemos tener una convicción más firme respecto a la importancia del problema considerado aquí, y más importante aún, empezar a difundir cada vez más el uso de estos procedimientos por los profesionales de la salud mental, con dos objetivos implícitos: primero, para desechar todos aquellos procedimientos que debido al momento actual que vivimos resultan obsoletos y; y segundo término, para enseñarle a la gente que tiene problemas de adicción, que también tiene otras muchas capacidades que puede desarrollar para con ello hacer más grata su existencia.

Como sabemos, el número de personas que presentan el hábi-

to de consumir bebidas alcohólicas tanto en otros países como - en el nuestro es enorme, debido a muchos factores sociales y - personales (123). No obstante esto, el ser humano es tan infinitamente creativo y capaz de lograr lo que quiere, que en muchas ocasiones sólo necesita de una ínfima chispa de luz para - que él mismo genere el cambio que desee en el momento que lo necesita. Nosotros podemos ayudarle a que se oriente a la búsqueda de esa chispa, por ejemplo, promoviendo en las personas que presentan el problema tratado aquí, una separación de su hábito considerándolo como algo que ellos hacen y no como algo que ellos son (123).

Aún cuando ya se reportaron resultados parciales en páginas anteriores, aquí pretendemos conjuntar todo lo expuesto en relación a nuestra pregunta de investigación, respecto a si la hipnosis puede facilitar y mantener el procedimiento cognitivo-conductual de la reestructuración cognoscitiva. Así, observamos que efectivamente, de la misma manera en que otros autores (140, 152) han probado la efectividad de otros procedimientos conductuales de manera conjunta con la hipnosis, este procedimiento de la reestructuración cognoscitiva, con todas las técnicas ya expuestas, puede verse enormemente beneficiado por ese estado particular de conciencia conocido como hipnosis.

Finalmente, es muy importante analizar el contenido de todo aquello que piensa y se dice a sí mismo la persona con adicción al alcohol, qué recursos ha utilizado para afrontarla y, -

sobre todo, el valor que les atribuye a todas nuestras costum--
bres (por ejem., el compadrazgo) y creencias irracionales o ---
atemporales. Con esta finalidad nos pueden ser de mucha ayuda
los inventarios o escalas de creencias irracionales y los pro--
cedimientos de automonitoreo, por citar sólo algunos de los ya
analizados y, con ello, tener más posibilidades de contribuir -
a dilucidar las características comunes que subyacen a las adiciones
en general, y a la bebida alcohólica en particular.

5.4 CONCLUSIONES.

En base a la pregunta de investigación se derivan las si--
guientes conclusiones.

Que el sujeto estudiado fue una mujer con edad promedio de
32 años, primaria concluida, con lugar de residencia en el in--
terior del país y observándose como característica principal --
que presentaba adicción al consumo de bebidas alcohólicas.

Se observó una considerable disminución de los niveles --
de ansiedad del sujeto, desde la primera hasta la última sesión
del tratamiento, con la consecuente facilidad para desarrollar
cabalmente la reestructuración de sus ideas o creencias irracionales
nales, principalmente las relacionadas con su adicción. Este -
hecho se observó por medio de los cuatro instrumentos principa--
les es decir: el IDARE, el MMPI, el electromiógrafo y el PBI.

Se observó que este sujeto apoyaba varias creencias irracionales asociadas con su hábito de beber, por ejemplo, el creer que el alcohol le ayudaba a olvidar sus problemas.

Asimismo, se observó un cambio en las expectativas de autoeficacia y autoestima del sujeto, con la resultante disminución o automanejo de su hábito de beber y de las emociones negativas que estaban asociadas al mismo, tales como sentimientos de culpa y coraje.

En último término se observó que, si la aplicación de la reestructuración cognoscitiva como única intervención terapéutica, supera en muchos aspectos a otros procedimientos conductuales como la TRE y la desensibilización sistemática, su efectividad se puede ver doblemente aumentada por el uso combinado de la hipnosis resultando así, un recurso terapéutico extraordinario para ser usado por el clínico, en colaboración con el paciente, para el entrenamiento de éste en el automanejo de su conducta adictiva.

5.5 ALCANCES, LIMITACIONES Y SUGERENCIAS.

5.5.1. LOGROS.

1) El primer punto de relevancia en nuestro estudio es el haber abordado el ámbito de las conductas adictivas desde una perspectiva cognitivo-conductual, que como se expresó en su

oportunidad, es un tópico muy poco investigado actualmente en nuestro país. Estamos concientes de que existe muy poca información sobre la aplicación de la reestructuración cognoscitiva en la adicción al alcohol en nuestro país, por lo cual esperamos que esta investigación estimule el interés de los clínicos para que realicen tantos estudios sobre el tema como ellos lo deseen.

2) Consideramos un gran logro el haber utilizado un aparato comúnmente usado en la biorretroalimentación, como uno de nuestros instrumentos de medición y así dar una pequeña idea de la utilidad que puede brindarle al clínico en su ejercicio profesional.

3) Por otra parte, el haber utilizado una prueba paramétrica para el análisis estadístico de los resultados, también lo consideramos un gran logro y esperamos que propicie aplicaciones futuras con la misma y con todas las que contamos en nuestro arsenal de instrumentos psicológicos.

4) Un logro más fue el de hacer una primera aproximación a la aplicación de instrumentos psicológicos que miden las creencias personales e irracionales de una persona, esperando también con ello promover el interés para futuras aplicaciones que mejoren en mucho la del presente estudio.

5) Creemos que nuestro mayor logro fue el dar una primera apro

ximación del uso combinado de la hipnosis y terapia conductual específicamente la reestructuración cognoscitiva, en el campo del tratamiento de la adicción a las bebidas alcohólicas, con sus respectivos aportes teóricos, en particular de la hipnosis debido a la concepción distorsionada que aún mantiene mucha gente incluyendo muchos profesionales de la medicina y la salud mental, en particular los psicólogos clínicos. Con esta pequeña aportación esperamos poder estimular realmente la inquietud de muchos colegas, ya sea para refutar o mejorar esta investigación en todos sus aspectos.

5.5.2 LIMITACIONES.

- 1) Consideramos que una de las limitaciones más importantes -- fue el haber trabajado con un solo sujeto, ya que aun cuando se controlaron variables como sexo y edad, es muy difícil generalizar los resultados obtenidos de un estudio de esta índole.
- 2) Otra limitación muy importante fue el hecho de que el sujeto no residiera en la ciudad de México o en el área metropolitana, ya que esto impidió la realización de un seguimiento apropiado para poder determinar con más exactitud, por cuánto tiempo se podrían haber mantenido los resultados obtenidos en función de la duración del tratamiento.
- 3) Por otro lado, una limitación muy importante fue no contar con algún instrumento psicológico que mida las creencias irra--

cionales y que haya sido estandarizado para nuestro país.

4) Creemos que una limitación también muy importante fue el -- hecho que el sujeto de estudio no haya sido miembro de un grupo de AA alguna vez, ya que de haber sido así, habríamos podido observar una mayor cantidad de las creencias irracionales sostenidas por esta población.

5) La limitación más importante fue que no se pudo contar con los electromiogramas ya impresos en el papel fotosensible del -- electromiógrafo, por razones administrativas; tratamos de solucionar esta limitante tomando fotografías de cada sesión, pero -- como los trazos emitidos por dicho aparato son muy finos, apenas si era posible visualizarlos en las fotos y cuando se les -- intentó reproducir por sistema de fotocopiado, fueron totalmente imperceptibles. Creemos que fue una limitante primordial -- porque habría permitido demostrar objetivamente, sesión por sesión, las variaciones en el estado de ansiedad de la sujeto.

5.5.3 SUGERENCIAS.

1) En primer término sugerimos realizar una replicación más rigurosas en el orden metodológico de investigaciones similares, y además ampliar estas aplicaciones a otras conductas adictivas -- diferentes a la tratada aquí.

2) Una sugerencia que consideramos importante es trabajar de --

manera interdisciplinaria con los profesionales de la medicina, ya que en muchos de los casos de adicción a las bebidas alcohólicas se pueden presentar complicaciones orgánicas, por lo que es importante contar con el apoyo profesional del médico.

3) Otra sugerencia importante es que creemos imprescindible la estandarización de al menos una prueba psicológica que mida el repertorio de creencias irracionales de una persona en general y, de la que presenta problemas de adicción al alcohol en particular.

4) Finalmente, consideramos muy necesario que en futuras investigaciones sobre el tema tratado en este estudio, se tenga muy bien en consideración la influencia del grupo familiar para garantizar un cambio más firme y permanente en los problemas de conducta adictiva.

B I B L I O G R A F I A

1. Abrams, S. (1964); An evaluation of hypnosis in the treatment of alcoholics, AMERICAN JOURNAL OF PSYCHIATRY, vol. 120, págs. 1160-1165.
2. Alvarado, S. (1978); HIPNODONCIA (HIPNOTISMO EN CIRUJIA DENTAL) (Tesis licenciatura) Universidad Autónoma de Zacatecas, págs. 1-14.
3. American Psychiatric Association. (1984); MANUAL DIAGNOSTICO Y ESTADISTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES, Toray Masson, Barcelona, págs. 138, 173-180 y 371-374.
4. Araoz, D.L. (1984a); Hypnosis in the treatment of sexual dysfunctions. En Wester, W.C. y Smith, A.H. (Eds.), CLINICAL HYPNOSIS: A MULTIDISCIPLINARY APPROACH, Lippincott Company, Philadelphia, págs. 405-420.
- Araoz, D.L. (1984b); Hypnosis in management training and development. En Wester, W.C. y Smith, A.H. (Eds.), CLINICAL HYPNOSIS: A MULTIDISCIPLINARY APPROACH, Lippincott Company, Philadelphia, págs. 558-573.
5. Arons, H. (1973); TECNICAS RAPIDAS DE HIPNOTISMO, Glem, Buenos Aires, págs. 7-13.
6. Bandler, R. (1975); PATTERNS OF THE HYPNOTIC TECHNIQUES OF MILTON H. ERICKSON, Meta publications, Cupertino, vol. 1, págs. 26-50.
7. Barber, T.X. (1981); Hypnosis, suggestions and psychosomatic

phenomena; a new look from the satand---
pint of recent experimental studies, En
Shapiro, Stoyva, "amiya, Barber, Miller y -
Shwartz (Eds), BIOFEEDBACK AND BEHAVIORAL
MEDICINE: THERAPEUTIC APPLICATIONS AND EX
PERIMENTAL FOUNDATIONS, Aldine, New York, -
págs. 139-152.

8. Barret, D. (1979); The hypnotic dream; Its relation to noc-
turnal dreams an waking fantasies, JOUR-
NAL OF ABNORMAL PSYCHOLOGY, vol.88, No.5
págs. 584-591.
9. B_atalla, M. (1982); DESARROLLO DE LA ESCALA ADICIONAL DE AL-
COHOLISMO EN EL INVENTARIO MULTIFASICO -
DE LA PERSONALIDAD (t_esis Licenciatura),
UNAM, México, págs. 6-12, 23-26 y 64-73.
10. Baudouin, C(s/fecha); SUGESTION Y AUTOSUGESTION, México, págs. -
49-58.
11. Beck, A.T. (1976); COGNITIVE THERAPY AND THE EMOTIONAL DI= -
ORDERS, The new american library, Nueva
York, págs. 24-46, 76-101 y 213-262.
12. Bellak, L. (1985); EL USO CLINICO DE LAS PRUEBAS PSICOLOGI-
CAS DEL T.A.T.C.A.T. Y S.A.T., Manual Mo
derno, México, Págs. 30 y 38-38.
13. Bellak y (1986); MANUAL DE PSICOTERAPIA BREVE, INTENSIVA
Siegel H. Y DE URGENCIA. Manual M_oderno, México, -
págs. 23-26.
14. Berne, E. (1988); JUEGOS EN QUE PARTICIPAMOS, Diana, México, -
págs. 77-85

15. Bernheim, H. (1891); HYPNOTISME, SUGGESTION, PSYCHOTHERAPIE, Etudes nouvelles Paris, págs. 1-43.
16. Bernstein, (1984); INTRODUCCION A LA PSICOLOGIA CLINICA, -- D.A. y Nietzel, - McGraw Hill, México, págs. 42,354,392--- M.T. 426.
17. Bettelheim, (1988); PSICOANALISIS DE LOS CUENTOS DE HADAS, - B. Grijalbo, México, págs. 9-31.
18. Binet, A. (1902); LES ALTERATIONS DE LA PERSONALITE, Alcan Paris, págs. 1-35.
19. Binet, A. y (1984); LE MAGNETISME ANIMAL, Alcan, Paris, pág. Féré, Ch. 75-112.
20. Bliss, E.L. y (1985); Sexual criminality and hipnotizability, Larson, E.M. THE JOURNAL OF NERVOUS AND MENTAL DISEASE, Vol. 173, No.9, págs.522-526.
21. Boring, E.G (1983); HISTORIA DE LA PSICOLOGIA EXPERIMENTAL, - Trillas, México, págs. 139-156.
22. Bourgeois, (1982); De la desensibilisation systematique aux PH. modifications cognitives sous hypnose, - ANNALES MEDIQUES-PSYCHOLOGIQUES, vol.140, No.5, págs. 509-517.
23. Boutin, G.E. (1983); Modification of irrational ideas and test y Tosi, D.J. anxiety through rational stage directed hypnotherapy (RSDH) JOURNAL OF CLINICAL PSYCHOLOGY, vol.39, No.3, págs 382-391.
24. Bovet, P. (1973); EL SENTIMIENTO RELIGIOSO Y LA PSICOLOGIA DEL NIÑO, psique, Buenos Aires, Pág.9-37.
25. Bowers, K.S. (1979); Time distortion and hypnotic ability; Un derestimating the duration of hypnosis,

- JOURNAL OF ABNORMAL PSYCHOLOGY, vol. 88, -
No. 4, págs. 435-439.
26. Bowers, K.S. (1979); Stress, disease, psychotherapy and hypnosis, JOURNAL OF ABNORMAL PSYCHOLOGY, vol. no. 5, págs. 490-505.
27. Bowers, P. (1979); Hypnosis and creativity: the search for the missing link, JOURNAL OF ABNORMAL PSYCHOLOGY, vol. 88, no. 5, págs. 564-572.
28. Braid, J. (1960); NEUROHIPNOLOGIA O LA RAZON DEL SUEÑO NEBRIOSO, Poblet, Buenos Aires, págs. 3-27.
29. Braun, B.G. (1984a); Hypnosis in family therapy. En Wester, W.C. y Smith A.H. (eds.), CLINICAL HYPNOSIS: - A MULTIDISCIPLINARY APPROACH, Lippincott Company, Philadelphia, págs. 325-336.
- Braun, B.G. (1984b); Uses of hypnosis with multiple personality, PSYCHIATRIC ANNALS, vol. 14, no. 1, pág. 34-40.
30. Brown, F.G. (1985); PRINCIPIOS DE LA MEDICION EN PSICOLOGIA Y EDUCACION, Manual Moderno, México, págs 80-100 y 151-158.
31. Cautela, J.R. (1976); The use of covert conditioning in hypnosis therapy, En Dengrove, E. (ed), HYPNOSIS - AND BEHAVIORS THERAPY, Charles C. Thomas - Publisher, Springfield, págs. 188-201.
32. Cautela, J.R. (1988); TECNICAS DE RELAJACION Ediciones Roca, - y Groden, J. México, págs. 9-22 y 29-41.
33. Cleay, A. (1982); INSTRUMENTACION EN PSICOLOGIA, Limusa, Mé

