UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

PSICOLOGIA CLINICA

DISMINUCION DE LA ANGUSTIA UTILIZANDO CONCEPTOS PSICOANALITICOS Y AUTOHIPNOSIS

T E S I S

Q U E P R E S E N T A :

PARA OBTENER EL TITULO DE:

MAESTRO EN PSICOLOGIA CLINICA

EDUARDO GARZA TREVIÑO

COMITE DE TESIS.

DIRECTOR DE TESIS: DR. ARTURO AGUILAR SAMAYOA.

MIEMBRO DE COMITE: DRA. EMILIA LUCIO GOMEZ M.

MIEMBRO DE COMITE: DRA. LUISA ROSSI HERNANDEZ

SINODALES: MTRA. GEORGINA MARTINEZ MONTES.

MTRO. ALBERTO OCHOA BRAOJOS.

MEXICO, D. F. 1996

Universidad Nacional Autónoma de México
UNAM
Biblioteca Central
Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

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 esta 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.

DEDICATORIA

Al reconocer el apoyo que hemos recibido, siempre recordamos el que nos ha llevado a la cumbre de un proyecto. Pero en esta ocasión deseo mencionar a quienes al paso del tiempo han tenido una importancia primordial.

En primer término, los que despertaron en mí el vehemente deseo del conocimiento de la psicología profunda:

Dr. Juan Ceballos y Dr. Rafael Estrada Villa

Después, con los que con su sabiduría despertaron en mí el amor por el psicoanálisis:

Dra. Emilia Lucio Gómez M. y Dr. Néstor Braunstein

Y finalmente, los que con su paciencia y su rigor científico me ayudaron a cristalizar ese proyecto en una tesis:

Lic. Benito Ramírez y la inapreciable ayuda de mi director de tesis

Dr. Arturo Aguilar Samayoa.

También quiero expresar mi agradecimiento a todas aquellas personas que me han hecho posible el llegar a este punto de mi camino:

Mis padres, mi esposa, mis hermanas, cuñados, sobrinos, sobrinos políticos y amigos, quienes con sus observaciones, consejos y sobre todo con la calidéz de su presencia, le han dado a mi vida, calor, sabor y alegría.

DISMINUCION DE LA ANGUSTIA UTILIZANDO CONCEPTOS PSICOANALITICOS Y AUTOHIPNOSIS

INDICE

	PAG.
RESUMEN	2
INTRODUCCIÓN	3
I. LA ANGUSTIA	5
a) Antecedentes	
b) Angustia y Ansiedad	
c)La Angustia según Freud	
d) Comentarios	
II. LA HIPNOSIS	14
a) Teorías	
b) Autores importantes	
c) Aplicaciones terapéuticas	
d)Comentarios	
III. METODO	21
a) Sujetos	
b) Muestreo	
c) Instrumento	
d) Hipótesis de trabajo	
e) Variables	

PAG.

1. Definiciones conceptuales
2. Definiciones operacionales
3. Modelo experimental

f)Procedimiento

1. Convocatoria
2. Plática de Introducción a la hipnosis
3. Plática de Introducción al Programa
4. Integración de grupos
5. Sesiones de hipnosis y autohipnosis
6. Conceptos psicoanalíticos

IV. RESULTADOS E INTERPRETACION 27
V. CONCLUSIONES 32
BIBLIOGRAFIA 37
ANEXOS 41

INDICE DE TABLAS

PAG.

TABLA 1. SECUENCIA DE APLICACIÓN DE VARIABLES 27

TABLA 2.MEDIAS DE PUNTAJES DE ANGUSTIA Y ERRORES ESTÁNDAR 28

TABLA 3. ANÁLISIS VARIADO Y MULTIVARIADO DE MEDIAS REPETIDAS 29

TABLA 4. PRUEBA t PARA CONDICIÓN INICIAL 30

RESUMEN

El problema a investigar consistió en determinar si era más efectivo para el control y disminución de la angustia el método que proporcionó una enseñanza de conceptos psicoanalíticos aunado a una enseñanza vivencial o práctica de autohipnosis, respecto a otro método que sólo proporcionó la enseñanza teórica o la práctica de la autohipnosis por separado.

Participaron 26 sujetos, que pasaron por tres condiciones diferentes: conceptos psicoanalíticos, autohipnosis y ambos.

El diseño experimental se basó en un análisis de varianza de medidas repetidas, alternando por orden de administración en dos variables: autohipnosis y conceptos psicoanáliticos.

Para medir los cambios en los niveles de angustia se utilizó una Escala Experimental.

Se confirmó la hipótesis de que fue más efectivo para el control y disminución de la angustia el método que proporcionó la enseñanza de conceptos psicoanalíticos y de autohipnosis a otro método que sólo administró los conceptos psicoanalíticos o la autohipnosis por separado.

DISMINUCION DE LA ANGUSTIA UTILIZANDO CONCEPTOS PSICOANALITICOS Y AUTOHIPNOSIS

EDUARDO GARZA TREVIÑO
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

INTRODUCCION

Con tantos estudios e investigaciones como se han realizado en relación a la angustia, ¿por qué hacer uno más? Creo que es por una esperanza, por una ilusión, por un deseo. El de poder aportar quizá un matiz, un pequeño grano de arena en el terrible y gigantesco esfuerzo que han realizado los humanos desde siempre por disminuir el sufrimiento de sus congéneres.

Esta no es una tesis psicoanalítica, sin embargo, se utilizarán como marco teórico las teorías freudianas de la angustia las cuales se revisarán brevemente, pensando en la forma en que pueda darse un cambio en la intensidad con que se desarrollan los procesos angustiosos, lo cual nos permitirá intervenir para controlar dicha angustia. Creo que dichos cambios sólo pueden darse en las personas angustiadas, si a un conocimiento intelectual se le añade un conocimiento vivencial (emocional). Para tratar de probar esta hipótesis se describirá a continuación la investigación clínica en la que se empleará un grupo de personas al que se le enseñarán algunos conceptos psicoanalíticos, utilizando un lenguaje coloquial (conocimiento intelectual) y técnicas de autohipnosis (conocimiento vivencial o emocional). Es en este sentido que Freud (1918)

lamentaba el número de personas tan reducido que podían beneficiarse de un tratamiento psicoanálitico y, con el deseo de poder extender dicho beneficio a una población mayor, reflexionaba que quizá también el influjo hipnótico (junto con los conocimientos psicoanalíticos) pudieran volver a encontrar un lugar, como en el tratamiento de las neurosis de guerra.

1. LA ANGUSTIA

a) Antecedentes.

El miedo y la angustia se pueden considerar, algunas de las emociones básicas del ser humano, como observamos en las figuras de algunos jeroglíficos egipcios y de otras culturas antiguas (Choen, citado por Spielberger, 1975). James Kritzick (1975), cita a Ibn Hazm, filósofo del Siglo XI, quien escribió: "Una filosofía del Carácter y la Conducta" en donde sostiene que la angustia es una condición básica de la existencia humana. Sin embargo, la angustia se vuelve un tema central de filósofos y pensadores a partir del movimiento existencialista que surgió en 1814, motivado en gran parte por las pláticas de Schelling, en Berlín. "Asistían a ellas Kierkegaard, Engels, Burchardt, Nietzche, Shopenhauer, Bergson y Marx. Todos se oponían al sistema de vida y pensamiento racional desarrollado por la sociedad industrial. Es importante conocerlos para ayudarnos a entender, los actuales conceptos de la angustia" (P. Tilich, citado por May, 1972).

Uno de los filósofos más importantes en cuanto a los posteriores desarrollos tanto en el movimiento filosófico existencialista como la psicología, es Kierkergaard; en quien encontramos algunos antecedentes de las teorías desarrolladas por Freud. El es considerado el padre del existencialismo; en gran parte debido a su libro "El Concepto de la Angustia", en donde describe diferentes aspectos de ella. La cual empieza desde una etapa de inocencia o ignorancia en donde, como el niño, no se distingue el bien del mal.

> "No hay nada con que guerrear y es esta nada la que produce angustia, un deseo de saber. En el estado de vigilia hay una distinción

entre mi yo y mi no yo, en el sueño está suspendida, en el ensueño de la inocencia es una nada que acusa. Pero en esta etapa la angustia no es una pesada carga que no pueda conciliarse con la beatitud de la inocencia, no es una culpa. En los niños se encuentra la angustia como un afán de aventura, de cosas monstruosas y enigmáticas y es tan esencial que el niño no quiere verse privado de ella" (Kierkergaard. S. 1875/1958).

El salto cualitativo que va del estado de inocencia al de culpa. El ser humano es presa de la angustia en relación a lo prohibido y al castigo subyacente (Kierkergaard 1875/1958).

Por su parte Freud pertenece a ese grupo de exploradores de la naturaleza humana del siglo XIX, quienes redescubrieron en el significado de la dinámica del inconsciente, aspectos de la personalidad que habían tendido a ser minimizados y en ocasiones suprimidos por las preocupaciones racionalistas de la mayor parte de los pensadores occidentales desde el Renacimiento. Freud, Nietzche y Kierkergaad atacaron el racionalismo de su siglo por diferentes razones (May., 1978).

b) Angustia y Ansiedad.

De la obra de Freud en alemán se traduce la palabra angst, al español como angustia y al inglés como anxiety y en estos casos las podemos considerar como sinónimos (Garrabé, 1993); pero al incrementarse las publicaciones en idioma inglés de 37 en 1950 a 5,000 en 20 años (Spielberger) y a 3,500 más en 1980 (Endler). Resulta difícil decidir si podemos seguir considerando como sinónimos las palabras angustia y ansiedad.

