

51921
16



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA
CARRERA DE PSICOLOGIA

"HIPNOSIS E HIPNOTERAPIA: EL PUNTO DE VISTA DE LOS PSICOLOGOS CLINICOS DE LA UNAM"

TESIS
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE LICENCIADO EN PSICOLOGIA PRESENTAN

MENDEZ ARVIZU LINA
PEÑA CALIXCO VICTOR **JESUS** OS

DIRECTOR DE TESIS: SERGIO OCHOA ALVAREZ

ARMANDO GARCIA DE LA CADENA MUÑOZ (IN MEMORIAM)

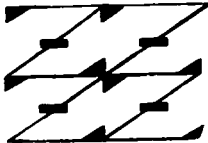
SECRETARIA TECNICA
PSICOLOGIA

MEXICO, D. F.

MARZO DEL 2003

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

1



LORENANO EJE DE NEURORREFLEXION



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA
CARRERA DE PSICOLOGIA

*"HIPNOSIS E HIPNOTERAPIA: EL PUNTO DE VISTA
DE LOS PSICÓLOGOS CLÍNICOS DE LA UNAM"*

TESIS DE LICENCIATURA

Presentada por:
Méndez Arvizu Lina.
Peña Calixco Víctor Jesús.

Director de Tesis:

Sergio Ochoa Alvarez

*

Armando García de la Cadena Muñoz
(In Memoriam)

*

Sinodales:

*

María Yolanda Aguirre Gómez
Laura Alvarez Sánchez
Rodolfo Hipólito Corona Miranda
Mario Alberto Patiño Ramírez

*

Marzo del 2003

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

2

A las personas más importantes en mi vida...

Para Pedro y Catita, que han sido los mejores padres que pude haber tenido y que me han dado la oportunidad de existir y realizar el mayor de mis logros...

Para Bety, que me ha motivado a su modo a ser más fuerte y mejor persona así como por su cariño...

Para Víctor, que ha sido una especial compañía en mi vida y que me ha dado la oportunidad de compartir la culminación de este gran sueño...

A ustedes, los ama y quiere Lina

*Para Armando donde quiera que estés.
De Lina y Víctor*

*Para Francisco, Socorro, Miriam y Xochitl,
porque los sueños siempre es mejor compartílos...
por que los quiero y los amo muchísimo...
porque las palabras no bastan...*

*Para Lina,
porque mi amor es inmenso...
porque no creí que pudiéramos llevar a cabo
juntos este bello sueño...*

*Para todas las personas que han contribuido
en mi vida a llegar a donde estoy... a mis amigos,
a mi familia, a mis compañeros, a mis maestros,
a todos...*

Los Quiere Víctor

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

3

AGRADECIMIENTOS

Quisiéramos agradecer en primer lugar, su colaboración para la realización de esta tesis, al Mtro. Armando García de la Cadena -donde quiera que se encuentre-, quien nos permitió conocer e interesarnos en el fascinante mundo de la hipnosis y que además nos guió al inicio de esta tesis, de una manera creativa, libre e independiente; siempre respetando nuestros juicios y alentándonos a la consecución de nuestras metas.

Así mismo, queremos agradecerles su ayuda a los jefes del área de Psicología Clínica de las diferentes facultades de la UNAM: Sergio Bastar (PES Zaragoza), Luz María Rocha (Facultad de Psicología) y Norma Coffin (PES Iztacala), ya que nos proporcionaron todas las facilidades requeridas para la aplicación del instrumento en la etapa de recolección de datos, además de mostrarse interesados por los resultados que se pudieran obtener.

A todos y cada uno de los profesores y sinodales, que nos proporcionaron parte de su tiempo y nos permitieron conocer de su experiencia terapéutica, las más de las veces de una manera muy cordial, además de que nos hicieron sugerencias que nos permitieron avanzar en línea recta y mejorar todos nuestros objetivos planteados. En especial a Yolanda Aguirre, Laura Álvarez, Rodolfo Corona y Alberto Patiño, quienes revisaron las diferentes versiones de esta Tesis y ayudaron a llegar a una versión definitiva.

Particularmente a la Universidad Nacional Autónoma de México le damos nuestro más profundo agradecimiento, ya que nos permitió pertenecer a una de las instituciones de más renombre a nivel mundial, brindándonos una educación invaluable, reflexiva y trascendente. A los laboratorios de cómputo de Fundación UNAM de la PES Zaragoza, por las becas de acceso otorgadas a los equipos y el buen trato del personal, en especial de David quien nos ayudó en las cuestiones computacionales.

Muy especial y calurosamente al profesor Sergio Ochoa Álvarez, quien nos apoyó cuando más lo necesitábamos, de una manera muy simpática y alegre, y gracias a él se pudo llevar a feliz término la presente Tesis, con él, estaremos en deuda por siempre.

Del mismo modo a nuestras familias quienes nos apoyaron (según su modo de entender las cosas) tanto económica como moralmente, y han estado siempre a nuestro lado a través de cada etapa de nuestra vida.

También a la familia Vallejo Calixto, en especial a Jacqueline y Claudia, quienes nos apoyaron de una manera desinteresada en cuestiones de impresión e Internet.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

4

INDICE

INTRODUCCIÓN

i

CAPITULO I LA HIPNOSIS A TRAVÉS DE LOS SIGLOS

1

1.1.	Civilizaciones antiguas.	1
1.2.	Los precursores.	2
1.2.1.	Paracelso y la Energía Sideromagnética.	2
1.2.2.	Franz Anton Mesmer y el Magnetismo Animal.	3
1.2.3.	Abate Faria y el poder de la Palabra.	4
1.3.	Figuras centrales.	5
1.3.1.	James Braid y el concepto Hipnosis.	5
1.3.2.	Charcot y la Escuela de Salpêtriere.	6
1.3.3.	Liébauld y Bernheim y la Escuela de Nancy.	7
1.3.4.	S. Freud y los estudios sobre la Histeria.	8
1.3.5.	C. Hull y la Investigación Experimental.	9
1.4.	Los modernos.	10
1.4.1.	T. X. Barber y el concepto Auto-hipnosis.	11
1.4.2.	E. R. Hilgard y la Escala de Medición Stanford	12
1.4.3.	M. T. Orne y la Lógica de Trance.	13
1.4.4.	L. R. Wolberg y el Hipnoanalysis.	14
1.4.5.	M. H. Erickson y la Hipnosis Moderna.	14
1.5.	La nueva generación.	17

CAPITULO II CONCEPTO Y CARACTERÍSTICAS DE LA HIPNOSIS

21

2.1.	Definición de Hipnosis.	22
2.2.	Niveles de conciencia.	24
2.3.	Fenómenos y características de la hipnosis.	25
2.3.1.	Características psicológicas.	25
	A) Atención selectiva	25
	B) Disociación.	27
	C) Lógica del trance.	28
2.3.2.	Características físicas.	29
2.4.	Aspectos neurofisiológicos.	30

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

5

2.5.	Sugestión y sugestibilidad.	33
2.6.	Mitos, conceptos erróneos y peligros de la hipnosis.	36

CAPITULO III EL PROCESO HIPNÓTICO

41

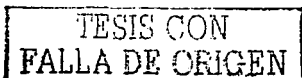
3.1.	Características personales del hipnólogo.	41
3.2.	El entorno hipnoterapéutico.	42
3.3.	Plática preliminar.	43
3.4.	Lenguaje y estructura de las sugerencias.	45
3.4.1.	Pautas para sugerencias eficaces.	46
3.4.2.	Comunicación hipnótica.	48
3.5.	La inducción.	53
3.6.	Técnicas hipnóticas.	54
3.6.1.	Relajación muscular progresiva.	55
3.6.2.	La fijación de la mirada.	57
3.6.3.	Levitación de la mano.	58
3.6.4.	El uso de la confusión.	61
3.6.5.	Crear o revivir una escena placentera.	62
3.6.6.	Hipnosis a través de la percepción de sensaciones.	63
3.6.7.	La utilización de metáforas.	64
3.6.8.	La disociación.	66
3.6.9.	La diseminación o entremezclado.	67
3.6.10.	Técnicas del contar.	68
3.6.11.	Regresión de edad.	70
3.6.12.	Señalamientos ideomotores (ideodinámicos).	72
3.7.	La reorientación.	73
3.7.1.	Sugestión poshipnótica.	74

CAPITULO IV EL PAPEL DE LA HIPNOSIS Y DE LA HIPNOTERAPIA EN LA PSICOLOGÍA CLÍNICA

77

4.1.	La Psicología Clínica.	77
4.2.	La Hipnosis y la Psicología Clínica.	79
4.3.	Perspectivas Terapéuticas e Hipnosis (Hipnoterapia).	82
4.3.1.	Enfoque Psicodinámico.	83

6



4.3.2.	Enfoque Cognitivo-Conductual.	87
	4.3.2.1. Terapia Multimodal (TMM).	89
	4.3.2.2. Terapia Racional Emotiva (TRE).	90
4.3.3.	Modelo Ericksoniano.	92
4.3.4.	Otros Modelos.	96
4.4.	Beneficios de la Hipnosis en la Psicología Clínica.	96
	4.4.1. Control del dolor.	97
	4.4.2. Personalidad múltiple.	100
	4.4.3. Trastornos alimenticios.	101
	4.4.4. Adicciones.	104
	4.4.5. Disfunciones sexuales.	105
	4.4.6. Depresión.	107
	4.4.7. Trastornos de ansiedad.	108
4.5.	Algunos estudios empíricos.	109
4.6.	Otras aplicaciones terapéuticas.	111

CAPITULO V LA UNAM, LA PSICOLOGÍA Y LA HIPNOSIS EN MÉXICO 113

5.1.	Historia de la Psicología en México.	113
5.2.	La Psicología en la UNAM.	114
5.3.	El Contexto Actual de la UNAM y la Psicología en México.	116
5.4.	La Hipnosis en México	118

CAPITULO VI METODOLOGÍA 123

5.1.	Planteamiento del problema.	123
5.2.	Objetivo general.	123
5.3.	Objetivos particulares.	124
5.4.	Método.	124
	5.4.1. Tipo de diseño.	124
	5.4.2. Participantes.	124
	5.4.3. Tipo de muestra.	125
	5.4.4. Instrumento.	125
	5.4.5. Procedimiento.	126
	5.4.6. Estructura del análisis de resultados.	127

7

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CAPITULO VII ANÁLISIS DE RESULTADOS	129
Categoría I. Aplicación.	130
Categoría II. Conocimiento.	132
Categoría III. Criterios y Casos.	137
Categoría IV. Mitos y Concepciones Erróneas.	139
Categoría V. Técnicas.	144
CONCLUSIONES	147
BIBLIOGRAFÍA	155
ANEXOS.	163
Anexo 1 Instrumento: "Hipnosis e Hipnoterapia: Un Punto de Vista"	
Anexo 2 Lista de las Sociedades, Centros, Asociaciones e Institutos que conforman a la Sociedad Internacional de Hipnosis en el 2002	

8

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

INTRODUCCIÓN

La Hipnosis es un tema de estudio muy amplio y en constante evolución, de hecho el interés de la Psicología en ella está más que justificado, ya que sin lugar a dudas, la Hipnosis ha sido parte integral del desarrollo y evolución de prácticamente todas las formas de terapia (psicoanálisis, terapia sistémica, terapia cognitivo-conductual, etc.), estando en el ojo del huracán durante décadas -por no decir siglos-, ya que ha sido fuertemente atacada y defendida en diferentes etapas de su historia, y ha generando las más acaloradas polémicas debido a que se trata de un proceso muy interesante por sí mismo.

La conceptualización de la hipnosis ha cambiado a través del tiempo, en algunas épocas el hombre quiso ignorar la existencia de este fenómeno y en otras lo ha estudiado muy de cerca; y a pesar de que en las últimas décadas se le ha prestado una mayor atención y se le ha dado una mayor difusión, apenas se empieza a conocer el impacto real que ésta puede llegar a tener para la modificación de la conducta del ser humano. Es en este sentido que es importante entender éste proceso de una manera general, que englobe los principales aspectos relacionados con el mismo, tanto teóricos como prácticos, históricos, etc. para darle una mayor valoración que enriquezca los conocimientos de todos los profesionales que se quieran dedicar al área de la salud.

Es por ello que la presente investigación, fue planteada para permitir enriquecer los conocimientos que se tienen actualmente de la hipnosis e hipnoterapia, y además para conocer que tanto es aplicada por Psicólogos Clínicos (en este caso terapeutas y docentes de la UNAM), reconociendo si dominan la técnica (o no), y si la dominan, con qué frecuencia y en que casos la aplican. Obteniéndose información relevante no simplemente a nivel teórico, sino que además información de cómo esta siendo aplicada actualmente en nuestro país, en el seno de este determinado grupo de Psicólogos, que representan a la Universidad más grande e importante de México, la cual cuenta con prestigio a

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

nivel internacional y que durante muchos años ha estado a la vanguardia en diversas esferas del conocimiento humano.

En primer lugar, en el *Capítulo I*, se describe de manera general como es que ha ido evolucionando la visión que se tiene de la Hipnosis, y como es que diversas personalidades fueron contribuyendo a través del tiempo para que ésta ocupara el lugar que actualmente ocupa como una técnica terapéutica más, que el Psicólogo Clínico puede utilizar en su labor terapéutica.

Así mismo, en el *Capítulo II*, se aborda la conceptualización de la hipnosis más actualizada formulada por la APA, así como las características más representativas que se presentan durante el proceso hipnótico considerando los aspectos neurofisiológicos que participan; además de que se aclaran algunos de los mitos y conceptos erróneos más difundidos a través de los años en torno de la hipnosis, de esta manera se presenta una visión real y actualizada de lo que es la hipnosis.

Posteriormente, se describe y ejemplifica en el *Capítulo III* las fases del proceso hipnótico, desde la creación de una situación que facilite llegar a dicho estado, teniéndose en cuenta el ambiente propicio y la estructura de las sugerencias que se deben presentar para eficientar la comunicación hipnótica; para después presentar las principales técnicas hipnóticas conocidas hasta el momento, ya sea que se traten de inducción, de profundización, o de reorientación.

Por su parte, para aquel interesado en la aplicación de la hipnosis en la Psicología Clínica, el *Capítulo IV* describe el papel que ésta ha desempeñado en la misma, pero ya en su forma de Hipnosis Clínica; se describe el peso específico que ha tenido en diversas perspectivas terapéuticas y los beneficios que pueden obtenerse con dicha combinación en determinados casos, tales como el control

del dolor, trastornos alimenticios, adicciones, disfunciones sexuales, depresión, trastornos de ansiedad, etc.

En el capítulo V se habla de la Psicología en México, especialmente en la UNAM; así como del estado actual de la Hipnosis Clínica en nuestro país, enfatizando la labor, los trabajos y las aportaciones de algunos de los principales hipnólogos mexicanos.

Posteriormente, en los siguientes capítulos se aborda la forma en que se llevó a cabo la investigación, los objetivos planteados, los resultados que se obtuvieron y la forma en que se analizaron, así como a las conclusiones a que se llegaron.

Finalmente, cabe aclarar que esta investigación tuvo por objetivo el presentar una visión actual del campo de la hipnosis terapéutica, pero sin alinearse a ninguna orientación terapéutica en especial, por lo cual se utilizaron los vocablos <cliente>, <paciente>, <usuario>, etc., de manera indistinta para designar a la persona con la cual interactúa el terapeuta.



J. M. Charcot en una presentación.



Clinica de Dr. Ambroise Auguste Liebeault en Nancy, Francia

CAPITULO I

LA HIPNOSIS A TRAVÉS DE LOS SIGLOS

Desde el comienzo de la historia registrada, procedimientos que hoy pueden ser etiquetados como basados en la sugestión — y en consecuencia como hipnóticos—, han sido usados para el tratamiento de un extenso rango de trastornos psicológicos y de dolencias físicas. Los aparentemente mágicos y dramáticos cambios en la apariencia, experiencias y conductas de los sujetos hipnotizados han sido responsables durante mucho tiempo del interés general que se tiene en la hipnosis como un catalizador de los tratamientos físicos y psicológicos y además de que es considerada como un fenómeno fascinante de por sí (Lynn, Kirsch, Neufeld y Rhue, en Lynn, Kirsch y Rhue, 1996).

El presente capítulo tiene por objetivo dar una revisión de la principales personalidades relacionadas con la hipnosis a través de tiempo, desde la antigüedad hasta nuestros días, enfatizando algunas de las aportaciones de estos exponentes al desarrollo de la hipnosis como la conocemos hoy día.

1.1. Civilizaciones antiguas.

Prácticamente todos los autores que han estudiado la hipnosis, coinciden en que ésta, es un fenómeno que ha acompañado al ser humano desde tiempos inmemorables sólo que éste aún no la había identificado como tal (Kroger, 1972; Parra, 1984; Portuondo, 1974; Shames y Sterin, 1999).

Es posible rastrear la hipnosis en las civilizaciones antiguas, ya que como comentan Shames y Sterin (1999), los antropólogos han podido informar que todas las culturas antiguas conocidas, tuvieron algún tipo de proceso hipnótico como parte de sus actividades religiosas y/o curativas.

Se ha encontrado que en Egipto se usaban procedimientos hipnóticos desde hace más de 3 mil años muy similares a los de hoy en día. Por lo que la prueba más palpable de la existencia de la hipnosis en la antigüedad, podría hallarse en un papiro encontrado en Egipto llamado Ebers, el cual expone técnicas de inducción hipnótica muy similares a las actuales y que si se siguen fielmente, llevan al sujeto a un estado de profunda somnolencia. También existían templos llamados "santuarios del sueño", lugares sumamente tranquilos donde acudían los enfermos para ser tratados por los sacerdotes, quienes utilizaban procedimientos hipnóticos; en estos lugares, la gente al parecer reposaba encontrando un descanso reparador y beneficioso (Kroger, 1972; Parra, 1984; Shames y Sterin, 1999).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

PAGINACIÓN DISCONTINUA

Desde Egipto la técnica hipnosis se extendió prácticamente a todo el mundo: La India, Grecia, Persia, Turquía y China, en particular su uso se propagó considerablemente acompañado por grandes rituales hechos a partir de estímulos auditivos obtenidos con tambores, flautas e instrumentos de cuerda. En la India, país místico por naturaleza, la hipnosis no solo creó escuela rápidamente entre los faquires y yoguis, sino que estos incluso la controlaron enseguida y supieron combinar a la perfección sus "mantras" monótonos y largos con las técnicas de sugestión, llegando al proceso de la autohipnosis (Parra, 1984).

En Grecia por su parte, se acogió favorablemente esta práctica, teniéndose indicios de ello a través de los testimonios de los templos de Asclepio o Esculapio y Epidamo, donde los sacerdotes practicaban asiduamente la hipnosis. Los antiguos griegos hicieron uso de esta técnica al usar los oráculos, teniendo así "templos del sueño", en donde las doncellas del templo inducían trances a los guerreros y nobles. Se conservan numerosos grabados y bajorrelieves de más de dos mil años de antigüedad, con representaciones de estados hipnóticos (Parra, 1984; Shames y Sterin, 1999).

También existen testimonios de estados hipnóticos entre las tribus Africanas y Americanas, éstos muy relacionados con la magia y la medicina que se funden con la religión, estas tribus consideraban a la enfermedad como un hecho sobre natural que se ha de combatir mediante ceremonias mágicas dirigidas por los "chamanes", "hechiceros", "curanderos", o "sanadores". Para la preparación de la curación el chamán se entregaba a determinadas prácticas que permitían la intensificación de sus poderes de concentración por lo que para tal fin se colocaba en un ambiente que no fuese distractivo de ninguna manera: una habitación oscura y silenciosa, un lugar aislado en el bosque o en una cueva. Allí se ponía lo más cómodo posible y comenzaba su descenso hacia el mundo inferior, con frecuencia el viaje era ayudado por el acompañamiento de toques de tambor, salmodias, cantos y bailes, que podían ser ejecutados por el chamán o su compañera. Todas las actividades de acompañamiento tenían dos cualidades en común: eran rítmicas y monótonas. La repetición y la continuidad permitían a la mente inconsciente del chamán llegar a estar fuertemente centrada. (Hadley y Staudacher, 1994; Parra, 1984).

1.2. Los precursores.

1.2.1. Paracelso y la Energía Sideromagnética.

Philippus Aureolus Bompast von Hohenheim, alias Teofrasto Paracelso (1493-1541), alquimista, filósofo, teólogo y médico suizo fue durante el siglo XVI la figura más importante dentro del campo de la hipnosis -que aun no se conocía como tal- (Mueller, 1980; Parra, 1984). Recorrió Asia, África y Europa, llegando a la conclusión de que el imán tenía poderes terapéuticos, asegurando que el hombre es alentado y regulado por energía sideromagnética procedente de los

astros, obtuvo curaciones que en su tiempo fueron consideradas milagrosas. Las teorías de Paracelso en realidad lo que hicieron fue darle una nueva orientación a la parte mágica del pensamiento de su época (Parra, 1984; Portuondo, 1974).

La idea central de la concepción de Paracelso, fue la correspondencia oculta entre el universo (el macrocosmos) y el hombre (el microcosmos), en su concepción, el hombre mismo estaba compuesto de fuego, aire, agua y tierra, ya que tiene la necesidad de calor, debe respirar, beber y alimentarse, si estas relaciones íntimas que mantiene con el universo se ven alteradas surgen las enfermedades que corresponden a uno u otro elemento; por lo tanto admitía como causas de enfermedad a los trastornos de los humores, los traumatismos y las influencias astrales (Mueller, 1980).

Paracelso fue considerado como una mezcla de genio y charlatán, revolucionando los postulados de su época, hombre vital en el progreso terapéutico, sin embargo murió en la más absoluta miseria (Parra, 1984).

1.2.2. Franz Anton Mesmer y el Magnetismo Animal.

Ya en el siglo XVIII se dio la auténtica revolución científica de la hipnosis con Franz Anton Mesmer (1733-1815), quien fue el primero en ver aspectos importantes de la relación entre el hipnotizador (curandero) y su paciente. Influidor por las teorías de Paracelso, aseguraba la existencia de una "energía etérica" o "fluido cósmico", creadora de materia, capaz de penetrarlo todo y que ejerce una especial influencia sobre el hombre, posteriormente esta energía fue bautizada como "fuerza magnética o energía magnética". Mesmer proponía que las enfermedades eran consecuencias de una "aberración de la armonía orgánica", pensaba que la curación consistía en hacer fluir el magnetismo, retirarlo de una zona del cuerpo y hacerlo llegar a otra, a través de la voluntad y de la concentración mental, él consideraba a la enfermedad como el resultado de una mala distribución del fluido en los diferentes órganos, la crisis surgía por el hecho de que al reestablecer la repartición armónica del fluido se devolvía la salud, de este modo realizó muchas curaciones, algunas de ellas sorprendentes; sin embargo estuvo siempre envuelto en escándalos a causa de sus seguidores y de sus detractores (Chertok, 1992; Hadley y Staudacher, 1994; Parra, 1984; Robles, 1990).

Mesmer se vestía con extravagancia, sus consultorios estaban débilmente iluminados y adornados con espejos, una música suave rompía el profundo silencio. Los pacientes del médico se sentaban en un círculo alrededor de una tina, que contenía elementos tales como vidrio en polvo y limaduras de hierro, los pacientes sujetaban varillas de hierro que salían de la tina y que se suponía trasmitían la fuerza curativa. El primer gran éxito de Mesmer fue una mujer de 29 años que sufría de una enfermedad convulsiva, un estado comúnmente etiquetado como trastorno nervioso. Durante uno de los ataques de la mujer, Mesmer aplicó tres magnetos al estómago y a las piernas de la paciente mientras ella se

serenaba y se concentraba en los efectos positivos del fluido cósmico. En muy poco tiempo los síntomas remitieron y para cuando los síntomas volvieron a aparecer al día siguiente, Mesmer hizo otro tratamiento a la mujer obteniendo resultados similares, de esta manera el flujo de energía de la mujer quedaba restablecido quedando recuperada su salud (Hadley y Staudacher, 1994).

Mesmer desechó los magnetos posteriormente y comenzó a considerarse él mismo como un magneto a través del cual podía conducirse una fuerza vital fluida que luego era transmitida a otro como una fuerza curativa. Esto es lo que llamó "magnetismo animal". Mesmer trató de interesar a la Sociedad Médica Vienesa, pero esta acabó por expulsarlo bajo la aseveración de que sus curaciones solo se debían a la imaginación rechazando sus teorías. Toda esta creencia mágica (fluido magnético, magnetismo animal, etc.) se comprobó posteriormente que no era más que pura sugestión, y fue la base de desarrollos posteriores del proceso hipnótico tal como más o menos se concibe hoy en día (Hadley y Staudacher, 1994; Portuondo, 1974).

Mesmer y sus seguidores afirmaban que sus procedimientos curaban una amplia variedad de indisposiciones, incluidos varios tipos de dolores, afecciones reumáticas, asma, inflamaciones, amenorrea, impotencia y enfermedades de la piel. Aunque las afirmaciones de los mesmeristas eran exageradas, en un estudio minucioso sobre los testimonios hallados, se observa que, sin lugar a duda, sus procedimientos catalizaron la recuperación de algunos pacientes y ayudaron a otros a sentirse mejor o a redefinirse así mismos como personas sanas a partir de ese momento (Barber, 1988).