- xico, págs. 252-262.
34. Cochrane, G. (1986); Hypnotherapy in weight loss treatment, -
 JOURNAL OF CONSULTING AND CLINICAL PSY--
 CHOLOGY, vol. 54, no. 4, págs. 489-492.
 35. Coe, W.C. (1980); Expectations, hypnosis and suggestion in
 behavior change. En Kanfer, F.H. y Golds-
 tein, A.P. (eds), HELPING PEOPLE CHANGE:
 A TEXTBOOK OF METHODS, Pergamon Press, --
 Nueva York, págs. 423-469 (existe traduc-
 ción al español; COMO AYUDAR AL CAMBIO -
 EN PSICOTERAPIA, Descripción de Brower, Bil--
 bao, 1987).
 36. Coué, E. (1922); SELF MASTERY THROUGH CONSCIOUS AUTOSU---
 GGESTION, American library service, Nueva
 York, págs. 5-35.
 37. Crawford, H. (1979); Hypnotic deafness: A psychophysical stu-
 dy of responses to tone intensity as mo-
 J. McDonald, H. y Hilgard E.R. fied by hypnosis, AMERICAN JOURNAL OF --
 PSYCHOLOGY, vol. 92, no. 2, págs. 193-214.
 38. Cronkite, R. (1978); Evaluating alcoholism treatment programs:
 C., Moss, R.H. an integrated Approach, JOURNAL OF CON--
 SULTING AND CLINICAL PSYCHOLOGY, vol. 46, -
 no. 5, págs. 1105-1119.
 39. Chaney, E.F. (1978); Skill training with alcoholics, JOURNAL -
 O'Leary, M.R. OF CONSULTING AND CLINICAL PSYCHOLOGY, -
 vol. 46, no. 5, págs. 1092-1104.
 40. Chateau, J. (1986); PSICOLOGIA DE LOS JUEGOS INFANTILES, Kape

luzm Buenos Aires, págs.3-58 y 111-147.

41. Chertok, L. (1984a); On the centenary of Charcot: Hysteria, suggestibility and hypnosis, BRITISH JOURNAL OF MEDICAL PSYCHOLOGY, vol.57, págs. 111-120.
- Chertok, L. (1985b); LO CONOCIDO Y LO DESCONOCIDO EN PSICOTERAPIA, Ed. F.C.E. México, págs. 100-105.
42. Chertok, L. (1980); NACIMIENTO DEL PSICOANALISTA. VICISITUDES DE LA RELACION TERAPEUTICA DE MESMER A FREUD, Gedisa, Barcelona, págs.11-98.
43. Chiasson, S. (1984); Hypnosis in other related medical conditions. En Wester, W.C. y Smith, A.H. (Eds) CLINICAL HYPNOSIS: A MULTIDISCIPLINARY APPROACH, Lippincott, Philadelphia, págs 288-304.
44. Davis, M. - (1988); TECNICAS DE AUTOCONTROL EMOCIONAL, Ediciones Roca, México, Págs.27-31, 43-60, --- Eshelman E.R. 169-176.
45. Deikman, A.J (1986); EL YO OBSERVADOR, Ed. F.C.E., México, págs. 91-106, 114-124 y 142-152.
46. Delgado, R.R (1963); CONSIDERACIONES SOBRE LA HIPNOSIS COMO RECURSO PSICOTERAPEUTICO (tesis licenciatura), UNAM, México, págs. 1-25.
47. Deltito, J. (1986); Hypnosis in the treatment of depression: Research and theory, PSYCHOLOGICAL REPORTS, vol. 58, págs. 923-929.
48. Domangue, B. (1985); Hypnotic regression and reframing in the

treatment o insect phobias, AMERICAN JOURNAL OF PSYCHOTHERAPY, vol. 39, no.2, pág 206-213.

49. Dorcus, R.M. (1956); HYPNOSIS AND ITS THERAPEUTIC APPLICATION McGraw Hill Book Company, Nueva York, -- págs. 163-178.
50. Duprat, E. (1960); HIPNOTISMO, Crespillo, Buenos Aires, pág 1-16.
51. Ellis, A. (1981a); RAZON Y EMOCION EN PSICOTERAPIA, Desclee deBrouwer, Bilbao, págs. 37-99.
- Ellis, A. (1985b); COMO VIVIR CON UN NEUROTICO, Editorial central, Buenos Aires, págs. 1-18.
52. Ellis, A. y (1986); TERAPIA RACIONAL EMOTIVA (TRE), Pax-México, Aarabms, E. co, págs. 61-76 y 149-210.
53. Erickson, M. (1956a); Deep Hypnosis and its induction. En Le--
H. Cron, L.M. (ed) EXPERIMENTAL HYPNOSIS, --
The McMillan Company, Nueva York, pág 70--
112.
- Erickson, M. (1977c); An experimental investigation of the possible antisocial use hypnosis. En Kuhn, L. y Russo, S. (eds.) MODERN HYPNOSIS, --
Wilshire, Hollywood, págs. 231-278.
- Erickson, M. (1982c); Problemas psicológicos básicos en la investigación de la hipnosis. En Estas--
H. brooks, G.H. (Comp.), PROBLEMAS ACTUALES DE LA HIPNOSIS, Ed. F.C.E., México págs. -
183-196.

54. Esdalide, J. (1959); CIRUJIA MAYOR Y MENOR BAJO HIPNOSIS, ---
C. Espillo, Buenos Aires, págs. 9-22.
55. Evans, F.J. (1979); Contextual forgetting: posthypnotic source amnesia JOURNAL O ABNORMAL PSYCHOLOGY.
vol.88, no.5, págs. 556-563.
56. Ey, H. Bernard (1987); TRATADO DE PSIQUIATRIA, Masson, México,
págs. 359-373 y 960-964.
57. Faria, O.A. (1959); MANUAL DE HIPNOSIS MEDICA Y ODONTOLOGICA,
Cajica, México, págs. 19-45, 155-158, --
271-281 y 341-344.
58. Feamster, J. (1976); Hypnotic aversion to alcohol: Three year
H. follow up of one patient. En Dengrove, E.
(Ed.), HYPNOSIS AND BEHAVIOR THERAPY, --
Charles C. Thomas Publisher Springfield,
págs. 342-348.
59. Fenichel, O. (1984); TEORIA PSICOANALITICA DE LAS NEUROSIS, -
Paidós, Barcelona, págs. 133, 620-626.
60. Fish, R., Wea (1988); LA TACTICA DEL CAMBIO, Herder, B. rcelona
kland, J.H.y 149-196.
S. gal, L.
61. Foster, G.M. (1987); TZINTZUNTZAN: LOS CAMPESINOS MEXICANOS -
EN UN MUNDO EN CAMBIO, Ed. F.C.E.; México,
págs. 13-25 y 81-90.
62. Frankel, F. (1981); Short-term psychotherapy and hypnosis, -
H. PSYCHOTERAPY PSYCHOSOMATICS, vol. 35, -
págs. 236-243.
63. Frankl, V.E. (1983a); PSICOANALISIS Y EXISTENCIALISMO, F.C.E., -

México, págs. 265-287.

Frankl, V.E. (1987b); PSICOTERAPIA Y HUMANISMO, F.C.E., México, págs. 127-169.

64. Freud, S. (1981a); Estudios sobre la histeria. En OBRAS -- COMPLETAS, Biblioteca Nueva, Madrid, Tomo I, págs. 39-138.
- Freud, S. (1981b); Esquema del psicoanálisis. En OBRAS COMPLETAS, Biblioteca Nueva, Madrid, Tomo - III, págs. 2729-2759.
- Freud, S. (1981c); Psicopatología de la vida cotidiana. En OBRAS COMPLETAS, Biblioteca Nueva, Ma--- drid, Tomo I, págs. 755-931.
- Freud, S. (1981ch); Psicología de las masas y análisis del Yo. En OBRAS COMPLETAS, Biblioteca Nueva Madrid, Tomo III, págs. 2563-2592.
65. Fromm, E. y (1985); SOCIOPSICOANÁLISIS DEL CAMPESINO MEXICANO, Maccoby, M F.C.E. México, págs. 209-238.
66. Fromm, E. (1965a); Hypnoanalysis: Theory and two case exceptions, PSYCHOTHERAPY: THEORY, RESEARCH AND - PRACTICE, vol. 2, págs. 127-133.
- Fromm, E. (1984b); The theory and practice of hypnoanalysis En Wester W.C. y Smith A.H. (Eds), CLINICAL HYPNOSIS: A MULTIDISCIPLINARY APPROACH, Lippincorr, Philadelphia, págs. 142 -154.
67. Furst, A. (1977); POST-HYPNOTIC INSTRUCTIONS, Wilshire, Hollywood, págs. 91-104 y 175-207.

68. Gabel, S. (1988); The righthemisphere in imagery, hypnosis, rapid eye movement sleep and dreaming, THE JOURNAL OF NERVOUS AND MENTAL DISEASE, vol. 176, no.6, págs.323-331.
69. Gindes, B.C. (1978); NUEVOS CONCEPTOS SOBRE EL HIPNOTISMO, - Psique, Buenos Aires, págs. 186-223.
70. Goldfriend, (1981); TECNICAS TERAPEUTICAS CONDUCTISTAS, Paidós, Buenos Aires, págs. 19-31, 87-110, y 151-175.
M.R. y Davison, G.C.
71. Goldfried, (1980); Cognitive change methods. En Kanfer, F.H y Goldstein, A.P. (Eds.), HELPING PEOPLE CHANGE: A TEXTBOOK OF METHODS, Pergamon Press, Nueva York, págs.97-130 (Hay versión al español: COMO AYUDAR AL CAMBIO - EN PSICOTERAPIA, Desclée de Brouwer, Bilbao, 1987).
72. Goncalves de (1986); EL MAGUEY Y EL PULQUE EN LOS CODICES MEXICANOS. F.C.E., México, págs.13-56, 96-118 y 176-178.
73. Gorassini, (1986); A social-cognitive skills approach to the successful modification of hypnotic susceptibility, JOURNAL OF PERSONALITY AND SOCIAL PSYCHOLOGY, vol.50, no.5, págs. 1004-1012.
D.R. y Spanos N.P.
74. Gorton, B.E. (1982); Problemas actuales de la investigación fisiológica en la hipnosis. En Estabrooks, G.H. (Comp), PROBLEMAS ACTUALES DE LA

- HIPNOSIS, F.C.E., México, págs. 36-54.
75. Granone, F. (1973); TRATADO DE HIPNOSIS, Científico-Médica, Barcelona, págs. 3-55, 149-181 y 622-659.
76. Greenson, -(1986); TECNICA Y PRACTICA DEL PSICOANALISIS, -- R.R. Siglo XXI, México, págs. 17-30.
77. Greist, J. (1986); TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS MENTALES, H., Jefferson, Manual Moderno, México, págs. 34-46. J.W y Spitzer, RL.
78. Guzmán, N.J. (1970); HIPNODONCIA INFANTIL (Tesis licenciatura), UAG, México, págs. 1-35.
79. Haley, J. (1986a); TERAPIA NO CONVENCIONAL, Amorrortu, Buenos Aires, págs. 7-32, 103-107, 166-221 y 272-277.
- Haley, J. (1987b); TERAPIA DE ORDALIA, Amorrortu, Buenos Aires, págs. 123-126.
- Haley, J. (1988c); TERAPIA PARA RESOLVER PROBLEMAS, Amorrortu, Buenos Aires, págs. 62-89, 201-231.
80. Hartland, J. (1974); LA HIPNOSIS EN MEDICINA Y ODONTOLOGIA, - C.E.C.S.A., México, págs. 223-241, 278-284, 309-320 y 375-397.
81. Hartmann, H. (1987a); LA PSICOLOGIA DEL YO Y EL PROBLEMA DE LA ADAPTACION, Paidós, Buenos Aires, págs. 114-129.
- Hartmann, H. (1987b); ENSAYOS SOBRE LA PSICOLOGIA DEL YO, F.C.E., México, págs. 45-70.
82. Hersen, M. y (1976); A múltiple baseline anlysis o social--

- skills training in chronic schizophre---
 nics, JOURNAL OF APPLIED BEHAVIOR ANALY-
 SIS, vol.9, no.3, págs. 239-245.
83. Hibler, N.S. (1984); Investigative aspects of forensic hipno-
 sis. En Wester, W.C. y Smith, A.H. (Eds.),
 CLINICAL HYPNOSIS: A MULTIDISCIPLINARY
 APPROACH, Lippincott, Philadelphia, ---
 págs. 525-557.
84. Hilgard, E.R. (1965); HYPNOTIC SUSCEPTIBILITY, Harcourt, brace
 and world, Nueva York, págs. 120-295.
85. Hilgard, E.R. (1978); Covert pain in hypnotic analgesia: its -
 Hilgard, J.R., reality as tested by the real-simulator
 McDonald, H., design, JOURNAL OF ABNORMAL PSYCHOLOGY,
 Morgan, A.H. y vol. 87, no.6, págs. 655-663.
 Johnson, L.S.
86. Hilgard, E.R. (1978); The reality of hypnotic analgesia: a com-
 McDonald, H., parison of highly hypnotizables with si-
 Morgan, A.H. y mulators, JOURNAL O ABNORMAL PSYCHOLOGY,
 Johnson, L.S. vol.87, no.2, págs. 239-246.
87. Hilgard, E.R. (1975); Pain and dissociation in the cold pres-
 Morgan, A.H. y sor test: a study of hypnotic analgesia
 McDonald H. with "hidden reports" through automatic
 key pressing and automatic talking, JOUR
 NAL OF ABNORMAL PSYCHOLOGY, vol. 64, no.3
 págs. 280-289.
88. Hoffman, L. (1987); FUNDAMENTOS DE LA TERAPIA FAMILIAR, F.C.E
 México, págs. 219-222 y 262-265.