Por una mala traducción de anxiety al español como ansiedad (Aguilar, 1992) tenemos un problema de ambigüedad con las palabras angustia y ansiedad,

pero aún en el idioma inglés encontramos una falta de claridad en la palabra anxiety, al grado que Lewis (1970) la llama la palabra ambigüa y la define como "un estado emocional en el cual existe una experiencia subjetiva de (terror, horror, alarma, miedo, pánico) acompañado de alteraciones corporales y que no guarda relación con el estímulo peligroso". Si comparamos esta definición con la descripción que hace Freud de la angustia (1895) como un estado de miedo en el que se produce alteraciones fisiológicas principalmente en el aparato respiratorio y cardiovascular y con una percepción displacentera de dichas alteraciones y que puede o no guardar relación con un estímulo peligroso, concluimos que no existe una diferencia clara entre ansiedad y angustia.

Cicerón (citado por Lewis, 1979) distingue angor como un estado transitorio y agudo, de anxietas que es una predisposición habitual a reaccionar en determinada forma.

Según Aguilar (1996), la confusión que existe entre los términos mencionados y para los objetivos de ésta tesis, se impone la necesidad de hacer una distinción en español de estas dos palabras.

Existe ansiedad cuando el individuo experimenta temor de que algo deseado no ocurra. En este caso, la ansiedad sería la experiencia subjetiva de temor debido a una evaluación probabilística alta respecto a la ausencia inminente de algo previamente evaluado como deseable (doble evaluación).

Existe angustia cuando el individuo experimenta temor de que algo indeseable ocurra. Este sería el caso complementario, no opuesto, donde la angustia sería la experiencia subjetiva de temor debido a una evaluación probabilística alta respecto a la presencia inminente de algo previamente evaluado como indeseable (doble evaluación). En otras palabras, la diferencia lógica entre ansiedad propiamente dicha y angustia radica en la conjunción de la doble evaluación. Es decir, Si NA y B, entonces Ansiedad

Si A y NB, entonces Angustia

Donde:

NA: Evaluación de no ocurrencia (ausencia)

A: Evaluación de ocurrencia

B: Evaluación de bondad

NB: Evaluación de no bondad (maldad)

Estos razonamientos van en línea con los de Arnold (1970) en su definición de emoción y con los conceptos de evaluaciones primarias y secundarias de Lazarus (1982).

En términos técnicos, ansiedad propiamente dicha y angustia pueden definirse también desde tres puntos de vista: conductual, cognoscitivo y fisiológico:

Conductual. Un organismo experimenta ansiedad cuando la contingencia de su conducta es la administración de un reforzador positivo. El organismo experimenta angustia cuando la contingencia de su conducta es el retiro de un reforzador negativo.

Cognoscitivo. Un organismo experimenta ansiedad cuando evalúa el resultado de una decisión como favorable y con una alta probabilidad de alcanzarlo eficazmente; simultáneamente, adopta una estrategia de maximización de ganancias. Experimenta angustia cuando evalúa el resultado como desfavorable y con una baja probabilidad de evitarlo; su estrategia es de minimización de pérdidas.

Fisiológico. En términos periféricos de medidas no invasivas y muy generales, un organismo experimenta ansiedad cuando la actividad de su sistema

nervioso parasimpático es predominante. Experimenta angustia cuando la actividad dominante es la del sistema simpático.

c) La Angustia según Freud.

Como hemos visto, Freud no fue el primero en interesarse en la problemática de la angustia, pero sí fue el primero, en la tradición humanista del siglo XIX, en ver el significado fundamental del problema y podemos observar cómo evoluciona su teoría a medida que va desarrollando su concepto del inconsciente, estrechamente relacionada con el de la represión. En la primera teoría sostenía que "la neurosis de angustia se producía por una interferencia de la descarga de la tensión sexual (transmudación de la libido), siendo un proceso únicamente físico" (Freud, 1925).

En la angustia observada en las fobias y neurosis obsesivas, era imposible descartar la presencia de los fenómenos psíquicos; explicó la interferencia de la descarga libidinal por el mecanismo de la represión y atribuyó a ésta el origen de la angustia (Freud 1925/ citado por Strachey, 1988).

Freud (1907) afirma que en los sueños de angustia, así como en general en toda angustia neurótica, la angustia proviene de la libido en virtud del proceso de la represión. Más adelante Freud (1925) desarrolla otra teoría de la angustia y distingue en ella:

> "Un carácter displacentero, acciones de descarga y percepciones de éstas. Es la reproducción de una vivencia que reunió las condiciones para un incremento del estímulo displacentero y, para la descarga por determinadas vías, a raíz de lo cual también el displacer de la angustia recibió su carácter específico. El nacimiento nos ofrece una vivencia arquetípica de tal índole y por eso nos

inclinamos a ver en el estado de angustia una reproducción del trauma del nacimiento. Así, la angustia se generó como reacción frente a un estado de peligro. Pero el estado de angustia originario estuvo lleno de sentido y las reacciones fueron adecuadas al fin en un todo, como las acciones musculares del primer ataque histérico y en lo sucesivo se le reproducirá regularmente cuando un estado semejante vuelva a presentarse, aunque la reacción corresponda a un peligro anterior y no sea la adecuada ahora (Angustia automática)".

Sin embargo, poco después Freud en relación a los niños admite que la angustia no alcanza su máxima intensidad inmediatamente después del nacimiento sino que surge más tarde, con el progreso del desarrollo anímico y así la angustia puede producirse cuando el niño está solo, en la obscuridad o cuando haya una persona ajena en lugar de la que le es familiar. Así la angustia es una reacción a la ausencia de un objeto familiar y se impone una analogía: la angustia de castración, según Freud tiene por contenido la separación respecto de un objeto estimado en sumo grado y la angustia primordial del nacimiento se engendró así a partir de la separación de la madre. El lactante sabe que la madre es quien satisface sus necesidades, así su ausencia es un peligro del cual debe resguardarse y clama ahora por su madre, experimentando la señal de angustia. Es un gran progreso en el logro de la autoconservación y encierra el pasaje de la neoproducción involuntaria y automática de la angustia a su reproducción deliberada como señal de peligro. En ambos casos la angustia demuestra ser el producto del desvalimiento psíquico que es el correspondiente de su desvalimiento fisico.

Freud (1925) encuentra una correspondencia de sus estudios y observaciones con su segunda teoría de la angustia al elaborar sus conceptos de "ello", "yo" y "super yo". Al reconocer la disociación de la personalidad anímica en tres instancias psíquicas y con la tesis de que el "yo" es la única sede de la angustia y

que sólo el "yo" puede producir y sentir angustia, Freud ha ocupado una nueva y firme posición y acogido como una correspondencia desviada el hecho de que las tres clases principales de angustia son: la real, la neurótica y la moral, y pueden ser tan adecuadamente referidas a las tres dependencias del "yo"; esto es, a su dependencia del mundo exterior, del "ello" y del "super yo". Con esta nueva interpretación ha pasado también a primer término la función de la angustia como señal anunciadora de una situación peligrosa, ha perdido interés la interrogación sobre la materia de que está hecha la angustia y se han aclarado y simplificado extraordinariamente las relaciones entre angustia real y la angustia neurótica. La represión no crea la angustia. Esto existe con anterioridad y es ella la que crea la represión. Pero ¿qué angustia puede ser? La que se produce ante un peligro exterior, o sea, una angustia real. Es exacto que el niño sufre angustia ante una exigencia de su libido, en este caso ante el amor a su madre, tratándose, por tanto, realmente, de un caso de angustia neurótica. Pero este enamoramiento sólo le parece constituir un peligro interior, al que tiene que sustraerse con la renuncia a tal objeto, porque provoca una situación de peligro exterior, en todos los casos que investigamos obtenemos el mismo resultado. Hemos de confesar que no esperábamos que el peligro instintivo interior se demostrase como una condición y una preparación de una situación de peligro exterior y real. Pero no hemos dicho todavía cuál es el peligro real que el niño teme como consecuencia del enamoramiento de la madre. Es el castigo de la castración, la pérdida de su miembro. Naturalmente, aunque este no es un peligro real. No castramos a nuestros niños porque en la fase del complejo de Edipo estén enamorados de su madre. Pero la cosa no es tan sencilla. Ante todo, no se trata de si la castración es verdaderamente aplicada; lo decisivo es que el peligro es un peligro que amenaza desde el exterior y que el niño cree en su efectividad.

Que el miedo a la castración no es, naturalmente, el único motivo de la represión, pues no se da en las mujeres, las cuales pueden tener un complejo de la

castración, pero nunca miedo a la castración. En su lugar aparece en ellas el miedo a la pérdida del amor, la cual es visiblemente una continuación del miedo del niño de pecho cuando echa de menos a su madre (Freud 1932/1978).

El exceso en el montante de excitación hace de una impresión un instante traumático, paraliza la función del principio del placer y da a la situación de peligro su significación. Y si sucede así, si estos enigmas se resuelven con tan sobria explicación, ¿por qué no ha de ser posible que tales instantes traumáticos surjan en la vida anímica sin relación alguna con las situaciones traumáticas supuestas, en las cuales la angustia no es despertada por tanto como señal, sino que nace basada en un fundamento inmediato? La experiencia clínica nos dice abiertamente que así es, en efecto. Sólo las represiones secundarias muestran el mecanismo que antes describimos en el que la angustia es despertada como señal de una situación de peligro anterior; las represiones primarias y más tempranas nacen directamente de instantes traumáticos en el choque del "yo" con una exigencia libidinosa de primera magnitud y producen su angustia de por sí, aunque conforme al prototipo del nacimiento. Lo mismo puede decirse del desarrollo de angustia en la neurosis de angustia por daño somático de la función sexual. No afirmaremos ya que lo que en ello se transforma en angustia sea la libido misma. Pero no veo objeción alguna contra un doble origen de la angustia: unas, del instante traumático, y otras, como señal de que amenaza la repetición de tal instante (Freud, 1925).