Finalmente, se encontró que aunque Mesmer estuvo equivocado respecto a su teoría, Hilgard y Hilgard (1990) alegaron dos cosas en su defensa. En primer lugar que buscaba valerse de la ciencia física moderna (-de su tiempo-) para reemplazar algunas de las supersticiones de la época, pues hay que considerar que en Francia se vivía la Edad de la Ilustración, el Renacimiento del siglo XVIII. En segundo lugar, aunque los resultados de sus curaciones eran producidos por la imaginación, no hay duda de que eran producidos.

1.2.3. Abate Faria y el poder de la Palabra.

En la primera parte del siglo XIX un médico-sacerdote portugués llamado Abate Faria (1755-1819) llegó a París y sorprendió a Europa al inducir la hipnosis a más de 5 mil personas, sin embargo su principal aportación fue el negar que la fuente de la curación fuese el magnetismo y se lo atribuyó mas bien a causas psicológicas y fundamentalmente a la confianza y cooperación mutuas entre el paciente y el que cura (Shames y Sterin, 1999). Él afirmaba haber adquirido todos sus conocimientos hipnóticos entre los yoguis de la India y que tenía el título de "Brahmin", lo cierto según comenta Parra (1984), es que Faria había abandonado la India a los quince años de edad y nunca más había vuelto por ahí.

El abate Faria llegó a la conclusión de la inexistencia del llamado fluido magnético y explicó que todo es efecto de la palabra, creando por su parte una nueva técnica que consistía en situar su mano a cierta distancia del sujeto para hacerle fijar su mirada en ella, al mismo tiempo que se le comunicaba sugerencias verbales imperativas del tipo "dormid", el sujeto caía entonces, en un estado que Faria llamó sueño lúcido o sueño nervioso para distinguirlo del sueño ordinario, (Chertok, 1992 y Parra, 1984), entendiéndolo al trance hipnótico no como algo sobrenatural ni magnetismo animal, sino como pura sugestión (Portuondo, 1974).

Cabe destacar que si con Mesmer las sugerencias eran de tipo no verbal, ya con el abate Faria éstas se comenzaron a utilizar como sugerencias verbales directas; por ejemplo, Faria ordenaba al paciente que durmiera y, posteriormente, daba sugerencias verbales que ayudaban a aliviar directamente sus sufrimientos tales como "dormirás en calma y en paz durante la noche, te despertarás por la mañana sintiéndote muy mejorado. El dolor disminuirá más y más hasta desaparecer" (Barber, 1988).

1.3. Figuras centrales.

1.3.1. James Braid y el concepto Hipnosis.

En la última parte del siglo XIX James Braid (1795-1860), reexaminó la obra de Mesmer y rebautizó el fenómeno como "hipnosis" en 1843 derivado de la palabra griega "*hypnos*" que significa sueño, iniciando así el estudio científico de ésta, la cual, antes se asociaba con ritos religiosos y mágicos; así mismo apoyó la idea del Abate Faria en cuanto a que los orígenes de la hipnosis radicaban en el terreno psicológico y no en el magnetismo físico (Shames y Sterin, 1999).

Braid estuvo influido por un hipnotizador de nombre Lafontaine, quien en ese entonces contaba con alguna fama, y a pesar de que Braid era un escéptico lo convencieron la realidad de las demostraciones presentadas por Lafontaine, quien presentó los fenómenos hipnóticos ante sus propios ojos. Posteriormente, Braid emprendió una serie de experimentos en los que llegaba a hundir a sus pacientes en el sueño sin recurrir a pases, con sólo pedirles que fijaran la vista en un objeto brillante (Chertok, 1992), de hecho, durante cien años fue éste el procedimiento más ampliamente utilizado para provocar la hipnosis. Esta técnica de Braid según Meares (1961), sirvió en primer lugar al propósito muy valioso de ayudar a eliminar el aura de ocultismo que se había formado alrededor de la hipnosis, es un método muy sencillo y probablemente uno de los más fáciles de aprender.

En 1843 publicó su obra Neurohypnology (traducida al francés en 1883), reemplazó el fluidismo por una teoría "psiconeurofisiológica"; una estimulación "fisiopsíquica" de la retina actuaba sobre el sistema nervioso y producía un "sueño nervioso" (Chertok, 1992). Al principio Braid, interpretó la utilidad de este

procedimiento de fijación de la mirada o el ojo como un resultado debido a los efectos fisiológicos producidos por el cansancio del músculo elevado del párpado; sin embargo, después de observar que la fijación de los ojos tenía efectos ambiguos cuando el paciente no sabía qué iba a suceder, concluyó que el procedimiento actuaba psicológicamente magnificando la creencia del paciente respecto a que algo importante estaba ocurriendo o estaba a punto ocurrir; después de este procedimiento de la fijación de la vista, Braid daba a sus pacientes sugerencias verbales directas sobre la curación, la salud y el bienestar. Sin lugar a dudas, las sugerencias directas de Braid fueron eficaces en muchos casos y ayudaron a los individuos enfermos a recuperarse más rápidamente de sus dolencias entre las cuales se encontraban dolores de cabeza, migrañas, dolores reumáticos, etc. (Barber, 1988). Cabe destacar que para él, el hipnotizador se encontraba totalmente aislado de sus pacientes, en las propias palabras de Braid (en Chertok, 1992, pág. 15), "el operador actúa como un mecánico que pone en acción fuerzas del organismo mismo del paciente", es decir, para él la relación interpersonal no desempeñaba ningún papel.

A pesar del trabajo de Braid, la hipnosis declinó otra vez hasta que ocurrió un nuevo reavivamiento, esta vez en Francia, donde se desarrollaron dos escuelas que paralelamente estudiaron a la hipnosis: la de la Salpêtrière y la de Nancy (Barber, 1988).

1.3.2. Charcot y la Escuela de Salpêtrière.

La denominada "Escuela de la Salpêtrière" se encontraba dirigida por Jean Martin Charcot (1825-1893), quien era el neurólogo más distinguido de su época, aprendió hipnosis de un hipnotizador de teatro llamado Donato, quien le describió la técnica, paso a paso, en un cuadernillo. Las demostraciones que daba en la Salpêtrière a fines del siglo XIX, consistían en inducir a las pacientes un estado de trance hipnótico en el que revivían sus ataques de "gran histeria", convulsionando en un escenario, frente a médicos visitantes y estudiantes (Hilgard y Hilgard, 1990; Robles y Abia, 1997).

El hecho de que Charcot diera demostraciones de fenómenos hipnóticos y de que explicara neurológicamente a la hipnosis le dio respetabilidad científica, presentó sus resultados sobre hipnosis en un trabajo que leyó en 1882 ante la Academia Francesa de Ciencias y que se titulaba "*Sobre los diversos estados nerviosos determinados por el hipnotismo en las histerias*". Charcot realizó sus experimentos en mujeres hísticas por lo que llegó a creer que la hipnosis era esencialmente hística y que sus principales manifestaciones se circunscribían a quienes padecían alguna anomalía en el sistema nervioso; procuró combatir las teorías y métodos de muchos médicos y magnetizadores, declarando que los llamados efectos magnéticos sólo se producían en las hísticas afirmando de paso que las personas hipnotizables "todas padecían neurosis" (Chertok, 1992; Hilgard y Hilgard, 1990; Parra, 1984).

Como comenta Abozzi (1997), los resultados que obtenía Charcot eran realmente alentadores, las parálisis desaparecían, muchas cegueras histéricas se resolvían y también varios tipos de alteraciones mentales se solucionaban con la hipnosis.

Cabe destacar como uno de los principales discípulos de la tradición de Charcot, a Pierre Janet, quien trabajando en el Hospital de la Salpêtrière desarrolló la teoría de la disociación para explicar el fenómeno hipnótico; Janet creía que es posible cierta disociación de la mente, de forma que los diferentes elementos psicológicos se escinden y actúan más o menos independientes unos de otros (Meares, 1961).

Generalmente a la escuela de Salpêtrière, se le distingue como la base de la hipnosis tradicional por los principios en los que se sustenta.

1.3.3. Liébault y Bernheim y la Escuela de Nancy.

Posteriormente, un médico rural llamado Auguste Ambroise Liébault (1823-1904) se interesó en el trabajo de Braid e inició su práctica clínica con la hipnosis, para luego unirse a un profesor de la Universidad de Nancy llamado Hippolyte Bernheim (1837-1919) quien en un principio trataba de desenmascararlo como un charlatán. Fue así que éste renombrado profesor, asistió a los experimentos de Liébault y los juzgo convincentes, incluso él mismo se puso a practicar la hipnosis y dos años más tarde hizo aparecer su obra "*De la sugestión en el estado hipnótico y en el estado de vigilia*", otros universitarios se adhirieron luego a las ideas de Liébault para de esta forma dar paso a la denominada "Escuela de Nancy". Juntos desarrollaron las teorías de Braid y sin los malabarismos de Charcot continuaron sus estudios y prácticas, y pronto llegaron a la conclusión de que la hipnosis e hipnoterapia eran totalmente inofensivas, por una parte, altamente eficaces, por otra; ya nadie negaba el valor y la realidad de aplicación terapéutica de la hipnosis en la medicina y consideraban que ser hipnotizable no significaba ser histérico (Chertok, 1992; Kroger, 1972; Parra, 1984).

En cuanto a Bernheim, destacó el papel de la sugestión hasta llegar a explicar totalmente por ella el fenómeno de la hipnosis (Chertok, 1992), afirmando que: "la sugestión es el medio para conseguir que una idea entre en la mente y ésta lo acepte (...) las maniobras no son nada, la fe es todo... Es la imaginación la que obra milagros" (Bernheim citado por Abozzi, 1997 pág. 18).

Dentro de sus contribuciones al campo de la hipnosis, se tiene que Bernheim y Liébault trataron a más de doce mil pacientes, considerando a la hipnosis como una función del comportamiento normal, además introdujeron el concepto de sugestión y sugestionabilidad (Kroger, 1972). Sostuvieron que no era posible que el sujeto, una vez en trance, se curara sólo, sino que la curación estaba determinada por las sugerencias que impartía el médico. Finalmente, las teorías

que desarrollaron permitieron aclarar más los aspectos científicos de la hipnosis (Abozzi, 1997).

A Nancy se le considera como el fundamento de la hipnosis moderna, ya que se inicia ahí una nueva visión de la hipnosis como un estado normal y no patológico (Robles, 1990).

1.3.4. S. Freud y los estudios sobre la Histeria.

Sigmund Freud (1856-1939), padre del Psicoanálisis fue uno de los famosos discípulos de Charcot, en el año de 1885 durante su estancia en París en la Salpêtrière donde aprendió el uso de la hipnosis. Gracias al ejercicio de aquella nueva técnica (-para él-), comprendió que la histeria no era una enfermedad que afectaba únicamente a las mujeres, sino también a los hombres, y que la hipnosis podía provocar artificialmente muchos síntomas de la histeria. Al regresar a Viena, Freud comenzó a utilizar la hipnosis con sus pacientes, abrió su consultorio el 25 de abril de 1886 pero, cualquiera que fuese su entusiasmo con el hipnotismo, no lo hizo entrar en su practica regular sino hasta diciembre de 1887, pero no tardó en darse cuenta de que no funcionaba con todos, pues ciertos pacientes eran hipnotizables pero otros no, y que en ciertos casos volvían a aparecer los síntomas que habían desaparecido, pensó que era por que no sabía bastante sobre la hipnosis, por eso fue a la escuela de Nancy, pero al poco tiempo observó que los problemas no se resolvían tampoco utilizando técnicas diferentes (Abozzi, 1997; Chertok, 1992). Aunque hay que destacar, que en Nancy lo impresionó el curioso fenómeno de las sugerencias llamadas pos-hipnóticas, es decir, de la realización por parte de un individuo, en estado de vigilia, de un acto que se le sugirió en el sueño hipnótico, a propósito del cual por absurdo que sea, su autor revela preocupación por explicarlo, trata de atribuirle una motivación consciente, como si hubiese sido desencadenado por su cuenta (Mueller, 1980).

Cuando Freud decidió emplear la sugestión hipnótica, obtuvo una de sus mayores satisfacciones; sin embargo, Freud debía utilizar la hipnosis bajo otra forma a partir de mayo de 1889, al practicar el método catártico inaugurado por Breuer (Chertok, 1992; Strachey en Freud, 1978); pero entonces se presentó una dificultad de orden técnico, Freud ligó el empleo del método catártico con la producción de una hipnosis profunda, pero constató que no siempre llegaba a obtenerla en sujetos que a veces, se mostraban incluso refractarios a todo tipo de hipnotización (Chertok, 1992).

Por otra parte, Freud (1970, págs. 68-69) comparó al enamoramiento con la hipnosis ya que decía que no existía gran distancia y que eran evidentes sus coincidencias. En sus propias palabras "El hipnotizado da, con respecto al hipnotizador, las mismas pruebas de humilde sumisión, docilidad y ausencia de crítica, que el enamorado con respecto al objeto de su amor. Compruébese así mismo, en ambos, el mismo renunciamiento a toda iniciativa personal. Es indudable que el hipnotizador se ha situado en el 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 aquel. El hipnotizador es para el hipnotizado el único objeto digno de atención; todo lo demás se borra ante él".

Lamentablemente, Freud abandonó a la hipnosis a favor de su propia técnica de la asociación libre, en parte la razón fue que Freud tenía un estilo autoritario que negaba la sensación de cooperación entre el médico y su paciente, por lo que encontraba mucha resistencia por parte de sus pacientes cuando empleaba la hipnosis (Shames y Sterin, 1999). Sin embargo, el hecho de que dejara de utilizarla, unido a la realidad de que desgraciadamente la gente habla más de lo que lee o se informa, redundo en el desprestigio de la hipnosis, al menos por un tiempo (Robles y Abia, 1997), por lo tanto es posible afirmar que la habilidad de hipnotizar, es quizá lo que le faltó a Freud y por lo cual sus seguidores, como grupo sintieron incomodidad con la hipnosis (Araoz, 1996).

1.3.5. C. Hull y la Investigación Experimental.

Se considera a Clark Hull (1884-1947) quien fuera profesor de la Universidad de Wisconsin y luego de la Universidad de Yale, como uno de los pioneros en el estudio experimental de la hipnosis, mismo que comenzó en las décadas de 1920 y 1930; su obra "Hypnosis and Suggestibility", publicada en 1933, es clásica sobre este tema. Meticuloso en el uso de controles científicos y de test estadísticos, su obra sirvió para la aceptación cualificada de la hipnosis en el campo de la medicina y sigue siendo hoy día un modelo del método científico aplicado a métodos hipnóticos (Hawkins, 1998; Hilgard y Hilgard, 1990).

Hull en el capítulo VIII de dicha obra, se interesó en encontrar unos pocos fenómenos básicos y objetivamente calculados que diferenciaran claramente el sueño natural de la condición de vigilia, para luego determinar experimentalmente si el estado de trance produce resultados parecidos a los obtenidos en el estado de sueño. Si la condición hipnótica difiería en uno o más aspectos importantes del sueño verdadero, los dos estados en consecuencias debían ser diferentes. Para tal fin utilizó los siguientes criterios:

- ❖ La memoria.
- ❖ La respuesta a estímulos sensoriales, tales como sonido, palabra hablada, etc.
- ❖ Test de laboratorio, tales como reacciones reflejas, incluyendo el reflejo rotuliano o sacudida de la rodilla, estudios sobre la respiración y el funcionamiento del corazón.
- ❖ También consideró un cuarto criterio conocido como aproximación psicoquímica.

Concluyó y estableció que la "hipnosis no es sueño", no tiene ninguna relación especial con el sueño y que el concepto de sueño cuando se aplica a la

hipnosis oscurece y no aclara la situación; a esto, agregó que también la conciencia está siempre presente en cualquier etapa de la hipnosis aunque no parezca así; la amnesia puede ser sugerida antes de despertar, pero esto no significa que la conciencia no esté presente, mientras que en el sueño natural la conciencia siempre está ausente (Moss, 1961). Otra cosa importante que Hull llegó a afirmar (en Araoz, 1996, pág. 120) fue que: "Ninguna ciencia ha sido tan lenta como la hipnosis para librarse de la asociación maléfica con la magia y la superstición de sus orígenes".

Por desgracia como comentan Hilgard y Hilgard (1990), Hull, a semejanza de Freud, abandonó la hipnosis una vez que trabajó venturosamente con ella; de entre sus estudiantes, pocos mantuvieron el interés, a pesar de haber hecho una lista de más de cien estudios que debían ser realizados, pero que él no había intentado. Sin embargo, fue un estudiante de éste, Milton H. Erickson (Rhue, Lynn y Kirsch, 1993) quien durante la década de 1930, comenzó a desarrollar muchas técnicas terapéuticas creativas que contribuyeron en la aceptación y el uso de la hipnosis en la práctica clínica y que se siguen practicando hoy día.

1.4. Los modernos.

Aunque la terapia sugestiva o hipnótica recibió menos publicidad durante las décadas de 1920, 1930 y 1940, no está claro si realmente decreció el número de terapeutas que la usaron formalmente y con conocimientos. A finales de la década de 1950, Ernest R. Hilgard en Stanford, Martin T. Orne en la Universidad de Pennsylvania y Theodore X. Barber en la fundación Medfield, fundaron laboratorios importantes dedicados a esta área. Desde finales de los años de 1950 hasta principios de la década de 1980, solo entre estos tres laboratorios habían recibido aproximadamente 5 millones de dólares del gobierno Federal Norteamericano, destinados a la investigación sobre hipnosis y sugestión, y habían publicado más de 400 estudios científicos en revistas especializadas. La investigación dirigida por estos investigadores, junto con sus asociados y otros colaboradores, ha revolucionado los conocimientos en esta área y sus aplicaciones en la terapia (Barber, 1988).

En general, puede decirse que la hipnosis en esta época se desarrolló en dos direcciones principalmente; por un lado como hipnosis experimental, la cual se utilizó en un gran número de investigaciones controladas experimentalmente, dichas investigaciones tuvieron principalmente como fin, el descubrir aspectos relacionados con la misma (los niveles de la sugestionabilidad, sus usos en el control del dolor, entre otros); y por la otra, se desarrolló como hipnosis clínica, la cual estaba ligada a su aplicación médica y psicológica (fobias, trastornos alimenticios, etc.).

1.4.1. T. X. Barber y el concepto Auto-hipnosis.

Theodore X. Barber, dirigió en la década de 1960 en Boston, uno de los laboratorios más importantes dedicados al estudio de la hipnosis, tanto clínico como investigador, llegó a la conclusión de que la hipnosis no constituía ningún estado alterado llamado "trance", defendió la postura llamada de no estado para definir a la hipnosis. Según Chertok (1992), Barber deseó mostrar que la única realidad de la hipnosis es un estado de sugestibilidad que se arraiga tanto en la situación experimental como en las creencias y las esperanzas del sujeto, que todos los fenómenos atribuidos hasta ahora a la existencia de un estado hipnótico, podrían producirse fuera de toda referencia a la hipnosis.

Barber fue uno de los primeros hipnólogos en definir a la hipnosis como auto-hipnosis (-cuestión que hoy es aceptada prácticamente por todos los estudiosos del tema-), de hecho, planteó una serie de razones por las cuales resultaba ventajoso denominarla auto-hipnosis (Barber, 1988):

- ❖ Etiquetar el proceso como auto-hipnosis evita o al menos minimiza muchos miedos que se encuentran a menudo cuando la situación se denomina hipnosis: el miedo de estar bajo el control de otro, a no darse cuenta de lo que ocurre o a estar inconsciente, a revelar secretos, etc.
- ❖ Al etiquetar a la situación como auto-hipnosis y definirla como un proceso de relajación profunda, calma y ecuanimidad, el terapeuta puede minimizar o evitar completamente muchas otras preocupaciones, ideas contrarias y preguntas que los pacientes tienen antes, durante o inmediatamente después de la hipnosis tales como: ¿Podré salir del trance?, ¿Cómo sabré si estoy realmente hipnotizado?, no estaba hipnotizado por que una de las sugerencias no tuvo efecto, o por que oí todo lo que dijiste, o por que recuerdo todo lo que ocurrió.
- ❖ Definir la situación como auto-hipnosis sitúa la responsabilidad de experimentar la calma y otros efectos sugeridos en el paciente, y minimiza o elimina una concepción errónea que se encuentra en algunos pacientes en relación a que ellos no deben "hacer nada" por que estarían engañándose si intentaran que las sugerencias tuvieran efecto. Puesto que responsabiliza a los pacientes de su progreso en la terapia y puede aumentar sus sentimientos de autodominio reduce los problemas que surgen cuando el paciente depende demasiado del terapeuta.
- ❖ Los psicoterapeutas modernos pueden proceder más congruentemente con su formación y perspectivas, no tiene que adoptar una postura autoritaria ("Yo soy el hipnotizador y tú vas a ser el hipnotizado") y pueden evitar las "fantasías de omnipotencia". En lugar de eso, pueden adoptar un rol más congruente como es el de profesor o guía, y explicar cada procedimiento a sus pacientes mientras proceden democráticamente con su cooperación y acuerdo previo.
- ❖ Permite a los terapeutas ser más flexibles y elásticos. En vez de seguir adelante con poca retroalimentación, como es típico cuando los pacientes son formalmente hipnotizados, este enfoque permite al terapeuta avanzar

lentamente, paso a paso, obteniendo un máximo de retroalimentación de sus pacientes.

1.4.2. E. R. Hilgard y la Escala de Medición Stanford.

Ernest R. Hilgard fue una de las figuras más importantes en el campo de la hipnosis experimental, fue profesor de psicología de la Universidad de Stanford donde formó uno de los laboratorios más importantes dedicados a esta línea de trabajo, así mismo, fue presidente de la Asociación de Psicólogos de Norteamérica (Barber, 1988; Estabrooks, 1967) y presidente fundador de la Sociedad Internacional de Hipnosis (www.ish.unimelb.edu.au).

Dentro de sus contribuciones principales al estudio de la hipnosis se encuentra su Teoría de la Neodisociación, inspirada por la obra de Pierre Janet (quien como ya se hizo mención, propuso la teoría de la disociación), esta teoría representa a la conciencia como una multiplicidad de sistemas de control, jerarquizados, al mismo tiempo que móviles y fluidos; la hipnosis por lo tanto sería un caso particular de transición de un sistema de control a otro (Chertok, 1992). Esta teoría está íntimamente conectada con el tema de las sugerencias dentro y fuera de la hipnosis, Hilgard al interpretar la disociación como una cuestión de grados, demostró que muchas actividades disociadas ocurren fuera de la hipnosis, solamente cuando están ampliamente extendidas implican "un cambio total de estado" o hipnosis (Araoz, 1996).

Sin lugar a dudas, una de las principales aportaciones a destacar de Hilgard, junto con la colaboración de Weitzenhoffer fue que diseñaron la famosa "Escala de Susceptibilidad a la Hipnosis de Stanford", la cual constaba de las formas A, B y C; así mismo del perfil I y II. Esta escala permitió resolver uno de los mayores problemas que se planteaba en la experimentación: el caso de la medida. El principio bajo el cual se basó esta escala, fue el de inducir el estado hipnótico, para después sugerirle ejercicios cada vez más difíciles, por lo que el nivel alcanzado en la escala determinaría entonces el grado de profundidad de la hipnosis (Chertok, 1985). Además de permitir el establecer parámetros de medición y comparación, la escala Stanford sirvió entre otras cosas para detectar los posibles efectos negativos de la aplicación de la hipnosis (Frauman, Lynn y Brentar, en Rhue, Lynn y Kirsch, 1993), además de fomentar la creación de nuevas escalas por parte de otros investigadores. Sin embargo como comenta Yapko (1999), continua el debate respecto a la utilidad de las escalas en el tratamiento (-psicológico-), ya que a pesar de que su valor en la investigación es incuestionable, no está claro lo relevante que es la respuesta a un test estandarizado y no individualizado respecto a los resultados clínicos obtenidos.

Una de sus obras más destacadas fue la co-autoría del libro "La Hipnosis en el Alivio del Dolor", donde expone el uso de la hipnosis tanto en el ámbito clínico como en el experimental, para el control del dolor (Hilgard y Hilgard, 1990).

1.4.3. M. T. Orne y la Lógica de Trance.

Martin T. Orne trabajó respecto a la hipnosis en la Escuela de Medicina de Harvard y el Centro de Salud Mental de Massachussets, además de formar un laboratorio en la Universidad de Pennsylvania, basó su trabajo en la hipnosis experimental (Barber, 1988; Estabrooks, 1967) y fue presidente la Sociedad Internacional de Hipnosis (www.ish.unimelb.edu.au). Señalaba a la hipnosis como un instrumento muy ineficaz, comparado con lo que podría ser si se conociera su proceso, señalaba que la mayor esperanza que tenía la investigación que llevaba acabo en ese entonces era: "1) dilucidar los parámetros de lo que puede hacerse —en hipnosis-. 2) Identificar los mecanismos de la hipnosis, a fin de que aprendamos a utilizarlos directamente desviándonos de los rituales mágicos de que nos servimos en el presente y que, con frecuencia son innecesarios. Si pudiéramos averiguar la forma de producir el fenómeno sin el ritual, sería posible aplicar la hipnosis a mayor número de personas (...). Tal vez haya algo en nuestra técnica, que en realidad impide reaccionar positivamente a una gran parte de nuestra población de sujetos..." (Orne en Estabrooks, 1967, pág. 231), y diez años después señalaba (Orne en Araoz, 1996, pág. 37): "Las preguntas básicas que se deben resolver son las diferencias entre aquellos individuos que tienen la habilidad de entrar en estado de hipnosis y los que no la tienen; las circunstancias que facilitan y/o respectivamente inhiben la tendencia a responder a la sugestión hipnótica en aquellos individuos que tienen dicha habilidad; así como las consecuencias que el estar hipnotizado tiene en el funcionamiento psicológico del individuo".