89. Hull, C.L. (1968); HYPNOSIS AND SUGGESTIBILITY, Meredith -- Corporation, Nueva York, págs. 3-22.
90. Ingegnieros, (1904); La patología de la risa: Los paroxismos de risa en la histeria, su tratamiento - por el hipnotismo. LA ESCUELA DE MEDICINA, Tomo XIX, no. 1, págs. 150-155.
91. Jacobson, E. (1987); Progressive relaxation, THE AMERICAN JOURNAL OF PSYCHOLOGY, vol. 100, nos. 3-4, -- págs. 522-537.
92. James, W. (1989); PRINCIPIOS DE PSICOLOGIA, F.C.E., México, - págs. 909-943 y 1027-1043.
93. Janet, P. (1889); L'AUTOMATISME PSYCHOLOGIQUE, Alcan, Pa-- rís, págs. 11-66.
94. Jean, R.S. y Robertson, L. (1986); Attentional versus obsorptive processing in hypnotic time estimation, JOURNAL OF ABNORMAL PSYCHOLOGY, vol. 95, no. 1, págs. 40-42.
95. Jensen, P.S. (1984); Case report of conversion catatonia: indication for hypnosis, AMERICAN JOURNAL OF PSYCHOTERAPY, vol. 38, no. 4, págs. 566 -569.
96. Jiménez, O.E. (1977); "El hipnotismo en la cultura náhuatl, --- PRENSA MEDICA MEXICANA, año XLII, nos. - 11-12, págs. 459-461.
97. Kasdin, A.E. (1976a); Statistical analyses for single-case experimental designs. En Hersen, M. y Barlow, D.H. (Eds.), SINGLE CASE EXPERIMENTAL DE

SIGNS: STRATEGIES FOR STUDING BEHAVIOR CHANGE, Pergamon Press, Elmsfor, págs. 265-316.

- Kazdin, A.E. (1980b); RESEARCH DESIGN IN CLINICAL PSYCHOLOGY Harper y Row, Nueva York, págs. 9-32, - 160-190 y 358-368.
98. Kazdin, A.E. (1977); Simultaneous-treatment designs comparisons of the earning reinforcers for one's peers versus for oneself, BEHAVIOR THERAPY, vol. 8, págs 682-693.
99. Kazdin, A.E. (1978); The simultaneous-treatment design, BEHAVIOR THERAPY, vol. 9, págs. 912-922.
100. Kellerman, J. (1983); Adolescents with cancer, JOURNAL OF ADOLESCENT HEALTH CARE, vol. 4, págs. - 85-90.
Ellenberg, L.
y Dash, J.
101. Kendall, P.C. (1983); ADVANCES IN COGNITIVE-BEHAVIORAL RESEARCH AND THERAPY, Academic Press, Nueva York, vol. 2, págs 279-302.
102. Kendall, P.C. (1979); COGNITIVE BEHAVIORAL INTERVENTIONS: THEORY, RESEARCH AND PROCEDURES, Academic Press, Nueva York, págs. 117-152, 205-240 y 319-355.
103. Kihlstrom, J. (1979a); Hypnosis and psychopathology: retrospect and prospect, JOURNAL OF ABNORMAL PSYCHOLOGY, vol. 88, no. 5, págs. 459-473.
Kihlstrom, J. (1985b); Hypnosis, ANNUAL REVIEW OF PSYCHOLOGY,

vol. 36, págs. 385-418.

104. Kihlstrom, J.(1985); Hypnosis as a retrieval cue in posthyp
F.; Brennehan, notic amnesia, JOURNAL OF ABNORMAL PSY
, H.A.; Pistole, CHOLOGY, vol.94, no.3, págs. 264-271.
D.D. y Shor, R.E.
105. Kingsbury, G.(1972); HIPNOSIS PRACTICA, Glen, Buenos Aires -
C. págs. 11-49.
106. Kline, M.V. (1961a); FREUD Y LA HIPNOSIS, Psique, Buenos Ai
res, págs. 15-32.
Kline, M.V. (1979b); Hypnosis with specific relation to bio
feedback and behavior therapy, PSYCHO-
THERAPY PSYCHOSOMATICS, vol. 31, págs.
294-300.
107. Kline, M.V. (1964); HIPNOSIS Y PSICOLOGIA DINAMICA, Psique
Buenos Aires, págs. 79-189.
108. Krapf, E.E. (1958); ANGUSTIA, TENSION, RELAJACION, Paidós,
Buenos Aires, págs. 45-75.
109. Krickeberg, (1988a); MITOS Y LEYENDAS DE LOS AZTECAS, INCAS,
W. MAYAS Y MUISCAS, F.C.E., México, págs.
25-28.
Krickeberg, (1988b); LAS ANTIGUAS CULTURAS MEXICANAS, F.C.E.
W. págs. 172-175.
110. Kroger, W.S.(1972a); HIPNOSIS CLINICA Y EXPERIMENTAL EN MEDI
CINA, ODONTOLOGIA Y PSICOLOGIA, Glen,
Buenos Aires, págs. 394-417 y 425-433.
Kroger, W.S.(1978b); Similarities and dissimilarities bet--
ween hypnosis and behavior therapy. -

En Frankel, F.H. y Zamansky, H.S. (Eds),
HYPNOSIS AND ITS BICENTENNIAL, Plenum
Press, Nueva York, págs. 197-205.

Kroger, W.S. (1984c); Hypnotherapy and behavior modification

En Wester W.C. y Smith, A.H. (Eds), CLINICAL HYPNOSIS: A MULTIDISCIPLINARY APPROACH, Lippincott, Philadelphia, págs 115-122.

111. Labadie, F. (1887); Contribución para el estudio del hipnotismo en México, GACETA MEDICA DE MEXICO, Tomo XXII, no. 1, págs. 450-461.

112. Laurence, J. (1981); The "hidden observer" phenomenon in --
R.; y Perry, C. hypnosis: some additional findings, --
JOURNAL OF ABNORMAL PSYCHOLOGY, vol. 90,
no. 4, págs. 334-344.

113. Laurence, J. (1983); "Hidden observer" phenomena in hypnosis
R.; Perry, C.;
y Kihlstrom, J. an experimental creation?, JOURNAL ABNORMAL PSYCHOLOGY, vol. 44, no. 1, págs. 163-169.

114. Lazarus, A.A. (1976a); "Hypnosis" as a facilitator in behavior therapy. En Dengrove, E. (Ed), HYPNOSIS AND BEHAVIOR THERAPY, Charles C. Thomas Publisher, Springfield, págs. - 180-197.

Lazarus, A.A. (1980b); TERAPIA CONDUCTISTA, Paidós, Buenos Aires, págs. 15-41, 146-164 y 197-212.

115. Lazarus, A.A. (1978); Hypnosis in the context of behavior --

- y Karlin, R.A. therapy. En Frankel, F.H. y Zamansky, H. S. (Eds), HYPNOSIS AND ITS BICENTENNIAL, Plenum Press, Nueva York, págs. 207-219.
116. Lazarus, R.S. (1986); ESTRES Y PROCESOS COGNITIVOS, Ediciones y Folkman, S. Roca, México, págs. 140-202.
117. LeCron, L.M. (1956a); EXPERIMENTAL HYPNOSIS, The McMillan -- Company, Nueva York, págs. 155-174.
- Le Cron L.M. (1989b); AUTOHIFNOTISMO, Diana, México, págs. - 28-41.
118. Lerner, M. (1964); HIPNOSIS CLINICA, RELAJACION E HIPNOANALISIS, Médica-Panamericana, Buenos Aires, págs. 113-138 y 192-194.
119. Levin, J. (1977); FUNDAMENTOS DE ESTADISTICA EN LA INVESTIGACION SOCIAL, Harla, México, págs. 33-38 y 200-223.
120. McKay, M., y (1988); TECNICAS COGNITIVAS PARA EL TRATAMIENTO DEL ESTRES, Ediciones Roca, México, Davis, M. y - Fanning, P. págs. 89-104, 125-133 y 199-221.
121. Mahoney, M.J. (1974); COGNITION AND BEHAVIOR MODIFICATION, - Ballinger, Cambridge, págs. 169-199 (--- Hay versión al castellano: COGNICION Y MODIFICACION DE CONDUCTA, Trillas, México, 1983).
122. Mahoney, M.J. (1988); COGNICION Y PSICOTERAPIA, Paidós, Barcelona, y Freeman, A. págs. 337-369.
123. Marlatt, G.A. (1982); Selfmanagement o addictive behaviors. - y Parks, G.A. En Karoly, P., y Kanfer, F.H., (Eds), --

SELF MANAGEMENT AND BEHAVIOR CHANGE,;
FROM THEORY TO PRACTICE, Pergamon Press
Nueva York, págs. 443-488.

124. Meares, A. (1962); HIPNOSIS MEDICA, Interamericana, México,
co, págs. 17-37, 43-64, 333-368 y 415-
419.
125. Meichenbaum(1977a); COGNITIVE BEHAVIOR MODIFICATION: AN IN
TTEGRATIVE APPROACH, Plenum Press, Nue-
va York, págs. 143-214.
- Meichenbaum(1985b); STRESS INNOCULATION TRAINING, Pergamon
Press, Nueva York, págs.1-12, 53-78 --
(Hay versión al castellano: MANUAL DE
INOCULACION DE ESTRES, Ediciones Roca,
México, 1986).
126. Miller, M.E. (1986); Hypnotic analgesia and stress inocula-
tion in the reduction of pain, JOURNAL
OF ABNORMAL PSYCHOLOGY, vol. 95, no.1, -
págs.6-14.
127. Moss, A.A. (1961); HIPNODONCIA O HIPNOSIS EN ODONTOLOGIA,
Mundi, Buenos Aires, págs. 21-36.
128. Montserrat,(1978); HIPNOSIS, Olimpo, México, págs.203-208.
V.L.
129. Nathan, P.E.(1978); Common methodological problems in rese
arch on the addictions, JOURNAL OF CON
SULTING AND CLINICAL PSYCHOLOGY, vol.-
46, no.4, págs. 713-726.
130. Nuñez, R. (1985); APLICACION DEL INVENTARIO MULTIFASICO

DE LA PERSONALIDAD (MMPI) A LA PSICOPATOLOGIA, Manual Moderno, México, págs. 1-44, 113-114 y 128.

131. O'Grady, D.J. (1984); Hypnosis with children and adolescents in the medical setting. En Wester, W.C. y Smith, A.H. (Eds) CLINICAL HYPNOSIS: A MULTIDISCIPLINARY APPROACH: Lippincott, Philadelphia, págs. 181-209.
132. Orné, M.T. (1979a); Hypnosis, ENCYCLOPAEDIA BRITANNICA, vol. 9, págs. 133-140.
- Orné, M.T. (1982b); La conducta antisocial y la hipnosis. - Problemas de control y validación en estudios empíricos. En Estabrooks, G.H. (Comp), F.C.E., México, págs. 125-170.
- Orné, M.T. (1984c); The use and misuse of hypnosis in court. En Wester, W.C. y Smith, A.H. (Eds.), -- CLINICAL HYPNOSIS: A MULTIDISCIPLINARY APPROACH. Lippincott, Philadelphia, -- págs. 497-525.
133. Ornstein, R. (1984); PSICOLOGIA DE LA CONCIENCIA, Manual Moderno, México, págs. 14-36.
134. Padua, J. (1978a); PAQUETE ESTADISTICO PARA LAS CIENCIAS SOCIALES (SPSS), 2^o colegio de México, México, págs. 16-44.
- Padua, J. (1987); TECNICAS DE INVESTIGACION APLICADAS A LAS CIENCIAS SOCIALES, F.C.E., México, págs. 63-85, 154-180 y 271-281.

135. Parra, G. (1896); *Agunas consideraciones sobre el hipnotismo desde el punto de vista tera peutico*, LA ESCUELA DE MEDICINA, tomo XIII no. 21, págs. 461-466.
136. Pettinati, H. (1981); *Restricted use of success cues in re-trieval during posthypnotic amnesia*, - M; Evans, F.J.; Orné, M.T. JOURNAL ABNORMAL PSYCHOLOGY, vol. 90, - no. 4, págs. 345-353.
137. Pick, W.S. y (1988); *COMO INVESTIGAR EN CIENCIAS SOCIALES*, López, V.A.L. Trillas, México, págs. 29-55, 73-96 y - 129-132.
138. Platonov, K. (1958); *LA PALABRA COMO FACTOR FISIOLOGICO Y - TERAPEUTICO*, Ediciones en lenguas ex-- tranjeras, Moscú, págs. 14-25, 345-348 y 453-456.
139. Powers, M. (1973); *TECNICAS AVANZADAS DE HIPNOTISMO*, Glem Buenos Aires, págs. 38-63.
140. Reaney, J.B. (1984); *Hypnosis in the treatment of habit di-sorders*. En Wester, W.C. y Smith, A.H., (Eds.), *CLINICAL HYPNOSIS: A MULTIDIS-CIPLINARY APPROACH*, Lippincott, Phila-delphia, págs. 305-324.
141. Rhodes, R.H. (1960a); *HIFNOSIS, TEORIA, PRACTICA Y APLICA---* GION' Aguilar, México, págs. 23-27 y -- 137-146.
- Rhodes, R.H. (1961b); *THERAPY THROUGH HYPNOSIS*, Citadel Press Nueva York, págs. 92-98.

142. Rimm, D.C. y (1987); TERAPIA DE LA CONDUCTA, Trillas, México
Masters, J.C. págs. 451-488.
143. Robles, U.M. (1988); Dos tigres aprenden a pelear. En Pérez
G.T. C.M. TECNICAS HIPNOTICAS EN PSICOTERA--
PIA (Tesis licenciatura), UNAM, México,
págs. 58-77.
144. Rohsenow, D. (1985); Stress management training as a preven-
J.: Smith, R.E. tion program for heavy social drinkers:
y Johnson, S. cognitions, affect drinking and indivi-
dual differences, ADDICTIVE BEHAVIORS,
vol. 10, págs. 45-54.
145. Roman, A.S. (1980); Self-suggestion and its influence on --
the human organism, SOVIET NEUROLOGY --
AND PSYCHIATRY, vol. 13, nos. 2-3, págs
7-28.
146. Rosen, S. (1986); MI VOZ IRA CONTIGO; LOS CUENTOS DIDACTI-
COS DE MILTON H. ERICKSON, Paidós., Bue-
nos Aires, págs. 13-46.
147. Rossi, E.L. (1980); THE COLLECTED PAPERS OF MILTON H. ERICK-
SON ON HYPNOSIS, Irvington Publishers, ↵
Nueva York, vol.2 (a), págs. 313-350 y;
vol.3(b), págs.3-33 y 122-176.
148. Sackeim, A.H. (1979); A model of hysterical and hypnotic blin-
Nordlie, J.W. dness: cognition, motivation and awaren-
y Gur, R.C. ess, JOURNAL OF ABNORMAL PSYCHOLOGY, --
vol.88, no.5, págs. 474-489.
149. Scott, D.L. (1976); HIPNOSIS EN ANESTESIA, Salvat, México, -

págs. 112-121.

150. Schneck, J.M. (1962); EL HIPNOTISMO EN LA MEDICINA MODERNA, Diana, México, págs. 23-46, 163-173, - 209-223 y 347-351.
151. Shor, R.E. (1982); Sobre los efectos fisiológicos de estímulos dolorosos durante la analgesia hipnótica: Puntos básicos para más amplia investigación. En Estarbrooks, G.-H. (Comp), PROBLEMAS ACTUALES DE LA HIPNOSIS, F.C.E., México, págs. 55-73.
152. Simon, M.J. (1982); Hypnosis and related behavioral approaches in the treatment of addictive behaviors. En Hersen, M., Eisler, M. y Miller, P.M. (Eds), PROGRESS IN BEHAVIOR MODIFICATION, Academic Press, Nueva York, vol. 13, págs. 51-73.
153. Sobell, L.C. (1978); Validity of self-reports in three populations of alcoholics, JOURNAL OF CONSULTING AND CLINICAL PSYCHOLOGY, vol. 46 no. 5, págs. 901-907.
154. Sosa, R.J.A. (1971); HIPNOTERAPIA EN LA DISFONIA HISTERICA (tesis licenciatura), Universidad Libre de Veracruz, Ver., págs. 1-40.
155. Sotomayor, (1977); LA HIPNOSIS EN PACIENTES PROBLEMA (tesis licenciatura), UAZ, Zacatecas, pág. 1-27.
156. Soustelle, (1984); LA VIDA COTIDIANA DE LOS AZTECAS EN -

VISPERAS DE LA CONQUISTA, F.C.E., México
págs. 153-161.