En resumen se puede decir que en la primera teoría de la angustia de Freud, la angustia era causada por la represión; en la segunda teoría, la angustia es preexistente a la represión y ésta, a su vez es causada por la angustia. Freud reconoce varios tipos de angustia: tres que pertenecen a la represión secundaria y se dan ante las demandas del "ello", del "yo" y del "super yo" y la angustia que surge de las represiones primarias más tempranas y que nacen directamente de instantes

traumáticos en el choque del "yo" con una exigencia libidinosa de primera magnitud, la cual rebasa al "yo" y produce angustia de por sí. (Freud, 1925).

d) Comentarios

Según Freud la angustia original fue causada por la invalidez o impotencia ante una amenaza arcaica de castración, que da origen a la represión primaria y la angustia que se presenta posteriormente, se puede decir que es una angustia menor que surge ante las demandas del "ello" y del "super yo". Así, lo que desde la teoría se puede pensar es que fortaleciendo el "yo", disminuyendo su invalidez y actualizando sus circunstancias, es posible disminuir la angustia.

II. HIPNOSIS

a) Teorías.

Me referiré brevemente a la historia de la hipnosis. Considerando las teorías y los autores que más influencia han tenido en su evolución y aplicaciones terapéuticas.

1. La hipnosis como forma de sueño, Hilgard (1962) la cita como una de las mas antiguas. Pavlov (1940) la retoma parcialmente al mencionarla como sueño parcial o sueño sugerido.

2. La Atávica se considera como un mecanismo arcaico que en alguna época fue necesario para la supervivencia de los seres humanos y se le compara con la inmovilidad refleja de algunos animales en peligro (Kroger, 1977).

3. La hipnosis como un estado patológico de histeria. Charcot (1889) elaboró su teoría basándose en las observaciones realizadas en sólo 5 pacientes clasificadas como histéricas.

4. Teorías Psicofisiológicas. Pavlov describe un proceso de inhibición neuronal que se inicia en una pequeña área del cerebro y se propaga a grupos más extensos de neuronas hasta que la corteza cerebral se encuentra casi totalmente involucrada. Por su parte, Moraes (1967) considera importante la intervención del sistema reticular, del hipotálamo y de otras estructuras subcorticales.

5. La teoría de la disociación fue elaborada por Janet (1920) y establece que en la hipnosis se produce una disociación y que al abolir el control de la voluntad los sujetos responden con un comportamiento del sistema nervioso vegetativo.

6. Hilgard (1960) propone una nueva teoría que algunos autores la denominan Neodisociación, pero ella prefiere llamarla Teoría del Desarrollo Interactivo de la Hipnosis.

La teoría puede ser enunciada en dos grupos de proposiciones: las del desarrollo y las de Interacción. La primera trata de los factores antecedentes, como resultados de las experiencias de toda la vida. Los de interacción tienen que ver con lo que ocurre en presencia del hipnotizador.

Los dos grupos consideran la relación del sujeto con el hipnotizador, hacen entrar en juego la transferencia y la regresión.

7. Estados Alterados de Conciencia. Esta teoría se apoya en el paradigma que proviene de la filosofía oriental y se refiere a diferentes prácticas de meditación (Kroger, 1967).

8. La hipnosis como la representación de un papel (rol) y la teoría del No Estado. El comportamiento hipnótico está regido por señales, captadas muchas veces en un nivel inconsciente y por la habilidad del paciente para asumir un papel y abandonar su orientación hacia la realidad y esto depende de la forma en que interactúa en un nivel interpersonal con el terapeuta. (Kroger, 1967)

9. Las teorías psicoanalíticas. Freud (1914) equiparaba la hipnosis al enamoramiento; estados en que la otra persona ocupa un lugar muy relevante, el del ideal del yo. El sujeto se sitúa en una etapa arcaica de su evolución y reacciona ante dos formas de hipnosis: una cálida y suave, la maternal y otra fuerte y autoritaria, la paterna.

Kubie y Margolin realizaron una síntesis entre las teorías psicoanalíticas y las pavlovianas y creyeron que más importante que la regresión es la motivación para entender el proceso hipnótico y que la transferencia es secundaria y puede o no estar presente. Gill y Brenman (1955) sostienen que la regresión que se da en la hipnosis está al servicio del ego y la transferencia es un elemento importante. Sin embargo Shore (1959) afirma que la transferencia es el resultado y no la causa del estado hipnótico y puede o no estar presente. Chertok (1980) insiste en que transferencia (palabra de origen psicoanalítico) es un fenómeno indisolublemente ligado a la

hipnosis y que la utilización de la hipnosis produce inevitablemente el surgimiento de la transferencia.

b) Autores importantes.

Para captar la esencia del estado hipnótico y así distinguirlo aún con los diferentes disfraces o características que se le imponen en cada época es importante adoptar una definición para el propósito de este estudio, se acepta la definición propuesta por la British Medical Association: (Chertok, 1989)

> "La hipnosis es un estado pasajero de atención modificada en el sujeto; estado que puede inducirlo otra persona y en el que diversos fenómenos pueden aparecer espontáneamente o como respuesta a estímulos verbales o de otro tipo. Estos fenómenos abarcan un cambio en la memoria; una susceptibilidad acrecentada a la sugestión y a la aparición en el sujeto de respuestas e ideas que no le son familiares en su estado de ánimo habitual. Además, fenómenos como la anestesia, la parálisis, la rigidez muscular, la relajación muscular y modificaciones vasomotoras pueden producirse y suprimirse en el estado hipnótico".

Esta definición nos facilita comprender más este fenómeno y así, al despojarlo de sus rituales, sabemos por los numerosos ejemplos que la literatura presenta, que el proceso hipnótico se utilizó desde la antigüedad. Es verdad que los poderes se atribuían a bendiciones divinas o a perversas encarnaciones, pero hay evidencias suficientes para decir que los fenómenos hipnóticos son tan viejos como el ser humano (Le Cron y Bordeaux, 1947).

El mérito de Mesmer (1785) reside en que introduce la hipnosis en el campo científico de su época aplicando las teorías aceptadas en su tiempo, del magnetismo y de los fluidos e inventa la primera técnica hipnótica, la de los pases magnéticos.

La teoría y la técnica de la hipnosis cambiaron radicalmente gracias al Dr. James Braid (1841) que discrepó de las afirmaciones fluídicas de Mesmer y sus seguidores. En su libro Neurohipnología afirma que la hipnosis es causada por cansancio del sistema nervioso y por la imaginación. A él se debe la técnica de la fijación de la mirada y la utilización de la palabra hipnosis. Se le considera el padre de la hipnosis (Gindes, 1955).

El escenario donde se genera una gran controversia en cuanto a la teoría y las aplicaciones de la hipnosis es Francia. Esta divergencia de opiniones se polariza alrededor de dos escuelas. La de Salpetriere dirigida por Charcot para quién la hipnosis es un fenómeno patológico imputable a un estado nervioso específico (histeria) y la de Nancy, dirigida por Bernheim quien se opone a las teorías de Charcot y afirma que la hipnosis no es sino la exageración de un estado fisiológico normal, llamado sugestión (Carroy, 1985).

Freud (1890) utiliza la hipnosis con sus pacientes al volver a Viena, después de su estancia con Charcot en París y, a pesar de sus éxitos iniciales, la rechaza después al elaborar su teoría psicoanalítica.

En Rusia, Platonov (1958) se refiere a los trabajos de diferentes médicos y psiquiatras como Danilievski (1888) y otros quienes utilizaron la hipnosis como método psicoterapeútico; el cual adquirió las características específicas de la escuela rusa, a partir de la aportaciones de Pavlov en 1927 acerca del "Segundo Sistema de Señalización: la palabra".

> "La palabra en virtud de toda la vida pasada del hombre adulto, está relacionada con todos los estímulos externos e internos que llegan a los hemisferios cerebrales, sustituyéndolos todos, señalizándolos, y es por esto que puede provocar las mismas acciones y reacciones del organismo que determinan aquellos estímulos. (Pavlov, 1949).

c) Aplicaciones terapéuticas.

De los muchos personajes importantes en la historia de la hipnosis; los autores ya mencionados son los que han tenido mayor influencia en su evolución. Dichos autores centraron su interés en la hipnosis por sus posibilidades terapéuticas. Según Chertok (1989) estas posibilidades han continuado explorándose y en la actualidad se siguen aplicando, en sus diferentes modalidades: terapia por hipnosis, terapia por sugestión directa, terapia ligada al aprendizaje, método catártico y el hipnoanálisis.

Terapia por hipnosis seca.- Se basa en la eficacia curativa del estado hipnótico por sí mismo, que desempeña un papel reparador por cierto; ya lo utilizaba Janet a principios de 1910 y es el origen de las curas de sueño hipnótico prolongado y del medicamentoso. No se dan sugestiones posthipnóticas, aún cuando en una forma encubierta exista una sugestión implícita, al asistir el paciente a la terapia por ciertos síntomas.

Terapia por sugestión directa.- Se pretende eliminar los síntomas, lo cual algunas veces sucede. Pero según la teoría psicoanalítica no es recomendable, pues aparecen síntomas substitutos; aunque la aparición de estos síntomas no suceden siempre y, cuando se da la desaparición del síntoma, no constituye un resultado despreciable como en la amnesia o en la parálisis y por otro lado puede conducir a una estructuración de la personalidad del paciente. Esto podría suceder cuando los problemas, se remontan a su primera infancia, a su pasado preverbal donde tuvo una carencia afectiva que vendría, en parte, a compensar la relación hipnótica.
Erickson (1938) se encuentra dentro de esta orientación en los primeros años de su práctica.

Terapia ligada al aprendizaje.- Su práctica tiene gran difusión en Rusia (Platonov, 1958), y en los Estados Unidos (May R. 1950), entre los psicoterapeutas

quienes consideran que las neurosis son malas actitudes, que pueden corregirse mediante técnicas de condicionamiento. Proceden a hacer un interrogatorio en relación a las posibles causas desencadenantes del síntoma; se reinterpreta el origen del factor desencadenante y en la hipnosis se le comenta, "ahora ya no se dan esas circunstancias" y se sugiere (sugerencia hipnótica) que el síntoma ha desaparecido.