Introdujo una metodología nueva denominada "paradigma de simulación", el cual permitió confrontar dos grupos de sujetos, uno formado por personas muy hipnotizables e hipnotizadas, el otro de personas no hipnotizables a las que se les pide que simulen un comportamiento hipnótico; en las tareas experimentales que les son propuestas, las primeras dan prueba de una lógica particular (lógica de trance) en la que se esfuma la necesidad de la coherencia y que no se observa en las otras personas; la "lógica de trance" es la capacidad que tiene un sujeto bajo hipnosis de fundir informaciones, en principio contradictorias, sin tener en cuenta la lógica cotidiana (Chertok, 1992).

Orne reconoció que la hipnosis y la sugestibilidad están relacionadas en una forma estrecha aunque no necesariamente son la misma cosa y que la conformidad social habitual puede ser tomada equivocadamente por respuesta involuntaria de la sugestión (Hilgard y Hilgard, 1990). Se preguntó si la hipnosis tenía un fondo específico o era un producto sociocultural, para aclararlo hizo pruebas con estudiantes <<indicándoles>> que la catalepsia de la mano dominante es uno de los fenómenos característicos del estado hipnótico (cuando en realidad se manifiesta en ambas manos), al ser hipnotizados, efectivamente la catalepsia se manifestó en el brazo dominante; esto lo llevó a concluir que es difícil determinar la conducta característica de la hipnosis en sí, dado que no es

posible separar al sujeto de la influencia de su medio sociocultural que representa un papel importante incluso en la psicoterapia (García en Gil y Buela-Casal, 2001).

1.4.4. L. R. Wolberg y el Hipnoanálisis.

Lewis R. Wolberg fue Decano y Director Médico del Centro para Graduados en Salud Mental, profesor de Clínica Psiquiátrica en el New York Medical College del Flower Fifth Avenue Hospital, en la Ciudad de Nueva York. Su labor estuvo situada sobre la línea de la hipnosis clínica y sus máximas contribuciones en este campo fueron dos obras que enriquecieron la literatura de la hipnosis terapéutica a mediados del siglo XX: Por un lado el libro "Hipnosis Médica" (Wolberg, 1948), donde expuso el uso de la hipnosis en una amplia gama de trastornos psicológicos tales como la ansiedad neurótica, conversión histérica, ansiedad histérica, neurosis compulsivas, condiciones psicósomáticas, alcoholismo, etc., todo esto, desde una perspectiva psicodinámica; por el otro, el libro "Hipnoanálisis" (Wolberg, 1968), donde propuso la fusión de la hipnosis con el psicoanálisis —esta última obra muy controvertida. En general el hipnoanálisis, como comenta Meares (1961), es una técnica psicoterapéutica en la cual la hipnosis se utiliza para vencer la resistencia psicológica del paciente, es fundamentalmente una variante de la terapéutica analítica.

Los hipnoanalistas, según comenta Chertok (1985), han sido poco numerosos y se vieron marginados del medio analítico, esto impidió una reflexión más profunda, además de que la hipnosis siempre fue utilizada con ideas subyacentes de que debía de permitir ir más rápido y economizar un cierto trabajo, raramente la relación hipnótica fue explorada en sí misma con la preocupación de profundizarla en todos sus aspectos. Según Chertok (1992), el hipnoanálisis se practicó sobre todo en los Estados Unidos bajo varias formas, pero todas las diversas técnicas admitían una fase de inducción que conducía al sujeto en un trance más o menos profundo, luego intentaban obtener de el material que no podía darse en estado de vigilia, empleando según fuera el caso la asociación libre, la regresión, la escritura automática, etc. Por su parte, en Francia —lugar de origen de Chertok—, los raros practicantes del hipnoanálisis emplean técnicas menos directas, los pacientes que recurren a ellos han seguido generalmente, análisis mas o menos largos y sin resultados apreciables, por tanto, ellos buscan un tratamiento más rápido y eficaz que esperan encontrar en la hipnosis.

1.4.5. M. H. Erickson y la Hipnosis Moderna.

Sin lugar a dudas, la figura más importante y reconocida en el ámbito hipnótico en el siglo XX, fue Milton H. Erickson (1901-1980). Estudió en la Universidad de Wisconsin y recibió su título médico en el Colorado General Hospital obteniendo simultáneamente la Licenciatura en Psicología, después de especializarse en Psiquiatría en el Colorado Psychopathic Hospital, ingresó al Rhode Island State Hospital; perteneció a la American Psychiatric Association, la

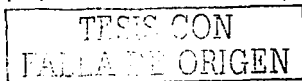
American Psychological Association y la American Psychopathological Association; además de haber sido miembro de numerosas sociedades de Hipnosis Médica en Europa, América Latina y Asia, fue el primer presidente de la American Society for Clinical Hypnosis (Haley, 1980). Según comenta Robles (1990), este psiquiatra norteamericano desarrolló las técnicas hipnóticas clásicas dándoles un nuevo sentido e instrumentó nuevas, incorporó todas ellas como parte de un estilo de comunicación en general y de comunicación terapéutica en particular, eliminando la formalidad y los rituales de la hipnosis clásica.

Erickson, exploró una variedad casi infinita de modos de inducir el trance hipnótico, podía utilizar una forma ritual de inducción del trance, pero también mantener una simple conversación, sin mencionar nunca 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 acentuar determinadas palabras. Erickson redefinió el trance hipnótico como un concepto que se aplica a un tipo especial de intercambio entre dos personas, y no al estado de una de ellas (Haley, 1980).

Zeig (en Robles, 1991), uno de sus último alumnos, distinguiría cuatro áreas geniales en el trabajo de Erickson:

- ❖ En primer lugar la hipnosis, pues se le considera el inventor de la "hipnosis moderna", ya que creó técnicas tales como la levitación de la mano, la del entremezclado, la de la confusión y la amnesia estructural.
- ❖ En segundo lugar, su "terapia estratégica", consistente en técnicas derivadas de la hipnosis aplicadas sin necesidad de un trance formal.
- ❖ También su forma de enseñar, que consistía en contar historias, proponer tareas, utilizar vínculos terapéuticos y símbolos.
- ❖ Finalmente, el uso de métodos indirectos, razón por la cual el estilo Ericksoniano se relaciona con lo indirecto.

Erickson (en Estabrooks, 1967, pág 192), hablaba de la hipnosis como un estado de predisposición a utilizar lo aprendido. La definía como "un estado de conocimiento 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 un gran número de cosas; y aún puede no ser conciente de otro número de cosas, también grande...". Más adelante (págs. 195-196), planteaba que se había "desarrollado una tendencia a depender, y a adherirse a métodos de inducción al trance tradicionales, formales, ritualistas; como si la hipnosis fuera un fenómeno que dependiera de la pronunciación ciertas palabras, colocadas en un cierto orden en la frase, mientras el sujeto se sienta en una posición y físicamente, lleva a cabo ciertos actos convenidos con anterioridad. Con frecuencia no se toma en cuenta para nada, que la hipnosis, como el sueño fisiológico, es un proceso de la conducta, que puede manifestarse en una gran variedad de circunstancias (...) Los procedimientos de inducción son útiles, pero dejan en pie la pregunta: ¿Qué sucede cuando se desarrolla la hipnosis? Los procedimientos de inducción al trance proporcionan un ambiente, y sólo un



ambiente, en el que la hipnosis puede manifestarse: un periodo de tiempo para su desarrollo; varias distracciones que absorben la atención del sujeto, mientras se presenta el estado hipnótico..."

Erickson afirmaba que si el paciente es capaz de decir una cosa con tantos significados, el terapeuta debe ser tan ingenioso y listo como él y poderle responder con solo una cosa que también tengan muchos significados. Así, en lugar de seleccionar una parte de la comunicación, el terapeuta utiliza la comunicación en múltiples niveles (Zeig en Robles, 1991).

Erickson estuvo confinado en una silla de ruedas debido a las secuelas de polio, durante los últimos trece años de su vida, según comenta Zeig (en Robles, 1991, pág. 33) "...se trataba de un hombre muy enfermo haciendo terapia. (...) con un dolor constante, su visión era doble, su oído fallaba, sus labios estaban en parte paralizados, su forma de respirar era difícil por que sólo respiraba a través de unos cuantos músculos intercostales y medio diafragma. Y él llegó a desarrollar el habla en forma magistral, como un actor tuvo que aprender a hablar. Sus músculos llegaron a un deterioro tal, que no podía utilizar dientes postizos y también tuvo que reaprender a pronunciar con claridad. Y a pesar de que estaba enfrentando tantos problemas físicos, Erickson era lo que llamaría una llama iluminadora...". Es por esto, como lo destaca Haley (1980), que durante sus últimos años de terapeuta Erickson adoptó una economía del estilo terapéutico semejante a los golpes de un tallador de diamante, para compensar su creciente debilidad física, parecía captar con notable rapidez los puntos fundamentales de una situación humana, y sus intervenciones terapéuticas se hicieron más simples, precisas y sin ningún derroche de esfuerzo.

Finalmente podemos decir, que fue un hombre muy controvertido puesto que como menciona M. Yapko (en Robles, 1991, pág. 20) "Ernest Hilgard hizo el comentario de que a Erickson le faltaba objetividad científica. André Weitzenhoffer decía que la gente se sentía atraída por el trabajo de Erickson por que ellos no tenían que hacer nada, era sólo <dejar que el inconsciente hiciera el trabajo>. William Kroger dijo que el trabajo de Erickson había sido analizado tan detalladamente y distorsionado que quedaba irreconocible; agregó que había estado revisando a Erickson durante años y años y nunca lo vio hacer el montón de cosas que los ericksonianos escribieron sobre él". De hecho, Chertok (1992) consideraba que por muy notable practicante que fuese, Erickson para nada hizo progresar el conocimiento del fenómeno hipnótico. Pese a todas las críticas no puede negarse su aportación al campo de la hipnoterapia y la gran capacidad que tenía como hipnólogo, tal como lo atestigua el libro "El Hombre de Febrero" (Erickson y Rossi, 1992) y que presenta un reporte de caso de una fobia tratada por hipnosis, poniendo de manifiesto su capacidad para trabajar con ella.

Sin embargo el tiempo le daría la razón a Erickson, ya que en la actualidad, nadie pone en duda sus contribuciones al campo de la psicoterapia. De hecho su influencia fue tal, que se desarrolló una corriente independiente de pensamiento respecto a la hipnosis, denominada "Hipnosis Ericksoniana" o "Hipnosis Moderna",

misma que se desarrolla más ampliamente en el capítulo IV.

1.5. La nueva generación.

En la actualidad, existen muchos clínicos e investigadores que han continuado las líneas de investigación abiertas por la generación de la década de 1950, de hecho la American Psychological Association (A. P. A.), creó a la División 30 (American Psychological Association's Division of Psychological Hypnosis), encargada de todo lo relacionado a la hipnosis; estos terapeutas e investigadores trabajan desde diversas perspectivas teóricas y sobre la base de distintos autores; de tal modo, hoy en día es posible reconocerlos como a la nueva generación de hipnólogos; en este sentido se tiene que:

En primer lugar, podrían mencionarse a los organizadores de la publicaciones de la A.P.A. (División 30), quienes han dado forma y han dado a conocer el trabajo contemporáneo que se ha realizado con la hipnosis a partir desde varias perspectivas terapéuticas. Estos autores norteamericanos son, **Irving Kirsch**, profesor de Psicología de la Universidad de Connecticut, es editor del Journal Contemporary Hypnosis y miembro de la editorial del International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, en 1993 fue presidente de la División de Hipnosis Psicológica de la A.P.A., ha sido autor o editor de 5 libros y más de 100 artículos de publicaciones y capítulos de libros sobre hipnosis, terapia conductual, desórdenes de ansiedad y depresión, historia de la psicología, etc. **Steven Jay Lynn**, profesor de Psicología en la Universidad de Ohio, fue presidente de la División de Hipnosis Psicológica de la A.P.A. y recibió 2 reconocimientos de la Sociedad de Hipnosis Clínica y Experimental por haber efectuado excelentes investigaciones y haber publicado el mejor libro sobre hipnosis en 1991. **Judith W. Rhue**, profesora de la Universidad de Ohio, miembro de la División Psicológica de la A.P.A., publicó en 1991 el libro "Theories of Hypnosis: Current Models and Perspectives". Participó como editora del International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, The American Journal of Clinical Hypnosis, y Contemporary Hypnosis. Cabe destacar que Kirsch, Lynn y Rhue, colaboraron como autores y coeditores de los libros "Handbook of Clinical Hypnosis" en 1993 y "Casebook of Clinical Hypnosis" en 1996, editados por la A.P.A.

Otros clínicos e investigadores destacados son, **John F. Chaves**, miembro de la Sociedad para la Hipnosis Clínica y Experimental y de la A.P.A., siendo también presidente de la División 30 (A.P.A.), así como **William C. Coe**, profesor de la Universidad de California que también fue presidente y secretario de esta División 30. **Marlene R. Eisen**, terapeuta de práctica privada e imparte cursos de hipnoterapia en la Universidad de Illinois de Psicología Profesional, es miembro de la División 30 y ha publicado varios artículos sobre incesto, abuso e hipnoterapia. **Michael R. Nash**, profesor de la Universidad de Tennessee, fue presidente de la División 30 y es miembro de la Sociedad de Hipnosis Clínica y Experimental, así

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

mismo el Dr. Nash es coeditor junto con **Erika Fromm** del libro "Contemporary Hypnosis Research" (ver Lynn, Kirsch y Rhue, 1996; Rhue, Lynn y Kirsch, 1993).

Por otro lado, se pueden mencionar dentro de la línea desarrollada por Erickson a **Stephen Lankton**, quien cuenta con el diplomado de la American Hypnosis Board of Clinical Social Work y ha escrito varios libros como "The Answer Within" y "Tales of Enchantment", como coautor junto a **Carol Lankton**. Así mismo, participaron en la elaboración de la monografía de Milton H. Erickson. **Michael D. Yapko**, psicólogo clínico dedicado a la práctica privada, da seminarios a nivel nacional e internacional y es autor de los libros "Lo Esencial de la Hipnosis", "Hypnosis and the Treatment of Depresión", "Trancework" y "Breaking the Paternns of Depresión"; es director del Instituto Milton H. Erickson de la Ciudad de San Diego California. También la labor de **Jefrey K. Zeig**, uno de los últimos alumnos de Erickson, quien creó la Fundación que lleva su nombre y ha contribuido ampliamente a la difusión de la hipnosis ericksoniana a nivel internacional. A **Ernest Rossi**, quien compiló y publicó junto a Erickson diversos artículos y libros. A **Sydney Rosen** y **William H. O'Hanlon** quienes escribieron las obras "Mi voz irá contigo" y "Raíces Profundas" respectivamente las cuales describen algunos aspectos importantes del trabajo de Erickson. Finalmente, a **Richard Bandler** y **John Grinder**, quienes después de estudiar el trabajo de Erickson y otros autores, desarrollaron un modelo basado en la hipnosis llamado Programación Neurolingüística (PNL) (ver Grinder y Bandler, 1993; Lynn, Kirsch y Rhue, 1996; O'Hanlon, 1989; Rhue, Lynn y Kirsch, 1993; Robles, 1991; Rosen, 1986; Yapko, 1999) [∨].

En otros países también existe gente trabajando con la hipnosis, tal es el caso de la Dra. **Eva I. Bányai**, quien fue presidenta de la Sección de Hipnosis en la Sociedad Psiquiátrica Húngara y actualmente preside a la Sociedad Internacional de Hipnosis (www.ish.unimelb.edu.au). En Ottawa, Canadá, **Nicholas P. Spanos**, quien es profesor de Psicología y director del Laboratorio de Hipnosis Experimental de la Universidad de Carleton. De igual manera, en España se encuentra a **Salvador Amigó**, quien es profesor asociado de Psicología de la Universidad de la Cd. De Valencia y director de la Clínica para la Investigación y Tratamiento del Estrés Psicológico. Desarrolló en 1990, la "Terapia de Auto-regulación" y desde entonces ha conducido las aplicaciones clínicas e investigaciones científicas de este tratamiento, presentando todos sus resultados en numerosos congresos y publicándolos en libros reconocidos internacionalmente y en revistas científicas. **Antonio Capafons**, profesor de Psicología de la Universidad de Valencia, es el creador del método de la "Auto-hipnosis Rápida" y actualmente investiga la aplicación clínica y experimental de sugerencias para despertar (-reorientación-) desde una perspectiva de no-trance y de activo-alerta (-vigilia-) (ver Lynn, Kirsch y Rhue, 1996; Rhue, Lynn y Kirsch, 1993).

[∨] Para una visión más completa de los continuadores del trabajo de Erickson consultar a Zeig y Guillian (1994) y O'Hanlon (1989).

Además, no puede dejar de mencionarse a la Sociedad Internacional de Hipnosis (The International Society of Hypnosis [ISH]), fundada por Ernest Hilgard y con sede en Australia, misma que establece fundamentos a nivel internacional para el empleo de la Hipnosis. Se trata de un organismo autónomo que se rige por sus propias leyes y que además cuenta con su propio código ético; estos lineamientos contemplan la manera en que debe ser utilizada y aplicada la Hipnosis por parte de profesionales adecuadamente formados en el área de la salud (médicos, psicólogos, odontólogos, etc.). Hasta el año 2000, se encontraba constituida por 33 organismos, entre Sociedades, Centros, Asociaciones e Institutos de los países de EE.UU., Australia, Brasil, Gran Bretaña, Dinamarca, México, Finlandia, Bélgica, Francia, Alemania, Hungría, Italia, Israel, Japón, Holanda, Noruega, Canadá, Sudáfrica, Suiza y Suecia³; estuvo integrada por 1639 miembros hasta ese año, 14 de los cuales, fueron mexicanos miembros de la Sociedad Mexicana de Hipnosis ya que pertenecer a ésta es el requisito para pertenecer a la Internacional (www.ish.unimelb.edu.au; International Society of Hypnosis, 2000)

De hecho en México, también se está trabajando actualmente con hipnosis de manera clínica, por lo que en el Capítulo V se presentan de manera detallada, algunos de los principales exponentes tanto a nivel nacional como de la UNAM, destacando sus principales aportaciones al campo de la hipnosis en nuestro país.

Sin lugar a dudas, la conceptualización de la Hipnosis y su aplicación han evolucionado con el correr de los años alrededor del mundo, diversas son las personas que han hecho sus contribuciones a esta área (principalmente Milton H. Erickson), incluso desde perspectivas diferentes y hasta contradictorias en apariencia; en este sentido no es de extrañarse que actualmente se tengan diferentes definiciones de lo que es la Hipnosis sin llegar todavía a un acuerdo tácito sobre la misma, pese a ello se han podido investigar diferentes aspectos del proceso hipnótico que se consideran como representativos y explicativos del mismo, por lo que el siguiente capítulo presenta una visión integradora y actual de las principales características que se presentan durante el proceso hipnótico y algunos aspectos relacionados al mismo.

³ En el anexo 2 se incluye la lista completa de los organismos que integran a la Sociedad Internacional de Hipnosis en el año 2002.



Milton H. Erickson (1901-1980).

CAPITULO II

CONCEPTO Y CARACTERÍSTICAS DE LA HIPNOSIS

Como ya se destacó, históricamente a partir de finales del siglo XIX se distinguieron dos corrientes fundamentales dentro del campo de la hipnosis, la Clásica que tuvo su fundamento en la escuela de Salpêtrière, y la Moderna que se basó en los principios de la escuela de Nancy. Dentro de las principales características de ambas corrientes se tuvo que:

En la Hipnosis Clásica lo que se buscaba era bloquear la consciencia, el juicio crítico y la resistencia del sujeto, a través de un ritual formal de concentración y fatiga de la atención; esto con el fin de aumentar su receptividad y susceptibilidad a sugerencias directas que hace el hipnotizador. Una parte importante del trabajo está dirigido a profundizar el trance, entendiendo por esto mantener el bloqueo. Se parte de que hay personas más o menos hipnotizables, más o menos sugestionables, más o menos resistentes. Uno de los objetivos principales fue el desarrollar técnicas cada vez más complejas y que burlaran mejor la consciencia y la resistencia así como escalas para medir con más precisión la profundidad del trance y las características de los sujetos (Robles, 1990; Robles y Abia, 1997). Dentro de esta corriente se pueden citar los trabajos de Freud en sus inicios como terapeuta, y su colega Breuer.

En especial, se presentó una revolución al respecto en las décadas de 1940 y 1950 cuando Milton H. Erickson promovió una apertura hacia lo que hoy se conoce como *Hipnosis Moderna*^w, misma que se desarrolló a partir de la Hipnosis Clásica. Erickson después de estudiar las bases neurofisiológicas de los estados de trance hipnótico, de trabajar con ellos clínicamente y en investigación experimental, retomó los trabajos que se habían desarrollado en la escuela de Nancy y empezó a provocar en sus pacientes estados de hipnosis despierta, que él llamó natural puesto que no se perdía el estado de alerta. Erickson desarrolló un estilo particular de hipnosis que en ese tiempo era muy novedoso: aprovechaba los momentos naturales, espontáneos de trance y los amplificaba, los pacientes se mantenían despiertos y participaban activamente en su proceso, de hecho desarrolló las técnicas hipnóticas clásicas dándoles un nuevo sentido y creó nuevas (Robles y Abia, 1997).

La diferencia fundamental entre la hipnosis moderna y la clásica radica en sus aspectos filosóficos y técnicos, y en la gama de explicaciones del fenómeno; y

^w El concepto de hipnosis moderna o nueva hipnosis fue desarrollado por Daniel L. Aróaz para destacar las aportaciones de Milton H. Erickson y T. X. Barber en el campo de la hipnosis, sin embargo pese a la gran aceptación que ha tenido en nuestro país, no puede decirse que sea un concepto aceptado universalmente pues en países como España la influencia de Erickson ha sido mínima (ver Gil y Bucla-Casal, 2001), y en E.E.U.U. más que hablar de hipnosis moderna la A.P.A. habla de hipnosis ericksoniana para distinguirla de la corriente tradicional (ver Rhue, Lynn y Kirsch, 1993; y Lynn, Kirsch y Rhue, 1996).

no en la naturaleza de los fenómenos implicados, la hipnosis moderna es una forma diferente de ver la hipnosis, que no llega a rechazar del todo a la hipnosis tradicional ya que comparten fundamentos teóricos y técnicos, y por lo tanto pueden ser complementarias (López, 1997; Robles, 1990).

2.1. Definición de Hipnosis.

A partir de Braid y con el paso de los años, se han ido desarrollando diversas definiciones del término hipnosis, todas ellas desde distintas posturas teóricas y filosóficas. Sin embargo, hasta la fecha no existe una definición comúnmente aceptada de hipnosis, ni tampoco existe una teoría única que conjunte y represente sus diferentes facetas (Yapko, 1999), ya que a pesar de su larga historia, el concepto de hipnosis resulta todavía muy controvertido, la hipnosis (considerando que hypnos es la palabra griega para sueño) no supone estar dormido sino más bien, según Hawkins (1998), un cambio en la atención que puede ocurrir en segundos, bien con orientación o espontáneamente.

Por su parte, Yapko (1999, págs. 19 y 20), comenta que en la actualidad si se revisan las diversas definiciones de hipnosis normalmente se encuentran algunas como éstas:

- ❖ *“La hipnosis es una imaginación guiada. El hipnotizador, ya sea otra persona (heterohipnosis) o uno mismo (autohipnosis) actúa como una guía para ver la experiencia como fantasía.*
- ❖ *La hipnosis es un estado alterado de conciencia que es natural. La persona entra en un estado hipnótico, un estado claramente diferente del estado “normal”, a través de un proceso natural que no implica la ingestión de ninguna sustancia ni de otros tratamientos físicos.*
- ❖ *La hipnosis es un estado relajado e hipersugestionable. La persona entra en un estado muy relajado de mente y cuerpo, y posteriormente responde más a la sugestión.*
- ❖ *La hipnosis es un estado de intensa concentración, que se centra y maximiza en una sola idea o estímulo sensorial cada vez.”*

Tratando de resolver esta problemática, en 1994, la División 30 de la American Psychological Association (División de Psychological Hypnosis; A.P.A.) adoptó la siguiente teóricamente neutral definición de hipnosis (Kirsch, en Kirsch, Capatons, Cardena-Buelna y Amigó, 1999, págs 6 y 7):

“La hipnosis es un procedimiento durante el cual un profesional de la salud o un investigador sugiere a un cliente, a un paciente o a un sujeto que experimente cambios en las sensaciones, percepciones, pensamientos o conductas. El contexto hipnótico es generalmente establecido por un procedimiento de inducción. Aunque existen inducciones hipnóticas muy diferentes, la mayoría de ellas incluyen sugestiónes para la relajación, la calma y el bienestar. Las instrucciones para imaginar o para pensar acerca de experiencias placenteras, son también comúnmente incluidas en las inducciones hipnóticas.

Las personas responden a la hipnosis de diversas maneras. Algunas describen su experiencia como un estado alterado de conciencia. Otras describen a la hipnosis como un estado normal de atención focalizada, en el cual se sienten muy calmados y relajados. Con independencia de cómo y en qué grado responden, la mayoría de las personas describen la experiencia como muy agradable.