157. Spanos, N.P. (1986); Hypnotic behavior: A social-psychological interpretation of amnesia, analgesia and "trance logic", THE BEHAVIORAL AND BRAIN SCIENCES, vol.9, págs.449-502.
158. Spanos, N.P. (1976); Behavior modification and hypnosis. En Hersen M., Bisler, R.M. y Miller, P.M. (Eds), PROGRESS IN BEHAVIOR MODIFICATION, Academic Press, Nueva York, vol. 3, págs. 1-44.
159. Strichartz, M. (1984); Ericksonian theories of hypnosis and induction. En Wester, W.C. y Smith, A.H. (Eds), CLINICAL HYPNOSIS: A MULTIDISCIPLINARY APPROACH, Lippincott, Philadelphia, págs. 123-141.
160. Simon, K.S. (1981); Assessing beliefs systems: Concepts and strategies. En Kendall, P.C. y Hollon, S.D. (Eds), ASSESSMENT STRATEGIES FOR COGNITIVE-BEHAVIORAL INTERVENTIONS, Academic Press, Nueva York, págs. 59-84.
161. Thigpen, C.H. (1958); LAS TRES CARAS DE EVA, Editorial Juventud, Barcelona, págs. 16-26.
162. Torres, N.J. (1959); TERAPEUTICA POR EL SUEÑO PROLONGADO, - Crespillo, Buenos Aires, págs. 9-30.
163. Tosi, D.J. y (1984); Cognitive-experiential therapy and hypnosis. En Wester, W.C., y Smith, A.H.

- (Eds.), CLINICAL HYPNOSIS: A MULTIDISCIPLINARY APPROACH, Lippincott, Philadelphia, págs. 155-178.
164. Tosi, D.J. y (1976); The personal beliefs inventory: A factor-analytic study, JOURNAL OF PSYCHOLOGY, vol. 32, no. 2, págs. 322-327.
165. Tosi, D.J. (1982); The treatment of anxiety neurosis through rational stage directed hypnotherapy: a cognitive experimental perspective, PSYCHOTHERAPY: THEORY, RESEARCH AND PRACTICE, vol. 19, no. 1, págs. 95-101.
166. Velazco, F.R. (1988); ESA ENFERMEDAD LLAMADA ALCOHOLISMO, -- Trillas, Mexico, págs. 11-53.
167. Watzlawick, (1986a); EL LENGUAJE DEL CAMBIO, Herder, Barcelona, págs. 23-39, 49-66 y 81-140.
- Watzlawick, (1986b); ¿ES REAL LA REALIDAD?, Herder, Barcelona, págs. 25-55.
168. Watzlawick, (1987); TEORIA DE LA COMUNICACION HUMANA, Herder, Barcelona, págs. 173-234.
- B.J. y Jackson, D.D.
169. Watzlawick, (1986); CAMBIO: FORMACION Y SOLUCION DE PROBLEMAS, Herder, Barcelona, págs. 87-98 y 117-134.
- J.H. y Fisch, R.
170. Weitzenhoffer A.M. (1964a) TECNICAS GENERALES DE HIPNOTISMO, Paidós, Buenos Aires, págs. 49-50, 209---

232, 254-256 y 268-277.

Weitzenhoffer A.M. HIPNOSIS Y PSICOLOGIA DINAMICA, Psique (1964b); Buenos Aires, págs. 301-317.

Weitzenhoffer A.M. Behavior therapeutic techniques and - (1976c); hypnotherapeutic methods. En Dengrove E.(Ed), HYPNOSIS AND BEHAVIOR THERAPY, Charles C, Thomas Publisher, Springfield, págs. 288-306.

Weitzenhoffer A.M. Hipnosis, ENCICLOPEDIA INTERNACIONAL - (1979ch); DE LAS CIENCIAS SOCIALES, Ed. Aguilar, Madrid, vol.5, págs 364-369.

171. Werbel, Ch.(1983); The use of hypnosis as therapy for the Mulhern, T.J. mentally retarded, EDUCATION AND TRAINING OF THE MENTALLY RETARDED, briefs reports, págs. 321-323.

172. Wilkes, J. (1986); Un estudio sobre la hipnosis: conversación con Ernest R. Hilgard, PSYCHOLOGY TODAY/ESPAÑOL, Octubre, No.1, págs. -- 47-52.

173. Wolberg, L.R(1948a); MEDICAL HYPNOSIS: THE PRINCIPLES OF - HYPNOTHERAPY, Grune & Stratton, Nueva York, vol.1, págs. 1-97, 169-185 y --- 323-342.

Wolberg, L.R(1948b); MEDICAL HYPNOSIS: THE PRACTICE OF HYPNOTHERAPY, Grune & Stratton, Nueva York, vol. 2, págs. 191-198, 212-217 y 305-365.

- Wolberg, L.R.(1965c); SHORT-TERM PSYCHOTHERAPY, Grune & Stratton, Nueva York, págs. 256-290.
- Wolberg, L.R.(1968ch) HIPNOANALISIS, Paidós, Buenos Aires, - págs. 25-78 y 241-297.
- Wolberg, L.R.(1977d); THE TECHNIQUE OF PSYCHOTHERAPY, Grune & Stratton, Nueva York, vol.1, págs. - 102-120 y 580-587.
- Wolberg, L.R.(1977e); THE TECHNIQUE OF PSYCHOTHERAPY, Grune & Stratton, Nueva York, vol.2, págs. 685 -701, 791-800 y 882-888.
- Wolberg, L.R.(1982f); La eficacia de la sugestión en situaciones clínicas. En Estarbrooks, G.H. (Comp.), PROBLEMAS ACTUALES DE LA HINOSIS, F.C.E., México, págs. 116-124.
174. Wolpe, J. (1984a); PSICOTERAPIA POR INHIBICION RECIPROCA, Desclee de Brower, Bilbao, págs. 165-193.
- Wolpe, J. (1988b); PRACTICA DE LA TERAPIA DE LA CONDUCTA, Trillas, México, págs. 15-28, 172-179.
175. Zeig, J. (1985); UN SEMINARIO DIDACTICO CON MILTON H. ERICKSON, Amorrortu, Buenos Aires, --- págs. 13-48 y 156-200.
176. Zeltzer, L.(1983); Hypnosis for reduction of vomiting --- associated with chemotherapy and disease in adolescents with cancer, JOURNAL OF ADOLESCENT HEALTH CARE, vól. 4, págs. 77-84.
- Kellerman, J,
Ellenberg, L
y Dash, J.

I N D I C E

Pág.

Resumen.

Introducción	1
Capítulo I. ANTECEDENTES GENERALES DE LA ADICCION A LAS - BEBIDAS ALCOHOLICAS.	
1.1 Aspectos históricos del consumo incontrolado de be- bidas alcohólicas	6
1.2 Perspectiva actual del consumo incontrolado de be- bidas alcohólicas en México.	9
1.3 Definición y criterios para determinar la presen- cia de adicción a las bebidas alcohólicas.	14
1.4 Características principales de personalidad de las personas con adicción a las bebidas alcohólicas.	16
1.5 Aspectos socioculturales de la adicción a las bebi- das alcohólicas.	20
Capítulo II TERAPEUTICA CONDUCTUAL DE LAS ADICCIONES.	
2.1 Análisis histórico de la terapia conductual.	28
2.2 Examen histórico de la terapia cognitivo-conduc- tual.	31
2.2.1 Fundamentos generales de la terapia racional emo- tiva (TRE).	36
2.2.1.1 Principales diferencias de la (TRE) respecto a --- otras aproximaciones.	40
2.3 Aplicaciones de los procedimientos cognitivo-con- ductuales en los niños.	90
2.4 Perspectiva actual en el automanejo de las conduc-	

	tas adictivas con un énfasis en la adicción a las bebidas alcohólicas: resultados básicos.	99
2.4.1	Las adicciones y la paradoja del autocontrol.	99
2.4.2	Las adicciones como conductas aprendidas.	104
2.4.2.1	Principales diferencias entre los modelos del auto manejo y de la enfermedad: Aproximaciones alternas al tratamiento de las conductas adictivas.	109
2.4.3	Criterios para la elaboración de un programa de -- tratamiento "ideal" en el automanejo de las conduc tas adictivas..	117
2.4.4	Evaluación y tratamiento de las conductas adicfi-- vas con un enfoque en la recaída.	124
2.4.5	El modelo de la recaída: Un análisis de los deter minantes y reacciones inmediatas.	126
2.4.6	Aproximación general en el trabajo con los pacien tes.	138
2.4.7	Prevención de la recaída: Técnicas de interven--- ción específica para afrontar con la recaída. . . .	141
2.4.8	Prevención de la recaída: Técnicas de interven--- ción globales para la modificación del estilo de - vida.	161
2.4.9	Entrenamiento, contraindicaciones, ética e implica ciones..	183
2.4.10	Breve análisis de las terapéuticas utilizadas en - México en el ámbito de las adicciones, en particu lar, la adicción al alcohol.	187

Capítulo III EL LUGAR DE LA HIPNOSIS EN PSICOTERAPIA CON
UN ENFASIS EN LA TERAPIA CONDUCTUAL.

3.1	Bosquejo histórico de la hipnosis.	192
3.2	Teorías actuales sobre la hipnosis.	216
3.2.1	Teorías patológicas.	219
3.2.2	Teorías fisiológicas.	220
3.2.2.1	Hipnosis e "hipnosis animal".	222
3.2.2.2	La hipnosis como un estado similar al sueño normal.	223
3.2.2.3	La hipnosis como un proceso disociativo.	226
3.2.2.4	La hipnosis como una respuesta condicionada.	230
3.2.3	Teorías psicológicas.	233
3.2.3.1	La hipnosis como una forma de sugestión.	233
3.2.3.2	La teoría atávica de Ainslie Meares.	234
3.2.3.3	Teoría de la exclusión psíquica relativa de Rhodes.	236
3.2.3.4	Teorías psicoanalíticas.	239
3.2.3.5	Teoría de la neodisociación de la conciencia.	251
3.2.3.6	La hipnosis como una conducta social estratégica.	253
3.2.4	Teorías psicósomáticas.	262
3.2.5	Definición de hipnosis y trance hipnótico.	269
3.3	Susceptibilidad o responsividad hipnótica.	281
3.3.1	Evaluación de la hipnotizabilidad.	282
3.3.2	El efecto clásico de la sugestión.	285
3.3.3	Susceptibilidad hipnótica vs. profundidad hipnótica.	286
3.3.4	Correlatos de la hipnotizabilidad.	287
3.4	Inducción de la hipnosis.	289
3.4.1	Establecimiento del rapport o de las condiciones -	

	necesarias para la primera inducción del trance -- hipnótico.	292
3.4.2	Técnicas de inducción de la hipnosis.	299
3.4.3	Técnicas de profundización de la hipnosis.	318
3.4.4	Condicionamiento de la hipnosis a una señal determinada (establecimiento de un signo-senal).	330
3.4.5	Terminación de la hipnosis o despertar al paciente.	338
3.4.6	Autohipnosis.	344
3.5	Fenomenología de la hipnosis.	350
3.6	Evaluación de las aplicaciones de la hipnosis en medicina general y psicoterapia.	380
3.6.1	El lugar de la hipnosis en medicina general.	381
3.6.2	El lugar de la hipnosis en psicoterapia.	395
3.6.2.1	El uso de la hipnosis en las psicoterapias de orientación al insight.	398
3.6.2.2	El uso de la hipnosis en la terapia conductual.	405
3.6.2.3	Aplicaciones actuales y futuras de la hipnosis en México.	425
3.7	Breve evaluación de las aplicaciones de la hipnosis en los niños.	463
3.7.1	Inducción, profundización y terminación de la hipnosis.	465
3.7.2	Aplicaciones generales de la hipnosis en los niños.	476
3.8	Límites y potencialidades de la hipnosis.	478

Capítulo IV. METODO.

4.1	Pregunta de investigación.	480
4.2	Definición de variables.	481
4.3	Hipótesis.	482
4.4	Tipo de estudio.	483
4.5	Diseño.	483
4.6	Muestreo.	483
4.7	Sujetos.	484
4.8	Escenario.	484
4.9	Instrumentos.	485
4.10	Procedimiento.	491

Capítulo V. RESULTADOS.

5.1	Análisis cuantitativo.	498
5.2	Análisis cualitativo.	503
5.3	Discusión.	507
5.4	Conclusiones.	509
5.5	Alcances, limitaciones y sugerencias.	510
5.5.1	Logros.	510
5.5.2	Limitaciones.	512
5.5.3	Sugerencias.	513
	Bibliografía.	515
	Índice.	541
	Anexos.	547

ANEIOS

ANEXO A

TECNICA DE INDUCCION DE LA HIPNOSIS POR RELAJACION PROGRESIVA Y ASCENDENTE.

Después que se ha establecido el raptot preliminar se inicia la inducción del trance mediante esta técnica de inducción teniendo en consideración los siguientes aspectos importantes:

1) Los músculos del cuerpo se ha agrupado a grosso modo en los siguientes 4 grupos de manera ascendente:

- | | |
|--|--|
| a) -Pies. | b) -Abdomen. |
| -Piernas (la parte comprendida entre los tobillos y las rodillas). | -Región Lumbar (zona de los riñones). |
| -Muslos. | -Espalda. |
| -Caderas. | -Pecho. |
| c) -Hombros. | ch) -Cuello (tanto la parte anterior, los laterales y los músculos de la nuca). |
| -Brazos (la parte comprendida entre los hombros y los codos). | -Cara (tanto los de la barbilla o mentón, boca y lengua, las mejillas y los de la frente). |
| -Antebrazos (la parte comprendida entre los codos y las muñecas). | |
| -Manos y dedos. | |

-Cráneo (o cuero cabelludo).

-Párpados.

2) Se utilizan en primer término las palabras FLOJO, SUELTO, RELAJADO; en segundo término, se añade a estas palabras cualquiera de los siguientes adjetivos: MAS, MUCHO MAS o CADA VEZ - MAS y; en último término se añade a estas frases formadas el adjetivo COMPLETAMENTE. Un ejemplo de este procedimiento es el siguiente:

"Por favor ponga su atención en los músculos de los pies.. y en el momento que así lo hace. . . se va a dar cuenta de que están un poco tensos. . . por lo tanto póngalos flojos... sueltos... relajados. Más flojos... más sueltos... más relajados. Completamente flojos... completamente sueltos... completamente relajados".