Con variantes propias de su método de "Terapia Estratégica", en el que la hipnosis se da por añadidura, encontramos a Erickson en sus últimos años y a los neoeriksonianos y como una derivación de ellos; el método de programación neurolingüística (Blander, 1985).

Método Catártico.- Lo inventaron simultáneamente Janet y Breuer a fines del siglo pasado y consiste en una descarga de afectos que se dá al revivir emociones reprimidas, lo cual permite remontarse al origen conflictivo de los problemas y obtener la desaparición de los síntomas; aunque de resultados espectaculares, actualmente casi no se utiliza.

Hipnoanálisis.- Combina la hipnosis con el psicoanálisis y se practica sobre todo en los Estados Unidos bajo diversas formas. Todas ellas se inician con una fase de inducción hipnótica, utilizando según el caso la inducción de sueños, la regresión, la escritura automática y la asociación libre. Salvo esta última, esos procesos requieren un trance profundo por lo que sólo en pocas ocasiones son aplicables. Sin embargo Chertok (1989), menciona el caso de una paciente que en un tratamiento psicoanalítico de quince años no había mejorado una bulimia y respondió satisfactoriamente a un hipnoanálisis en poco tiempo.

d) Comentarios

Por la experiencia acumulada en los casos reportados, podemos concluir, que con una adecuada preparación antes de iniciar la inducción hipnótica; ésta produce un efecto relajante y antiangustioso y que este efecto puede potenciarse con

la utilización de imágenes, emociones y razonamientos (Deltito y Baer, 1986). Pero en general se ha aplicado a remoción de síntomas ó disminución de angustia en casos específicos. (Stanton, 1992).

Una nueva forma de aplicación consistiría en utilizar las características ya mencionadas para disminuir la angustia en las condiciones habituales de la vida cotidiana, que es lo que en el presente estudio se intenta.

III. METODO

El problema a investigar consistió en determinar si fue más efectivo para el control y disminución de la angustia, el método que proporcionó una enseñanza teórica sobre conceptos psicoanalíticos aunado a una enseñanza vivencial o práctica de autohipnosis, respecto a otro método que sólo proporcionó la enseñanza teórica o la práctica de la autohipnosis por separado.

a) Sujetos

Participaron 26 sujetos del sexo masculino y femenino, cuya edad varió entre los 18 y 40 años, siendo su participación voluntaria.

b) Muestreo.

Se seleccionaron los sujetos, de un grupo que asistieron a una plática previa de hipnosis y autohipnosis, convocada exprofeso. La selección se realizó con una técnica de muestreo tan azarosa como fue posible. Esta técnica consistió en numerar los sujetos de acuerdo al orden en que fueron calificados los Cuestionarios de Disponibilidad (Anexo A) (80% de respuestas correctas) y asignando los números nones al grupo "A" y los números pares al grupo "B".

c) Instrumento.

1. Cuestionario de Disponibilidad (Anexo A)

2. Escala de Evaluación EE-R de angustia cognoscitiva, desarrollado por Aguilar (en prensa). Esta prueba no está validada en una población grande, pero los reactivos para medir angustia se seleccionaron de ocho pruebas psicológicas ya validadas, en población de habla inglesa, que son: Hamilton, Idare Rasgo, Idare Estado, MMPI, Millon, Taylor, Ipat, Emas. Por derechos de autor no fue posible publicar "La escala de Evaluación EE-R. Se utilizó exclusivamente con fines de investigación.

3. Escala de Harvard de susceptibilidad hipnótica (modificada) versión para grupos HSG. Por derechos de autor tampoco fue posible publicarla. Esta escala se utilizó exclusivamente con fines de investigación.

4. Escala de comprensión de conceptos psicoanalíticos (Anexo B).

d) Hipótesis de Trabajo.

La hipótesis que se someterá a prueba será:

El aprendizaje de conceptos psicoanalíticos aunado a una técnica de autohipnosis produce mayor disminución de la angustia que el aprendizaje de dichos conceptos y la autohipnosis administrados por separado.

e) Variables.

Se utilizaron dos variables independientes: Conceptos psicoanalíticos y autohipnosis y una variable dependiente: angustia.

1. Definición conceptual.

Variables Independientes.

Conceptos psicoanáliticos. Se enseñarán aquellos de la teoría psicoanalítica que explican el origen de la angustia y como de una manera inconsciente se reactiva en diferentes circunstancias. (Anexo E)

Autohipnosis. Es un estado no habitual de conciencia, de atención incrementada durante el cual la misma persona se puede inducir a sí misma cambios neuromusculares tales como relajación o contracción, aumento o disminución de la sensibilidad y transformación de sus estados anímicos.

Angustia. Freud (1925) describe una angustia originaria que tiene que ver con instantes traumáticos en los primeros meses y años de la vida y son choques del "yo" con una exigencia libidinosa de primera magnitud y que produce angustia de por sí, conforme al prototipo del nacimiento y así se puede hablar de un origen de la angustia. Del instante traumático y otro como la señal de amenaza de la repetición de

tal instante. Esta última, la que aparece como señal de angustia y se produce ante las demandas del ello, del yo y del superyo; es la clase de angustia que se tratará de disminuir en este trabajo. Esta conceptualización de la angustia en esencia concuerda con la definición de Aguilar (1996) de la cual sólo cito el punto de vista cognoscitivo "Existe angustia cuando el individuo experimenta temor de que algo indeseable ocurra". Esta es la definición que se aceptará para los propósitos de éste estudio.

2. Definiciones operacionales.

Las definiciones de las variables se dan en función del modo en que éstas se midieron.

Conceptos psicoanalíticos. Al concluir la información de los conceptos ya descritos en el procedimiento, se aplicó una escala de comprensión de los conceptos psicoanalíticos C-C (Anexo B) y la escala múltiple EE-R para medir angustia.

Autohipnosis. Se midió con la escala de Harvard de susceptibilidad hipnótica (modificada) versión para grupos HSG y la escala EE-R.

Angustia. Se medirá con la escala EE-R.

3. Modelo experimental.

El modelo experimental fue un diseño factorial de análisis de varianza, de medidas repetidas, alternando por orden de administración en dos variables independientes: autohipnosis y conceptos psicoanáliticos y una variable dependiente: angustia.

f) Procedimiento.

1. Convocatoria.

Se convocó a las personas interesadas en aprender una técnica de autohipnosis y conceptos psicoanalíticos a una plática abierta titulada Introducción, en el que se expusieron dos aspectos: Introducción a la Hipnosis e Introducción al Programa. En el inciso Introducción a la Hipnosis se expuso en una forma resumida

una historia de la hipnosis, así como de sus posibilidades y en el inciso Introducción al Programa, la estructura y objetivos del mismo.

2. Plática de introducción a la Hipnosis. (Anexo C).

Se mencionaron brevemente los autores más importantes en la historia de la hipnosis, así como sus teorías y aplicaciones.

Se definió la autohipnosis explicando sus principales características y posibilidades de producir cambios fisiológicos y anímicos, que habitualmente no se pueden producir a voluntad.

También se señalaron algunas diferencias con los estados de sueño, vigilia e inconsciencia y se trató de disipar ciertos prejuicios infundados en relación a la hipnosis, como el de la pérdida de la voluntad al entrar en un trance hipnótico.

3. Plática de Introducción al Programa.

En este programa se han fijado diferentes objetivos; inmediatos y a largo plazo. Los inmediatos son teóricos y prácticos. Las teorías consisten en proporcionar algunos aspectos básicos de psicoanálisis, hipnosis y autohipnosis. La práctica, consiste en experimentar la hipnosis en una vivencia grupal, lo que es indispensable para que puedan realizar posteriormente con éxito sus prácticas de autohipnosis. Al tener los conocimientos teóricos y prácticos, los participantes tendrán la capacidad de disminuir los estados de angustia, tensión y estrés.

Los objetivos a largo plazo consisten en que la práctica de la autohipnosis la incorporen a su vida cotidiana, con las dos modalidades mencionadas, autohipnosis con los ojos cerrados y sugestiones posthipnóticas con los ojos abiertos.

Tendremos dos sesiones más, una cada 8 días con una duración de 2 horas por sesión y se realizarán en una aula de la División de Estudios Superiores de la Facultad de Psicología de la UNAM.

Al concluir las pláticas de Introducción al programa, se seleccionaron las personas interesadas, en la forma descrita en el apartado de muestreo.

Horarios.

Se sesionó durante seis horas que se distribuyeron en tres sesiones de dos horas cada ocho días, en una aula de la División de Estudios Superiores de Psicología de la UNAM.

4. Integración de Grupos.

Se seleccionaron los sujetos según se indicó en el inciso B) (Muestreo); al ser aceptados se les aplicó la Escala EE-R de angustia cognoscitiva y se les dio cita para la siguiente sesión una semana después.

5. Sesiones de hipnosis y autohipnosis. (Anexo D)

En la primera sesión se explicó la postura más adecuada para realizar la práctica de autohipnosis grupal. Se hizo una prueba de susceptibilidad a la autohipnosis y se inició la inducción hipnótica, sugiriendo aumento de la sensibilidad en diferentes partes del cuerpo y estados anímicos de paz y bienestar. Al terminar esta sesión se dio un receso de 20 minutos.

En la segunda sesión se repitió la hipnosis de grupo, profundizando el estado hipnótico con una alucinación auditiva.

Autohipnosis. Se señaló que fundamentalmente se realizaría el mismo proceso de inducción hipnótica pero las sugerencias hipnóticas no se darían en forma verbal, bastará con que el sujeto las repitiera mentalmente. (Anexo D).

6.Conceptos Psicoanalíticos (Anexo E)

a) Primera Sesión. Historia.