Algunas personas responden mejor a las sugerencias hipnóticas y otras responden en menor medida. La capacidad de una persona para experimentar sugerencias hipnóticas puede estar inhibida por miedos y preocupaciones que surgen a raíz de ideas falsas y comunes. Al contrario de lo que muestran algunas descripciones de hipnosis en libros, películas o en la televisión, las personas que han sido hipnotizadas no pierden el control sobre su conducta. Típicamente, permanecen conscientes de quienes son y donde están, y a no ser que se haya sugerido de modo específico la amnesia, usualmente recuerdan que sucedió durante la hipnosis. La hipnosis facilita que las personas experimenten sugerencias, pero no los obliga a tener esas experiencias.

La hipnosis no es un tipo de terapia como el psicoanálisis o la terapia conductual. En vez de ello, es un procedimiento que puede usarse para facilitar la terapia. Debido a que no es un tratamiento por sí misma, el entrenamiento en hipnosis no basta para realizar la terapia. La hipnosis clínica debería ser usada solamente por parte de los profesionales de la salud correctamente entrenados y acreditados (por ejemplo licenciados en psicología clínica), quienes a su vez se han entrenado en el uso clínico de la hipnosis y están trabajando dentro de las áreas de su especialización profesional.

La hipnosis ha sido usada en el tratamiento del dolor, depresión, ansiedad, estrés, desórdenes del hábito y muchos otros problemas psicológicos y médicos. Sin embargo, puede no ser útil para todos los problemas psicológicos o para todos los clientes o pacientes. La decisión de usar la hipnosis como un complemento del tratamiento sólo puede ser hecha tras una consulta con un profesional de la salud calificado que ha sido entrenado en el uso y limitaciones de la hipnosis clínica.

Además de su uso en el contexto clínico, la hipnosis es usada en investigación con el fin de aprender más acerca de la naturaleza de la hipnosis en sí misma, así como su impacto en la sensación, percepción, aprendizaje, memoria, y fisiología. Los investigadores también estudian el valor de la hipnosis en el tratamiento de problemas físicos y psicológicos."

Sin embargo, Hawkins (1998) comenta que ésta definición no es aceptada universalmente, y más aún, ya ha generado críticas. Este autor establece una serie de cuatro supuestos fundamentales sobre la hipnosis y la hipnoterapia que tiene similitud a los propuestos por Erickson en su aproximación práctica a la hipnosis y a la curación de problemas psicossomáticos:

1. El estado de hipnosis o el estado de trance^v es natural y sucede sin necesidad de una inducción formal por parte del hipnoterapeuta.

^v De hecho, se asumirá para este trabajo de investigación el concepto de "estado de trance", especial o diferente del de vigilia, ya que es ésta es la concepción más aceptada en nuestro país; sin embargo, hay que destacar que existe una corriente denominada de "no estado" que también explica el proceso hipnótico, para una presentación más completa de este punto ver Gil y Buela-Casal (2001).

2. Toda la hipnosis es autohipnosis.
3. Los individuos tienen una mente inconsciente dotada de recursos que posibilitan la autocuración y la autorrealización.
4. El paciente es capaz de implicarse en el proceso conocido como "búsqueda inconsciente" con el objeto de recuperar sus recursos inconscientes y poder de este modo encontrar solución a sus problemas.

Sobre el segundo punto, como mencionan Araoz (1996) y Shames y Sterin (1999), muchos expertos e investigadores han afirmado una y otra vez que la hipnosis es siempre autohipnosis; de hecho, el hipólogo (Fourie, 1992) no induce la hipnosis, pero desempeña el papel de un ejecutivo organizando el sistema de tal forma que la persona designada como sujeto queda en el centro del episodio. Finalmente la manera que uno conceptualiza a la hipnosis tiene profundas implicaciones en sus aplicaciones potenciales.

2.2. Niveles de conciencia.

Al prestar más atención a la conciencia es posible advertir que se puede dividir analíticamente en muchas partes, sin embargo, esas partes funcionan en conjunto, como un todo, ya que forman un sistema; aún cuando los componentes de la conciencia pueden ser estudiados de forma aislada, existen como parte de un sistema complejo (Tart, 1982). Pueden distinguirse como niveles de conciencia según Hadley y Staudacher (1994), a aquellos que van desde un estado de alerta a un estado de sueño, sin embargo hay que destacar que no hay límites rígidos que permitan distinguir donde termina un nivel y donde comienza otro (-ya que se trata de una división arbitraria-), de hecho, los niveles se entremezclan, pero pueden definirse en términos generales del siguiente modo:

- ❖ **Alerta.** Se caracteriza como el funcionamiento intelectual normal, además de respuestas reflejas y motrices normales.
- ❖ **Trance superficial** (soñar despierto). Consiste en la relajación del cuerpo, respiración y pulso más lentos, replegado hacia sí mismo, dirección de atención a una actividad, diálogo o acontecimiento imaginados.
- ❖ **Trance moderado.** Conciencia discriminativa del entorno, ojos cerrados (-no necesariamente-), conciencia intensificada de funciones internas como los latidos del corazón y la respiración, receptividad intensificada de sensaciones, fantasía intensificada, interpretación literal del lenguaje.
- ❖ **Trance profundo.** Identificado por reducción de actividad y energía, flojedad o rigidez de las extremidades, limitación de la atención, sugestibilidad intensificada, ilusiones de los sentidos, posible pérdida de receptividad auditiva y conciencia del entorno, función intensificada del proceso creativo.

- ❖ **Sueño.** En este nivel hay una suspensión del ejercicio voluntario así como de una reducción seria o ausencia del pensamiento conciente.

Los tres niveles medios (Trance superficial, moderado y profundo) son aquellos en los que se producirá una modificación del comportamiento y que serán más susceptibles a la sugestión poshipnótica. Pero es importante entender que dos individuos no tendrán experiencias idénticas cuando pasen del estado de alerta al trance profundo, ya que alguien puede ser mucho más sugestionable en un trance moderado que otro en un trance profundo, incluso es posible que alguien en un trance superficial acepte una sugestión importante. El modo en que cada uno responde, depende de sus actitudes, ideas preconcebidas, expectativas, y a veces, fantasías (Hadley y Staudacher, 1994).

2.3. Fenómenos y características de la hipnosis.

Durante el trance hipnótico es posible provocar en el sujeto algunos comportamientos especiales difíciles de reproducir en el estado de vigilia (Abozzi, 1997), siendo estos de carácter extremadamente subjetivo, además de que pueden ser tanto experiencias físicas como psicológicas (Yapko, 1999).

2.3.1. Características psicológicas.

Dentro de las características psicológicas del estado hipnótico se tienen:

A) Atención selectiva.

Se refiere a la capacidad de centrarse deliberadamente en una porción de la experiencia mientras que "se desconecta" del resto, implica que las personas quizás no aprecien aquello de lo que eligen no darse cuenta; el proceso de la atención selectiva es un factor instrumental en la interacción hipnótica, el cliente debe atender selectivamente y de forma gradual a las sugerencias que se le ofrecen y reducir su atención a cualquier asociación interna que puedan estimular las sugerencias, el cliente generalmente está centrado en lo interno, incluso aunque se dé cuenta de los acontecimientos externos y responda a ellos ya que estos representan sólo una mínima parte de la atención del cliente (Yapko, 1999).

- ❖ **Amnesia e hipermnesia hipnóticas.**

La aparición espontánea de amnesia es posible durante la hipnosis, aunque más a menudo es producida por las sugerencias poshipnóticas, cuando hace su aparición acae una pérdida selectiva de memoria a continuación de la deshipnotización; el sujeto "no se entera" de lo sucedido durante el periodo de amnesia producido hipnóticamente, sin embargo, el recuerdo de lo ocurrido no

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

está perdido sino solo oculto; la mayoría de los buenos sujetos, al ser colocados nuevamente bajo hipnosis pueden recordar casi todo lo ocurrido durante el periodo hipnótico anterior (Kroger, 1972). Se trata de un fenómeno bastante difícil de conseguir según Abozzi (1997), por dos motivos muy simples: en primer lugar, el no poder recordar nada constituye uno de los mayores miedos de la gente en relación con la hipnosis, por este motivo el sujeto al oír esta sugerencia, tiene la opción de aceptarla o no. El segundo motivo, es la dificultad objetiva de olvidar algo que directamente se les ordena olvidar.

Con frecuencia se puede producir una amnesia total o parcial si no se dice nada y al despertar se envía la atención del sujeto a otras cosas, ya que el fenómeno de la amnesia aparece como una experiencia corriente en la vida cotidiana, ya que todas las personas han experimentado olvidar algún número telefónico de importancia o el nombre de una persona conocida (Abozzi, 1997; Kroger, 1972). La amnesia más que cualquiera de los diversos fenómenos hipnóticos, es menos probable que se obtenga cuanto más directamente se sugiere, por lo tanto, para facilitar la amnesia del cliente, los enfoques indirectos son más aceptables (Yapko, 1999).

Por su parte, la hipermnesia (o rememoración) se refiere a la recuperación de información o aumento de la capacidad mnésica más allá del conseguido a niveles voluntarios o no hipnóticos, se puede decir que es en proceso inverso a la amnesia, donde el individuo puede recordar perfectamente y con lujo de detalles las tareas y los comportamientos del trance e incluso recordar memorias largo tiempo olvidadas. Sin embargo, el material recuperado puede ser inexacto y debe recordarse que los sujetos hipnotizados fabulan con gran facilidad (Abozzi, 1997; Kroger, 1972).

❖ **Analgesia y anestesia hipnóticas.**

La analgesia y la anestesia hipnóticamente inducidas están en un continuo de disminución de la sensación corporal. La analgesia hace referencia a una reducción de la sensación de dolor que permite notar sensaciones asociadas (presión, temperatura, posición) que mantienen la orientación corporal del cliente. La anestesia hace referencia a la eliminación completa o casi completa de sensaciones en todo el cuerpo o en una parte del mismo. De este modo constituye una de las aplicaciones más significativas de la hipnosis terapéutica por su potencial para reducir el dolor a un nivel manejable (Yapko, 1999). Se pueden realizar pequeñas intervenciones quirúrgicas, ciertas pruebas cruentas o administrar medicaciones dolorosas descartando a los anestésicos químicos, la ventaja es que mientras con la anestesia se anulan todas las sensaciones de la parte anestesiada, mediante la analgesia se notan todas las sensaciones menos el dolor (Abozzi, 1997). Finalmente, se ha demostrado además que existe una relación directa entre la profundidad de la hipnosis y el grado de anestesia inducida (Kroger, 1972).

❖ **Modificación de la percepción (alucinaciones).**

Las alucinaciones creadas hipnóticamente son experiencias sugeridas que el cliente puede tener y que se apartan de la realidad normal, más objetiva. Una alucinación es por definición, una experiencia sensorial que no surge a partir de la estimulación externa, esta se dividen en "positivas" o "negativas". Una alucinación positiva se define como la experiencia (visual, auditiva, cinestésica, olfativa, gustativa) de algo que no está objetivamente presente, por su parte una alucinación negativa es no experimentar algo que está objetivamente presente (Yapko, 1999).

❖ **Distorsión temporal.**

Mediante el trance hipnótico y las sugerencias oportunas es posible modificar la idea perceptiva que el sujeto hipnotizado tiene del tiempo; ya que la experiencia del tiempo es puramente subjetiva, y significa que uno experimenta el paso del tiempo a su manera en cualquier momento dado, el paso del tiempo puede parecer más rápido o más lento de lo que es objetivamente cierto, dependiendo del foco de atención. Dichas distorsiones del tiempo tienen lugar en la "hipnosis cotidiana" que todas las personas experimentan, ya que se puede ejemplificar con el efecto típico del estado de enamoramiento y de muchas otras experiencias que normalmente, se tienen durante el día y las llevan a sentir que el tiempo transcurre velozmente (Abozzi, 1997; Yapko, 1999). En un buen sujeto hipnótico, la distorsión del tiempo puede ser inducida sencillamente a través de las sugerencias poshipnóticas (Kroger, 1972).

B) Disociación.

Mientras la persona está hipnotizada su atención está centrada de manera selectiva en las sugerencias del clínico y, como consecuencia, se puede desencadenar cualquier asociación inconsciente y producirse una división entre la mente consciente y la inconsciente. La mente consciente se ocupa de los procedimientos hipnóticos mientras que la inconsciente busca activamente significados simbólicos, asociaciones pasadas y respuestas apropiadas. Esta separación de las dimensiones consciente e inconsciente de funcionamiento durante la experiencia hipnótica se lleva a cabo a diversos niveles con diferentes personas y se llama "disociación". El hecho de que la mente consciente e inconsciente se puedan dividir en cierta medida y utilizar como entidades independientes aunque sean dependientes es la piedra angular de la hipnosis según Yapko (1999), ya que para este autor al facilitar la disociación mediante los enfoques hipnóticos, se permite tener un acceso más directo a los diferentes recursos de la mente inconsciente y profundizar en el conocimiento del funcionamiento interno de la persona.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Otra forma de considerar a la naturaleza disociativa de la experiencia hipnótica es a través de la "conciencia paralela" que se amplifica durante la hipnosis. El cliente hipnotizado tiene múltiples conciencias cada una de ellas opera en un nivel separado. Esta característica disociativa del estado hipnótico permite que el cliente preste atención y responda a las sugerencias y al mismo tiempo se observe a sí mismo al tener la experiencia (Yapko, 1999).

❖ **Reviviscencia y regresión en el tiempo.**

La regresión temporal es una utilización experiencial intensa de la memoria, en ciertos aspectos este fenómeno se relacionan con la hipermnesia, el sujeto recuerda acontecimientos del pasado. Existen dos tipos de regresión, en el primero, el sujeto puede recordar los acontecimientos del pasado repasándolos y contándolos sin perder la personalidad del presente, o bien, "olvidándola" y metiéndose por completo en el pasado (en este segundo caso la regresión recibe el nombre de revivificación) (Abozzi, 1997; Yapko, 1999).

La regresión temporal, ofrece la oportunidad de retroceder en el tiempo, reciente o remoto, para recuperar recuerdos olvidados y reprimidos de acontecimientos significativos y para "elaborar" viejos recuerdos y llegar a conclusiones nuevas (Yapko, 1999).

❖ **Progresión temporal.**

La progresión temporal consiste en hacer proyecciones hacia el futuro, en guiar al cliente hacia el futuro, donde tiene la oportunidad de imaginar las consecuencias de los cambios o experiencias del presente, de integrar los significados a niveles más profundos y obtener una visión general más clara de su vida de la que le ofrece normalmente el día a día. La progresión temporal se puede usar al menos, de dos maneras que son complementarias, una es como verificación del trabajo clínico, donde se puede evaluar si los resultados de la intervención serán duraderos y qué impacto tendrán en última instancia en el sistema de vida del cliente; y la otra es como intervención terapéutica (Yapko, 1999).

C) Lógica de trance.

Esto hace referencia a que el cliente no tiene necesidad de que su experiencia sea enteramente realista o racional. En otras palabras, el cliente puede, al menos temporalmente, aceptar la realidad sugerida, aunque ésta sea ilógica y objetivamente imposible, como si fuera la única realidad. La lógica de trance es un estado voluntario de aceptación de las sugerencias sin que tenga lugar la evaluación crítica que, por su puesto, destruiría la validez o el significado de algunas sugerencias. La oportunidad de que el cliente responda "como si" algo

fuera real puede ser la puerta que lleve hacia sentimientos más profundos y a cuestiones apropiadas para realizar intervenciones terapéuticas (Yapko, 1999).

❖ **Escritura automática.**

Sin ser consciente, el sujeto en estado hipnótico puede escribir mensajes relacionados con episodios de su vida. Cuando se asiste a este fenómeno lo que más llama la atención es que la mano parece "escribir sola", como si actuara independientemente mente del cuerpo (Abozzi, 1997). El material producido por la escritura automática de un buen sujeto hipnótico es muy significativo para este. El hipnoterapeuta puede utilizar con gran provecho sus significados simbólicos, en especial cuando trata pacientes que no son capaces de expresarse por sí mismos. Se dice al sujeto, específicamente, que la mano disociada que sostiene el lápiz continuará escribiendo aún cuando el sujeto se encuentre conversando con otra persona (Kroger, 1972).

2.3.2. Características físicas.

Las características físicas del proceso hipnótico se pueden utilizar como indicadores generales de la presencia de la hipnosis, aunque hay que recordar que no existen líneas claras que dividan los diferentes grados de profundidad hipnótica, ni existen límites claros que separen el estado "normal" del estado hipnótico. M. Yapko (1999, págs. 83 y 84) señala ocho indicadores físicos del estado hipnótico:

- ❖ **"Relajación muscular.** Obsérvese el nivel de tensión que tiene la persona en el cuerpo y especialmente en los músculos faciales, antes y durante el trabajo hipnótico, para comparar.
- ❖ **Contracciones musculares.** A medida que cuerpo y mente se relajan se producen espasmos totalmente involuntarios que están relacionados con cambios neurológicos producidos con la relajación.
- ❖ **Lacrimación.** Cuando una persona se relaja, algunas veces puede derramar alguna lágrima. Algunos suponen automáticamente que la persona está triste y llora, pero es algo injustificable que puede llevar a una conclusión posiblemente errónea. Si se tiene dudas es bueno preguntar.
- ❖ **Ojos cerrados y parpadeos.** A medida que la persona empieza a cambiar su centro de atención y entra en la hipnosis, puede empezar a parpadear a gran velocidad, normalmente sin ser consciente de ello. Además se producen movimientos oculares rápidos que son observables a lo largo de todo el proceso hipnótico, y más si los métodos implican mucha visualización.
- ❖ **Cambio en el ritmo respiratorio.** Es normal el cambio en respiración, ya sea porque se entienece o se acelera. Es bueno observar los patrones respiratorios del cliente antes y durante el proceso para comparar. La respiración profunda de algunas personas se vuelve más superficial y la de

otras personas más profunda; algunas tiene una respiración torácica y otras diafragmática.

- ❖ **Cambio en el ritmo del pulso.** También es normal que el pulso se acelere o se retarde. Cuando un cliente está sentado cómodamente, se puede observar el pulso de la arteria carótida en el cuello. Si se prefiere (y se tiene el permiso del cliente) se puede coger al cliente por la muñeca "para darle apoyo" y tomarle el pulso.
- ❖ **Relajación de la mandíbula.** Muchas veces la mandíbula inferior cae y, subjetivamente, parece que pese tanto que cuesta un esfuerzo consciente cerrarlo...
- ❖ **Catalepsia.** Es una inhibición de los movimientos voluntarios que se reflejan únicamente en la absorción que produce la hipnosis. A diferencia del sueño, en el que se está en movimiento casi constante, la persona hipnotizada se mueve muy poco, si es que llega a hacerlo. Muchas veces el cliente se siente disociado de su cuerpo y, por lo tanto, lo olvida."

Cada una de las características físicas descritas anteriormente se puede usar como un indicador general de la hipnosis, pero ningún signo, por sí solo, puede decirnos que es lo que realmente está experimentando el cliente a nivel interno (Yapko, 1999).

2.4. Aspectos neurofisiológicos.

Mediante los cinco sentidos (vista, oído, tacto, gusto y olfato) las personas entramos en contacto con el mundo exterior, las señales "captadas" por los sentidos son transmitidas al cerebro, para ser más exactos, a la corteza cerebral, a través de los nervios. Las señales que contiene informaciones provenientes de los sentidos son de origen químico-eléctrico y, antes de llegar a la corteza cerebral, donde estos estímulos adquirirán un significado, recorren una estructura del cerebro llamada formación reticular o "sistema reticular activante" (SRA) que ha sido el nombre que se le ha dado en los últimos años, pues parece que influye en la activación general del individuo y regula funciones como el sueño, los movimientos, la atención, el tono muscular. El SRA desempeña un papel de mediador entre los estímulos sensoriales que llegan al cerebro y la corteza cerebral y, según algunos estudiosos, los estímulos de la inducción hipnótica, repetitivos y monótonos, como fijar la mirada por largo rato, provocan una inhibición proporcional de este centro favoreciendo la experiencia del trance (Abozzi, 1997).

En la década de 1950 se publicaron las investigaciones de Jackson y Penfield (Abia en Robles, 1990), quienes demostraron la existencia de regiones cerebrales especializadas en integrar los movimientos y sensaciones corporales, tales áreas se localizan en ambos lados del cerebro, son cuatro en total, un par de regiones que controlan los movimientos y por ello son llamadas motoras, el otro par se dedica a registrar las sensaciones, por lo que se conocen como sensoriales. En el lado derecho del cerebro hay una zona motora y otra, vecina,

sensorial; lo mismo ocurre en el lado izquierdo. De ellas se dice que trabajan en forma cruzada, pues las ubicadas en el lado derecho, reciben y envían información a la mitad izquierda del cuerpo, mientras que las del lado izquierdo cerebral hacen lo mismo, con la mitad derecha del cuerpo.

Cada uno de los hemisferios desempeña funciones específicas; si se está estudiando un problema matemático o lógico, o si se habla y se razona, el hemisferio que estará más activo será el izquierdo; si, por el contrario, una persona escucha música, sueña despierta o experimenta emociones, el hemisferio más activo será el derecho. Entre los dos hemisferios se encuentra una estructura nerviosa llamada cuerpo caloso que realiza la función de mediadora entre los dos hemisferios cerebrales (Abozzi, 1997). Dentro de la neurofisiología, por tradición se clasifica al cerebro donde se producen los procesos verbales más complejos, y que es el mismo que dirige la mano "más hábil", como hemisferio dominante, y al otro como menor o subdominante; situación que con mayor frecuencia ocurre en la raza humana como hemisferio izquierdo dominante, hemisferio derecho subdominante (Abia en Robles, 1990). En síntesis, el hemisferio izquierdo procesa información en forma secuencial, lingüística y analítica, mientras que el hemisferio derecho procesa información de forma paralela, holística, espacial y no lingüística (Ardila y Ostrosky-Solis, 1991).

A continuación se presenta un resumen del procesamiento de información que cada hemisferio lleva a cabo (Ardila y Ostrosky-Solis, 1991 págs. 28 y 29; Ardila y Ostrosky-Solis en Robles, 1990):

Organización Funcional.

Hemisferio Izquierdo

1. Codifica información sensorial con base en descripción lingüística.
2. Análisis temporal.
3. Efectúa comparaciones conceptuales independientemente del contenido lingüístico.
4. Percibe detalles.
5. Comunicación y lenguaje verbal.

6. Procesamiento lingüístico y numérico.
7. Pensamiento analítico y secuencial.
8. Atención focalizada.
9. Planeación, toma y ejecución de decisiones.
10. Manejo de información lógica.

Hemisferio Derecho

1. Codifica información sensorial en términos de imágenes
2. Sintetiza espacialmente.
3. Hace pareamiento visual sin realizar comparaciones conceptuales

4. Percibe formas.
5. Maneja relaciones espaciales y efectúa el análisis de las partes en relación con el todo.
6. Reconocimiento perceptual de cosas.
7. Pensamiento no verbal.

8. Atención difusa.
9. Atemporalidad.
10. Aspectos emocionales.

El hemisferio izquierdo (dominante en las personas diestras) comienza a ejercer un papel esencial no solo en la organización cerebral del lenguaje, sino también en la organización cerebral de todas las formas superiores de actividad cognitiva conectadas con el lenguaje; sin embargo, debe recordarse que no siempre se encuentra la absoluta dominancia de un hemisferio (el izquierdo) y que la ley de la lateralización es de carácter sólo relativo, ya que sólo una cuarta parte de las personas son completamente diestras y poco más de un tercio muestran una clara dominancia del hemisferio izquierdo, mientras que el resto se distingue por una dominancia relativamente ligera del hemisferio izquierdo y en una décima parte de todos los casos la dominancia del hemisferio izquierdo es totalmente ausente (Luria, 1974).

Finalmente, como comenta Hawkins (1998), desde el punto de vista fisiológico puede decirse que el trance ocurre cuando se inhibe el hemisferio izquierdo y lógico, permitiendo de esta forma que el hemisferio derecho llegue a ser dominante. De ello se sigue que cuando la mente lógica se reduce, la "razón" ya no constriñe la toma de decisiones y el individuo es más "creativo y sugestionable" que de ordinario.

Por su parte Rossi (citado por Yapko, 1999), postuló la existencia de un ciclo biológico natural que alterna la atención y la relajación y que psicológicamente se produce en ciclos que oscilan entre 90 y 150 minutos como componentes del ciclo corporal de 24 horas (llamado ritmo circadiano), a este ciclo se le denominó "ritmo ultradiano" y se considera como el marco biológico para el estado hipnótico. En las propias palabras de Rossi (1987, pág.36): "... un sistema multioscilaratorio de procesos psicofisiológicos que implican varias funciones parasimpáticas y del hemisferio derecho que tiene una periodicidad de 90 minutos a través de las 24 horas del día...". Los ritmos ultradianos se producen más de 12 veces al día, e influyen en nuestra estado mental, el humor, la atención, el apetito, el físico y el comportamiento sexual (Abozzi, 1997).

Una revisión extensiva de la investigación de los ciclos ultradianos indicó, según Rossi (1987), que el núcleo supraquiasmático del hipotálamo probablemente era uno de los principales reguladores de estos ritmos, eran sensibles al aprendizaje y al condicionamiento tanto por factores psicológicos como fisiológicos, este autor destacó el trabajo de Werntz, quien encontró evidencia adicional sobre el papel del hipotálamo como la fuente y el mediador de los ritmos ultradianos en la dominancia cerebral, también el trabajo de Benson quien planteó que la respuesta de "relajación" en el yoga, la meditación y la oración, tienen su fuente curativa en una respuesta hipotalámica integrada, que provoca una disminución generalizada de la actividad del sistema nervioso simpático.