"Muy bien... ahora ponga nuevamente su atención en los -- músculos de las piernas... la parte comprendida entre los tobillos y las rodillas... y en el momento en que así lo hace automáticamente estos músculos se ponen flojos... sueltos... relajados... etc.

3) Después que se han relajado los músculos de los miembros - inferiores se dice algo parecido a los siguiente: "Usted nota o siente que los músculos de sus miembros inferiores ya se en-

cuentran relajados, y a medida que se van relajando cada vez más, usted siente que lo empieza a invadir una sensación como de somnolencia, de sopor o de sueño especial, que se va haciendo cada vez más y más profundo. Es especial porque usted puede escuchar con toda claridad y nitidez; también nota que esta sensación de relajación se extiende al resto del cuerpo, es decir, al tronco, brazos, cuello, cara y cráneo. Ahora ponga nuevamente su atención en el abdomen... y en el momento que así lo hace ... automáticamente estos músculos se ponen flojos ... sueltos... relajados...etc."

4) Una vez que se han relajado los músculos del tronco, después de haber hecho alusión a los del pecho se puede decir algo como: "En este momento usted nota que este estado de relajación se sigue haciendo cada vez más profundo... por lo cual ... su respiración se hace rítmica... lenta... tranquila... y profunda; también nota que la relajación se extiende al resto del cuerpo, es decir, a los miembros superiores... al cuello... cara ... y cráneo", etc.

5) Después que se relajaron los músculos superiores únicamente enfatizamos que la relajación se extiende al resto del cuerpo, es decir, al cuello, cara y cráneo.

6) Finalmente, ya que hemos terminado de relajar todos los músculos se pueden dar algunas indicaciones como las siguientes: "Muy bien... ahora vamos a hacer un ejercicio de compro-

bación... sin su ayuda levantaré su mano un poco... y esta caerá pesadamente debido a que está profundamente relajada (se levanta la mano del paciente por la muñeca un poco, unos 10 cms. aproximadamente y después se la suelta)... usted acaba de comprobar que se encuentra profundamente relajado"

"En este momento ha alcanzado un estado de relajación profunda... y por tanto su sueño se hace cada vez más y más profundo... usted siente que se encuentra en un estado de bienestar emocional inmenso... lo invade una sensación de paz interna... de paz mental y paz espiritual... hay una armonía entre su mente y su cuerpo... se funden su mente y su cuerpo... usted con usted mismo... su Yo exterior con su Yo interior... no le molestan los ruidos... ni los movimientos... ni las voces... ningún ruido del exterior le molestará... por el contrario, le ayudarán a descansar... descanse... descanse... y a medida que se aleja el ambiente de usted... se alejan las preocupaciones".

"Ahora vamos a hacer unos ejercicios que le ayudarán a relajarse todavía más... para ello vamos a usar su capacidad de la imaginación... para que usted aprenda a usarla en su propio beneficio".

Después de todo este procedimiento se procede a profundizar el trance mediante las siguientes técnicas o ejercicios.

EJERCICIOS DE PROFUNDIZACION DE LA HIPNOSIS

1.- LEVITACION DE LA MANO. "Concentre su atención en su mano derecha... desde el hombro hasta los dedos de su mano... y en el momento en que empieza a hacerlo así... va ir sintiendo que su brazo se está poniendo ligero... tan ligero como un pedazo de papel... como un globo... imagínese un globo de gas como -- esos con lo que juegan los niños... vea de qué color es... el tamaño que tiene... imagine que soltamos ese globo y empieza a elevarse... a subir... sube y sube cada vez más... y cuando su mano toque su cara usted entrará en un sueño todavía más profundo... y disfrutará... disfrute esta sensación tan agradable y duérmase más y más profundamente... Muy bien... ahora voy a regresar su brazo al sillón (brazo).

2.- RIGIDEZ DEL BRAZO. "Ahora le voy a extender su brazo derecho... estírelo bien y cierre el puño de la mano. Imagínese que su brazo es una barra de acero... concéntrese bien en todo su brazo y en el momento que lo hace... siente cómo su brazo -- se empieza a poner tieso... rígido... duro... al grado que no se podrá doblar... voy a tocar sus músculos para que éstos se contraigan todavía más (se le señalan los músculos de la parte anterior y posterior del antebrazo y los del bíceps y tríceps) ... y asimismo voy a contar de uno a cinco... y cuando la cuenta llegue a cinco su brazo estará completamente tieso... completamente rígido... completamente duro".

"Ahora empiezo a contar y digo uno... su trazo se pone tieso, rígido, duro,... va a ser imposible que lo doble. Dos... más tieso... más rígido... más duro. Tres... mucho más tieso... mucho más rígido... mucho más duro. Cuatro... tan tieso, tan rígido y tan duro... que si intento doblarlo no podré. -- Cinco... completamente tieso... completamente rígido... y completamente duro. Ahora su brazo está tan tieso... tan rígido... y tan duro... que incluso por más intentos que usted haga... no podrá doblarla... intente hacerlo pero no podrá (colocamos nuestras manos una por debajo y otra por encima de su brazo, para poder impedirle que lo doble si notamos que lo puede hacer)... está bien deje de intentarlo. Ahora relaje su brazo y con el todo su cuerpo se relaja todavía más".

3.- MOVIMIENTOS AUTOMATICOS: "Muy bien... ahora voy a imprimirle un movimiento rotatorio a sus manos... y estas van a girar automáticamente... una alrededor de la otra... imagine que sus manos son los pedales de una bicicleta que se mueve y gira... y continúa moviéndose en dirección hacia su meta... una de las tantas metas que usted tiene en la vida... sus manos continúan girando... continúan dando vueltas una tras de la otra y no podrá detenerlas... más y más rápido... usted no las puede detener. Ahora voy a contar de 1-5 y cuando la cuenta llegue a cinco... el movimiento será automático. Uno... las manos giran una alrededor de la otra y el movimiento empieza a hacerse automático... Dos... el movimiento se hace más automático y entra el dominio de su imaginación... se pierde el dominio de la

voluntad y la crítica. Tres... las manos giran... y giran solas. Cuatro... las manos continúan girando... y girando solas como si lo condujeran a esa meta próxima que tiene en la vida. Cinco... ahora sus manos giran solas... automáticamente... al grado que si usted intentara frenar el movimiento... no podrá ... y por el contrario el movimiento se hará más rápido y más automático... intente detener el movimiento pero no podrá... - inténtelo más y con cada intento el movimiento se hace más rápido y más automático... ahora deje de intentarlo. Ahora toco una de sus manos y el movimiento se detiene".

Después de este ejercicio si se desea se puede realizar una cuenta de 1-5 de la manera siguiente: "Ahora voy a contar de 1 a 5, y cuando la cuenta llegue a 5, usted estará más profundamente relajado. Uno... usted comienza a dormirse más profundamente... Dos... con cada número de la cuenta usted se --- duerme más profundamente... con cada palabra que digo se duerme más profundamente... con cada respiración que usted hace se duerme más profundamente... duerma... profundamente duerma. - Tres... usted siente que se está deslizando en un sueño todavía más profundo... usted se desliza en un sueño más profundo en el cual sólo presta atención al sonido de mi voz (hablar en voz baja)... usted la oye como si viniera de muy lejos... continúe durmiendo mientras cuento... mientras hablo... mientras respira tranquilamente. Cuatro... usted responde muy bien a las sugerencias ya que hizo muy bien los ejercicios anteriores ... por eso cuando le diga que oiga, huelga, vea o sienta algo

así lo hará, como si fuera real... usted pasará por experiencias muy interesantes.. cuando pronuncie el número que falta - usted estará más profundamente dormido... dormirá más profundamente... y ahora digo ese número... Cinco"

Asimismo, antes de proseguir con el siguiente ejercicio se establece aquí el signo-senal tal como se mencionó oportunamente.

4.- ANESTESIA EN GUANTE. Para esta técnica se pueden usar -- tres ejercicios: a) el de la cubeta de agua con hielo; b) el del guante y; c) el de los cables de luz; en este caso, en -- particular se utilizó el primero de la manera siguiente:

"Ahora imagine que aquí a su lado derecho se encuentra una cubeta con agua fría... vea hasta donde llega el nivel del agua... de qué color es la cubeta. Dentro del agua hay unos trozos de hielo... por consiguiente el agua está helada... imagine que tomo su mano y la introduzco en el agua (se toma la mano del paciente y se la coloca del lado donde se imagina que está la cubeta)... y naturalmente siente lo frío del agua. Imagine que le pongo un trozo de hielo más grande que los demás y naturalmente el agua se pone más helada... y usted va sintiendo cada vez más el frío en su mano. Imagine que todavía ponemos un trozo más de hielo que roza el dorso de su mano (se le toca con un objeto frío, por ejemplo un cenicero de cristal)... y así la mano se va poniendo fría, entumida, insensi--

ble, anestesiada. Ahora voy a contar de 1-5 y cuando la cuenta llegue a cinco, su mano estará completamente dormida... completamente entumida... completamente insensible... completamente anestesiada... como si fuera de madera. Uno... su mano se va a poner dormida, entumida, insensible, anestesiada... dormida como cuando se le ha dormida una mano, una pierna o un pie... se siente como si fuera de madera... entumida como cuando agarra un pedazo de hielo por un rato o cuando mantiene su mano dentro de un congelador por mucha tiempo... insensible como cuando le han puesto anestesia local cuando ha ido con el dentista, es decir, precisamente anestesiada. Dos... la mano se pone más dormida... más entumida... más insensible... más anestesiada... como si fuera de madera. Tres... ahora la mano está mucho más dormida... mucho más entumida... mucho más insensible... mucho más anestesiada. Cuatro... ahora la mano está completamente dormida... completamente entumida... completamente insensible... completamente anestesiada. Cinco... ahora la mano está totalmente dormida... totalmente entumida... totalmente insensible... totalmente anestesiada... de tal manera -- que si le pincho la mano con la punta de un alfiler no habrá ninguna respuesta... y con cada comprobación la anestesia de su mano será más profunda... y su sueño más profundo. Ahora - sacamos la mano de la cupeta (se la coloca en el brazo del sillón) y vamos a hacer la comprobación (se le pincha el dorso de la mano primero con la cabeza del alfiler y después con la punta)".

Para eliminar la anestesia contamos de 5-0 como sigue: --
"Dentro de unos momentos voy a contar de 5-0 ... y cuando llegue la cuenta a 0 la mano recuperará su sensibilidad normal... su estado normal. Cinco... empieza a desaparecer la anestesia ... Cuatro... su mano empieza a recobrar su sensibilidad normal ... Tres... su mano vuelve a su estado normal... Dos... prácticamente ha desaparecido la anestesia... Uno... su mano está -- completamente normal... Cero... su mano ha recobrado su sensibilidad normal".

Es importante que después de cada uno de los ejercicios -- realizados se motive al paciente para que pueda realizar los -- subsecuentes, con frases como. "lo hizo muy bien y el que sigue le va a resultar todavía más fácil que los anteriores".

5.- ALUCINACION AUDITIVA. "Ahora imagine que se encuentra en su casa... que se acaba de despertar... que es de mañana... si ya lo está imaginando levante este dedo por favor (se le toca por ejemplo el dedo índice derecho)... usted recuerda cómo está su cama... su closet y todas las cosas que se encuentran en su cuarto... si ya está imaginando todo esto levante su dedo -- por favor. Ahora se sienta sobre su cama... estira los brazos ... se viste porque va a salir... va a tener deseos de salir -- porque usted está contento... pero antes de arreglarse usted -- quiere oír música... por eso se dirige hacia el radio que tiene en su cuarto... lo enciende y usted va a escuchar una canción que es su favorita... préstele atención... escúchela, oi-

gala, préstele atención... la está oyendo, la está escuchando con toda claridad... con toda nitidez, con el tono adecuado. Si ya la está escuchando levante su dedo por favor... si no sú bale el volumen... ahora sí ya la oye, oígala... y cuando la - escuche claramente levante su dedo.. oígala, escuchela, préstele la atención (se le dice en voz baja). Muy bien... continúe es cuchándola... y ahora mientras continúa escuchando su canción - favorita... se dirige hacia el espejo en que acostumbra peinar se o arreglarse... se para frente a el y empieza a peinarse... ve su imagen reflejada en el espejo... se ve bien, se ve sonriente, feliz, optimista ante la vida... su rostro se ve clara mente, con toda nitidez. Si ya lo ve levante este dedo... a medida que se va peinando se aclara la imagen... ahora enciende la luz y su imagen se ve más claramente en el espejo. Si ya lo está viendo levante su dedo.

Muy bien, ahora usted se encuentra más profundamente dormido y desaparece esta escena, continúe durmiendo profundamente".

6.- HABLAR SIN DESPERTAR. "En unos momentos le voy a preguntar su nombre y usted podrá hablar sin despertar... continuará profundamente dormido... usted podrá hacerlo, ya que como usted sabe es muy común que las personas hablen dormidas... ---- ¿Cuál es su nombre? Si responde se le dice: "Como ve, usted pudo hablar y continuar profundamente dormido... incluso con el sonido de su voz se duerme más profundamente.

Si no responde se le dice: "No se preocupe... no haga es fuerzo alguno... dentro de unos momentos voy a contar de 1-5 - ... y cuando la cuenta llegue a 5 usted haulará y continuará - profundamente dormido. Uno... entra fuerza en los músculos de la lengua, de la boca y de la garganta... y usted hablará y -- continuará profundamente dormido. Dos... entra más fuerza en los músculos de la boca, lengua y garganta... usted podrá ha-- blar y continuar profundamente dormido. Tres... cuando la --- cuenta llegue a cinco usted haolará y continuará profundamente dormido. Cuatro... ha recuperado la fuerza de los músculos de la boca, lengua y garganta... de tal manera que ya están ági-- les para que usted pueda haolar y continuar profundamente dor-- mido. Saque un poco la lengua... pase un poco de saliva... -- ¿Cuál es su nombre? ¿cuál fué la canción que escuchó? ¿le gus ta? Muy bien, ahora continúe durmiendo profundamente. De aho ra en adelante cada vez que sea necesario que usted haule, po-- drá hacerlo y continuar profundamente dormido.

7.- ABRIR LOS OJOS SIN DESPERTAR. "Ahora voy a contar de 1-5 y cuando la cuenta llegue a 5... usted podrá abrir los ojos y continuar profundamente dormido... usted abrirá los ojos y con tinuará profundamente dormido. Uno... usted abrirá los ojos y continuará profundamente dormido. Dos... cuando la cuenta lle-- gue a 5 usted abrirá sus ojos y continuará profundamente dormi-- do... y al abrir sus ojos se dormirá más profundamente y usted verá todo lo que le indique. Tres... cuando la cuenta llegue a 5 usted abrirá sus ojos y continuará profundamente dormido..

. y verá todo lo que le diga que vea. Cuatro... cuando la --- cuenta llegue a 5 usted será capaz de abrir los ojos y continuar profundamente dormido... cuando pronuncie el número que falta, se abrirán sus ojos y continuará profundamente dormido. Cinco... abra sus ojos y continúe durmiendo profundamente. -- Muy bien, nuevamente lo ha hecho muy bien... ahora cierre sus ojos y continúe durmiendo profundamente".