La represión. Descripción de las instancias psíquicas, ello, yo, superyo, con un lenguaje no académico. Al término de ésta sesión se efectúo un receso de 20 minutos.

b) Segunda Sesión. Descripción de la dinámica intrapsíquica generadora de angustia, la señal de angustia y cómo al comprender el proceso desencadenante de la angustia ante la represión y las demandas del superyó, sería posible interferir en el proceso angustioso, con el consiguiente fortalecimiento del yo.

IV. RESULTADOS E INTERPRETACION.

Se utilizó un diseño factorial (TABLA 1) de 2 x 3, (grupos y tratamientos), con medidas repetidas en el segundo factor, habiendo alternado el orden de administración de las dos variables independientes, autohipnosis y conceptos psicoanalíticos para evitar efectos de aprendizaje o habituación. Como se muestra en la TABLA 2, las medias de la angustia en los grupos bajaron de la línea base conforme aumentó el nivel de los tratamientos. Al aplicar el primer tratamiento, al grupo A con conceptos psicoanalíticos y al grupo B con hipnosis, observamos una diferencia respecto de la línea base o ausencia de tratamiento (A_o, B_o) y el primer tratamiento (A_1 , B_1). Es decir que los grupos no eran significativamente diferentes en su nivel inicial de angustia, pero que conforme el nivel de tratamiento aumentaba, el puntaje de angustia bajaba, disminuyendo la variabilidad simultáneamente, como observamos en la TABLA 2 al comparar los errores estándar respectivos.

TABLA 1. Secuencia de Aplicación de variables.

GRUPO A	0_1	Xa	0_2	Xb	0_2
GRUPO B	0_1	Xb	0_2	Xa	0_2
GRUPO C	0_1		0_2		0_2

0: Línea base

Xb: Conceptos psicoanalíticos

Xa: Práctica de autohipnosis

0_2: Aplicación de la prueba de angustia

lo que nos hace suponer que la administración de los conceptos psicoanalíticos en primer lugar, contribuye más a la disminución de la angustia.

TABLA 2. MEDIAS DE LOS PUNTAJES DE ANGUSTIA Y ERRORES ESTANDAR

TRATAMIENTOS	GRUPOS	
TRATAMIENTO 0	Ao	Bo
	M=65.8	75.1
	EE=8.8	8.8
TRATAMIENTO 1	A_1	B_1
	M=61.0	66.1
	EE=6.5	6.5
TRATAMIENTO2	A_2	B_2
	M=50.5	61.9
	EE=4.5	4.9

Ao y Bo = Tratamiento 0 (línea base); A_1= Conceptos psicoanalíticos; B_1= Autohipnosis; A_2= Conceptos psicoanalíticos y autohipnosis; B_2= Autohipnosis y conceptos psicoanalíticos

Por otra parte, el resultado del análisis de varianza (TABLA 3) muestra que en los tratamientos la diferencia entre los grupos no fue significativa, pero la diferencia entre los tratamientos si fue muy significativa, es decir, la disminución de la angustia debido a los tratamientos fue significativa; mientras que la diferencia en la efectividad de los tratamientos, no lo fue.

TABLA 3. ANALISIS VARIADO Y MULTIVARIADO DE MEDIDAS REPETIDAS

ENTRE SUJETOS

FUENTE DE VARIANZA	SC	gl	MC	F	P
GRUPOS	1438.782	1	1438.782	1.081	0.309
ERROR	31939.590	24	1330.816		

DENTRO DE LOS GRUPOS

FUENTE DE VARIANZA	SC	gl	MC	F	P
TRATAMIENTO	2633.615	2	1316.808	4.766	0.013
*GRUPOS	130.179	2	65.090	0.236	0.791
ERROR	13262.872	48	276.310		

Se llevaron a cabo pruebas de contraste posthoc para determinar las diferencias entre tratamientos. No se encontró efecto de interacción. Observamos una diferencia entre los grupos, pero, como se puede apreciar en la TABLA 2, ésta no fue significativa, tanto en la condición inicial como en los dos tratamientos (TABLA 4).

TABLA 4. PRUEBA t, PARA CONDICIÓN INICIAL

Prueba *t* para condición inicial

GRUPO	N	media	gl	t	gl	P
A	13	65.8	34.6	-0.741	23.2	0.466
B	13	75.1	28.5	-0.741	24.0	0.466

Prueba *t* para traatamiento 1

GRUPO	N	media	gl	t	gl	P
A	13	61.00	21.83	-0.557	23.5	0.583
B	13	66.15	25.25	-0.557	24.0	0.583

Prueba *t* para tratamiento 2

GRUPO	N	media	gl	t	gl	P
A	13	50.53	14.06	-1.630	21.0	0.118
B	13	61.92	20.89	-1.630	24.0	0.116

En el tratamiento 1, en el que se aplicó al grupo A_1 (los conceptos psicoanalíticos) y al B_1 (autohipnosis), hubo una disminución de la angustia en ambos grupos respecto a la línea base o condición inicial. Sin embargo, la diferencia entre los grupos A_1 y B_1 no fue significativa. En el tratamiento 2, hubo una gran diferencia entre la condición inicial y el último tratamiento, la cual fue muy significativa, por lo que se deduce que fue mejor administrar los dos tratamientos que uno sólo. No obstante, también

disminuyó la angustia en el grupo que recibió primero los conceptos psicoanalíticos, aunque esta diferencia no fuera significativa.

V. CONCLUSIONES

Los teóricos del psicoanálisis, de los que sólo mencionaré como ejemplos a Freud, Otto Rank y Melanie Klein, piensan que la angustia es parte estructural del psiquismo humano, y por lo tanto en mi tesis de investigación, propongo disminuirla cuando es excesiva. Para fundamentar algunas de mis conclusiones, me baso en los resultados obtenidos en las investigaciones de diferentes autores.

Al respecto, Hilgard comenta que todos los teóricos aceptan cuanto provenga de los hechos experimentales. Por consiguiente, las diferencias entre los teóricos son esencialmente de interpretación.

En este estudio se confirmó la hipótesis inicial de que es más efectivo para el control y disminución de la angustia, un método que aplique una técnica de autohipnosis conjuntamente con una enseñanza teórica de conceptos psicoanalíticos, que otro método que solo proporcione la práctica de la autohipnosis o la enseñanza teórica psicoanalítica por separado.

En los grupos de investigación, se comprobó que en la línea base o ausencia de tratamiento, los grupos fueron homólogos y como era de esperarse tuvieron un nivel de angustia similar.

Al administrar al grupo A_1 los conceptos psicoanalíticos, disminuyó la angustia. En mi opinión creo que esto sucede porque los conceptos fueron ejemplificados, explicando cómo se da ese proceso intrapsíquico generador de angustia en la vida cotidiana, se les propuso, que en el momento en que sintieran angustia, observaran como se desarrollaba ese proceso angustioso, es decir, detectando el "qué", como agente desencadenante y el "cómo", la forma en que se

desarrolla, al incrementar sus funciones, el superyo, reprimiendo, o presionando hacia la consecución de algún objetivo. Pienso que la disminución de la angustia se produjo debido a dos factores: 1) Al observar la evolución de su proceso angustioso, el sujeto está menos involucrado y por lo tanto la angustia disminuye; 2) Al pensar que el agente causal de la angustia no es "el que se supone" (examen, competencia, relación de trabajo o interpersonal) y sólo desencadena la señal de angustia incrementando las funciones, no sólo del ello, sino del superyo y esto le permite reubicar y actualizar su conducta, disminuyendo aún más la angustia.

Al administrar el tratamiento de autohipnosis al grupo B_1, se observó también una disminución de la angustia muy significativa, aunque fue un poco menor en su efectividad que en el del grupo A_1 (conceptos psicoanalíticos), pero la diferencia entre los grupos no alcanzó significancia estadística.

En este grupo, la disminución de la angustia es explicable, por la respuesta inmediata a las sugerencias de relajación y bienestar, estos beneficios, son muy importantes porque mucha gente cree que su estado de angustia es normal, y a partir de la primera experiencia de autohipnosis, tiene un parámetro de comparación, y se dan cuenta de que al sentirse diferente (menores niveles de angustia), su conducta también es diferente. Para lograr esto, se les propuso a los participantes en la investigación, que lo integraran a su vida cotidiana, practicando la técnica de autohipnosis un mínimo de dos veces al día, al levantarse y al acostarse, por un lapso de tiempo de 7 a 10 minutos, lo que les permitiría iniciar el día en un estado de ánimo diferente al habitual; de bienestar y tranquilidad, también se les explicó que después de algún tiempo en el transcurso del día, volverían a sus estados habituales de comportamiento, malestar, malhumor, agresividad, apatía, etc., y se les pidió que en ese momento utilizaran el método de observación (ver apartado de conceptos psicoanalíticos), para enseguida aplicar

objetivo. Pienso que la disminución de la angustia se produjo debido a dos factores: 1) Al observar la evolución de su proceso angustioso, el sujeto está menos involucrado y por lo tanto la angustia disminuye; 2) Al pensar que el agente causal de la angustia no es "el que se supone" (examen, competencia, relación de trabajo o interpersonal) y sólo desencadena la señal de angustia incrementando las funciones, no sólo del ello, sino del superyo y esto le permite reubicar y actualizar su conducta, disminuyendo aún más la angustia.

Al administrar el tratamiento de autohipnosis al grupo B_1, se observó también una disminución de la angustia muy significativa, aunque fue un poco menor en su efectividad que en el del grupo A_1 (conceptos psicoanalíticos), pero la diferencia entre los grupos no alcanzó significancia estadística.