Al estudiar y analizar sistemáticamente el trabajo hipnótico de Erickson, Bandler y Grinder (citados por Abozzi, 1997), notaron que sus sesiones duraban de una a dos horas, mientras que otros colegas no superaban la hora, estos dos investigadores se quedaron de una pieza al descubrir que Erickson había intuido

mucho antes que el resto, y sin utilizar ningún instrumento, que, en el curso de 60/120 minutos, el ser humano sufre espontáneamente de al menos de una bajada en el nivel de atención, lo cual, sin duda, permite una más rápida inducción o una mayor profundización. Este fascinante descubrimiento del ciclo ultradiano según Aráoz (1996), no debería de llevar a creer que la gente no está disponible para entrar en trance también en otros periodos, lo que parece significar el patrón ultradiano es que en esos momentos el organismo recibe gustoso la oportunidad de entrar en un estado alternativo de conciencia con más disposición que en otro momento.

INDICIOS UTILES QUE SEÑALAN EL RITMO ULTRADIANO PARA LA HIPNOSIS (Abozzi, 1997)

- ❖ Necesidad de ir al lavabo.
- ❖ Sensación de tener "un agujero en el estómago".
- ❖ Mirada desenfocada y ausente.
- ❖ Disminución del tono de voz.
- ❖ Hacer garabatos o dibujos abstractos sin pensar en ellos.
- ❖ Ataque de sueño (especialmente mientras se conduce).
- ❖ Disminución de la frecuencia respiratoria.
- ❖ Bostezos.
- ❖ Distensión de los músculos faciales.
- ❖ Inmovilidad o movimientos más lentos.
- ❖ Profundos suspiros.

2.5. Sugestión y sugestibilidad.

Se utiliza la palabra sugestión para significar el proceso que determina la aceptación sin crítica de una idea ofrecida. Los factores que determinan la aceptación de una idea por sugestión dependen en gran parte del estado afectivo del sujeto y de su relación emocional con la persona que la propone, y es, en gran parte independiente de la validez lógica de la idea en si (Meares, 1961). Por su parte Shames y Sterin (1999, pág. 11), definen a la sugestión como "...un mensaje proveniente de alguna fuente interna o externa indicando lo que uno debe de hacer o como deben de ser las cosas, lo que esta bien o esta mal."

Meares (1961) describió algunos factores que influyen sobre la sugestión, entre dichos factores se encuentran:

- ❖ **Relación afectiva.** Se refiere a la relación afectiva entre dos personas como factor de importancia en lo que respecta a la aceptación de las sugerencias, ya que esto puede facilitar o dificultar la aceptación de estas.
- ❖ **Prestigio.** El factor esencial en cuanto al prestigio es que éste hace que el sujeto considere superior a la persona que ofrece la sugestión.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- ❖ **Comunicación no verbal.** Las ideas expresadas mediante recursos no verbales de comunicación suelen ser más fácilmente aceptadas ya que dichos medios de comunicación no invitan al examen crítico de la idea, al contrario de lo que ocurre con la expresión verbal.
- ❖ **Facilitación.** Aceptar una sugestión ayuda siempre a admitir otra, así que se va aumentando la sugestibilidad del sujeto.
- ❖ **Gradación.** Se aceptan con mayor facilidad las sugestiones sucesivas si se proponen graduando la dificultad de su aceptación.
- ❖ **Expectación.** Cuando el paciente se encuentra en estado de expectación, acepta con mayor facilidad la sugestión, ya que se espera que "algo va a ocurrir".

Todos los investigadores y practicantes de la hipnosis aceptan que la sugestionabilidad se correlaciona con la hipnosis. Las sugestiones hipnóticas que son dadas a las personas (o a uno mismo) bajo hipnosis, son recibidas directamente por la mente inconsciente solamente si son egosintónicas e idiosincráticas, es decir, que no son ideas arbitrarias introducidas en una persona sin atender valores individuales, historia, cultura, convicciones religiosas, etc. Las sugestiones hipnóticas deben activar recursos que la persona ya tiene, al menos en potencia. Una de las mayores ventajas de utilizar la hipnosis en el trabajo clínico yace en el hecho de que en un estado de trance, se es libre de aceptar sugestiones positivas, sanas y constructivas sin la interferencia de intelectualizaciones, objeciones, excusas y racionalizaciones (Araoz, 1996).

La sugestibilidad se refiere a la función mental que hace aceptar o rechazar las sugestiones. En el pasado solía considerarse la sugestibilidad como un rasgo de carácter, se suponía que las diferentes personas poseían dicho rasgo en mayor o menor grado; aquellas que lo poseen en mayor grado aceptan sugestiones con facilidad y, en consecuencia, son fáciles de hipnotizar; por el contrario, aquellos que poseen dicho rasgo en menor grado son difíciles de hipnotizar. De acuerdo con este concepto, se hizo costumbre en la práctica psiquiátrica considerar a los pacientes como sugestionables o no sugestionables. Parece que la tendencia a considerar la sugestibilidad como elemento estático y fijo de la personalidad nació gracias a la costumbre de los hipnólogos de dar las sugestiones de acuerdo a un patrón fijo (Meares, 1961).

Según Yapko (1999), la tarea del clínico es descubrir donde está abierta una persona a al sugestión, ya que la sugestibilidad de cada persona es lo que hace que el cambio sea posible y permite el crecimiento personal. En palabras de Araoz (1996, pág. 51), "En lugar de pensar en la susceptibilidad a la hipnosis o hipnotizabilidad como un rasgo especial de la personalidad, lo podemos considerar una habilidad potencial en todo individuo saludable, que puede ser desarrollada por medio de la práctica apropiada.", ya que todo ser humano normal, que no sufra graves patologías psicológicas es hipnotizable; como dice Pavesi (en Abozzi, 1997), es necesario encontrar su propia forma personal de entrar en trance. Finalmente, una persona sólo responde a las sugestiones que en

encuentran en ella un eco interno, es decir, que a fin de cuentas toda sugestión es autosugestión y toda hipnosis es autohipnosis (Robles y Abia, 1997).

Pese a las controversias sobre el grado de sugestionabilidad de las personas, con el tiempo se desarrollaron diversas pruebas de sugestionabilidad que permitieron identificar la supuesta receptividad y sensibilidad a la sugestión, entre dichas pruebas se encuentran: el ejercicio de brazo rígido, el ejercicio del cubo y el ejercicio del apretón de manos (Hadley y Staudacher, 1994); el péndulo de Chevreul, caída hacia atrás, caída hacia delante, bloqueo de las manos, bloqueo de los párpados, bloqueo en la silla (Abozzi, 1997); la prueba del apretón de manos, la prueba del balanceo, la prueba de la levitación de la mano, la prueba térmica, la prueba olfativa, etc. (Kroger, 1972).

Es de destacarse que quizás la prueba más conocida es la que se refiere al apretón de manos (con sus diversas variantes), ya que permite seleccionar rápidamente los sujetos adecuados cuando se trabaja en hipnosis de grupo; ésta consiste en pedirle al sujeto que entrelace sus manos fuertemente y se acompañe de sugestiones referentes a la imposibilidad de separarlas. Por ejemplo:

"...una sus manos delante de usted y apriéte las. Apriéte las con fuerza. Mientras las mantiene apretadas, imagine que en sus manos se ha esparcido un pegamento fuerte, muy fuerte, y que el pegamento empieza a secarse, a volverse rígido. El pegamento se seca y mantiene sus manos unidas, sus manos están unidas con fuerza. Ya no siente que tiene dos manos separadas. Ambas son una. Los dedos y las palmas están unidos por el pegamento, rígidos, muy rígidos..." (Hadley y Staudacher, 1994, pág. 20).

"...y cuanto más estrechamente estén pegadas, se responderá mejor a todas las sugestiones. Voy a contar despacio de uno a diez, y con cada número que pase notaran sus dedos más apretados entre sí, más apretados entre sí. Cuando llegue a contar diez, si realmente desean seguir todas las sugestiones, sentirán sus manos cada vez más apretadas, más apretadas entre sí. Cuanto más apretadas puedan imaginarse las manos, tanto más fácil les resultará seguir las sugestiones..." (Kroger, 1972, págs. 67 y 68).

"...¡Cuatro! Sólo cuando mi mano vuelva a tocarlos, sus dedos recuperarán la normalidad, sólo cuando mi mano los toque, volverán a la normalidad y a estar libres. ¡Cinco! Deje que los músculos de su cuerpo se relajen mientras las manos se tensan y se bloquean cada vez más, están cada vez más bloqueadas (...). ¡Ocho! ¡Bloqueados! ¡Bloqueados! ¡Bloqueados! ¡Nueve! Cuando toque sus manos con las mías, volverán a la normalidad y podrán separarse como antes. ¡Diez! ¡Inténtelo! ¡(Nombre) cuanto más lo intente, menos lo conseguirá! ¡Bloqueadas, bloqueadas!" (Abozzi, 1997, págs. 49 y 50).

Si los dedos se mantiene entrelazados, la prueba ha sido un éxito, incluso si se logran separar aunque con dificultad.

De esta manera, se puede pensar que las sugerencias se pueden dividir en dos fases según el momento en que intervienen, ya sea en la fase de inducción o la de aplicación (Rhue, Lynn y Kirsch, 1993). También si se aplican terapéuticamente se pueden dividir en hipnóticas y poshipnóticas, las primeras se realizan mientras el paciente permanece en hipnosis y las segundas son órdenes que el paciente debe realizar en el estado de vigilia después de haber salido de la hipnosis (Meares, 1961).

2.6. Mitos, conceptos erróneos y peligros de la hipnosis.

Hawkins (1998), después de hacer una amplia revisión, señala que es importante hacer una exploración de las creencias y falsas ideas del paciente sobre la hipnosis, sobre todo se deben explorar los siguientes mitos:

1. La hipnosis es lo mismo que el sueño.
2. El hipnotizador tiene un control absoluto sobre el paciente.
3. La hipnosis es una experiencia inusual y anormal y, por lo tanto, puede ser dañina.
4. El paciente puede comenzar a hablar espontáneamente y divulgar información personal y confidencial.
5. El paciente perderá toda conciencia de su entorno y no recordará la experiencia hipnótica.
6. El paciente no será capaz de salir de la experiencia hipnótica.
7. El paciente puede implicarse en comportamientos extraños sugestionados por el hipnoterapeuta.

En primer lugar, es necesario señalar que la mayoría de la gente considera que **en hipnosis la persona está dormida o inconsciente**, por lo que hay que aclarar que aunque la experiencia de la inducción formal de la hipnosis se parezca al sueño desde el punto de vista físico, estar hipnotizado no es estar dormido, ya que desde el punto de vista mental el cliente está relajado aunque alerta. Siempre está presente cierto nivel de consciencia de actividades. En el caso de los estados hipnóticos espontáneos e informales, la consciencia es incluso más marcada puesto que la relajación física no tiene que estar presente, no necesariamente **se debe estar relajado para poder ser hipnotizado** (Yapko, 1999).

El hecho de que la hipnosis se use como espectáculo en los medios de comunicación (sobre todo en espectáculos en directo pero también en el cine y la televisión) contribuyen a mantener los estereotipos populares que la representan como una forma mágica de solucionar problemas de forma instantánea mediante poderosas sugerencias; la mayoría de la gente tiene una visión estereotipada de la

hipnosis, **como una forma poderosa de control mental**, y la mayoría de las concepciones equivocadas se basan en dicha noción (Yapko, 1999) que surgió a partir de los magnetizadores (que tal fue el nombre que recibieron los seguidores de Mesmer) quienes comenzaron a prestar atención a la idea de imponer su voluntad sobre la del sujeto, cosa que creían lograr por medio del fluido magnético, llegando así a admitir el poder de la voluntad para dominar al enfermo (Meares, 1961); ya que mucha gente cree que **las persona hipnotizadas pierden el control de sí mismos** y que pueden hacer o decir cualquier cosa que el hipnotista quiera, cuestión que queda rechazada pues esto es sólo un mito, ya que los sujetos retienen la habilidad para controlar su conducta (Lynn, Kirsch, Neufeld y Rhue en Lynn, Kirsch y Rhue, 1996; Rhue, Lynn y Kirsch, 1993).

Es por eso, que se puede reforzar al cliente diciéndole que la persona hipnotizada mantiene un autocontrol prácticamente total durante le experiencia, ya que el identificar y corregir los conceptos erróneos alivia el miedo y la incertidumbre, y estimula las expectativas realistas (Yapko, 1999); además de que en el contexto clínico, el hipnotizador es capaz de utilizar sus habilidades para que el cliente acepte sugerencias, pero no hay otro control sobre él, sólo el que él dé al hipnotizador. El hipnotizador puede dirigir la experiencia del cliente, pero sólo en la medida que éste lo permita (Gilligan, 1987 y Stanton, 1985 en Yapko, 1999).

Sin embargo, hay que destacar, que en ausencia de toda instrucción en cuanto a su conducta, el cliente (sujeto hipnótico) descansa en sus propias y preconcebidas ideas respecto a lo que una persona hipnotizada debe hacer, por lo que si el sujeto relaciona a la hipnosis con el sueño, caerá dormido, si la asocia con fantasías novelescas, exhibirá ciertas formas de actividad ambulatoria, si cree que la hipnosis consiste en hacer cosas extravagantes, las hará (Meares, 1961). En algunas ocasiones, los procedimientos hipnosuggestivos sirven como catalizadores terapéuticos, no debido a la eficacia intrínseca de las sugerencias, sino a la creencia del paciente en "el poder de la hipnosis", que se convierte en una profecía auto-cumplidora (Stanton en Barber, 1988).

Otro concepto erróneo que se basa en el punto anterior, es el de **cualquier persona que sea hipnotizable posee una mente débil**, puesto que todo el mundo puede y es capaz de entrar en estados hipnóticos espontáneos y regulares con cierta frecuencia, así que, la capacidad para ser hipnotizado no se correlaciona de manera fiable con rasgos de personalidad específicos (Yapko, 1999). Ya que todavía persiste en algunos individuos la creencia de que los tarados, imbeciles y débiles mentales son los mejores sujetos hipnóticos (Kroger, 1972). Así mismo, se tiene la idea errónea de que **una vez que alguien ha sido hipnotizado no puede resistirse** (Yapko, 1999).

Dentro de los conceptos erróneos más comunes, se tiene el de considerar que **sólo algunas personas pueden ser hipnotizables**, ya que en la práctica existen personas en las que resulta claramente más difícil inducir la hipnosis que en otra; dichas personas no suelen ser menos capaces que las demás, sino que son menos reactivas por una amplia gama de razones (Yapko, 1999).

Un concepto erróneo que merece ser aclarado especialmente, es el concerniente a que **ser hipnotizado puede ser peligroso para la salud**, esta idea tiende a fomentar el miedo de la gente pero la preocupación no debería de ser respecto a que la experiencia haga daño a nadie, sino a *quien* practica la hipnosis y a *como* lo hace. En términos de daño emocional potencial, la hipnosis en sí no puede causar daño, las dificultades pueden surgir debido al contenido de una sesión o a la incapacidad del clínico para guiar de manera efectiva al cliente (Yapko, 1999), en este sentido, como en todo tipo de técnica (-terapéutica-), es indispensable que el terapeuta sea capaz de manejar cualquier situación complicada que se presente en el curso del tratamiento (Robles, 1990), ya que un profesional de la ayuda sin experiencia o sin formación puede ofrecer inadvertidamente un mal consejo, desinformación, hacer promesas grandiosas, etc. (Yapko, 1999).

Por otra parte, hay personas que tienen expectativas irreales, ya que tienen la opinión de que **la hipnosis es un curatodo mágico** y que puede ser por lo tanto un tratamiento rápido y fácil. Aún cuando la hipnosis suele funcionar con mayor rapidez que otras formas de tratamiento, no debe esperarse que consiga lo imposible, por ejemplo, no se puede utilizar la hipnosis con éxito para eliminar los sentimientos fuertes que una persona tiene por otra (Hadley y Staudacher, 1994). Una expectativa irreal particularmente difundida, es que **en hipnosis la persona recuerda con precisión todo lo que ha vivido**, de hecho, los recuerdos se almacenan en base a las percepciones, y por lo tanto están sujetos a las mismas distorsiones que las percepciones; las personas pueden "recordar" cosas que realmente no ocurrieron, pueden recordar fragmentos seleccionados de una experiencia y pueden tomar trozos de múltiples recuerdos y combinarlos en un falso recuerdo, este tema está en el centro de un rabioso debate que divide en estos momentos a la profesión de la salud mental (Yapko, 1999).

Yapko (1999), enfatiza el que la hipnosis no es una terapia, sino más bien una herramienta terapéutica que se puede utilizar en una variedad infinita de formas, no se alinea con ninguna orientación teórica-práctica; en un sentido amplio, es una parte de todas las psicoterapias. Muchas personas consideran que **la hipnosis es una terapia**, sin embargo ésta sólo es una técnica que puede ser la principal o una auxiliar dentro del proceso de la terapia^v.

Resumiendo todo lo dicho hasta ahora, un hipnotizador no puede inducir a una persona a que haga algo que sea vergonzante, escandalizador o irreversible, ya que la persona no hará nada que no considere aceptable, es decir, que no se le "hace" violar sus propios valores o pautas aceptadas de comportamiento. En palabras de Hadley y Staudacher (1994, pág. 15):

^v Sin embargo esto no es definitivo, ya que el término hipnoterapia se presta a controversias (ver p. 82 de este trabajo).

"...recuerde que puede poner fin a un estado de trance en cualquier momento. Es su opción entrar en el estado de trance, y siempre puede escoger abandonarlo..."

Por otro lado, hay que aclarar, que pese a que muchos sujetos experimentan la hipnosis como una experiencia positiva, satisfactoria y relajante que no es más estresante que cualquier actividad mundana, una pequeña fracción, típicamente menos del 20% de los sujetos, experimentan efectos negativos después de la hipnosis; muchos de estos pos-efectos son transitorios, que desaparecen generalmente después de una hora. Los pos-efectos más comúnmente reportados son padecimientos físicos como pueden ser, dolor de cabeza, somnolencia, náuseas, ansiedad, distorsiones cognitivas como son: confusión, desorientación y distorsión de las percepciones (Frauman, Lynn y Brentar en Rhue, Lynn y Kirsch, 1993).

Se acepta generalmente que la hipnosis empleada como el único tratamiento de un trastorno serio, puede intensificar el estado existente o no tener ningún efecto en absoluto; sin embargo, la hipnosis no puede crear o generar un episodio psicótico donde no existe ninguna condición previa (Hadley y Staudacher, 1994). Algunas reacciones serias negativas que han sido reportadas después de haber utilizado la hipnosis son: la psicosis, depresión grave o suicidio, regresión espontánea y delirios paranoides, sin embargo, estos casos son aparentemente raros (—es por esto que antes de aplicarse la hipnosis, el terapeuta debe realizar un diagnóstico que le permita determinar si este es el mejor procedimiento a seguir—), sin embargo, debe aclararse que no existen estudios comparativos con ejemplos clínicos que permitan determinar que esos efectos son específicamente causados por la hipnosis, es posible que los efectos reportados por hipnoterapeutas hubieran ocurrido en la misma proporción si la hipnosis no hubiera sido usada (Frauman, Lynn y Brentar en Rhue, Lynn y Kirsch, 1993).

Sin embargo no debe minimizarse un **peligro real de la hipnosis**, y es el hecho de que sea utilizada por personas no capacitadas, ni entrenadas debidamente para su uso terapéutico (legos), tal es el caso de los espectáculos masivos de hipnosis teatral, donde como comentó Abia (en Montalvo y Espinosa, 1997, pág. 46): "...personas que espontáneamente, por su deseo de ser mirados y de participar y ser atendidos, entran en estados hipnóticos siempre de consecuencias funestas (...) además, yo no he visto un espectáculo de hipnosis en que no haya abuso, maltratos, burlas, denigración, bueno... es muy riesgoso...".

En este capítulo se habló principalmente de lo que es el estado o fenómeno hipnótico, es decir las características de la hipnosis que toda persona puede experimentar de forma natural en mayor o menor medida. Además, es posible concluir que la hipnosis es un estado muy versátil, que puede producir cambios

importantes en las sensaciones, percepciones, pensamientos y conductas de las personas, también se destaca que aunque se presenten sugerencias a los sujetos hipnotizados, éstos no están obligados a seguirlas pero pueden hacerlo si así lo desean, por lo que para lograr que una persona en particular experimente el estado hipnótico, el hipnólogo -en este caso el terapeuta- debe de tener en cuenta los intereses de ésta, y encontrar la forma adecuada de inducir dicho estado, sin olvidar que éste debe de tener una adecuada formación ético-moral y profesional, para manejar cualquier contingencia que se presente durante el proceso.

El siguiente capítulo habla del proceso hipnótico en la práctica terapéutica, entendido éste como una serie de pasos y técnicas que los hipnólogos utilizan para que sus pacientes experimenten la hipnosis, sin embargo es necesario aclarar que las técnicas hipnóticas son útiles, pero en ningún caso indispensables para que una persona experimente la hipnosis, ya que ésta se puede presentar de forma natural y espontánea en cualquier persona sana.

CAPITULO III

EL PROCESO HIPNÓTICO

3.1. Características personales del hipnólogo.

Wolberg (1968), señala que la habilidad para utilizar la hipnosis no es difícil de adquirir, ya que sólo se requiere un poco de anticonvencionalismo, cierto coraje, un grado moderado de flexibilidad y mucha práctica. Este mismo autor comenta que si a los pacientes se les trasmite una sensación de confianza en el éxito (de la hipnosis) estos responderán con rapidez a la inducción.

Existen algunas características deseables que un hipnoterapeuta debería reunir para contribuir positivamente a la experiencia hipnótica. Hadley y Staudacher (1994), señalan entre estas características del hipnólogo:

- ❖ El terapeuta recibe a cada paciente como un individuo único, cuyos problemas no deberían categorizarse rápidamente.
- ❖ Tiene la capacidad de identificar áreas de problemas, valora la seriedad de éstos y determina el tipo y el alcance de la inducción que se usará en el tratamiento.
- ❖ Percibe las necesidades emocionales del paciente.
- ❖ Mantiene una visión "objetiva" de la experiencia hipnótica.
- ❖ Impide que los problemas y la emociones personales distorsionen el tratamiento.
- ❖ Acepta y aborda las manifestaciones emocionales que surjan durante el tratamiento.

Sin embargo, es imprescindible entender que en una inducción hipnótica el terapeuta es un participante activo de la experiencia, ya que como menciona Lorieo (en Méndez, 1995, pág. 92), es imposible que el terapeuta no se involucre, incluso llega a afirmar: "Cuando se induce un trance es imposible no entrar en hipnosis, esto se ha demostrado con electroencefalogramas, el terapeuta siempre entra en trance, la hipnosis se da en ambos, pero en el psicoterapeuta con más responsabilidades...". Esta idea se puede ejemplificar en el trabajo de Fourie (1992), quien afirma que el hipnólogo forma parte del contexto hipnótico, mismo que él denomina ecosistémico, desde esta perspectiva el hipnotista (hipnólogo) no induce la hipnosis, pero desempeña el papel de un ejecutivo, organizando el sistema de tal forma que la persona designada como sujeto queda en el centro del episodio.

Dado que la hipnosis, es más que algo que se le hace a un individuo de modo unilateral, es una experiencia de colaboración, es crucial que se dedique tiempo y esfuerzo al desarrollo de una relación positiva (terapéutica) en vez de concentrarse exclusivamente en el desarrollo de la pericia técnica con la hipnosis

(Hawkins, 1998). El proceso de descubrir lo que quiere un cliente y como alcanzarlo de la mejor manera es el proceso de adquirir rapport, que surge cuando el cliente siente que el terapeuta le entiende y es empático con su experiencia (Yapko, 1999).

Un punto que debe ser destacado especialmente, es la confianza personal del terapeuta en su propia técnica, este punto ha sido reconocido por numerosas figuras importantes en el campo de la hipnosis terapéutica, ya que una sugestión puede ser aceptada o rechazada según la manera de proponerla al cliente, cuando el terapeuta da una sugestión debe hacerlo siempre de manera que lleve al paciente a la convicción de que supone que la sugestión será aceptada sin discusión (Kroger, 1972; Meares, 1961; Erickson en Zeig, 1985).

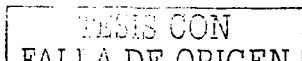
Así mismo, el terapeuta debe de tener en cuenta el estilo de su voz, puesto que la voz por si sola puede producir un estado de trance, la que utilice en su inducción es sumamente importante para el conjunto de su experiencia hipnótica, la voz puede ser enérgica e imperativa, o puede ser sedante y melódica (Hadley y Staudacher, 1994).

Hay que destacar que la hipnosis sola o junto con varias clases de sugestiones, no sólo es útil para los pacientes, también puede ayudar a los terapeutas a funcionar en un nivel más alto, tanto en sus trabajos, como en sus vidas. Los terapeutas pueden utilizar provechosamente un breve periodo de <<abandono>>, calma y paz mental (auto-hipnosis) para prepararse inmediatamente antes de una sesión terapéutica. Durante la breve auto-hipnosis previa a la terapia, pueden darse así mismos sugestiones para sentirse cómodos, abiertos, comprensivos, completamente alertas y vivos durante la sesión de terapia. Así mismo se puede usar la auto-hipnosis para reducir inhibiciones y para comunicarse con sus pacientes de forma profunda y significativa (Barber, 1998). Es de destacarse que Erickson cuando utilizaba sus famosos "cuentos didácticos", relatos dedicados a transmitir un mensaje de forma indirecta por medio de identificación y analogías, podía entrar y salir de estados de trance para tener un mayor dominio de la situación (Zeig, 1985).