Si observamos que el paciente quiere despertar le decimos: "Cierre sus ojos y continúe durmiendo... duerma profundamente!"

8.- AMNESIA POSHIPNOTICA. "Después que lo despierte será como si se hubiese tomado una siestecita... de tal manera que es posible que no se acuerde de ninguno de los ejercicios... será como si nada más se hubiese dormido. Si está clara la instrucción y no hay inconveniente de su parte levante su dedo".

9.- SUGESTION POSHIPNOTICA. "Dentro de unos momentos me voy a quedar callado durante 3 minutos... en esos tres minutos usted va a soñar... usted tendrá el sueño más hermoso que jamás había tendido... cuando despierte va a querer recordar este --- sueño, pero no podrá hacerlo... este sueño se esfumará de su mente de la misma manera que todo lo que hizo en esta sesión. .. sólo podrá recordarlo hasta que ponga mi mano derecha sobre el brazo del sillón en que estoy sentado... esta será la señal para que usted pueda recordar lo que soñó".

TECNICA DE INDUCCION HIPNOTICA DE BISEMINACION DE ERICKSON.

"Joe querría hablar con usted, Sé que es florista, que -
cultiva flores; de niño viví en una granja en Wisconsin y me -
gustava cultivarlas. Todavía lo hago. Así pues, querría que
se sentara en ese sillón mientras le haulto: le diré cosas, pe
ro no le hablaré de flores porque usted sabe más que yo sobre
ellas. NO ES ESO LO QUE USTED NECESITA. Ahora oien, mientras
haulto -y puedo hacerlo COMODAMENTE- querría que ME ESCUCHARA -
CON COMODIDAD. Le haultaré de una planta de tomate, raro tema
de conversación que despierta la CURIOSIDAD. ¿POR QUE HABLAR -
DE UNA PLANTA DE TOMATE? Uno siemora una semilla de tomate y
puede TENER ESPERANZA de que crecerá hasta convertirse en una
planta de tomate que NO TRAERA SATISFACCION con su fruto. La
semilla aserve agua, lo cual NO ES MUY DIFICIL devido a las -
lluvias que TRAEN PAZ, BIENESTAR y la alegría de crecer a flo-
res y tomates. Esa semillita, Joe, se hincha lentamente y emi
te una raicilla con cilia. Tal vez no sepa qué son las cilia
son COSAS QUE ACTUAN para ayudarle a crecer a la semilla de to
mate, a emerger de la tierra retoño; y USTED PUEDE ESCUCHARME,
Joe, así seguiré haultando y USTED PUEDE SEGUIR ESCUCHANDO, PRE
GUNTANDOSE, PREGUNTANDOSE SIMPLEMENTE QUE PUEDE APRENDER EN --
REALIDAD; aquí tiene su lápiz y su anotador, pero, haultando de
la planta de tomate, cree tan lentamente... USTED NO PUEDE VER
LA crecer, NO PUEDE OIRLA crecer, pero crece; las primeras ho-
juelas en el tallo, los pelillos diminutos en el pedúnculo. -
Tamoién hay pelillos en las hojas, como las cilia en las raf-

ces: deben hacer que la planta de tomate SE SIENTA MUY BIEN, - MUY COMODA (si puede concebir a una planta dotada de sensaciones); USTE NO PUEDE VERLA CRECER, NO PUEDE SENTIRLA crecer, pero en el pequeño tallo aparece otra hoja, y luego otra. Quizá, hablando en lenguaje infantil, la planta de tomate SE SIENTA - REALMENTE COMODA Y TRANQUILA mientras crece. Crece y crece -- cada día. ES TAN RECONFORTANTE, Joe observar el crecimiento - de una planta SIN VERLO NI SENTIRLO, sabiendo simplemente que TODO MEJORA para esa plantita que suma hoja tras hoja y luego una rama, y crece COMODAMENTE en todas direcciones".

"Y pronto la planta de tomate tendrá un botón; no importa en qué rama se forma por que pronto habrá diminutos capullos - en todas las ramas, en toda la planta. Me pregunto si la planta de tomate puede, Joe SENTIR UNA ESPECIE DE BIENESTAR, PERO SENTIRLO REALMENTE. Save, Joe una planta es algo maravilloso; es TAN LINDO, TAN AGRADABLE poder imaginarla como si fuera un hombre. Una planta así ¿EXPERIMENTARIA SENTIMIENTOS AGRADABLES, UNA SENSACION DE BIENESTAR, a medida que comienzan a formarse los pequeños tomates, tan diminutos y sin embargo tan -- LLENOS DE PROMESAS QUE DESPIERTAN EL APETITO, las ganas de comer un tomate exquisito, madurado al sol? Es TAN AGRADABLE NO TENER EL ESTOMAGO VACIO; esa sensación maravillosa del niño se diento que PUEDE QUERER BEBER, Joe ¿es así como se siente la planta de tomate cuando cae la lluvia lavándolo todo, de modo que TODOS SE SIENTEN BIEN? (pausa) USTED SABE, Joe, una planta de tomate sólo da una flor por día, SOLO UN DIA POR VEZ. Me -

gusta pensar que la planta de tomate puede CONOCER LA PLENITUD DEL BIENESTAR CADA DIA; SABE USTED, Joe, APENAS UN DIA POR VEZ para esa planta. Así sucede con todas las plantas de tomate".

"Oh, si, Joe. Me crié en una granja. Creo que la semilla de tomate es algo maravilloso; PIENSE, Joe, PIENSE que en esa pequeña semilla DUERME, TAN DESCANSADA Y COMODAMENTE, una hermosa planta que aún está por crecer y que tendrá hojas y ramas tan interesantes. Las hojas y ramas son tan hermosas, tan vivo es su color, que USTED PUEDE SENTIRSE REALMENTE FELIZ mirando una semilla de tomate, pensando en la maravillosa planta que contiene, DORMIDA, REPOSANDO, CONFORTABLE, Joe (79a).

TECNICA PARA EL FORTALECIMIENTO DEL YO EN ADULTOS.

Esta técnica la podemos dividir por conveniencia práctica en 5 aspectos principales: Salud física, tranquilidad mental, seguridad en sí mismo, confianza en sí mismo e independencia emocional.

1.- SALUD FISICA. "A partir de ahora y con cada día que pase usted va a gozar de una mejor salud física, va a ser más resistente al cansancio, a la fatiga y a las enfermedades. A partir de ahora y con cada día que pase va a dormir con un sueño más profundo, tranquilo y reparador. Su sueño SERA PROFUNDO porque no lo va a despertar ningún ruido externo como el de los automóviles; SERA TRANQUILO porque no va a estar inquieto, ni

moviéndose constantemente, será un sueño sin pesadillas y; SERA UN SUEÑO REPARADOR, Porque va a dormir tan relajado que va a adquirir las energías suficientes para hacer lo que tenga -- programado para el siguiente día; se despertará fresco, con -- fuerzas y ánimo para realizar lo que quiera hacer, para que - sesienta como se quiere sentir y viva como quiere vivir".

"A partir de ahora y con cada día que pase será más resistente a las enfermedades, debido a que la relajación promueve, estimula o facilita el equilibrio neurohormonal, porque las hormonas controlan o regulan la salud y, sobre todo, porque a partir de ahora y con cada día que pase sus conflictos, emociones y experiencias desagradables no se convertirán en síntomas, -- tal como mucha gente lo hace, por ejemplo cuando se enojan demasiado les duele la cabeza o presentan alguna otra molestia. Pero, si ya están presentes estos síntomas, desaparecerán sin que usted se de cuenta, de la misma manera en que surgieron -- sin que usted lo notara".

2.- TRANQUILIDAD MENTAL. "A partir de ahora y con cada día - que pase, su mente va a estar más calmada, más tranquila, más serena; ya que en una mente tranquila es muy difícil que entren emociones desagradables que lo desanimen, lo desalienten, será muy difícil que esté triste y nunca llegará a la depresión".

"Será muy difícil que esté triste, enojado, que se altere

que guarde rencores, que tenga miedo sin razón alguna; por el contrario, va a estar alegre, contento, feliz, optimista y tendrá la capacidad para saber amar a todo, a la naturaleza, amar a sus cosas, amar a los animales, a las plantas y especialmente a la gente, a su familia (sobre todo se mencionan los familiares con los que el paciente tiene problemas), a sus amigos, conocidos y desconocidos!

"Asimismo, como resultado de su mente tranquila, sus facultades intelectuales tendrán un mayor rendimiento, tales como su inteligencia, su memoria, su comprensión, su imaginación su concentración de la atención su creatividad". Si el paciente es estudiante, se amplían las sugerencias de la memoria en sus características principales de: FIJACION, RETENCION Y RECUERDO; de la manera siguiente: "LA FIJACION depende de la concentración que se tenga, es como escribir algo muy claro que queda bien grabado en su memoria. SU RETENCION será cada vez mayor debido a que va a haber una impresión profunda y verdadera del material que le interese aprender, será como si estuviera escrito con tinta china que ni el paso del tiempo lo puede borrar. Va a poder RECORDAR lo que quiera en el momento que lo necesite; ya que, al igual que el agua que corre por un arroyo tropieza con piedras, ramajes o basura, siempre vence esos obstáculos y los pasa para continuar su curso hasta donde desemboca; así será también su recuerdo, aunque se presenten trabas u obstáculos llegará fácil y rápidamente a su mente lo que usted quiera saber".

3.- CONFIANZA EN SI MISMO. "De la misma manera, como resultado de este estado de relajación, a partir de ahora y con cada día que pase usted va a tener más confianza en lo que usted tiene, confianza en sus características físicas (como mujer u hombre dependiendo del caso), en sus atributos físicos; en sus cualidades morales, usted no es tan malo como se cree, hay mucha gente que vale la pena. A partir de ahora y con cada día que pase, usted va a tener más confianza en sus facultades intelectuales, en su capacidad para desarrollarse en la escuela o para poner en práctica sus conocimientos; asimismo, a partir de ahora y con cada día que pase, usted va a tener más confianza en su habilidad para hacer las cosas, sobre todo aquellas que no se había atrevido a hacer por miedo al fracaso o porque creía no poder".

4.- SEGURIDAD EN SI MISMO: "A partir de ahora y con cada día que pase, usted va a liberarse de temores infundados o que ya no se justifican, tales como miedo al fracaso, a hacer las cosas mal, a la crítica malsana; porque esto nos bloquea e impide ser felices, porque ya perdimos al no hacer lo que queríamos hacer en ese momento, al no intentarlo; miedo a hacer las cosas mal porque desde niños nos exigían hacer las cosas bien; y a la crítica malsana porque la gente siempre ha y seguirá criticando a la gente. Asimismo, a partir de ahora y con cada día que pase, se va a liberar del miedo al éxito porque este despierta envidias, celos y egoísmos, pero usted es capaz de superar estos sentimientos; tampoco tendrá miedo al dinero debi-

do a que nos han programado para esto, por el contrario, al no tenerle miedo, usted puede hacer rendir más su dinero. De la misma manera, tendrá más seguridad en su habilidad para manejar sus sensaciones de angustia, cólera o fracaso."

5.- INDEPENDENCIA EMOCIONAL. "Finalmente, a partir de ahora y con cada día que pase, ya no permitirá que sea manipulado o chantajeado emocionalmente, en sus sentimientos y emociones; - no permitirá que lo hagan sentirse tonto o culpable, que lo induzcan a hacer lo que no quiere. En suma, a partir de ahora y con cada día que pase, no permitirá que nadie lo manipule -- emocionalmente, principalmente usted mismo; por el contrario, a partir de ahora y con cada día que pase usted será más asertivo, dejará el pasado atrás, disfrutará el presente y no temerá al futuro y, en último término, a partir de ahora y con cada día que pase usted disfrutará lo que tiene y luchará por lo que quiere".

TECNICA PARA EL FORTALECIMIENTO DEL YO EN NIÑOS

"De ahora en adelante, como resultado de este profundo y agradable sueño, cada día te vas a sentir mucho mejor y más -- fuerte. Cada día que pase estará mucho menos excitado, mucho menos nervioso, mucho menos inquieto, mucho menos asustado, o lo que es lo mismo, cada día estará mucho más calmado, mucho -- más tranquilo".

"De hoy en adelante con cada día sentirás mucho más confianza en tí mismo, te sentirás mucho más a salvo, mucho más seguro. Cada día te sentirás más capaz de valerte por tí mismo de defenderte, de mantenerte firme, tanto en tu casa como en la escuela, sin sentir ninguna preocupación, sin que tengas miedo por ejemplo a la obscuridad, a los rayos o a los truenos; sin que te sientas ansioso, austado o inseguro. En lugar de sentir todo esto, disfrutarás mucho más todos los juegos. - que tanto te gustan y los compartirás con todos tus amigos".

TECNICA PARA DESPERTAR

Dentro de unos momentos voy a ayudarle a despertarse, usted despertará sintiéndose muy bien, con su cabeza completamente despejada, con su mente abierta y lúcida, muy descansado, - muy recuperado, de buen humor y; por qué no, despertará hasta con una sonrisa en los labios, despertará sin ninguna molestia causada por este estado de relajación.

Bien, como le dije, hace unos momentos, voy a ayudarlo a despertarse para lo cual contaré de 1-5 y cuando la cuenta llegue a cinco, abrirá sus ojos y despertará completamente sintiéndose muy bien.

Ahora empiezo a contar y digo Uno... nuevamente la fuerza el vigor y la energía vuelven a todos y cada uno de los músculos de su cuerpo... como si una gran corriente de energía pene

trara por sus pies y subiera rápidamente por sus piernas, por su tronco, por sus brazos, por su cuello y por su cara... llenando de fuerza, vigor y energía a todos y cada uno de los músculos de su cuerpo de tal manera, que se va perdiendo la relajación muscular y usted empieza a recuperar su fuerza. Dos... más fuerza, más vigor, más energía como si esa corriente de -- energía se hiciera más y más fuerte... llenando de más fuerza, salud y vigor a todos y cada uno de los músculos de su cuerpo ... de tal manera que se va perdiendo cada vez más y más la relajación muscular y recupera más y más la fuerza en todos los músculos de su cuerpo. Tres... pues prácticamente ya está recuperado... ha desaparecido completamente la relajación muscular... ha recuperado totalmente la fuerza en todos y cada uno de los músculos de su cuerpo, de tal manera que si así lo desea, puede empezar a moverse un poco, a abrir y cerrar sus manos, a mover los pies o la cabeza hacia los lados. Su corazón late normalmente, la circulación es correcta... ahora la respiración se hace más honda y profunda de tal manera, que entre -- más aire en sus pulmones... aire que lleva oxígeno... oxígeno que es transportado por la sangre a todos y cada uno de los -- órganos de su cuerpo... para darles fuerza, salud y vigor. Su cabeza se va despejando cada vez más y más... su mente se va -- aclarando y ahora los párpados se van sintiendo más y más ligeros... de tal manera que cuando pronuncie el último número.... abrirá sus ojos y despertará sintiéndose muy bien. Cuatro.... pues prácticamente ya está despierto... con su cabeza completamente despejada... con su mente clara y lúcida y ahora los pár

pados se ponen tan ligeros, tan ligeros que al pronunciar el -
número que falta... usted abrirá sus ojos y despertará comple-
tamente. Cinco... abra sus ojos... respire hondo y profundo..
.. y se dice a sí mismo... me siento muy bien.