En este grupo, la disminución de la angustia es explicable, por la respuesta inmediata a las sugerencias de relajación y bienestar, estos beneficios, son muy importantes porque mucha gente cree que su estado de angustia es normal, y a partir de la primera experiencia de autohipnosis, tiene un parámetro de comparación, y se dan cuenta de que al sentirse diferente (menores niveles de angustia), su conducta también es diferente. Para lograr esto, se les propuso a los participantes en la investigación, que lo integraran a su vida cotidiana, practicando la técnica de autohipnosis un mínimo de dos veces al día, al levantarse y al acostarse, por un lapso de tiempo de 7 a 10 minutos, lo que les permitiría iniciar el día en un estado de ánimo diferente al habitual; de bienestar y tranquilidad, también se les explicó que después de algún tiempo en el transcurso del día, volverían a sus estados habituales de comportamiento, malestar, malhumor, agresividad, apatía, etc., y se les pidió que en ese momento utilizaran el método de observación (ver apartado de conceptos psicoanalíticos), para enseguida aplicar la orden posthipnótica (ver apartado de

autohipnosis) que pueden activar en cualquier momento que así lo deseen, sin necesidad de entrar en el trance hipnótico clásico, en el cual es necesario permanecer con los ojos cerrados y en un aislamiento total o parcial del medio que nos rodea. Bower (1981) ha señalado la relación que existe entre las emociones y la cognición y la congruencia que existe en las asociaciones libres, en la forma en que los pensamientos y sus interpretaciones tienden a ser temáticamente congruentes con los estados de ánimo tales como frustración, fracaso, estupidez. Por lo que se puede pensar que al cambiar el estado de ánimo de una persona, también se activan diferentes tipos de asociaciones y por lo tanto se accede a una diferente interpretación de la realidad.

Al aplicar hipnosis al grupo "A_2" al cual ya se le habían administrado los conceptos psicoanalíticos, disminuyó la angustia aún más y lo mismo sucedió con el grupo "B_2 " al que se le había aplicado autohipnosis; sin embargo, la diferencia entre ambos grupos no fue significativa. Pero habiendo sido ligeramente más exitosa la disminución de la angustia en el grupo "A_1", sería aconsejable administrar los tratamientos en ese orden.

Creo que la confirmación de la hipótesis inicial, se debe a que al entender el "qué" y el "cómo" se está desarrollando un proceso angustioso, disminuye la angustia y al saber que se tiene una técnica para disminuirla y aplicarla, disminuye todavía más la angustia.

Deseo retomar desde el punto de vista psicoanalítico, la dinámica intrapsíquica generadora de angustia, que según la teoría Freudiana fue generada por primera vez en estados arcaicos de nuestra evolución individual al experimentar invalidez o impotencia; por lo que el método propuesto en esta tesis al dar a los sujetos una sensación de dominio o control de sus estados angustiosos, en sus actividades

cotidianas, produce un fortalecimiento del yo y por lo tanto influye no sólo en la expresión sintomática de la angustia sino en las mismas causas productoras de la misma. Por lo que se puede pensar que puede incidir en la forma en que los sujetos captan los diferentes acontecimientos de la vida cotidiana y reaccionan a ellos. Williams (1988) hace una distinción entre lo que significa la percepción e integración de los estímulos y su elaboración.

El método propuesto en esta tesis al disminuir la angustia, puede ser útil en los siguientes aspectos:

a) Como un método profiláctico, evitando que personas con un alto estado de angustia, puedan presentar cuadros clínicos patológicos. Eysenick (1983) cita casos de ansiedad generalizada en personas que han estado expuestas a estados de angustia durante períodos prolongados de tiempo y aunque se ha pensado que esa tendencia patológica puede tener una causa genética; no existen evidencias de que esto sea así (Torgersen, 1990).

Los psicólogos que han estudiado la relación del estrés y la angustia (Lazarus, 1980), reportan que la acción continua de agentes estresantes, producen en algunos sujetos, casos clínicos de angustia.

La angustia es el resultado de como el sujeto se relaciona con el estrés, como lo acepta y como lo interpreta (May, 1977).

b) Mejora la capacidad de aprendizaje y comunicación; ya que aunque no se ha comprobado que haya una disminución en la función de la memoria en los sujetos con un alto grado de angustia; sí hay una disminución en la capacidad de atención de un 86% (Beck, 1985) y dicha capacidad se incrementa cuando la angustia es baja (Hamilton, 1988).

c) Mejora la calidad de estudio y de trabajo. (Broadbent, 1988) demostró que en pruebas con un grado bajo de dificultad no existía diferencia entre los grupos con

poca angustia y los de un alto grado de angustia; pero en las pruebas más complicadas (7 dígitos) disminuía la eficiencia de los grupos más angustiados. Calvo (1985) propuso incentivos monetarios a quienes tuvieran un mejor desempeño, pero sólo los grupos con bajo nivel de angustia mejoraron su eficiencia en un 64%.

d) Disminuye los accidentes laborales. Si tomamos en cuenta las funciones que se encuentran alteradas en los grupos con altos niveles de angustia: atención, memoria, eficiencia, así como cansancio excesivo, podemos concluir que al bajar el nivel de angustia también disminuirán los accidentes laborales.

e) Disminuye los problemas psicosomáticos cuando son derivados del exceso de angustia. Borkoveck, (1990) ha demostrado un incremento en la actividad cardiovascular así como diferentes síntomas somáticos en los sujetos angustiados.

Sería importante observar los resultados de la aplicación de éste método por un período prolongado de tiempo comparándolo con otros métodos como el Biofeedback, con el que tiene algunas semejanzas, así como marcadas diferencias.

Debido a que el porcentaje de asistencia se conservó en un cien por ciento durante las tres semanas en que se aplicó éste método, podemos deducir que los participantes percibieron un beneficio en cada una de las sesiones, lo que los motivó a continuar hasta el final, ya que no existía ningún otro beneficio, ni curricular ni monetario.

BIBLIOGRAFIA

Aguilar A. (1992). Un índice fisiológico de la angustia. Avances en Psicología Clínica Latinoamericana. **10**, 99-109.

Aguilar A. (1966). Ansiedad, angustia y desesperación. Enviado para su publicación. Revista Mexicana de Psicología .

Beck A.T., Shaw A.J. Bush B.F. & Emery G. (1979) Cognitive Therapy of depression. (Willey) Nueva York.

Beynon. M. (1955) Revelaciones de la Psiquiatría. (Sudamericana) Buenos Aires

Blander R. (1988). Use su cabeza para variar. Submodalidades en Programación Neurolingüística. (Cuatro Vientos) Santiago de Chile.

Bower G.H. (1981). Mood and memory. American Psychologist. **36**, 129-148. Estados Unidos.

Braid J. (1841). Citado por Gindes (1955). Nuevos conceptos sobre el hipnotismo. (Psique) Buenos Aires.

Calvo M.G. (1985). Effort, aversive representations and perfomance in the anxiety. International Journal of Psychology. **6**.563-571.

Carroy J. (1985) Bulletin de Psichologie. **8**:8-11;537. (Universidad de Nancy) Francia.

Chertok L. (1989) Hipnose et Suggestion. (Presses Universitaires). Francia.

Cohen (1972) citado por Spielberger. Current trends in theory and research on Anxiety. (Ed. C.D. Spielberger). Vol. 1. Nueva York.

Deltito J. (1986). Hypnosis in the treatment of depression: Research and theory. Psychological Reports. **58**. New York.

Erickson H. M. (1939). Citado por Malarewicz y Godin (1986). De la Hipnosis Clínica a la Psicoterapia Estratégica. (Editions ESF). Francia.

Eysenick M.W. (1983). Anxiety and individual diferences. (Willey). England.

Freud.S. (1914). Análisis del Yo y Psicología de las Masas. Hipnosis y Enamoramiento. (Biblioteca Nueva España). Madrid.

Freud. S. (1925). Los caminos de la terapia psicoanalítica. (Biblioteca Nueva, 1975). España.

Freud. S. (1925) Inhibición, Síntoma y Angustia. (Amorrortu, 1988). Argentina.

Freud S. (1912) El delirio y los sueños en "La Gradiva de Jensen" de W. Jensen. (Biblioteca Nueva). Madrid.

Freud S. (1925). Disección de la Personalidad Psíquica. (Biblioteca Nueva, 1978) Madrid.

Freud S. (1925) La angustia y la vida instintiva. (Biblioteca Nueva, 1978) Madrid.

Garrabé J. (1993) Diccionario Taxonómico de Psiquiatría. (Fondo de Cultura Económica) México.

Gill y Brenman, M. (1959) Hypnosis and Related States, Psychoanalytic Studies in Regression. (Internation Universities Press). New York.

Gindes. (1955) Nuevos Conceptos sobre el hipnotismo. (Psique) Buenos Aires.

Hamilton V. (1978). The Cognitive analysis of personality related to information-processing deficits with stress and anxiety. (Paper presented at the British Psychological Society meeting). London.

Hilgard E. (1982) Compilado por Estabrooks. Problemas actuales de la hipnosis. (Fondo de Cultura Económica). México, D.F.

Kahneman D. (1973) Attention and effort. (Prentice Hall) Englewood, N.J.

Kierkergaard S. (1875) Citado por May R. en Modern Interpretacion of Anxiety.

Kierkergaard S. (1875) El concepto de la angustia. (Colección Austral). Madrid.

Kubie y Margolin. (1989) citado por Chertok L. Hipnose et Suggestion. (Press Universitaires). Francia.

Klein M. (1921-1925). Amor, culpa y reparación. (Ed. Paidos, 1990). Buenos Aires.

Kroger W.S. (1977) Clinical and Experimental Hypnosis (J.P. Lippincot Company). Filadelfia-Toronto.

LeCron J.L y Burdeaux J. (1947) Hipnotism today (Grune y Stratton) N.Y.

Lewis A. (1970) The Ambigous word anxiety. International Journal of Psichiatry 9:62-79. E.U.A.

May R. (1950). Historical Roots of Modern Theories in Anxiety. (Norton). Nueva York.

May R. (1977). The Meaning of anxiety. (Norton). Nueva York.

Mesmer F.A. (1944). Los fundamentos del magnetismo animal. (Shapire). Buenos Aires. .