Por último, se puede sintetizar todo lo dicho hasta ahora en palabras de Suchecki (en Méndez, 1995, pág. 125): "La hipnoterapia actual es muy diferente a la concepción popular que considera a la hipnosis como un drama misterioso. Los terapeutas no somos productores de espectáculos; intentamos ser expertos observadores capaces de reconocer aún las más mínimas variaciones de comportamiento, lo cual nos otorga claves muy importantes respecto de los intereses y habilidades del paciente...".

3.2. El entorno hipnoterapéutico.

Existen ciertas condiciones ambientales y físicas que son deseables para realizar la hipnosis, pero que no son absolutamente necesarias. La práctica puede



ser en la casa del terapeuta, consultorio o clínica; también se puede recibir al paciente en casa de éste, en una sala de hospital o en un parque. Resulta útil trabajar en una atmósfera relativamente tranquila, libre de ruidos molestos o desagradables, lo cual obviamente, distraerá menos al cliente, sea cual sea el lugar, el terapeuta tendrá que eliminar la interferencia exterior en la medida de lo posible. Aunque ningún ambiente es totalmente tranquilo y está libre de ruidos externos, la clave para ayudar al cliente a centrarse internamente sin distraerse con acontecimientos externos estriba en la capacidad del terapeuta para incluirlos en el proceso (Hadley y Staudacher, 1994; Yapko, 1999). Se le denomina *utilización* a este procedimiento de incluir los ruidos externos como parte de la situación hipnótica y generalmente se le asocia con el trabajo de Erickson (Zeig en Robles, 1991).

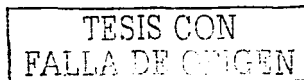
Un factor ambiental que puede ser útil, es el uso de una iluminación suave y tranquilizadora que puede crear una atmósfera cómoda; el mobiliario deberá de ser cómodo y servir para que el cliente apoye la cabeza y el cuerpo (Yapko, 1999). Otra variable a tener en cuenta, es el aspecto del terapeuta, ya que si éste viste prendas cómodas (de buen gusto, pero informales) el paciente se sentirá bien y la apariencia visual no desviará la atención del propósito de la sesión (Hadley y Staudacher, 1994). Además la música suave puede contribuir a crear una atmósfera suave y a disfrazar los ruidos exteriores.

3.3. Plática preliminar.

Antes de emprender la inducción parece necesario tener con el sujeto una charla preparatoria destinada a disipar los miedos, las resistencias, los prejuicios que con frecuencia, hace surgir la hipnosis ya que es imprescindible preparar al paciente para la hipnosis y luego proporcionarle las intervenciones terapéuticas necesarias que se requieren en función de los problemas que presenta. En cuanto a al inducción propiamente dicha, cada practicante deberá, entre los diferentes procedimientos recomendados, hacer una elección en función tanto de su personalidad como la del sujeto (Chertok, 1992; Hawkins, 1998). Dicha preparación implica una serie de factores según Hawkins (1998):

- ❖ Tratar cualquier resistencia.
- ❖ Proporcionar al paciente la información relativa a los procedimientos que se van a utilizar.
- ❖ Aclarar cualquier error concerniente a la naturaleza de la hipnosis.

Es de gran importancia educar al paciente acerca de la naturaleza de la hipnosis, puesto que cuanto más entiende el paciente, más confianza tendrá en el proceso hipnótico. Durante la entrevista inicial debe de establecerse afinidad y confianza con el paciente, ya que al tranquilizarlo respecto de su seguridad, éste se mostrará receptivo a una buena relación de trabajo (Hadley y Staudacher, 1994).



Llevar a cabo toda esta preparación preliminar según Hawkins (1998), incrementa la motivación así como también la relación paciente-terapeuta, esta fase puede considerarse como la fase de pre-inducción y puede contemplarse como una parte del procedimiento de inducción. Reduce la posibilidad de que el paciente muestre resistencia al procedimiento y, por consiguiente, incrementa las posibilidades de éxito. Debe cuidarse el no dar una explicación excesivamente científica que pueda confundir al paciente y aumentar su ansiedad. Se debe de explicar con toda su amplitud lo que es necesario para cada paciente en cada situación terapéutica concreta. El procedimiento variará de un paciente a otro, en relación no sólo con su grado de inteligencia, su educación y sofisticación, sino también en razón de la estructura de su personalidad, la naturaleza de su padecimiento y la forma particular de hipnoterapia que se pretenda realizar.

Puesto que la comprensión que el cliente tiene del proceso es probable que sea imprecisa, e incompleta o ambas, el profesional ético y competente puede proporcionar a la persona tanta información como requiera para que participe en el proceso de manera cooperativa y positiva (Hawkins, 1998).

Yapko (1999, págs. 25 y 26), propone una serie de preguntas básicas que dan resultado para descubrir cuanto sabe el cliente en cuanto a la hipnosis, ya que la información recogida será vital para determinar el enfoque del terapeuta, sin embargo no se recomienda hacer interrogatorios policiales ya que hacer muchas preguntas puede ser amenazador y aburrido para el cliente, por esto las siguientes preguntas se deben realizar en forma amable.

- ❖ ¿Ha tenido alguna vez una experiencia con la hipnosis?
- ❖ ¿Fue una experiencia personal o es algo que vio, leyó o sobre lo que oyó hablar?
- ❖ ¿Qué impresión se formó?

Si el cliente ha tenido alguna experiencia personal con la hipnosis, sería bueno hacer algunas preguntas cómo:

- ❖ ¿Cuál fue la situación en la que la experimentó?
- ❖ ¿Quién era el hipnotizador y cuáles eran sus títulos?
- ❖ ¿Cuál fue la explicación que le dieron?
- ❖ ¿Qué técnicas utilizaron con usted?
- ❖ ¿Fue una experiencia exitosa? ¿Por qué sí o por qué no?
- ❖ ¿Cómo se sintió respecto a la experiencia?
- ❖ ¿Por qué razón (o razones) busca más experiencias con la hipnosis?

Después de interrogar y escuchar discriminadamente al cliente, se puede seleccionar el factor motivacional más fuerte e incorporarlo a la inducción hipnótica en una sesión posterior. También es posible eliminar a aquellos sujetos para los cuales no es muy indicada la hipnosis, ya sea por la falta de experiencia del terapeuta en determinados casos como son las personas que tienen expectativas irreales sobre la hipnosis, las personalidades limítrofes o personas psicóticas

(Hadley y Staudacher, 1994); o por la falta de capacidad del propio paciente, como serían las personas con retardo mental, seniles, niños menores de seis años de edad incapaces de concentrarse, las personas poco inteligentes y con poca motivación (Kroger, 1972).

3.4. Lenguaje y estructura de las sugerencias.

El lenguaje de una inducción está diseñado para comunicar opiniones, pensamientos y sentimientos; centra la atención en uno mismo, en las experiencias internas y en el cuerpo, ayuda a llegar a estar absorto en el reino de la imaginación y a comunicar debajo del nivel de conciencia. Los siguientes son componentes clave del lenguaje de la inducción que Hadley y Staudacher (1994), consideran que merecen ser discutidos:

Sinónimos. En lugar de emplear sólo una palabra descriptiva en forma exclusiva, los sinónimos se utilizan como refuerzo cuando se describe el estado deseado. Los sinónimos refuerzan las sugerencias, por ejemplo: "Usted se siente tranquilo, relajado, sereno, cómodo".

Sugerencias parafraseadas. Las sugerencias se repiten y parafrasean para realzar la comprensión y asegurar la retención, por ejemplo: "Sienta la relajación fluir a través de su cuerpo, sienta el calor de la relajación, relajando cada músculo de su cuerpo, sienta todos los músculos de su cuerpo relajados."

Palabras conectivas. Las palabras conectivas tienen dos funciones: 1) mantener un flujo continuo a fin de que el monólogo no sea interrumpido, y 2) preceder a una orden, como: "Y ahora relájese, sienta a todos los músculos relajarse, y ahora respire profundamente y relaje todos los músculos de sus brazos, y por que está relajado sienta fluir un calor a través de su cuerpo...". En este contexto, la palabra conectiva "y" es una indicación a responder.

Designaciones temporales. Las palabras que especifican tiempo se utilizan para realzar y enfatizar. Pueden indicar el momento que la sugerción comienza o el momento en que finaliza. Por ejemplo, cualquiera las indicaciones siguientes podrían utilizarse para señalar el inicio de una sugerción: "Y *ahora en este mismo momento* libere toda la tensión de su cuerpo.", "En unos pocos instantes experimentará una relajación total.", "Por la mañana se despertará renovado y relajado.". El final de una sugerción podría indicarse así: "Al cabo de dos horas dejará de estudiar y esto pondrá fin a la preparación de su examen."

Existen diversos juegos de palabras que pueden ser utilizados repetidamente durante la hipnosis para guiar e incluso proteger al cliente durante el proceso. Por ejemplo se tienen las combinaciones de la palabra *mente*, como en <saludablemente>, <automáticamente>, estos juegos de palabras se pueden entender como: "mente saludable; automáticamente", "mente automática". El juego

de palabras puede continuar "mente – automática – automática – mente – mente – automática..." generando nuevos juegos de palabras (Robles, 1993).

Hadley y Staudacher (1994), destacan una serie de elementos dentro del estilo de hablar del terapeuta, que puedan ser útiles al momento de realizar las inducciones:

Deformación de palabras para dar énfasis o refuerzo. A veces las palabras se deforman para lograr un efecto especial, deseado. Por ejemplo: <<Sienta esos músculos floooojos y relajados, sienta esos músculos de la pantorrilla floooojos y relajados, están tan floooojos que parecen bandas elásticas>>. Este tipo de distorsión de palabras es particularmente útil para usar durante una inducción de relajación progresiva.

Tono elevado. Con el tono elevado cambia todo el nivel de la voz. Este tono elevado, que penetra el estado relajado de la mente que fue producido por la voz monótona o rítmica, se emplea para hacer una sugestión. El tono permite poner énfasis en las sugerencias poshipnóticas, también se emplea para dar una orden que surge de una inducción tal como: <<siete, ocho, nueve, diez, y abra los ojos>>*..

Ritmo ininterrumpido. El ritmo ininterrumpido se establece mediante el uso de palabras conectivas. Por ejemplo, en las técnicas tradicionales se utiliza: <<Siéntese relajado y continúe relajándose y relájese más profundamente y sienta todo su cuerpo relajarse más y más profundamente...>> Este flujo continuo de palabras establece un ritmo que conduce al trance e impide toda distracción, ya que no deja ninguna oportunidad para que se desvíe la atención.

Pausa muda. La pausa muda se utiliza con el objetivo de dejar tiempo para responder a una sugestión u orden. Por ejemplo: <<Ahora haga una respiración profunda. [Pausa]. Ahora respire. [Pausa]>>. La pausa también se emplea en toda la inducción de relajación progresiva. <<Concéntrese en su pie derecho y tense su pie derecho. [Pausa]. Ahora relaje su pie derecho. [Pausa]>>. Es absolutamente necesario conceder el tiempo adecuado para cada respuesta.

3.4.1. Pautas para sugerencias eficaces.

Hay algunas pautas que el hipnólogo debería observar atentamente cuando esté formulando sus propias sugerencias. Dichas pautas según Hadley y Staudacher (1994), en resumen son:

- ❖ Cuidar que las sugerencias directas sean simples y concisas.
- ❖ Repetir las sugerencias.

* Aunque Erickson también solía emplear lo contrario, utilizaba en ocasiones un tono bajo de voz para que la persona prestara más atención a ciertas palabras y sugerencias (ver Zeig, 1985).

- ❖ Cuidar que las sugerencias resulten creíbles, deseables y de utilidad.
- ❖ Crear un marco temporal para las sugerencias.
- ❖ Asegurarse de que las sugerencias pueden interpretarse literalmente (-no necesariamente-).
- ❖ Limitar las sugerencias a alcanzar un objetivo por vez.
- ❖ Descomponer los objetivos importantes en una serie de pasos progresivos sugeridos.
- ❖ Utilizar palabras que sean positivas, más que negativas o discordantes^w.
- ❖ Evitar las sugerencias de relajación que sean generadoras de pensamientos.
- ❖ Utilizar palabras o frases clave para activar y enfatizar las sugerencias.
- ❖ Seleccionar imágenes apropiadas para intensificar las sugerencias directas y pos-hipnóticas.
- ❖ Eliminar sugerencias indeseables o innecesarias.

Watzlawick (1980), comenta que los hipnotizadores experimentados evitan las formulaciones negativas y las reemplazan siempre que les es posible por formulaciones positivas; ya que todo deseo, todo mandato es mucho más eficaz si se expresa en un lenguaje positivo. Al respecto este autor da un ejemplo (pág. 64) que ilustra la utilización del lenguaje positivo en lugar del negativo: "...en vez de sugerir <<los cigarrillos le dejarán un sabor horrible y cuando fume toserá usted terriblemente>>, es mucho más recomendable y más eficaz la fórmula <<su respiración será, en unos pocos días, más ligera, la inhalación de aire claro y puro le proporcionará una sensación de bienestar corporal. Usted se sentirá orgulloso de haberse librado con su fuerza de voluntad de su esclavitud del tabaco>>...". También enfatiza la atención que el terapeuta presta al lenguaje del paciente, ya que en el más estricto sentido de la palabra lo utiliza para expresar con él sus propias comunicaciones.

Debería ser claro y patente, según este último autor, que a un niño debe hablársele de distinta manera que a un adulto y a una 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 primariamente el mundo, es de todos sabido que existen <<tipos visuales>> o <<auditivos>>, mientras que otros conciben al mundo básicamente a través de sus <<sensaciones corpóreas>>, esto generalmente se expresa en el lenguaje cotidiano de la persona: <<No lo veo claro>>, <<...y sólo entonces se me abrieron los ojos>>, <<Me produce dolor de estómago>>, <<Sentir un escalofrío en su presencia>>, <<Eso suena bien>>. Todo esto es fácil de entender y de utilizar, una vez que se aprende a prestar atención no sólo al contenido sino también a la forma de las comunicaciones.

^w Esto sería dependiendo de las necesidades y características del paciente, y según lo que el terapeuta quiera obtener por parte de su cliente. Para una mayor especificación del empleo de sugerencias negativas, ver página 50 de esta misma tesis.

Algo sumamente útil al momento de realizar un trabajo hipnótico, es el utilizar *el lenguaje del cliente*, ya que esto permite tratar con el mundo del cliente disminuyendo los equívocos que se dan en el proceso de la comunicación (Yapko, 1999; Watzlawick, 1980).

3.4.2. Comunicación hipnótica.

Uno de los requisitos previos para usar la hipnosis de manera efectiva es apreciar las diferencias en los estilos de procesamiento de información y en la habilidad de la mente consciente y la inconsciente. Una de las formas en que la hipnosis obtiene su fuerza es formulando sugerencias que puedan incidir en la visión del mundo de la mente inconsciente. Existen dos categorías principales de comunicaciones hipnóticas: la directa, y la indirecta, que no son mutuamente excluyentes, ya que la cuestión de que estilo usar en un momento dado depende de la naturaleza de la sugestión y el grado de respuesta de éste (Yapko, 1999); esto depende del estilo del individuo que va a entrar en hipnosis, ya que el terapeuta "corta a la medida" el estilo de su intervención en función al estilo de éste (Zeig en Robles, 1991). Algunas de las principales sugerencias hipnóticas que se conocen son:

♦ Sugerencias directas.

Son aquellas que tratan o bien con el problema que se tiene entre manos o bien con la respuesta específica deseada de manera abierta y clara. Están diseñadas para guiar o instruir para que responda la persona de un modo determinado. Suelen utilizarse en una inducción que no requiere que el sujeto emplee su imaginación hasta un nivel significativo. La sugestión puede ser una palabra o varias oraciones que activan una respuesta inmediata, y sirven para mantener los objetivos del cliente bien definidos y a la vista, por ejemplo (Hadley y Staudacher, 1994; Yapko, 1999):

"Cierre los ojos"
"Por favor, cierra los ojos"
"Puedes cerrar los ojos"
"Deja que tus ojos se cierren"
"Me gustaría que cerraras los ojos".

♦ Sugerencias indirectas.

Las sugerencias indirectas son aquellas que están relacionadas con el problema tratado o con la respuesta específica deseada de manera encubierta y, por lo tanto, no intrusiva. Pueden ser bastante sutiles. Requieren que el cliente las interprete de manera idiosincrásica para darle significado. El uso de las sugerencias indirectas pueden hacer que el cliente se pregunte a nivel consciente

de que está hablando el terapeuta y, al mismo tiempo su mente inconsciente esté asociando lo que dice el terapeuta con su experiencia íntima. Puede destacarse en este sentido el trabajo de Erickson, quien empleaba metáforas y analogías dentro del marco de la hipnosis para hacer sugerencias externas al conocimiento externo del sujeto, a veces usaba el diálogo prolongado para llevar al sujeto a la hipnosis, contaba historias y presentaba analogías a las que el individuo respondía y que incorporaba en su propio comportamiento, el resultado era un cambio en la experiencia del sujeto, tal como la eliminación de un dolor crónico o una modificación de un comportamiento problemático. Entre estas sugerencias se encuentran (Hadley y Staudacher, 1994; Yapko, 1999):

"Un buen sujeto hipnótico empieza cerrando los ojos"

"¿Puedes permitir que tus ojos se cierren?"

"A muchos de mis clientes les gusta sentarse en esa silla y tener los ojos cerrados"

"¿No es agradable no tener que escuchar con los ojos abiertos?"

"Me pregunto qué cree que le permitiría CERRAR LOS OJOS cómodamente"

❖ **Sugerencias de relajación.**

Tiene el propósito de poner cómoda a la persona, la introducen en un estado de receptividad y dirigen su foco hacia adentro mientras excluyen las condiciones externas. Estas sugerencias establecen una base adecuada para sugerencias adicionales; se tiene por ejemplo (Hadley y Staudacher, 1994):

"Comience por relajarse, simplemente siéntase relajándose más y más profundamente, y con cada respiración encuéntrese relajándose más y más profundamente y llegando ser más sensible a las sugerencias positivas."

"Sienta que sus músculos se relajan y sienta que su cuello y sus hombros se relajan, y cuando estén relajados encontrará que su mente se relaja. Cuando su mente se relaje, todo su cuerpo estará más relajado y usted será cada vez menos consciente de su entorno."

❖ **Sugerencias positivas.**

Las sugerencias positivas son, el tipo de estructura más común, simple y útil. Proporcionan apoyo y ánimo y están expresadas de manera que dan al cliente la idea de que puede experimentar o conseguir algo deseable, por ejemplo (Yapko, 1999):

"Te puedes sentir más cómodo con cada respiración"

"Puedes recordar una vez que te sentías muy orgullosos de ti mismo"

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

"Eres capaz de descubrir fuerzas internas que no te habías dado cuenta que tenías"

"Puedes darte cuenta de lo bien que te sientes relajado"

"Puedes darte cuenta de una suave sensación de calidez en las manos".

❖ **Sugestiones de Profundización.**

Llevar a un trance hipnótico más profundo, suministran una actividad que tiene un único foco e intensifica su estado de trance en una serie de modos. Se puede pensar en estas sugestiones, como en un ascensor en descenso: cuando se pulsa un botón determinado, el ascensor baja al piso siguiente. Así entonces, se tiene por ejemplo (Hadley y Staudacher, 1994):

"En un momento voy a iniciar la cuenta regresiva de diez a uno, y usted puede imaginar que se prepara para el descenso y con cada paso siente que su cuerpo se relaja, más y más, siéntalo dejarse llevar hacia abajo, hacia abajo con cada paso, y relájese aún más profundamente, relájese aún más profundamente, nueve... ocho... siete... seis... cinco... cuatro... tres... dos... uno... más profundamente, más profundamente, relajado."

"Sus párpados están cerrados y están tan cerrados que no puede abrirlos. Han sido cerrados con pegamento y están descansando y no puede abrirlos. Sus párpados están fuertemente cerrados, muy fuertemente y se hallan tan fuertemente pegados que no se abrirán. Contará hasta tres muy lentamente y pensará en sus párpados pegados con pegamento y cuando pronuncie cada número, sus párpados llegarán a estar más fuertemente cerrados. Trate de abrirlos... uno... no se abrirán... dos... están apretadamente cerrados... tensamente cerrados, completamente cerrados... tres, sus párpados no se abrirán."

❖ **Sugestiones negativas.**

Estas sugestiones, cuando se usan de forma habilidosa, utilizan una especie de enfoque de "psicología inversa". Con ellas se puede obtener una respuesta sugiriendo a la persona que no responda de la forma deseada. Los siguientes son ejemplos de sugestiones negativas (Yapko, 1999):

"No pienses en tu color favorito"

"No te permitas a ti mismo preguntarte qué hora es"

"Te recomendaría que no prestaras atención a esta sensación de tu pierna"

"Ahora no deberías de pensar en tu novio/a del instituto"

"Por favor, intenta no pensar en cual de todos tus amigos es el más materialista"

El empleo de la negación es especialmente útil con personas tienden a lo que generalmente se llama <<respuestas de polaridad>>, es decir que responden en la dirección opuesta a la solicitada (Grinder y Bandler, 1993), así por ejemplo resulta útil sugerirles:

"Estás escuchando el sonido de mi voz, y no quiero que cierres los ojos"
"No quiero que tengas una sensación creciente de bienestar y relajación"
"Estás empezando a relajarte, ¿no es cierto?"
"Eso tiene sentido, ¿no es verdad?"

❖ **Sugestiones de imágenes.**

Su función es intensificar las otras sugerencias, crean representaciones mentales y preparan escenarios que tienen finalidades específicas, tales como relajarse, fomentar una nueva auto-imagen, servir como un "ensayo" para un comportamiento nuevo, o suministrar un ambiente en el que pueda reprogramarse cualquier conducta. Por ejemplo, la imagen de una escalinata intensifica la cuenta descendente, una sugestión de profundización. Las imágenes procedentes del pasado intensifican su evocación de un incidente importante, lo cual es el resultado de una sugestión directa. Cualquier clase de imagen o metáfora puede utilizarse con una sugestión indirecta, tales como la imagen de un río torrencioso y de aguas turbulentas para representar el aparato circulatorio de una persona, o de un pájaro cantando para representar la esperanza. Las sugerencias poshipnóticas se intensifican mediante el uso de imágenes cuando uno se imagina llevando con éxito una nueva actividad; así entonces se tienen que (Hadley y Staudacher, 1994):

"Usted siente que es tan fuerte como el Joven que fue cuando jugaba al béisbol en el solar abandonado. Puede sentir el bate en sus manos, la excitación de estar preparado para el lanzamiento y la poderosa conexión que establece con la pelota, observa a la pelota saltar la cerca cuando corre fácilmente de una base a otra. De nuevo tiene esa misma energía, esa misma euforia y seguridad"
"Usted se dirige a su lugar especial en el desierto de Arizona, donde, en esta época del año, los espléndidos atardeceres rosados y cobrizos se extienden en el horizonte a lo largo de varios kilómetros, donde el aire es seco y limpio, y hay silencio a su alrededor. Todo está tan inmóvil, tan silencioso que puede oír sus propios pensamientos".

❖ **Sugestiones de contenido.**

Este tipo de sugerencias contiene detalles muy específicos que describen sentimiento, recuerdos, pensamientos o fantasías que experimenta el cliente mientras está hipnotizado. Ofrecer detalles que describen cada dimensión de la

experiencia sugerida puede tener el efecto deseado de ayudar al cliente a tener la experiencia de forma más completa y, por lo tanto a un mayor grado de satisfacción. Algunos ejemplos de sugerencias de contenido son (Yapko, 1999):

"Piensa en una rosa roja con unos pétalos suaves y aterciopelados y una fragancia suave y dulce"

"Imagina que estas en la playa en un día claro y brillante, sintiendo como el sol calienta tu piel, oliendo la sal en la brisa del océano y oyendo el ruido de las olas al chocar contra la orilla"

"¿Puedes recordar lo agradable que es dar un mordisco a una naranja llena de zumo, cómo se llena de líquido tu boca, cómo corre el jugo por tus dedos, y su sabor ácido?"

♦ **Sugerencias sobre el proceso.**

Encontraste con las sugerencias de contenido, que son tan meticulosas, las de proceso se caracterizan por su escasez de detalles, dejando al cliente en libertad para prestar atención a aquellos que él mismo ha asociado a la experiencia sugerida. A continuación se incluyen algunos ejemplos de instrucciones sobre el proceso (Yapko, 1999):

"Puedes tener un recuerdo concreto de la infancia, uno en el que no habías pensado durante mucho, mucho tiempo"

"Puedes notar cierta sensación muy agradable en tu cuerpo a medida que te sientas allí cómodamente"

"Te puedes volver consciente de un sonido específico en la habitación"

"¿Puedes recordar aquel momento especial en que te sentías tan bien contigo mismo?"