TECNICA PARA EL CONDICIONAMIENTO EN AUTOHIPNOSIS

INSTRUCCIONES: "A partir de ahora usted podrá relajarse o entrar en autohipnosis siempre que así lo desee sin necesidad de mi ayuda, lo único que es necesario que usted haga es seguir -- las siguientes indicaciones:"

- 1) "Desear entrar en autohipnosis y ponerse cómodo en un lugar seguro".
- 2) "Decirse a sí mismo mentalmente 5 veces, voy a relajar me".
- 3) "Fijando su mirada hacia arriba, contar mental y lentamente del 1-5 y cuando la cuenta llegue a cinco, sus ojos se cerrarán irremisiblemente y en el momento que se cierren, usted entrará en un estado hipnótico tan profundo o en uno todavía más profundo que el de este momento".

Sugerencias para antes de la autohipnosis:

- 1) "Como le mencioné anteriormente, para entrar en autohipnosis es necesario que usted lo quiera y lo desee".
- 2) "Por otra parte, hay ciertas condiciones por parte -- del ambiente y del propio sujeto que pueden parecer desfavorables para entrar en autohipnosis, pero al contrario, dichas --

condiciones le ayudarán a entrar más profundamente en estado de autohipnosis; dichas condiciones son las siguientes:

"Por parte del ambiente, los ruidos, movimientos, voces, frío, luz y calor en vez de impedir la obtención de este estado se lo favorecerán. Asimismo, por parte de usted mismo, se pueden presentar ciertas condiciones físicas como alguna molestia, cansancio, comezón, tos, gripe entre algunas, las que no serán un impedimento; de igual manera, algunas condiciones psicológicas como el coraje, tristeza, preocupaciones, temores, - angustia, ideas equivocadas acerca de la hipnosis, tampoco representarán impedimento alguno, por el contrario, le ayudarán a obtener un estado hipnótico ó de relajación que se irá haciendo cada vez más y más profundo".

Sugerencias durante la hipnosis:

"Mientras se encuentre en estado hipnótico, todos los músculos de su cuerpo obtendrán el mayor grado posible de relajación, de tal manera que tal vez ni quiera moverse; asimismo, siempre que usted encuentre en este estado, su mente estará -- tranquila, serena, calmada y relajada totalmente de manera que no se detendrá en ningún pensamiento".

Sugerencias para después de la autohipnosis:

"Después de despertar, usted se sentirá mucho mejor que - antes de haberse relajado, de manera que las molestias físicas y psicológicas que hubieren antes de entrar en autohipnosis, - desaparecerán totalmente o disminuirán notablemente después de la misma, de suerte tal que siempre se sentirá mucho mejor que antes de haberse relajado"

Técnicas para despertar:

"Para despertarse, lo único que es necesario que usted haga es seguir las siguientes tres indicaciones: Uno, querer y - desear despertarse; Dos, contar mental y lentamente del 1-5 - y; Tres, cuando la cuenta llegue a 5, abrirá sus ojos y despertará sintiéndose mucho mejor que antes de haberse relajado".

TECNICA DEL JARDIN.

En la aplicación de esta técnica se le pide al paciente que se imagine un jardín dividido en 5 partes , las cuales representan - los aspectos fundamentales para una existencia más feliz y en armonía, éstos son: el amor, el trabajo, el descanso, la diversión- y la superación personal.

Una vez que el paciente ya se está imaginando ese jardín, se le dice que lo observe cuán sucio ha de estar por toda la basura- que se ha acumulado por el paso de los años y debido a esto, él - lo va a limpiar y que para ello tome lo necesario por ejmplo una- pala para recoger dicha basura y un costal o bolsa para depositar la; así, ya que tiene lo necesario para hacer esa actividad, que- la realice cuidando que no vaya a dejar alguna basura en ninguna- de las partes de ese jardín. Ya que ha terminado de limpiar el -- jardín, le indicamos que haga lo que crea necesario hacer con esa basura, por ejemplo la puede quemar.

Asimismo, una vez que ha terminado con esta tarea, le indica mos que vea que en el centro de ese jardín hay una gran columna - que sostiene una estatua en lo alto como la del algel de la inde- pendencia, la cual no había visto pero que ahora la vea atenta - mente y observará algo muy interesante y agradable, esto es, que- se trata de la estatua de ella misma y puede ver claramente y con toda nitidez su propio rostro, se ve bien, contenta, feliz y op- timista ante la vida y por último se le indica que mantenga esa - imagen por unos breves momentos.

Después de esto, si no hay algunos aspectos particulares del paciente que se estén tratanto y pueden incluirse en este momento se le pide que termina esa cuadro de imágenes y que se relaje o - duerma más profundamente.

TECNICA DEL PERDON.

En el uso de esta técnica se le indica al paciente que se imagine que se encuentra en su casa o en el lugar que el crea sea el adecuado para lo que va a realizar. Suponiendo que dicho lugar sea su casa y en particular su recámara, se le dice que se imagine que está solo y que dentro de unos momentos entrará la persona(s) a quien él quiere perdonar, por ejem, el padre, - la madre, etc, el cree que es el momento oportuno para hacer - lo que quería desde mucho tiempo atrás, pedir perdón de todo - lo pensado, dicho o hecho por él, (ella) en el curso de su vi - da.

Después de esto le indicamos que vea y sienta como lo perdona de todo corazón el ofendido, lo abraza y éste último le - dice a aquel que siempre lo ha perdonado y corresponde con un abrazo fraterno. Una vez, hecho esto se siente muy liberado, - muy bien, como si se hubiese quitado un gran peso de encima. En este momento nos quedamos callados por unos minutos indicán - doselo al paciente para que este realice dicha escena. Una vez que nos ha indicado que terminó de vivir esta escena, le decimos que en unos momentos hará otra escena, porque recordará - que hubo algunas cosas que la persona a quien pidió perdón hizo mal en pensamiento, hechos y palabras y que también le pide perdón y por su puesto el paciente también lo perdona de todo - corazón y le da un abrazo fraterno y le da un beso si es algu - no de sus padres por ejemplo. Una vez dicho esto permanecemos - callados unos momentos para que el paciente realice esta escena.

Ya que terminó de vivir ambas escenas le podemos decir al paciente que como resultado de lo que acaba de hacer se sentirá muy bien, liberado y no habrá sentimiento de culpa ni remor

dimientos por lo que hizo o por lo que le hayan hecho.

Esta técnica la podemos utilizar cuando existen fuertes sentimientos de culpa o remordimientos y rencores a figuras como los padres, familiares, conocidos, amigos y en muchos casos a Jesucristo.

TECNICA DEL CONSEJERO.

Cuando consideramos que existe una fuerte tendencia a la dependencia esta técnica puede ser de gran valor. En esta básicamente le pedimos al paciente que se imagine que tiene un consejero particular que es muy sabio y prudente, que solo el sabe donde vive, y que siempre lo podrá ayudar cuando lo busque. Así, le pedimos que se imagine que hoy va ir a conocer y a consultarle lo que necesite a su consejero, que se imagine el trayecto que sigue hasta el sitio donde vive este último, que por fin llega a su domicilio y que ya encuentra la puerta abierta como si su consejero lo estuviera esperando; ya una vez en el interior de la casa se sienta a esperar que aparezca aquel y después de unos breves instantes ve hacia una escalera muy bonita que conduce a la planta superior de la casa y puede ver claramente como empieza a bajar su consejero, por fin lo va a conocer y con ello contar con un amigo y consejero particular. Una vez que ya se encuentra frente al paciente este último le indicamos que nos quedaremos callados por unos momentos para que le consulte lo que quiera y que, cuando termine de hacerlo, nos lo indique por ejemplo levantando su dedo. Una vez terminado este ejercicio podemos decirle que termina la escena pero que ahora ya sabe que cuenta con un consejero particular que sabe lo que mejor le conviene para que realmente pueda ser feliz, por lo que puede ir a consultarlo siempre que crea que lo necesite.

Es conveniente que para las aplicaciones posteriores de estas técnicas por parte del paciente por sí solo, en la primera ocasión trabajemos conjuntamente con él para que todas las escenas puedan resultarle lo más vívidas y reales posibles y así, tengan un mayor beneficio para aquel.

A N E X O "C"
ESCALA DE CREENCIAS IRRACIONALES.

A continuación se presenta el conjunto de ideas, actitudes o creencias irracionales propuestas por Ellis, las cuales son desarrolladas por muchas personas en el proceso de socialización dentro de nuestra cultura y son calificadas como irracionales-debido a que no es probable que sean apoyadas por el propio medio.

- A. La idea de que todo ser humano adulto tiene la deplorable - necesidad de que prácticamente todas las personas significativas de su comunidad lo amen o lo aprueben.
- B. La idea de que para considerarse valioso, uno debe ser enteramente competente, adecuado y capaz en todos los aspectos de la vida.
- C. La idea de que cierta gente es mala o malvada y que debe - ser severamente inculpada y castigada por su villanía.
- CH. La idea de que todo es catastrófico y espantoso cuando las cosas no resultan como a uno le gustaría.
- D. La idea de que la infelicidad humana es provocada desde - fuera y que la gente no tiene ninguna o muy escasa capacidad para controlar dolores y perturbaciones.
- E. La idea de que si algo resulta peligroso o temible, uno debería preocuparse mucho por ello a la espera de que ocurra.
- F. La idea de que es más fácil evitar ciertas dificultades y -

responsabilidades que enfrentarlas.

- G. La idea de que uno debe depender de los demás y que necesita - contar con el respaldo de alguien más fuerte.
- H. La idea de que la historia pasada de cada persona determina de modo definitivo la conducta actual y de que porque algo afectó alguna vez la propia vida, debe seguir teniendo un efecto similar indefinidamente.
- I. La idea de que uno debe sentirse muy perturbado ante los problemas e infortunios de los demás.
- J. La idea de que existe invariablemente una solución correcta - precisa y perfecta de todos los problemas humanos y de que si las cosas no son de esta manera, la consecuencia es una catástrofe.
- K. La idea de que la felicidad humana se puede alcanzar por inercia y pasividad en vez de ocuparse en tareas creativas.
- L. La idea de que virtualmente no tenemos control alguno sobre - nuestras emociones y de que no podemos hacer nada para sentirnos bien

INSTRUCCIONES: A continuación se le presentan una serie de 60 reactivos, en base a las 13 creencias irracionales citadas - anteriormente , indique por favor, anotando la letra correspondiente de la creencia que elija al margen derecho de cada reactivo, cual de estas creencias es medida por cada una de los 60 reactivos.

1. Un adulto debe ser aprobado o amado por casi todos, por casi todo lo que hace.
2. Es más importante lo que otros piensan de nosotros.
3. Depender de otros es mejor que depender de uno mismo.
4. Una persona debe ser completamente competente, adecuada, - talentosa e inteligente en todos los aspectos de la vida.
5. La meta y propósito principales en la vida son la realiza ción y el éxito.
6. La incompetencia en cualquier situación sea la que fuere, indica que a una persona es incompetente y que no tiene valor alguno.
7. Uno debe culparse a si mismo severamente por todas las equivocaciones y cosas mal hechas.
8. El castigarse a uno mismo por todos los errores cometidos nos ayudará a prevenir equivocaciones futuras.
9. Una persona debe culpar a otros por su conducta mala o equivocada.
10. Debemos ocupar un tiempo y energías considerables tratando de reformar a otras personas.
11. Podemos ayudar mejor a otras personas criticándolas y señalándoles claramente el error de sus costumbres.
12. Es natural molestarse por los errores y estupideces de los demás.
13. Debido a que algo afectó fuertemente nuestra vida en algu-

- na ocasión debe seguir afectándole indefinidamente.
14. Debido a que una persona alguna vez estuvo débil e imposibilitada para enfrentar una situación, siempre debe permanecer de esta manera.
 15. Debido a que nuestros padres o la sociedad nos enseñaron a aceptar ciertas tradiciones debemos continuar aceptándola.
 16. Si las cosas no son de la manera en que nos gustaría que fuesen todo es una catástrofe.
 17. Otras personas deben hacer las cosas más fáciles para nosotros y ayudarnos con las dificultades de la vida.
 18. Nadie debe aplazar los placeres o alegrías actuales por las ganancias futuras.
 19. Es más fácil evitar las dificultades y responsabilidades de la vida que afrontarlas.
 20. La inercia y pasividad son necesarias y/o agradables.
 21. Debemos revelarnos en contra de las cosas, sin embargo -- cuando es necesario hacerlas nos resulta desagradable.
 22. Mucha infelicidad es causada o creada externamente por -- personas y eventos del exterior.
 23. Una persona virtualmente no tiene control sobre sus emociones, y no puede ayudarse a si mismo cuando se siente -- mal en muchas ocasiones.
 24. Si algo es o puede ser peligroso o perjudicial para nosotros debemos preocuparnos seriamente por ello.
 25. El preocuparse por un posible peligro nos ayudará a res -- guardarnos o disminuir sus efectos.
 26. Algunas personas son malas, perversas o villanas y debenser severamente inculpadus y castigadas por sus culpas.
 27. La máxima felicidad humana se puede lograr " diviñtñn -- dolos " pasivamente sin hacer nada.

28. Si se va a hacer algún trabajo debemos hacerlo completo y de manera perfecta y precisa.
29. La gente debe respetar leyes morales más estrictamente - que como lo hace.
30. Me molesto por ser controlada por pequeñas reglas y reglamentos.
31. Me pongo impaciente, empiezo a fumar e irritarme cuando - la gente me entretiene innecesariamente .
32. Cuando estoy en un grupo siempre estoy temeroso de que -- pueda decir o hacer algo tonto.
33. Si alguna vez haces favores a la gente esta debe agrade - certelos.
34. Tiendo a hacer o decir cosas por las que más tarde me odio a mi mismo.
35. Cuando las cosas van mal tiendo a culparme demasiado.
36. Siento que mucha gente se puede describir como víctimas de circunstancias que están más allá de su control.
37. El problema con mucha gente es que no toman las cosas con la seriedad suficiente .
38. Para la mayoría de los problemas hay una respuesta correc - ta una vez que la persona se apoya en los hechos.
39. Actualmente la gente ha olvidado como sentirse propiamente avergonzada de si misma.
40. Adopto un estándar elevado para mi mismo y siento que los - demás deben hacer los mismo.
41. La crítica de los demás me pone muy nervioso y ansioso.
42. Con mucha frecuencia hago lo que me hace sentir bien en el momento, aún a costa de algún objetivo lejano.
43. Soy muy quisquilloso sobre algunos temas de los que no pue - do hablar abiertamente.