Pavlov I.P. (1949). Fisiología y Patología de la Actividad Nerviosa Superior. (Pravda). Rusia.

Platonov K. (1958). La Palabra como factor fisiológico y terapéutico. (Ediciones en Lenguas Extranjeras). Moscú.

Rank O. (1912) El trauma del nacimiento. (Paidós, 1972). Buenos Aires.

Shore, R.E. (1959). Hypnosis and the concept of the generalized reality orientation. American Jouranl Psychoter. **13:**582. E.U.A.

Stanton H.E. (1992). Using Hypnotic success imagery to reduce test anxiety. Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis **20.** Tasmania, Australia.

Tillich P. (1944). Citado por May R. Journal of the History of Ideas.

Torgersen S. (1990). Handbook of anxiety. 3. Amsterdam.

Williams J.M.G., Watts, F.N. (1979). Cognitive Psychology and Emotional disorders. (Mac Leod, C. & Mathews, A. Chinchester) Willey.

Wolberg (1973) citado por Moss. A. Hipnodoncia (Mund) Buenos Aires, Argentina.

ANEXO A

DISPONIBILIDAD DE PARTICIPACIÓN

En relación a las siguientes preguntas, marque con una "x" la respuesta que usted juzgue más adecuada.

1. ¿Cuál de las siguientes frases expresa mejor su presencia aquí?

- ☐ No tenía otra cosa que hacer
- ☐ Por curiosidad
- ☐ Un interés científico
- ☐ Para ampliar mis conocimientos en el tema
- ☐ Pienso que me puede ser útil para solucionar algunos problemas personales

2. ¿Alguna vez ha tomado algún curso de hipnosis o autohipnosis?

- ☐ Si
- ☐ No

3. Si ha tomado algún curso de autohipnosis o hipnosis, ¿cuál ha sido su experiencia?

- ☐ Muy satisfactoria
- ☐ Sastisfactoria
- ☐ Medianamente satisfactorio
- ☐ Muy insatisfactorio

4. ¿Estaría usted interesado(a) en tener la experiencia de ser hipnotizado(a)?

☐ Si estoy interesado

☐ No estoy interesado

5. ¿Le gustaría practicar la autohipnosis?

☐ Si

☐ No

6. ¿Estaría dispuesto(a) a practicar la autohipnosis habitualmente cono una forma de desarrollo?

☐ Si

☐ No

7. Si esta usted bajo algún tratamiento médico, describa la duración de éste y los medicamentos administrados.

Tiempo:
Fecha de iniciación:_____
Fecha de terminación:_____
Nombre del medicamento:_____
Dosis utilizada:_____

ANEXO B

COMPRENSION DE CONCEPTOS PSICOANALITICOS

En relación a las siguientes preguntas, marque con una "x" la respuesta que usted juzgue más adecuada.

1. El SUPERYO es:

- ☐ El YO superior
- ☐ Una vanidad exagerada
- ☐ Como un juez o censor del yo
- ☐ Un estado de suma confianza en sí mismo

2. El ELLO es:

- ☐ Los deseos más profundos del sujeto
- ☐ Algo que pertenece a nuestro pasado
- ☐ Una experiencia psíquica de otra persona
- ☐ La teoría de los Arquetipos Junguianos

3. La REPRESION:

- ☐ Se da cuando un sujeto no expresa o realiza lo que piensa, por temor a la opinión de los demás
- ☐ Se da cuando inconscientemente el sujeto el sujeto intenta rechazar o mantener en el inconsciente, pensamientos, imágenes, recuerdos.
- ☐ Se da cuando existe una prohibición gubernamental o institucional
- ☐ Se da cuando un sujeto se siente presionado en forma repetitiva, por alguna persona o circunstancia.

ANEXO C

PLATICA DE INTRODUCCION A LA HIPNOSIS

La hipnosis se ha utilizado desde la aparición del hombre sobre la tierra, aplicándola en forma empírica y relacionándola con superpoderes y ritos mágicos, pero no fue sino hasta el año de 1775 con la publicación del libro del Dr. Franz Anton Mesmer, titulado Escritos sobre Magnetismo... de un Médico Extranjero, cuando se trató de incorporar la hipnosis al método científico de ese tiempo.

Mesmer se apoyó en las teorías de Paracelso del Siglo XVI, de Von Helmont en el siglo XVII, así como de las teorías del magnetismo del siglo XVIII. En su libro narra la curación de una enferma por medio de imanes y pases magnéticos.

Los mesmeristas, nombre con el que se conocía a los hipnotizadores en ese tiempo, pensaban que entre los cuerpos celestes, la tierra y todos los organismos vivos circulaba un fluido que se podía acumular y dirigir para curar las alteraciones nerviosas.

Ese fluido creían almacenarlos en recipientes con limaduras de hierro magnetizadas y agua, de donde salían unas varillas de metal que los enfermos tomaban en las palmas de sus manos.

Algunos se contorsionaban, otros gritaban, se reían o lloraban, y al terminar la sesión muchos sentían una gran mejoría.

El mesmerismo también se utilizó en operaciones de cirugía mayor en hospitales de Alemania, Francia, Inglaterra, India, pero con la invención de la anestesia general, desapareció el interés por la hipnosis en este aspecto.

En 1843 ante el auge del mesmerismo, el gobierno de Francia nombró una comisión para investigar este fenómeno.

Los investigadores eliminaron las limaduras de hierro de las cubetas y descubrieron que los resultados eran idénticos con las limaduras magnetizadas o sin ellas. Dictaminaron que no existían los fluidos magnéticos. Al negar los fluidos magnéticos, negaron también la existencia del fenómeno hipnótico y el éxito de las intervenciones quirúrgicas con anestesia hipnótica, así como las curaciones efectuadas. No se dieron cuenta de que lo que había en Mesmer de erróneo era su teoría de la hipnosis, pero no la realidad del fenómeno hipnótico.

En 1843, el Dr. James Bride trató de explicar estos fenómenos con fundamentos neurofisiológicos. Inventó una técnica de "La Fijación de la Mirada", pensando en que esta fijación producía un cansancio del sistema nervioso y esto favorecía la hipnosis. Nuevo fracaso de la teoría que sustentaba esa técnica, pero la hipnosis seguía siendo efectiva.

El Dr. Bride utilizó por primera vez la palabra hipnosis.

En Francia, se establecieron dos grandes centros terapéuticos, los que sostenían posiciones diferentes. La dirigida por el Dr. Charcot, quien sostenía que sólo eran susceptibles de ser hipnotizados los pacientes histéricos y el de Nancy, dirigido a su vez por el Dr. Bernheim, quien aseguraba que la hipnosis era aplicable a cualquier persona.

En la actualidad, utilizando una técnica adecuada y contando con la cooperación y el deseo de las personas que esperan beneficiarse con la técnica de la hipnosis, siendo la hipnosis una característica inherente de los eres humanos, puede decirse que prácticamente casi todas las personas son susceptibles a la hipnosis.

Al paso del tiempo se han formulando diferentes teorías para tratar de explicar la hipnosis; ninguna de ellas es completamente satisfactoria y podemos decir que, en general, encontramos dos tendencias para explicar este fenómeno, a saber: unas haciendo énfasis en el aspecto neurofisiológico (escuela rusa) y otras en el psíquico (las psicoanalíticas).

En cierta forma nos encontramos, como en los tiempos de Mesmer; tenemos claro que el fenómeno hipnótico existe, pero ahora sabemos que la teoría todavía no nos lo explica satisfactoriamente y esto nos queda aún más claro cuando tratamos de definir la hipnosis, y tomaré como ejemplo, la definición aceptada por la British Medical Association: *"La hipnosis es un estado pasajero de atención modificada en el sujeto; estado que puede inducirlo otra persona y en el que diversos fenómenos pueden aparecer espontáneamente o como respuesta a estímulos verbales o de otro tipo.*

Estos fenómenos abarcan un cambio en la memoria; una susceptibilidad acrecentada en la sugestión y a la aparición en el sujeto de respuestas e ideas que no le son familiares en si estado de ánimo habitual. Además, fenómenos como la anestesia, la parálisis, la rigidez muscular, la relajación muscular y modificaciones vasomotoras pueden producirse y suprimirse en el estado hipnótico".

Creo que esta es una de las mejores definiciones que existe, sin embargo, sólo nos está proporcionando una descripción del fenómeno y no de su esencia.

Para el proceso que desarrollaremos, es importante saber la forma en que actúa la hipnosis. recordaremos las dos formas fundamentales en que reacciona el sistema nervioso: la del sistema nervioso autónomo, que controla los movimientos voluntarios, como caminar, mover los pies, manos, tomar objetos, etc. Su razonamiento es inductivo-deductivo por lo que se puede decir que es el organizador de la técnica, la ciencia, la investigación, la planeación, etc., y el sistema nervioso vegetativo que neurofisiológicamente rige todos los movimientos de los procesos involuntarios de los que sólo mencionaré: las palpitaciones del corazón, la circulación de la sangre, la digestión, los movimientos peristálticos del intestino, el control de la temperatura y los estados de ánimo. Su razonamiento es deductivo.

En el estado hipnótico podemos influir en estos estados que normalmente quedan fuera de nuestro control. En la clínica se ha demostrado

cómo durante la hipnosis se puede aumentar o disminuir el ritmo cardíaco, eliminar el dolor, la angustia y conseguir estados de paz y bienestar.