♦ **Sugerencias poshipnóticas.**

Las sugerencias poshipnóticas son aquellas que se dan al cliente mientras y después que está hipnotizado, y tienen que ver con conductas o emociones que tendrá en algún contexto futuro. Estas sugerencias permiten posponer para el contexto deseado las conductas nuevas o el entendimiento adquirido durante la hipnosis. *Las sugerencias poshipnóticas son una parte necesaria del proceso terapéutico si el cliente aporta nuevas posibilidades a las experiencias futuras.* Sin ellas, el aprendizaje adquirido durante la sesión de hipnosis es probable que quede limitado al estado hipnótico en sí, las sugerencias poshipnóticas permite que el aprendizaje recientemente adquirido cruce los límites internos y esté disponible en otros estados de consciencia. Este tipo de sugerencia se utiliza para eliminar hábitos, como el fumar, o para modificar el comportamiento en algún otro modo, tal como mejorar las relaciones personales en el trabajo o aumentar la confianza en uno mismo. Así pues se tiene que (Hadley y Staudacher, 1994; Yapko, 1999):

"La próxima vez que se siente a saborear una comida, se encontrará disfrutando una porción más pequeña de alimento. Estará saciado y satisfecho con una porción más pequeña"

"Mañana entrará a la sala del examen, se sentará, y hará una respiración profunda y terminará su prueba sintiéndose sereno y relajado y recordará con facilidad y rapidez toda la información correcta que necesite".

Estas sugerencias son útiles para asegurarse de que la respuesta deseada quedará integrada en la vida cotidiana de la persona, reemplazado respuestas disfuncionales o ausentes. Además, también se pueden usar para facilitar el trabajo hipnótico futuro ofreciendo la sugerencia de que en futuras sesiones el cliente podría entrar en hipnosis con más rapidez y profundidad (Kroger, 1972; Yapko, 1999).

3.5. La inducción.

La inducción según Abozzi (1997; Pág. 59) es: "... el procedimiento con el que se aplican las técnicas que permiten al sujeto entrar en estado de trance hipnótico, es decir, apartar la atención a cuanto lo rodea para concentrarla en pensamientos internos o sugerencias propuestas por el hipnotizador".

Los métodos actuales de inducción hipnótica son diversos, es pequeña la superioridad de cualquiera de ellos sobre los demás, todos resultan ser eficaces, lo que importa es la confianza que el terapeuta deposita en el uso de su método y la aptitud de transmitir esa confianza al paciente (Wolberg, 1968). Pueden distinguirse básicamente dos enfoques o categorías de inducción hipnótica, el "autoritario" o "método tradicional" (relacionado con la hipnosis clásica), donde se intenta apuntalar el efecto de la hipnosis logrando que el sujeto cumpla directivas o sugerencias específicas; el "permissivo" o "método naturalista" (relacionado con la hipnosis moderna), que no requiere una respuesta o precondiciones particulares para llegar con éxito al trance, si no que consiste en muchas respuestas posibles (eludiendo problemas potenciales de resistencia y control) (Hawkins, 1998; O'Hanlon, 1989). Esta no es una dicotomía blanco o negro, ya que la mayor parte de los profesionales actualmente emplean una combinación de ambos enfoques.

Aunque ha existido cierto debate sobre que tipo de instrucciones es más efectiva para obtener un buen nivel de hipnosis, los estudios de laboratorio existentes indican que los resultados son equivalentes y que las diferencias mostradas se atribuyen más a cómo los sujetos perciben ambas estrategias que a una superioridad técnica. Así parece que las instrucciones directivas favorecen un menor grado de voluntariedad por parte de los sujetos en el proceso hipnótico que las sugerencias permisivas. En otras palabras, la inducción hipnótica mediante sugerencias directivas favorecen la tenencia de los sujetos a depositar el control del proceso en el experimentador mientras que, con sugerencias permisivas, los sujetos afirman sentir que su participación en la evolución del proceso hipnótico es

mayor (González en Gil y Buela-Casal, 2001).

3.6. Técnicas hipnóticas.

Aunque pueden clasificarse algunas de estas técnicas como formales (clásicas) o permisivas (modernas), en la actualidad debe señalarse que se utilizan de una forma complementaria, ya que varias de ellas son parecidas, algunas pueden utilizarse como continuación de otras, o pueden utilizarse al mismo tiempo. De hecho el propio Erickson utilizaba una combinación de ambas (O'Hanlon, 1989).

Las **Técnicas Formales** son imperativas y directas, su propósito es establecer control sobre el individuo y modificar el comportamiento mediante el uso de ordenes repetitivos (Hadley y Staudacher, 1994). Estas técnicas por lo general, suponen una focalización por parte del paciente; conforme se concentra y estrecha su campo de atención, acontece una reducción de la conciencia periférica y, por consiguiente, un bloqueo de la facultad crítica. Los pacientes pueden focalizarse en algo externo a sí mismos; esto puede ser visual, por ejemplo, un objeto (la punta de un bolígrafo, una mancha en la pared, los dedos del terapeuta, etc.); auditivo (música, el canto de los pájaros, etc.); olfativo; táctil, etc. Mientras el paciente participa en estas actividades, el terapeuta normalmente da sugerencias referidas a la relajación, el cansancio y la pesadez de los ojos (Hawkins, 1998).

Este tipo de técnicas tienen como propósitos según Yapko (1999):

- ❖ Proporcionar un estímulo concreto para que el cliente centre la atención, sirviendo de puente entre el "estado despierto normal", y el hipnótico.
- ❖ Ocupar la mente consciente y al hacerlo la disocia a medida que amplifica las capacidades asociativas de la mente inconsciente. Esta es la principal función de la inducción: facilitar la disociación de lo consciente y lo inconsciente. El grado de disociación obtenido es la medida general de la profundidad de la experiencia.
- ❖ Permitir la construcción de un "grupo de respuestas", un patrón característico para responder a la guía del clínico.

Así entonces se tiene por ejemplo (Erickson en Erickson y Rossi, 1992):

"...siga durmiendo muy profundamente. Muy profundamente, muy profundamente dormida. Quitaremos este lápiz, así podrá dormir más profundamente aún y sentirse más cómoda. Y quitaremos esta hoja de papel gradado para que usted pueda dormir más profundamente aún. Y usted se duerme con un propósito. Y usted cumplirá ese propósito..."

Las **Técnicas permisivas** emplean un tono de voz más suave para sossegar al individuo llevándolo a la relajación. En contraste con la técnica autoritaria, el hipnotizador y el individuo son partes iguales en el proceso. Cuanto más fantasías utilice para realizar las sugerencias, mayor es la responsabilidad que se le confiere al individuo (Hadley y Staudacher, 1994). Estos métodos naturalistas o modernos, son informales por que puede no existir una inducción aparente, la inducción puede ocurrir como parte de la conversación o de las conductas naturales y, por lo tanto, no puede ser percibida por el paciente del mismo modo que el "ritual" formal de la hipnosis. Podría decirse que la terapia y la inducción son una y la misma cosa, por ejemplo, contar una historia que contiene metáforas terapéuticas induce el trance (porque el paciente está centrándose al escuchar) pero también es terapia. Dado que el enfoque es natural y el paciente no es consciente de lo que está pasando, no puede al momento (ipso facto) haber ninguna resistencia (Hawkins, 1998).

Desde esta perspectiva, se ve a la hipnosis como una experiencia natural que ocurre rutinariamente en casi todo el mundo. Conseguir y mantener la atención del cliente es el punto de inicio para la interacción hipnótica. Hablar de manera significativa de qué es lo que llevó a la persona a buscar tratamiento, contar historias absorbentes que sea paralelas a la experiencia del cliente, y comportarse de maneras inesperadas son tres técnicas muy comunes para atraer la atención. Se empieza a construir a medida que la atención del cliente se va dirigiendo al clínico, y se hace utilizando dicha atención y a partir de las experiencias del cliente, reconociéndolas y sugiriéndole (directa o indirectamente) que puede expandirse más. Cuando el clínico se da cuenta de las respuestas hipnóticas (absorción, cambios en la respiración, postura fija, disipación de la tensión muscular, etc.) puede empezar a implicar a la persona en el proceso de inducción hipnótica y entrar en estados más profundos mediante diversas técnicas naturalistas como son: *la utilización de técnicas hipnóticas pasadas, inducciones metafóricas con sugerencias entremezcladas, inducción mediante técnicas de confusión, etc.* (Yapko, 1999).

Las técnicas hipnóticas tienen fundamentalmente dos propósitos, en primer lugar el inducir el estado hipnótico como tal, y en segundo lugar, también tienen el propósito de trabajar terapéuticamente. Por lo que el objetivo y tipo de la técnica está en función de la sugestión que se dé y del fin que se persiga.

3.6.1. Relajación muscular progresiva.

La relajación muscular progresiva es una técnica tradicional, que implica ofrecer sugerencias de relajación de los diferentes grupos musculares del cuerpo de manera secuencial; el cuerpo se divide en tantos o tan pocos grupos musculares específicos como uno desee, dependiendo de lo corto o largo que piense el terapeuta que ha de ser el proceso. Con el tiempo se establece una asociación con la relajación a la mera mención del terapeuta de la relajación

corporal (Yapko, 1999). Entre los distintos métodos, éste es el que debería de utilizarse según Abozzi (1997), si el hipnotizador está al comienzo de su carrera puesto que es el que puede dar mayores satisfacciones y menos problemas de conducción.

Es una técnica que consta básicamente según Wolberg (1968), de cuatro pasos: 1) ejercicios de respiración profunda, 2) progresiva relajación muscular, 3) visualización de una escena relajada y 4) contar de 1 a 20 (o 10 según se prefiera). El ritmo de las sugerencias debe ser lento, con eventuales vacilaciones y pausas entre las mismas. A continuación se presenta un ejemplo de la utilización de ésta técnica:

"Mientras esté sentado, siga escuchando mis palabras. Inspire por la nariz, retenga el aire unos segundos y expúlselo por la boca manteniendo los labios entreabiertos, como cuando sopla una vela para apagarla. Repita cuatro o cinco veces esta respiración y vuelva al ritmo normal.

(Nombre), notará que segundo tras segundo los párpado se le cansan cada vez más, no consigue mantenerlos abiertos; los ojos también se les cansan, usted se resiste un poco, pero cuando lo desee, puede cerrar despacio los párpados para que sus ojos descansen (pausa de 20 segundos).

(Nombre), recorra con la mente todo su cuerpo, hasta llegar a las piernas, baje hasta los pies, llegue a las yemas de los dedos de los pies. Concentre su atención en las yema de los dedos de los pies y, poco a poco, comience a subir hasta las pantorrillas, note los músculos de los pies completamente relajados y aprecie también como se apoyan (...) note su peso (pausa de 20 segundos).

Siga subiendo con el pensamiento por las pantorrillas hasta llegar a las rodillas, suba un poco más hasta los grandes músculos de los muslos (pausa de 10 segundos). Ahora sus piernas comenzaran a relajarse progresivamente, intente notar el equilibrio diferente que tienen ...

(Nombre), continúe subiendo con el pensamiento por la pelvis, hasta llegar al abdomen; los músculos más superficiales del abdomen comienzan a relajarse y mientras sigue respirando con regularidad, notará que las vísceras se relajan de una forma muy agradable (pausa de 30 segundos).

Suba más y más hasta llegar al tórax, perciba como sube y baja despacio (esto deberá decirse de forma sincronizada con el movimiento real), es como una ola, una ola de relajación que sube, baja, sube y baja (pausa de 30 segundos). Siguiendo esta ola de relajación, ahora concentrará la atención en los hombros, en los brazos y así hasta llegar a las manos, los dedos y las yemas de los dedos.

Note las yemas de los dedos, poco a poco deje que el pensamiento recorra los pequeños músculos de los dedos hasta llegar a las manos.

Note la tela debajo de las palmas de las manos y empiece a subir hasta llegar a las muñecas, luego a los codos y luego a los hombros; tiene los brazos completamente relajados, flojos muy flojos (pausa de

30 segundos).

Bien (nombre), ahora concentre la atención en los músculos del cuello, notará que uno tras otro se van relajando (pausa de 20 segundos).

Mientras se deja acunar por la ola de relajación y la respiración, concéntrese ahora en los pequeños músculos de la cara. Sienta los músculos de la barbilla y (...) está usted completamente relajado, note una agradable sensación, como si lo acunara la ola de la respiración, perciba todo su cuerpo que, respiración tras respiración, se deja llevar y entra en un trance natural y regenerador" (Abozzi, 1997, págs. 72 a 74).

3.6.2. La fijación de la mirada:

Es otra técnica tradicional, que consiste en fijar la mirada del sujeto; ya sea en un objeto (una llave, una moneda, un lápiz, etc.) a unas diez pulgadas por encima de los ojos del paciente, para obligarlo a mirar hacia arriba en forma convergente; o bien se le pide que concentre la mirada en un lugar determinado del cielorraso. Se realizan sugerencias como: "...que los párpados se cansan y se ponen pesados... usted advertirá que sus ojos se cansan mucho... etc.". también una vez que los ojos se cierran se sugiere un cansancio corporal, hasta conseguir la inducción (Wolberg, 1968). Generalmente es mejor fijar la vista en un objeto pequeño, discreto, algo que sea fácil de enfocar, ya que cuando se mira hacia arriba los músculos de los ojos comienzan a vibrar a varios latidos por segundo, algo similar ala frecuencia de la ondas alfa que están asociadas a un estado de la mente sereno pero alerta que es perfecto para la hipnosis (Shames y Sterin, 1999). Según Kroger (1972), esta técnica es de las favoritas de los operadores que utilizan la palabras "sueño" y "dormido", aunque se puede utilizar sin sugerencias de sueño. A continuación se presenta un ejemplo:

"Mire fijamente esto (el punto elegido, por encima de la cabeza). Sus ojos podrán apartarse del objeto, pero enseguida volverán a él; inmediatamente volverán a él. Al contemplarlo fijamente, usted advertirá que sus ojos se cansan mucho. Se sienten muy pesados y cansados. Ahora le cuesta más tenerlos abiertos. Comienza a lagrimear; le arden; parecen de plomo. Sus párpados se ponen más y más pesados y se cierran; se están cerrando, se están cerrando, se están cerrando, se están cerrando, están cerrados. Están pesados como el plomo. Usted se da cuenta de que se está poniendo amodorrado y cansado, muy amodorrado. (Estas sugerencias son repetidas hasta que los ojos vacilen y se cierran.) Sus ojos se están cerrando y usted se siente muy amodorrado y relajado. Muy relajado. Sus brazos se relajan. Su cuerpo se relaja. Sus piernas se relajan. Usted está muy, muy amodorrado. Su respiración es profunda y regular y usted se pone más y más y más amodorrado.

En la mayor parte de los casos la repetición de sugerencias como éstas durante varios minutos tendrá como consecuencia que los ojos del paciente se cierren. El operador puede ejercer cierta presión

con sus dedos sobre los párpados del paciente, para hacer más hincapié en el hecho de que los ojos se han cerrado. En el caso de que esto no ocurra espontáneamente puede dar resultado la técnica de contar. Se le dice al paciente:

Usted advierte que sus párpados se ponen pesados. Voy a contar de uno a diez. Mientras yo hago eso, sus párpados se pondrán más y más pesados, y cuando llegue a diez sus párpados estarán cerrados y usted los mantendrá cerrados hasta que yo le diga que los abra. Uno... se están poniendo muy pesados. Se están poniendo más y más pesados. Dos... sus párpados se están poniendo muy pesados. Usted se siente amodorrado todo entero. Se pone más y más amodorrado. Sus ojos se están poniendo muy, muy cansados. Arden, le pican y lagrimean, y mientras me acerco a diez sus párpados se ponen tan pesados que usted no puede mantenerlos abiertos. Tres... se están poniendo más y más pesados. Cuatro... usted está penetrando en un estado de relajación cada vez más y más profundo y de mayor tranquilidad. Usted está más y más amodorrado, todo entero. Cinco... usted se está poniendo más y más y más amodorrado. Seis... usted advierte que sus párpados se han puesto más pesados. Es muy, muy difícil mantenerlos abiertos. Están comenzando a cerrarse. Están cerrándose, cerrándose, cerrándose. Siete... Se están poniendo muy, muy pesados. Ocho... Se están poniendo tan pesados que cuando yo llegue a diez se cerrarán, y usted entrará en un estado de gran descanso. Nueve... se están poniendo muy pesados. Comienzan a cerrarse. Se están poniendo más y más pesados. Diez... Se cierran; téngalos cerrados hasta que yo le diga que los abra.

Si aún entonces los ojos siguen abiertos, el operador podrá acercar su mano hasta una distancia de varias pulgadas de los ojos del paciente y, moviéndola para arriba y para abajo, le dirá: *Siga el movimiento de mi mano para arriba y para abajo, y al hacer esto sus ojos se pondrán más y más pesados. Hacia arriba y hacia abajo.* Esto será repetido por espacio de dos minutos. Si los ojos no se cierran, se le dice al paciente: *Ahora puede cerrarlos.* Al mismo tiempo los dedos del operador presionan levemente, hacia abajo, los párpados del paciente. Otra técnica distinta consiste en decirle al paciente que mire el índice y el mayor de la mano del operador, que éste coloca cerca de los ojos del paciente, abriéndolos como para que abarquen el espacio entre los dos ojos. Al mismo tiempo se le dice: *Sus ojos se están poniendo muy pesados y cansados... Siga mirando mis dedos, los acercaré cada vez más a sus ojos, y al hacer yo esto usted los cerrará.* El paciente será incapaz de resistirse, por supuesto, a cerrar los ojos cuando vea que los dedos se le acercan cada vez más. El operador podrá entonces presionar los dos párpados del paciente simultáneamente, comentando a la vez que ahora estarán pegados entre sí y que permanecerán cerrados hasta que se le diga que debe abrirlos." (Wolberg, 1968, págs 54 a 56).

3.6.3. Levitación de la mano.

Se trata de otra técnica tradicional, donde se hace sentar al paciente en una silla y se le pide que fije la mirada en sus propias manos, posadas con las palmas hacia abajo, una sobre cada muslo. El objeto aquí es comentar los movimientos casuales del paciente para vincular estos movimientos espontáneos con las palabras del operador, ya que al concentrarse en las sensaciones se focaliza la atención del sujeto y se crea una asociación más con las verbalizaciones del operador. Después se hace una sugerencia forzada (que se debe repetir hasta que el sujeto la haya realizado) de que un dedo se comienza a mover, conforme el sujeto va respondiendo a las sugerencias del operador éstas deben ser más directas e involucrar a más músculos de la mano, hasta conseguir que el sujeto eleve su mano completamente (Wolberg, 1968). Tanto para el sujeto como para los observadores, este fenómeno resulta bastante espectacular, porque el brazo parece cobrar vida. Puede utilizarse para profundizar un trance ya en curso así como para la inducción inicial (Abozzi, 1997). A continuación se presentan algunos ejemplos de esta técnica.

"¿Le molestaría colocar las manos sobre los muslos y, por favor, mirarse los dedos, y a sus manos que se hallan apoyadas en sus rodillas? ¿Quizás no le resultaría incómodo apretar las rodillas realmente fuerte? Si no le molesta, ¿puede apretarlas fuertemente, tan fuerte como le sea posible? Como si estuviera tratando de que sus pies y piernas atravesaran el piso. ¡Esto, por su puesto, es imposible! Quizás usted pueda apretar más fuertemente y todavía más fuertemente. Y, al apretar más y más fuertemente, darse cuenta, si lo desea, de que está acumulando un gran volumen de tensión en sus dedos. Perciba la tensión acumulándose en sus dedos, al apretar más y más fuertemente. Sólo debe continuar apretando más y más fuertemente. Y quizás sentirá un aumento de sensibilidad en las puntas de los dedos. Y trate de percibir, por favor, la textura de la tela de sus pantalones. Y tal vez, al continuar apretando, usted sentirá el calor del cuerpo al pasar a través de la tela de sus pantalones. Siga apretando, más y más fuertemente. Por su puesto, usted sabe que lo opuesto de la tensión que siente en las puntas de los dedos es la relajación. De manera que en el momento en que desee relajarse, es muy sencillo; todo lo que tiene que hacer es cerrar los ojos y visualizar, si así lo desea, que uno de los dedos de su mano izquierda o derecha se está haciendo más liviano que los otros. Recuerde, lo opuesto de la tensión es la relajación; estoy seguro de que usted está de acuerdo con eso. Y si usted realmente desea relajarse, uno de sus dedos de su mano izquierda o derecha se está haciendo mas liviano que los demás. A medida que uno de los dedos se haga más liviano, quizás empezará a levantarse en el aire. Y uno de los dedos de la mano derecha o de la mano izquierda comenzará a moverse. ¿Qué dedo será? Quizás sea el dedo chico de la mano derecha o quizás el anular de la mano izquierda. Podría ser hasta el índice de la mano izquierda. Y estoy viendo que el dedo índice de la mano derecha está comenzando a levantarse. Se está levantando, levantando, levantando. Y al hacerse

más liviano que los demás dedos de esa mano, los demás dedos pueden comenzar a levantarse. Muy pronto, si usted lo desea, notará una sensación maravillosa: una sensación sedante, de flotación. La mano derecha se está levantando en dirección a la cara. Levantándose, levantándose, levantándose..." (Kroger, 1972, págs. 112 y 113).

"(Nombre), dentro de poco le pediré que haga algo un tanto difícil, pero estoy seguro de que lo conseguirá (pausa de 20 segundos). Cuando quiera, podrá abrir los ojos y mirarse las manos manteniendo este estado de agradable relajación de todo el cuerpo, desde el cuello para abajo; repito, cuando quiera, en los próximos segundos podrá abrir los ojos y mirarse las manos mientras mantiene todo el cuerpo relajado. No hace falta que hable o se mueva, bastará con que sus ojos miren sus manos (pausa hasta que esto ocurra).

Bien, (nombre), ahora lo único que debe hacer es (pausa de cinco segundos) esperar, esperar que su subconsciente haga que los dedos de sus manos se muevan. Ni yo ni usted sabemos qué dedo se moverá en primer lugar, tal vez sea el pulgar de la mano derecha, o quizá el índice de la izquierda, o uno de los meñiques (pausa de 20 segundos). Deje que ocurra, y será la señal de que su trance se vuelve todavía más profundo y benéfico, mientras el estado de relajación continúa en todo el cuerpo (pausa hasta que esto ocurra).

Normalmente, es seguro que se producirán estos micromovimientos, es preciso esperar por lo menos un par de minutos, pero el final, los dedos se mueven. Cuando esto ocurra, conviene hacérselo notar al sujeto (en el ejemplo, supondremos que se ha movido el dedo índice de la mano derecha).

Muy bien, (nombre), se ha movido el índice de su mano derecha; su subconsciente indica que está listo para pasar a la segunda parte del ejercicio. Ahora deje que sus ojos se cierren, para concentrarse mejor en lo que voy a decirle (pausa hasta que haya cerrado los ojos, si hace falta, repetir la orden).

Imagine que alrededor de la muñeca derecha lleva un globo rojo atado con un trozo de bramante blanco. Se trata de uno de esos globos inflados con helio, de los que vuelan, pero está atado a su muñeca (pausa de 10 segundos). Ahora imagine que lleva otro globo atado con bramante blanco a su muñeca, pero esta vez se trata de un globo amarillo (pausa de 10 segundos).

Y ahora, (nombre), lleva otro globo, pero de color azul (pausa de 10 segundos); el número de globos aumenta progresivamente hasta que se encuentra usted con unos veinte globos atados a la muñeca. Estos globos comienzan a ejercer una cierta fuerza (pausa de 3 segundos) de elevación (pausa de 3 segundos) sobre su brazo.

Al comenzar intentará oponer resistencia, pero cuando quiera, podrá relajar más los músculos del brazo derecho y dejar que los globos comiencen a elevar su brazo (pausa de 30 segundos).

Esperaremos a que ocurra; se podrán utilizar sugerencias de ligereza haciendo hincapié en la descripción de los colores de los globos y su capacidad de levantar pesos. Cuando el brazo se encuentre más o menos en la posición (...) prosigan con la inducción.

(nombre), ahora una ligera brisa desplaza lentamente los globos hacia usted y, poco a poco, el brazo se acerca a su cara. Resultará interesante que esperemos que note que se toca el rostro con la mano (pausa de 5 segundos), y que parte de su cara tocará (pausa de 5 segundos). Sólo debe esperar a que el viento impulse los globos en su dirección.

Cuando la mano toque su cara los globos se desatarán uno tras otro de su muñeca haciendo que el brazo baje despacio. Uno tras otro los globos de colores saldrán volando y su brazo podrá bajar con mucha suavidad hasta quedar apoyado en su regazo.” (Abozzi, 1997, págs. 75 a 77).

3.6.4. El uso de la confusión.

Esta técnica pretende conseguir un bloqueo transitorio de la censura crítico-analítica y lógica de la razón. Tal como su nombre lo sugiere, esta técnica consiste esencialmente en crear un estado de confusión intelectual, sea mediante el empleo de explicaciones pseudológicas que suenan a sumamente complicadas, sea mediante la mención, hecha con absoluta seriedad y por lo tanto desconcertante, de las cosas más banales (Watzlawick, 1980). Es particularmente útil para aquellas personas aparentemente refractarias a todo tipo de inducción hipnótica, a pesar de ello se ha comprobado que este tipo de personas también pueden entrar en trance profundo, sobre todo si se consigue <<implícitar>> a fondo el hemisferio izquierdo (Abozzi, 1997). Las técnicas de confusión pueden tener gran variedad de formas, pero generalmente entran dentro de una de estas categorías: las técnicas de interrupción y las de sobrecarga; las de interrupción consisten en decir y/o hacer algo para interrumpir el estilo de respuesta rutinaria de la persona en un área determinada; la sobrecarga sensorial implica sobrecargar la mente consciente de la persona con información proveniente de múltiples fuentes que no se pueden sostener, así la inconsciente está implicada en un mayor grado (Yapko, 1999). A continuación se presentan algunos ejemplos de esta técnica que se ha empleado de forma tradicional y moderna:

Se piensa y piensa y las cosas son relativas mis pensamientos relativos respecto de los suyos y los suyos de los míos qué piensa usted de mi butaca que para mí está aquí y su butaca para mí está allí por que mi aquí es 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 su dieciocho aniversario aconteció antes que el diecinueve pero en su dieciocho aniversario era el diecisiete en el pasado y el dieciocho era ahora y ahora piensa usted en el futuro en el que el futuro será presente de su veinte aniversario y así ocurre con las propiedades de las palabras si piensa usted en las palabras cualitativas hay palabras que tiene por sí su propia peculiaridad y palabras que no tiene por sí su propia peculiaridad por que 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 alemana y ...” (Watzlawick, 1980, pág. 83).