44. Un gran número de personas se sienten culpables por su mala conducta sexual.
45. Algunos miembros de mi familia y/o amigos tienen hábitos que me molestan y fastidian mucho.
46. Mis sentimientos son fácilmente heridos.
47. Me siento conciente e incomodo en presencia de aquellos a los que considero mis superiores.
48. Me preocupo completamente por la mala fortuna.
49. Algunas veces pienso que no soy eficiente en todo lo que hago.
50. Con mucha frecuencia me altero o me molesto cuando las cosas van mal.
51. Con mucha frecuencia huyo de encarar una crisis o dificultad.
52. Tengo suficientes razones para sentirme celoso de algunos o más miembros de mi familia.
53. Me enoja y me molesto cuando otra gente interfiere con mi actividad diaria.
54. Con mucha frecuencia me deprimó, debido a mis propias deficiencias y defectos.
55. Con mucha frecuencia me siento culpable por los pecados que he cometido.
56. Tiendo a ponerme terriblemente molesto y miserable cuando las cosas no son de la manera en que me gustaría que fuesen.
57. Existe una solución correcta, precisa y perfecta para todos los problemas humanos y resulta catastrófico cuando esta solución perfecta no se encuentra.
58. Debemos obediencia a nuestros padres justo porque son nuestros padres.
59. Tiendo a tomarme a mi mismo y a los demás demasiado seriamente.

60. Es realista esperar el que no debe haber incompatibilidad en el matrimonio.

INSTRUCCIONES: Las siguientes afirmaciones son opiniones respecto a las cuales algunas personas están de acuerdo y otras en desacuerdo. Indique, por favor, marcando con una X en el paréntesis correspondiente, la alternativa que más se asemeja a su opinión.

1. Un adulto debe ser aprobado o amado por casi todas las personas por todo lo que hace.
 De acuerdo. Indeciso. En desacuerdo.
2. Es más importante lo que los demás piensan de nosotros.
 De acuerdo. Indeciso. En desacuerdo.
3. Es mejor depender de los demás que depender de uno mismo.
 De acuerdo. Indeciso. En desacuerdo.
4. Todas las personas deben ser totalmente competentes, talentosas e inteligentes.
 De acuerdo. Indeciso. En desacuerdo.
5. La meta y propósito principales en la vida son la realización y el éxito.
 De acuerdo. Indeciso. En desacuerdo.
6. La incompetencia en cualquier situación de la vida indica que una persona es inepta y que no tiene valor.
 De acuerdo Indeciso. En desacuerdo.
7. Debido a que algo afectó fuertemente nuestra vida en el pasado, debe seguir -- afectándola por tiempo indefinido.
 De acuerdo. Indeciso. En desacuerdo.
8. Debido a que alguna vez una persona estuvo imposibilitada para enfrentar una situación, debe permanecer siempre de esa manera.
 De acuerdo. Indeciso. En desacuerdo.
9. Debemos continuar aceptando todas las tradiciones y costumbres que nos enseñaron nuestros padres y la sociedad.
 De acuerdo. Indeciso. En desacuerdo.
10. Es una catástrofa cuando las cosas no son como nos gustaría que fueran.
 De acuerdo. Indeciso. En desacuerdo.
11. Otras personas deben hacer las cosas más fáciles para nosotros, y ayudarnos -- con las dificultades de la vida.
 De acuerdo. Indeciso. En desacuerdo.
12. Ninguna persona debe privarse de los placeres o alegrías actuales por las -- ganancias futuras.
 De acuerdo. Indeciso. En desacuerdo.

13. Es más fácil evitar las dificultades y responsabilidades de la vida que enfrentarlas.
 De acuerdo. Indeciso. En desacuerdo.
14. La negligencia y pasividad son necesarias y agradables.
 De acuerdo. Indeciso. En desacuerdo.
15. La mayor parte de la desdicha de las personas es provocada por personas y acontecimientos del exterior.
 De acuerdo. Indeciso. En desacuerdo.
16. Las personas no pueden controlar sus emociones y no pueden ayudarse a sí mismas cuando se sienten mal.
 De acuerdo. Indeciso. En desacuerdo.
17. Si algo es o puede ser peligroso para nosotros, debemos preocuparnos mucho.
 De acuerdo. Indeciso. En desacuerdo.
18. El preocuparnos por un posible peligro nos ayuda a prevenir y disminuir sus consecuencias.
 De acuerdo. Indeciso. En desacuerdo.
19. Todas las personas malas, perversas o villanas deben ser severamente castigadas por sus culpas.
 De acuerdo. Indeciso. En desacuerdo.
20. La mayor felicidad humana se puede alcanzar "divirtiéndonos" pasivamente sin hacer nada.
 De acuerdo. Indeciso. En desacuerdo.
21. La mayoría de los problemas tienen una solución correcta y perfecta.
 De acuerdo. Indeciso. En desacuerdo.
22. Algunas veces pienso que soy ineficiente en todo lo que hago.
 De acuerdo. Indeciso. En desacuerdo.
23. Con mucha frecuencia evito las crisis y dificultades de la vida.
 De acuerdo. Indeciso. En desacuerdo.
24. Con mucha frecuencia me siento culpable por los pecados que he cometido.
 De acuerdo. Indeciso. En desacuerdo.
25. Todo es catastrófico cuando no se encuentra la solución correcta, precisa y perfecta para todos los problemas de la vida.
 De acuerdo. Indeciso. En desacuerdo.

INSTRUCCIONES: Las siguientes afirmaciones son opiniones respecto a las cuales algunas personas están de acuerdo y otras en desacuerdo. Indique por favor, -- marcando con una X en el paréntesis correspondiente, la alternativa que más se asemeja a su opinión.

1. Un adulto debe ser aprobado o amado por casi todas las personas por todo lo que hace.
() De acuerdo. () Indeciso. () En desacuerdo.
2. La meta y propósito principales en la vida son la realización y el éxito.
() De acuerdo. () Indeciso. () En desacuerdo.
3. La incompetencia en cualquier situación de la vida indica que una persona es inepta y que no tiene valor.
() De acuerdo. () Indeciso. () En desacuerdo.
4. Debemos continuar aceptando todas las tradiciones y costumbres que nos enseñaron nuestros padres y la sociedad.
() De acuerdo. () Indeciso. () En desacuerdo.
5. Es una catástrofe cuando las cosas no son como nos gustaría que fueran.
() De acuerdo. () Indeciso. () En desacuerdo.
6. Otras personas deben hacer las cosas más fáciles para nosotros y ayudarnos con las dificultades de la vida.
() De acuerdo. () Indeciso. () En desacuerdo.
7. Es más fácil evitar las dificultades y responsabilidades de la vida que enfrentarla.
() De acuerdo. () Indeciso. () En desacuerdo.
8. La negligencia y pasividad son necesarias y agradables.
() De acuerdo. () Indeciso. () En desacuerdo.
9. La mayor parte de la desdicha de las personas es provocada por personas y acontecimientos del exterior.
() De acuerdo. () Indeciso. () En desacuerdo.
10. El preocuparnos por un posible peligro nos ayuda a prevenir y disminuir sus -- consecuencias.
() De acuerdo. () Indeciso. () En desacuerdo.
11. Todas las personas malas, perversas o villanas deben ser severamente castigadas por sus culpas.
() De acuerdo. () Indeciso. () En desacuerdo.
12. Algunas veces pienso que soy ineficiente en todo lo que hago.
() De acuerdo. () Indeciso. () En desacuerdo.

13. Con mucha frecuencia evito las crisis y dificultades de la vida.
 De acuerdo. Indeciso. En desacuerdo
14. Con mucha frecuencia me siento culpable por los pecados que he cometido.
 De acuerdo. Indeciso. En desacuerdo
15. Todo es catastrófico cuando no se encuentra la solución correcta, precisa y --
perfecta para todos los problemas de la vida.
 De acuerdo. Indeciso. En desacuerdo.

INVENTARIO DE CREENCIAS PERSONALES

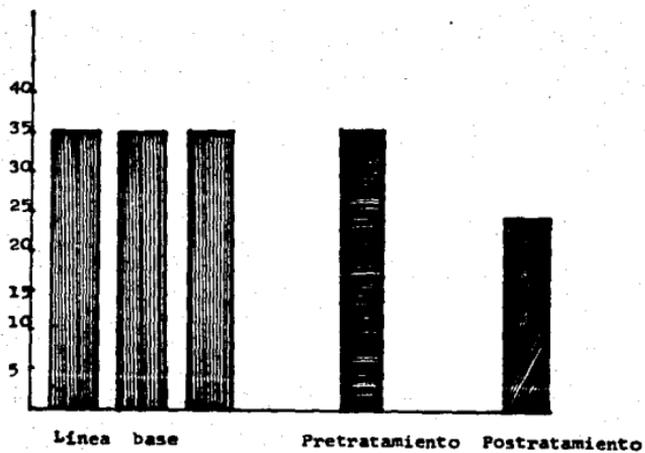
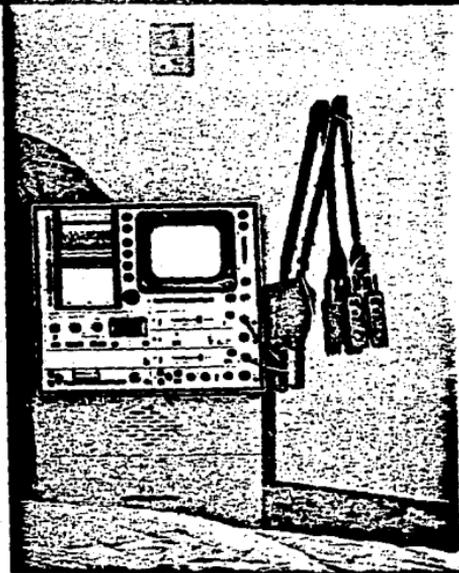
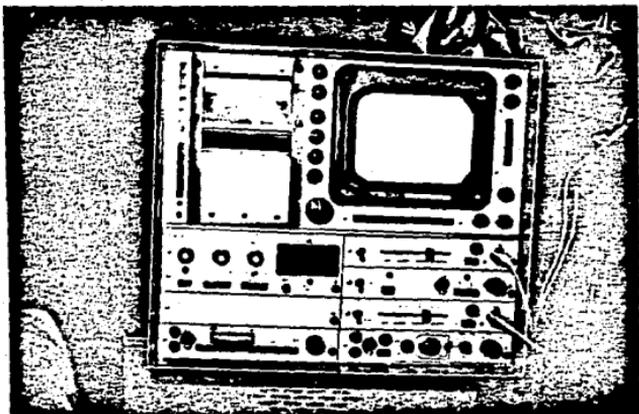


Fig. 4

The Personal Beliefs Inventory

1. An adult must be approved of or loved by almost everyone for almost everything he does.	4.31	1.24
2. What others think of you is most important.	3.48	1.14
3. Depending on others is better than depending on oneself.	5.04	.92
4. A person should be thoroughly competent, adequate, talented, and intelligent in all possible respects.	3.71	1.37
5. The main goal and purpose of life is achievement and success.	3.56	1.26
6. Incompetence in anything whatsoever is an indication that a person is inadequate or valueless.	5.17	.96
7. One should blame oneself severely for all mistakes and wrongdoings.	4.90	1.04
8. Punishing oneself for all errors will help prevent future mistakes.	4.78	1.05
9. A person should blame others for their mistaken or bad behavior.	5.39	.78
10. One should spend considerable time and energy trying to reform others.	4.52	1.04
11. One can best help others by criticizing them and sharply pointing out the error of their ways.	4.81	1.09
12. It is natural to get upset by the errors and stupidities of others.	3.52	1.71
13. Because a certain thing once strongly affected one's life, it should indefinitely affect it.	4.32	1.08
14. Because a person was once weak and helpless, he must always remain so.	5.73	.66
15. Because parents or society taught acceptance of certain traditions, one must go on accepting these traditions.	5.06	.94
16. If things are not the way one would like them to be, it is a catastrophe.	5.15	.86
17. Other people should make things easier for us, and help with life's difficulties.	3.64	1.18
18. No one should ever put off present pleasures for future gains.	3.06	1.23
19. Avoiding life's difficulties and self-responsibilities is easier than facing them.	4.40	1.41
20. Inertia and inaction are necessary and/or pleasant.	3.72	1.38
21. One should rebel against doing things, however necessary, if doing them is unpleasant.	4.60	.96
22. Much unhappiness is externally caused or created by outside persons and events.	3.50	1.13
23. A person has virtually no control over his emotions and cannot help feeling bad on many occasions.	4.06	1.26
24. If something is or may be dangerous or injurious, one should be seriously concerned about it.	2.34	1.04
25. Worrying about a possible danger will help ward it off or decrease its effect.	4.70	1.13
26. Certain people are bad, wicked or villainous and should be severely blamed and punished for their sins.	4.72	1.08
27. Maximum human happiness can be achieved by passively and uncommittedly "enjoying oneself."	4.00	1.32
28. Any job should be done thoroughly and perfectly if you do it at all.	2.65	1.21
29. People should observe moral laws more strictly than they do.	3.11	1.11
30. I get annoyed at being held up by small rules and regulations.	2.92	.95
31. I get impatient, and begin to fume and fret, when people delay me unnecessarily.	3.29	1.11
32. When I'm in a group, I'm always afraid I may say or do something foolish.	3.99	1.24
33. If you once start doing favors for people, they may just walk all over you.	3.83	1.17
34. I tend to do or say things I later hate myself for.	3.86	1.17
35. When things go badly, I tend to blame myself too much.	3.23	1.16
36. I feel that many people could be described as victims of circumstance beyond their control.	3.14	1.01
37. The trouble with many people is that they don't take things seriously enough.	3.24	1.04
38. For most questions there is one right answer, once a person has the facts.	4.10	1.11
39. People today have forgotten how to feel properly ashamed of themselves.	4.27	1.17
40. I set a high standard for myself and feel others should do the same.	2.94	1.19
41. Criticism makes me very nervous and anxious.	3.40	1.12
42. I often do whatever makes me feel good at the moment, even at the cost of some distant goal.	3.75	1.18
43. I am so touchy on some subjects that I can't talk about them.	4.32	1.30
44. A large number of people are guilty of bad sexual conduct.	3.95	1.30
45. Some of my family and/or friends have habits that bother and annoy me very much.	3.54	1.13
46. My feelings are easily hurt.	3.35	1.22
47. I feel awkward and uncomfortable when in the presence of those whom I consider to be my superiors.	3.71	1.33
48. I worry quite a bit over possible misfortune.	3.79	1.17
49. At times I think I am no good at all.	4.05	1.35
50. I often get excited or upset when things go wrong.	3.23	1.16
51. I shrink from facing a crisis or difficulty.	4.33	1.12
52. I have reason for feeling jealous of one or more members of my family.	5.15	1.09
53. It makes me angry and upset when other people interfere with my daily activity.	4.34	1.11
54. I often become depressed because of my own deficiencies or shortcomings.	3.51	1.34
55. I often feel guilty because of the sins I have committed.	4.24	1.28
56. I tend to become terribly upset and miserable when things are not the way I would like them to be.	3.67	1.06
57. There is invariably a right, precise and perfect solution to human problems and it is catastrophic when this perfect solution isn't found.	4.73	1.13
58. You owe obedience to your parents just because they are your parents.	3.56	1.39
59. I tend to take myself and others too seriously.	3.54	1.11
60. It is realistic to expect that there should be no incompatibility in marriage.	4.73	1.31



ELECTROMIOGRAFO_TEN

592