Es importante señalar algunas posibilidades y características de la hipnosis y despejar falsas expectativas e inquietudes. Transitar desde la magia de los espectáculos teatrales donde todo es posible hasta la opinión de aquellos que afirman que la hipnosis no existe. Por lo que me referiré a algunas suposiciones e inquietudes más frecuentes, las que se refieren al sueño, la inconsciencia y la perdida de la voluntad. La hipnosis no tiene ninguna relación con el sueño, aunque para un observador así pudiera parecer porque en el llamado trance generalmente se ve a un sujeto con los ojos cerrados; a diferencia del sueño, el hipnotizado sigue teniendo contacto con el entorno y específicamente con la voz del hipnotizador, lo que no sucede en un estado de sueño. Sin embargo, por un convencionalismo lingüístico, a veces se habla de sueño hipnótico y aunque yo no estoy de acuerdo con el término, nos puede servir para distinguir una hipnosis en la que el sujeto está con los ojos cerrados y con una inmovilidad muy acentuada, de otra forma de hipnosis en la que el sujeto está con los ojos abiertos y sin ningún tipo de inmovilidad y a la que se llama hipnosis en estado de vigilia, otro término con el que no coincido, pero que lo menciono porque muchos autores lo utilizan.

No estoy de acuerdo en la utilización de los términos sueño y vigilia porque producen la impresión de que en el primero las personas experimentan una pérdida de conciencia y en el segundo, no; pues en ninguno de los dos estados hipnóticos se produce una pérdida de conciencia. El estado hipnótico es un estado diferente a los ya mencionados y en contra de la creencia

generalizada, se produce un incremento en la capacidad de percepción de los proceso tanto físicos como anímicos, por lo que más que hablar de una pérdida de conciencia, podríamos decir que es un estado de conciencia acrecentada.

En relación a la pérdida de la voluntad, se han realizado innumerables experimentos respecto a la obediencia ciega a las órdenes hipnóticas y se sabe con toda certeza, que por profunda que sea la hipnosis, nadie dirá o realizará algo que vaya en contra de sus intereses vitales.

ANEXO D
SESIONES DE HIPNOSIS Y AUTOHIPNOSIS

a) Primera Sesión. Instrucciones e Inducción Hipnótica.
Prueba de susceptibilidad a la hipnosis e inducción hipnótica.

"Vamos a llevar a cabo una práctica de pie, pero antes explicaré cuál es la postura adecuada para la hipnosis de grupo que realizaremos sentados dentro de unos momentos: la espalda debe estar recta pero sin tensiones, las plantas de los pies deben apoyarse en el piso cómodamente, la palma de la mano izquierda descansando en el muslo izquierdo y el dorso de la mano derecha reposará sobre el muslo de la mano derecha".

"A parte de la postura , también es muy importante dejar fuera, por el tiempo que dure esta experiencia las expectativas. La actitud ideal es la de observar sin emitir juicios, ni prejuzgar, en una actitud de neutralidad sin tratar de hacer nada en favor o en contra de lo que escuche. Como cuando vamos a ver una película desconocida, la que vemos sin ideas preconcebidas.

Vamos a realizar una práctica de pie. Por favor, párense, la actitud es la misma que para la hipnosis, seguirán las primeras instrucciones y luego se limitarán a observar lo que sucede.

Pongan los pies juntos, cierren los ojos. Concéntrate en la planta de tus pies y vas a sentir el contacto con el piso.

Nota: Las oraciones con letra itálica se repetirán tres veces.

El cuerpo principia a oscilar haciendo círculos como si fuera un péndulo que se moviera por el aire. Las plantas de los pies las sientes en contacto con el piso. *Los círculos son cada vez más fluidos, las oscilaciones cada vez son más fáciles y continuas, los brazos y los hombros, relajados, cómodos, tranquilos. Poco a poco las oscilaciones se van haciendo más reducidas, los círculos más pequeños, cada vez más pequeños.*

Abre lentamente tus párpados y mira un punto en el piso...Ahora siéntate cómodamente, con la espalda recta pero sin tensión, las plantas de los pies descansando en el piso, la palma de la mano izquierda suelta sobre el muslo izquierdo, el dorso de la mano derecha sobre el muslo derecho. Recuerda que salvo la siguiente instrucción que te voy a dar en relación a fijar la mirada, no debes hacer nada en favor o en contra de lo que escuches o sientas. Todo sucederá sin ningún esfuerzo de tu parte. *Observa un punto en la palma de tu mano derecha fijamente sin parpadear, los pies y piernas se relajan. Observa el punto en la mano derecha fijamente y sin parpadear.* Cuando sientas los párpado pesados o los ojos irritados, deja que se cierren tus párpados. *A ña mano y brazo derechos les va a entrar mucha fuerza y los dedos se van a doblar solos sobre la palma de la mano porque tienen mucha fuerza. Ahora sientes la fuerza, la energía en la mano derecha, y sientes cómo se van doblando los dedos sobre la palma de tu mano. Cada momento que pase la maneo y el brazo derechos tienen más fuerza, más energía y conforme pasen los minutos y los segundos sigue aumentando esa fuerza y esa energía y sientes cómo los dedos se van doblando sobre la palma de la mano.* Mientras tanto voy

a contar del trece al cero, y conforme vaya contando se van a ir relajando el cuerpo y la mente y al llegar al numero cero, el cuerpo y la mente estarán muy relajados.

Se principian a relajar los músculos de los pies y piernas, pero la mano y brazo derecho tienen cada vez más fuerza, más energía, sientes una vibración o una tensión, el movimiento de los dedos de la mano derecha doblándose sobre la palma de la mano.

Ahora digo numero trece y se relajan los músculos de los pies y piernas y conforme vaya contando se van relajando todos los musculosa; doce, once, diez, se relajan los músculos de los pies, de las piernas, de los muslos, del brazo izquierdo; cuando diga numero nueve, tambien se principia a relajar el brazo derecho; numero nueve, se relaja la mano y el brazo derecho, se relajan los brazos y hombros; ocho, ahora siente tu respiración, obsérvala, siente cómo entra el aire, cómo sale. *Al entrar el aire, entra todo lo que tu organismo necesita, al salir el aire sale todo lo que no necesita, siente el aire cómo entra, inhalando todo lo bueno, exhalando todo lo malo; perfectamente bien, cada vez más relajado, más cómodo, más tranquilo, inhalando todo lo bueno, exhalando todo lo malo.* Sigue observando la respiración; siete, seis, cinco, se relajan los músculos del cuello, de la cara, de la cabeza, al llegar al numero cero, el cuerpo y la mente van a estar muy relajados, muy cómodos, muy tranquilos, una sensación de paz, de bienestar, de tranquilidad; cuatro, tres, dos, uno, cero. Solamente hay paz, bienestar, comodidad. *Solamente existe eso: paz, una paz profunda y maravillosa y solamente deseas seguir sintiendo esta paz, este descanso, este bienestar.*

Esto es la hipnosis, un estado de conciencia acrecentada en la cual se transforma el cuerpo, la mente, los estados de ánimo.

En la vida cotidiana en el estado de vigilia, bastará con que observes tu respiración para que sientas esta sensación de paz, de bienestar y una gran claridad mental y tendrás la capacidad de resolver la situación en que te encuentres de la manera más adecuada. Voy a contar del cero al trece y conforme vaya contando vas a ir saliendo de ese estado, al llegar al numero trece te encontrarás en tu estado habitual, pero te seguirás sintiendo muy bien, muy optimista, de muy buen humor durante mucho tiempo. Cuando diga el numero cero principiará a entrar la energía por la planta de los pies y conforme vaya contando seguirás sintiendo cómo va ascendiendo es energía. Ahora digo cero y sientes cómo entra la energía por la planta de los pies; uno, dos, tres, sientes cómo va subiendo por los pies y piernas. Es una sensación muy agradable sentir la energía por todo el cuerpo; cuatro, cinco, seis, la pelvis, el estomago, el tórax; siete, ocho, nueve, las manos, brazos; hombros se van llenando de la fuerza y energía normal, te sigues sintiendo muy bien, muy optimista, de muy buen humor; diez, once, doce, el cuello, la cara, la cabeza, sientes esa sensación tan agradable de la energía normal. El cuerpo y la mente están llenos de fuerza y energía normales y ahora digo trece y tienes deseos de mover manos, brazos, piernas, de abrir los ojos. Ahora mueve suavemente tu cuerpo y cuando lo desees, abre tus párpados.

b) Segunda Sesión

Se repitió la hipnosis de grupo, con una variante: al llegar en el conteo al numero cero, se indujo una alucinación auditiva diciendo: Estoy observando que

están entrando muchas moscas al salón, pero no permitan que esto los saque del estado en que se encuentran, *cuando las moscas se le acerquen, cuando escuchen el zumbido de las moscas, bastará con que muevan ligeramente la cabeza para que las moscas se alejen.*

c)Tercera Sesión.

Debido a las prácticas que hemos realizado, ustedes ya saben que es lo que van a experimentar en la autohipnosis. La posición del cuerpo será la misma a la que ya conocen, la única variante será que las palmas de las dos manos descansarán sobre sus muslos y cerrando los ojos, mentalmente se repetirán las mismas frases que yo pronuncie en la hipnosis grupal; contando del 13 al 0 para inducir la hipnosis y del 0 al 13 para salir del estado hipnótico.

Es muy importante, la forma en que mentalmente se darán las instrucciones, recuerden que será como si yo las estuviera pronunciando. Es decir, antes y después de contar hasta el número 0, nunca formularán las instrucciones en primera persona; por ejemplo, no dirán "*yo relajo los músculos de las piernas*" sino "*los músculos de las piernas se relajan*".

Vamos a llevar a cabo una práctica de autohipnosis; cada quien la hará a su propio ritmo, por lo que algunos de los participantes requerirán más tiempo para salir del estado hipnótico y en este caso escucharán un timbre, lo cual les indicará, que si todavía no han iniciado el conteo del 0 al 13, es el momento de iniciarlo, pero lo harán sin apresurarse, siguiendo el mismo ritmo con el que han estado realizando este proceso.

Al terminar esta práctica, se fijó un receso de 15 minutos, al término del cual, se repitió la autohipnosis con las mismas característica ya descritas.

Al finalizar con las prácticas descritas, se aplicaron las escalas de evaluación EE-R de angustia cognoscitiva y la de Harvard modificada de susceptibilidad hipnótica, versión para grupos HSG.