A continuación se presenta la transcripción de una inducción realizada por Erickson a una de sus pacientes, donde hay una participación activa por parte de ambos (-las palabras de Erickson están en cursiva-), y se aprovecha la confusión de la paciente (de hecho es un resumen según comenta Erickson, ya que hay una mayor repetición de las palabras y de las ideas utilizadas):

"Usted no puede imaginarse lo que es un trance, ¿verdad? – no, no puedo, ¿qué es? – sí ¿qué es? – un estado psicológico supongo – Un estado psicológico, supone, ¿qué más? – No sé – realmente, no lo sabe – no, no lo sé – no lo sabe, se pregunta, piensa – pensar el qué – sí, ¿qué es lo que piensa o siente? – (pausa) – No lo sé – pero se lo puede imaginar – ¿se duerme uno? – no, cansada, relajada, adormecida – realmente cansada – muy cansada y relajada, ¿qué más? – estoy confundida – se confunde, se pregunta, piensa, siente, ¿qué siente? – mis ojos – sí, sus ojos, ¿cómo? – parecen borrosos – borrosos, cerrados – (pausa) – se están cerrando – cerrando, respirar hondo – (pausa) – cansada y relajada, ¿qué más? – (pausa) – dormida, cansada, relajada, dormida, respirar, más profunda – (pausa) qué más – Me siento cómica – cómica, muy cómoda, realmente aprendiendo – (pausa) – aprendiendo, sí, aprendiendo más y más – (pausa) – ojos cerrados, respiración profunda, relajada, cómoda, muy cómoda, ¿qué más? – (pausa) – No sé – realmente no lo sabe, pero realmente aprendiendo a ir más y más profundo – (pausa) – quizás una palabra o dos – no sé – (hablando con dificultad) – respirar profundamente y realmente no lo sabe, sólo ir más y profundo, dormir profundamente, no importa nada, sólo aprender, continuar más y más profundamente y aprender más y más con su mente inconsciente" (Erickson en Procter, 2001, pág. 78).

Otra forma muy rápida y efectiva de utilizar la técnica de la confusión, es colocar al sujeto de pie, con los ojos cerrados y los pies juntos. Para posteriormente:

"Con las manos en sus hombros se le hace girar 360 grados; a la vez se le pide que comience a contar despacio de 50 hacia 0 (fijación de la atención), se aprovecha para inducir sugerencias como: quédese oculares hacia arriba, relajación más y más profunda, continúe contando hacia atrás, levitación de un brazo, leve roce, pérdida de equilibrio, balanceo, se sentirá caer más y más profundamente, contar, caer, contar, caer hacia atrás. El sujeto al contar hacia atrás y levantar su brazo, pierde la cuenta, se desconcierta y entra en un profundo estado de relajación y se suele caer prácticamente dormido..." (García en Gil y Buela-Casal, 2001, pág. 166).

3.6.5. Crear o revivir una escena placentera.

Según Robles (1990), esta es una de las formas más sencillas de inducir un trance, pidiéndole a la persona que imagine una escena placentera, y que la viva con todos sus detalles. Al recrear esa persona en trance una situación placentera, está construyendo ya en ella una realidad en la que se siente como se quiere sentir, vive como quiere vivir y que ya es parte del mundo interno que la determina. A continuación se presentan ejemplos de esta técnica moderna:

"Fíjate que hora del día o de la noche es, nota la luminosidad, siente la temperatura de ese lugar sobre tu piel, fíjate si estas sola o acompañada, mira los colores y las formas, escucha los sonidos o el silencio, siente la posición de cada una de las partes de tu cuerpo o su movimiento, ahí en ese lugar, siente las texturas de lo que toca tu piel: en las manos, tal vez en la espalda o en cualquier otra parte, y siente tu respiración ahí, en esa escena, y vívela y disfrútala, por que estas sintiéndote como te quieres sentir, estas viviendo como quieres vivir." (Robles, 1990, pág. 93).

"Mientras se encuentre tendido en el sofá... quiero que piense en una escena tranquila y agradable. Imagínese acostado a la orilla del mar... tomando un baño de sol... Puede sentir la arena suave y caliente... puede ver el cielo azul... puede sentir el calor del sol en el cuerpo."

Quiero que deje que todos los músculos de su cuerpo queden sueltos y flojos. Primero los músculos de los pies y tobillos (...). Se siente completamente en paz ... con la mente tranquila y feliz. Usted disfruta realmente de esta sensación tan agradable, descansada y soñolienta (...). Deje que se hunda cómodamente... en la arena... mientras se hunden se siente más y más soñoliento..." (Hartland en García de la Cadena, 1995, págs. 133 y 134).

3.6.6. Hipnosis a través de la percepción de sensaciones.

Consiste en guiar a la persona a enfocar la atención en lo que percibe con todos sus sentidos. Se le pide que sienta primero lo que sucede afuera, al alrededor de ella, después, que sienta diferentes sensaciones en el exterior de su cuerpo y luego en su interior, llevándola a estar cada vez más y más dentro de ella misma (Robles, 1990). Se presentan algunos ejemplos a continuación:

"Al sentarse en esa silla, usted podrá sentir el peso de sus brazos descansando sobre los brazos de la silla. Y sus ojos están abiertos y puede ver la mesa y solo hay el habitual parpadeo de los ojos, que usted puede que note o puede que no, de la misma manera que uno nota el tacto de los zapatos en los pies y se olvida de ello al instante. Y usted realmente sabe que puede ver la estantería y se pregunta si su mente inconsciente ha reparado en algún título en particular. Pero de nuevo puede notar el contacto de sus zapatos sobre

los pies, de cómo descansan en el suelo y, al mismo tiempo, nos damos cuenta de que los párpados se cierran cuando dirigimos los párpados al suelo. Y sus brazos todavía descansan en la silla y todas esas cosas son reales y usted puede estar atenta a ellas y sentirlas. Y si mira la muñeca de su mano y después a la esquina de la habitación, quizá pueda sentir el cambio en su foco visual y quizá pueda recordar cuando, de niña, usted jugaba con experiencia de mirar a un objeto como si estuviese lejos y después de cerca y, a la vez, algunos recuerdos de su niñez pasan por su mente, y cambian de simples recuerdos a sensaciones cansinas porque los recuerdos son reales. Los recuerdos son cosas, aunque abstractas, tan reales como la silla y el escritorio o la perezosa sensación de sentarse sin moverse, que uno puede compensar relajando los músculos y sintiendo el peso del cuerpo, de la misma manera que uno puede sentir vivamente el cansancio de los párpados a medida que la fatiga y la relajación nos invaden. Y todo lo que se ha dicho es real y podemos sentir más y más a medida que prestamos atención al pie o a la mesa o a la respiración o al recuerdo de la sensación de comodidad que sentimos cuando en una ocasión cerramos los ojos para descansar la mirada. Y usted sabe que los sueños son reales, que uno ve sillas y árboles y gente y oye y siente varias cosas en sus sueños y que las imágenes visuales y auditivas son tan reales como sillas y mesas y estanterías que se convierten en imágenes visuales." (Erickson, en Procter, 2001, pág. 84).

"Mira los diferentes colores y formas que hay aquí en este cuarto, o mejor aún recuérdalos con los ojos cerrados... a través de tus párpados se siente la luminosidad y la oscuridad de este lugar, escucha los sonidos o el silencio y fíjate como cada uno de esos sonidos, en lugar de distraer tu atención te ayuda a estar más en contacto contigo mismo por que te recuerda que están afuera mientras tu estas más y más dentro de ti... y ahora puedes sentir todo tu cuerpo apoyado en ese sillón, tal vez lo sientas muy pesado, tal vez muy ligero, y puedes sentir la textura de la tela del sillón en tu mano, que es diferente a la textura de la tela de tu camisa sobre tu brazo y, aún ahí, en tu brazo, hay lugares a donde roza la tela y lugares en que no, y puedes sentir el cuello de la camisa, tal vez más duro, donde toca el cuello... siente el pelo que roza tu frente y el que roza el borde de tu oreja... tal vez todavía puedes sentir tus pies dentro de los zapatos, hay ahí muchas sensaciones... se siente distinto la planta del pie que apoya sobre la suela, al talón que recibe todo el peso de la pierna, estando en esa posición, y hay diferentes sensaciones de presión del zapato alrededor de cada uno de los pies. Puedes sentir la temperatura del anillo que rodea tu dedo, la presión de la correa de tu reloj e incluso la forma del reloj apoyada en tu muñeca... puedes tal vez sentir una mano apoyada sobre la otra y distinguir ahí al menos dos sensaciones: una es la sensación de la palma de la mano, que toca el dorso de la otra, la otra es la sensación de la mano que está abajo y que siente la textura de la palma y el peso de la mano que está arriba... y puedes también sentir tu respiración, con todos los detalles: sentir como el aire pasa a través de tu nariz, entrando y saliendo, y como con cada respiración tu pecho,

tu abdomen, se levanta, se baja... y ahora que estás cada vez más relajado, en contacto contigo mismo, quizás puedas escuchar o sentir los latidos de tu corazón..." (Robles, 1990, págs. 94 y 95).

3.6.7. La utilización de metáforas.

Los símbolos y las metáforas son el lenguaje del inconsciente, estas últimas ofrecen una representación simbólica y totalizadora de una situación. Las personas utilizan elementos metafóricos en su lenguaje cotidiano, por ejemplo, se refieren a una situación difícil diciendo que están en un hoyo, o que ven todo negro: cuando esto empieza a solucionarse se dice que aparece una luzcita a lo lejos. El representar las cosas con una metáfora, corta el razonamiento y mete a las personas de lleno al trance, por lo cual durante la inducción se les pide que representen las cosas con metáforas, se trata de una técnica moderna (Robles, 1990).

"Todas las heridas, hasta las más profundas, cicatrizan tarde o temprano... unas cicatrizan de adentro hacia fuera, otras de afuera hacia adentro, pero lo más importante es primero limpiarlas bien para evitar cualquier infección y una vez que están limpias, dejarlas al aire, sin tocarlas, para que cicatricen. Si son muy profundas, tal vez necesiten vendodetas durante un tiempo. Pero de nada sirve una vez que están limpias rascarles y rascarles porque eso lastima y retrasa la cicatrización. Y cuando las heridas sanan, la cicatriz queda ahí como un recuerdo, ya sin dolor, de esos momentos difíciles que ya pasaron, como recuerdo de esa experiencia a la que sobrevivimos y que nos sirvió para crecer."

"Y esta situación que estás describiendo, ¿cómo podrías representarla en una metáfora? Deja que aparezca espontáneamente, utilizando tal vez colores, tal vez imágenes: plantas, animales, personajes, o cualquier cosa que pueda aparecer. La primera imagen que surja, esa es, aunque parezca simple o extraña. ¿Ya te diste cuenta cual es la metáfora? -Cuando asiente, continúo: -Obsérvala con todos los detalles, fíjate si los contornos están definidos o difusos, si tiene movimiento o no, mira los colores, observa en que tipo de lugar o contexto está." (Robles, 1990, págs. 99 y 100).

Muchas veces el cliente puede proyectar significados en la historia que el terapeuta no pretendía comunicar y que quizá tengan un gran impacto en el significado que pretendía transmitir el terapeuta (Yapko, 1999). El siguiente es un ejemplo de metáfora terapéutica apropiada para alguien rígido a quién le cuesta adaptarse a las circunstancias vitales cambiantes a las que se tiene que amoldar como por ejemplo el cambio de trabajo o algo similar:

"...Y alguna vez en su vida ha tenido la experiencia de ir al zoo... un lugar estupendo para aprender sobre seres vivos... si se piensa en ello... porque el zoo contiene tal diversidad de vida... y de riqueza... criaturas únicas con diferentes características que les sirven de alguna

manera... y descubre que algunos animales sobreviven desarrollando un gran tamaño, otros prosperan desarrollando un tamaño pequeño... algunos se alimentan por la noche... y otros por el día... alguno son sumisos y se asustan con facilidad... otros son agresivos y atacan a otros mucho mayores que ellos... algunos cambian de color... algunos hacen madrigueras bajo tierra... mientras que otros vuelan... qué maravillosos es elevarse por encima de todo... y la lección de la naturaleza es profunda... uno se puede adaptar a un clima... a una región... a un lugar concreto... y desarrollar la capacidad de prosperar a lo largo del tiempo... y la lección puede parecer también cruel... adaptarse o extinguirse... pero no hay nada escondido... respecto al valor de adaptarse exitosamente... y disfrutar de todo para hacerlo posible..." (Yapko, 1999, pág. 169):

3.6.8. La disociación.

Se trata de una técnica que se ha empleado de manera tradicional y moderna, donde se le sugiere al sujeto que se observe a sí mismo en una pantalla o en un teatro, que perciba todos los detalles presentes en la imagen que está observando, como si se tratase de una película o de una función. Se entra en trance al disociar entre sujeto observador y sujeto observado, así como al construir imágenes en la película (Robles, 1990; Wolberg, 1968). También se pueden disociar partes del cuerpo y sensaciones corporales, a continuación se presentan algunos ejemplos:

"Obsérvate a ti mismo en una pantalla, actuando, como en una película, en donde puedes darte cuenta de la luminosidad o la oscuridad que hay ahí, de los colores y las formas, escucha los sonidos o el silencio y, sobretodo, mírate actuando ahí, observa tus gestos, la expresión de tu cara, tus movimientos... y puedes mirar esta película cuantas veces sea necesario, repetirla, pasarla en cámara lenta, hacia adelante o hacia atrás, o detenerla en un cuadro para observar algo muy especial." (Robles, 1990, pág. 101).

"Tu mente consciente puede estar atenta al contenido de mis palabras... tu mente consciente puede darse cuenta de mi tono de voz... tu mente consciente puede estar aprendiendo racionalmente de la experiencia y tu mente inconsciente puede, mientras tanto, llevarte HACIA ATRÁS, mucho muy atrás EN EL TIEMPO hasta un momento muy lejano de tu vida que ahora revives en una FORMA NUEVA Y DIFERENTE, un momento en que ..." (Robles, 1990, pág. 131).

Puedes buscar una experiencia de aprendizaje positivo... un momento en el que te hayas sentido con todas tus capacidades en plena disposición. Puede ser que haya sucedido en el transcurso de estos últimos seis meses... o un año... Puedes observarte a ti mismo en esa experiencia... Como todas las personas... tu tienes una mente consciente y una mente inconsciente... y puedes entender que muchas

de esas cosas las aprendiste con tu mente consciente y otras las aprendió tu parte inconsciente... quizás hubo muchas otras cosas que tu consciente aprendió pero posteriormente olvidó... y ahora forman parte de tu inconsciente... Puedes entender que en ese entonces hubo cosas que no pudiste notar... algunos aprendizajes importantes...

Y puedes pedirle a tu mente consciente que revise esa experiencia también porque esto puede hacerla más completa... y tu inconsciente puede procesar más información... más de lo que consideres conscientemente en ese entonces...

Y en tanto una parte inconsciente tuya puede...revisar esa experiencia... también puede agradecerle, de una manera apropiada, las cosas que hace por ti... y mientras agradeces a tu inconsciente el puede encontrar aprendizajes de gran valor para ti...

Y cuando tu inconsciente haya encontrado esos aprendizajes... puede enviarte una señal de que ya los ha encontrado... y te puedes preguntar como será esa señal... quizá una sensación... un sonido... una imagen... Y preguntarte cuando en el futuro será apropiado hacer uso de esos aprendizajes... (Adaptado de Steve y Coniraé Andreas en Armendáriz, 2000, pág. 271 y272).

3.6.9. La diseminación o entremezclado.

Consiste básicamente en utilizar la comunicación en por lo menos dos niveles, uno racional y el otro inconsciente. Es como si el hipnotizador hablara con dos personas distintas usando posiciones y tonos de voz distintos. Esto es, si se quiere dirigir a la mente racional, a la cual se desea distraer, se puede usar un tono más alto y adoptar la posición de la cabeza más erguida. Si por el contrario, se quiere <<dialogar>> con la mente subconsciente del sujeto, se usará un tono de voz más cálido y profundo (la voz llamada diafragmática), con un ritmo más lento y una mayor profusión de pausas, se puede inclinar un poco la cabeza (Abozzi, 1997). He aquí unos ejemplos:

*"Mientras está **sentado cómodamente** en el sillón, puede experimentar un estado de trance realmente **profundo** y dejar que sus preocupaciones desaparezcan volando.*

*De vez en cuando, en la frenética vida cotidiana, sentimos una verdadera necesidad de **descansar** y de **no hacer absolutamente nada**, y ahora, para pasar un poco el tiempo con tranquilidad, le contare una breve historia que me gusta mucho.*

*Erase una vez un pastor que todos los días se llevaba a parcer a sus vacas; estaba muy contento con su trabajo por que podía **sentarse** debajo de un árbol y **relajarse** mientras las vigilaba. Se pasaba la vida en las montañas y respiraba aire fresco y puro, que lo hacía **sentir bien**. Cuando no sabía que hacer, cogía una hoja de papel y dibujaba. Era, sin duda, **una vida serena y tranquila**, sin estrés y compromisos urgentes y, con frecuencia, el pastor decía para sus adentros: **¡qué suerte tengo, me siento realmente bien**, soy verdaderamente afortunado." (Abozzi, 1997, pág. 81).*

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Cabe destacar que esta técnica fue ampliamente desarrollada por Milton Erickson y que además de utilizarse por separado, puede potenciar el uso de otras técnicas. Es famoso el caso del florista Joe con quien Erickson empleó esta técnica sin necesidad de un trance formal y logró ayudarlo a eliminar los terribles dolores que éste sufría, procedió de la siguiente manera:

"Joe, quería hablar con usted. Sé que es florista, que cultiva flores: de niño viví en una granja en Wisconsin y me gustaba cultivarlas. Todavía lo hago. Así pues, quería que se sentara en ese sillón mientras le hablo: le diré muchas cosas, pero no le hablaré de flores por que usted sabe más que yo sobre ellas. No es eso lo que usted necesita. Ahora bien, mientras hablo —y puedo hacerlo cómodamente— quería que me escuchara con comodidad. Le hablaré de una planta de tomate, raro tema de conversación que despierta la curiosidad. ¿Por qué hablar de una planta de tomate? Uno siembra una semilla de tomate y puede tener esperanza de que crecerá hasta convertirse en una planta de tomate que nos traerá satisfacción con su fruto. La semilla absorbe agua, lo cual no es muy difícil debido a las lluvias que traen paz, bienestar y la alegría de crecer a flores y tomates. Esa semillita, Joe, se hincha lentamente y emite una raicilla con cilia. Tal vez no sepa qué son las cilia: son cosas que actúan para ayudarlo a crecer a la semilla del tomate, a emerger de la tierra en retorción, y usted puede escucharme. Joe, así que seguiré hablando y usted puede seguir escuchando, preguntándose, preguntándose simplemente qué puede aprender en realidad, aquí tiene su lápiz y su anotador, pero, hablando de la planta de tomate, crece lentamente... usted no puede verla crecer, no puede oírla crecer, pero crece: las primeras hojuelas en el tallo, los pelillos diminutos en el pedúnculo. También hay pelillos en las hojas, como las cilia en las raíces: deben hacer que la planta de tomate se sienta muy bien, muy cómoda (si puede concebir a una planta dotada de sensaciones); usted no pueda verla crecer, no puede sentirla crecer, pero en el pequeño tallo aparece otra hoja, y luego otra. Quizás, hablando en lenguaje infantil, la planta de tomate se sienta realmente cómoda y tranquila mientras crece. 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 cómodamente en todas direcciones (...). Y pronto la planta de tomate tendrá un botón; no importa en que rama se forma porque pronto habrá diminutos capullos en todas las ramas, en toda la planta. Me pregunto si toda la planta de tomate puede, Joe, sentir una especie de bienestar, pero sentirlo realmente. Sabe, Joe, una planta es algo maravilloso; es tan lindo, tan agradable poder imaginarla como si fuera un hombre (...). Usted sabe Joe, una planta de tomate solo da una flor por día, sólo un día por vez. Me gusta pensar que la planta de tomate puede conocer la plenitud del bienestar cada día; sabe usted, Joe, apenas un día por vez para esta planta (...). Sabe usted, podría decirle algunas cosas más sobre la planta de tomate, y si lo

hiciera usted se dormiría probablemente... en verdad, tendría un sueño profundo... (Erickson en Haley, 1980, págs. 273 a 275).

3.6.10. Técnicas del contar.

En las inducciones tradicionales, siempre se ha buscado el lograr una mayor profundidad del trance hipnótico, de esta manera se desarrollaron diversas técnicas para lograr que el paciente o cliente se sumergiera aún más en la experiencia. De este modo existen algunas técnicas como los métodos de contar o la visualización de escaleras o elevadores que permiten al sujeto ir más allá dentro de su experiencia. A continuación se presentan algunos ejemplos:

"(Nombre), mientras siga relajando los músculos, imagine que se encuentra en unos grandes almacenes. Puede tratarse de un lugar donde ya haya estado o puede ser completamente inventado (pausa de 10 segundos). Pues bien, mientras se pasea por el lugar, ve el comienzo de una escalera mecánica que lleva a los pisos de abajo (pausa de 10 segundos).

Es una escalera mecánica como tantas, ve los escalones de metal que se mueven y el pasamanos negro; se acerca cada vez más (pausa de 10 segundos); antes de pisar el primer escalón, su mirada se fija en un cartel de la pared que dice: "planta baja, salida".

(Nombre), colóquese usted en la escalera mecánica y (pausa de 5 segundos), déjese llevar hacia abajo. Apoye firmemente las manos en los pasamanos negros. Son de goma. Le transmiten ligeras vibraciones que provienen del movimiento de la escalera (pausa de 10 segundos).

Va bajando cada vez más, cada vez más hasta que esté a punto de llegar al piso de abajo, se prepara para salir de la escalera y ya está, ya ha llegado. Mire a su alrededor; verá que en la pared, delante de la salida de la escalera mecánica, hay un cartel que dice: "Planta menos uno"; está usted tranquilo y relajado, su trance se vuelve cada vez más profundo y agradable (pausa de 30 segundos).

(Nombre), ahora puede dar media vuelta a la izquierda, hay otro tramo de escalera mecánica, dé un paso adelante y subase al primer escalón, aférrase con fuerza al pasamanos y comienza a bajar cada vez más, mientras va bajando aumenta sus sensaciones de bienestar y profunda relajación (pausa de 30 segundos).

Ahora ha llegado a la planta, baje y mire a la pared, delante de usted, hay un cartel que dice: "planta menos dos"; se encuentra usted sumergido en un profundo trance hipnótico..." (Abozzi, 1997).

Una manera muy efectiva de profundizar o de progresar en nuevos aspectos del estado de trance en cualquier momento, es salir y volver a entrar en trance rápidamente.

...Ahora va ha subir por la escalera, el ascensor o la escalera mecánica. A medida que cuento de 1 a 5 ... y siente que va subiendo

un piso con cada número ... irá despertando ... se sentirá más alerta ... más consciente de lo que lo rodea.

Cuando llegue al número 5 ... abrirá los ojos, reconocerá su experiencia y sólo por un momento ... estará consciente de todo lo que lo rodea. Después, volverá a cerrar los ojos.

Cuando cierre los ojos, volveré a contar hacia atrás de 5 a 1. se imaginará los cambios que experimentará su cuerpo, y antes los sentirá.

Lenta, agradablemente ... contando hacia atrás y volviendo hacia esa profundidad ... podrá levantar el dedo índice u otro de sus dedos cuando llegue a 1, y después bajará otra vez el dedo lentamente ... tranquilamente ... para indicarle a su inconsciente que está muy relajado.

Y poco a poco volverá a un estado alerta, más despabilado, ligero y relajado ... 1 ... 2 ... 3 ... 4 ... 5 ... con los ojos abiertos, en estado de alerta. Ahora puede tomar consciencia de los cambios respecto a lo que sentió hace unos momentos.

Ahora puede volver nuevamente. Descender ... 5 ... 4 ... 3 ... 2 ... 1 ... a una pradera o a una playa, o tal vez a una montaña boscosa. En este estado puede viajar ... con su mente ... a cualquier estado ... adonde usted quiera ... Puede explorar... (Adaptado de Alman y Lambrou, 1994, pág. 130).

3.6.11.Regresión de edad.

La regresión suele usarse en la hipnoterapia para recuperarse de una situación traumática del pasado, permite que el sujeto vaya hacia atrás en el tiempo para revisar ambientes e incidentes en etapas anteriores de su vida. Después de haber rastreado un problema hacia su fuente, es más fácil determinar en que áreas se necesita tratamiento. Durante la inducción, un sujeto puede revivir una escena de un modo inmediato o puede considerar al acontecimiento del pasado desde su perspectiva presente (Hadley y Staudacher, 1994). Una vez que el paciente ha recuperado un recuerdo perdido o ha surgido en el un material importante. Lo más conveniente será pedirle que olvide todo lo ocurrido (Wolberg, 1968). A continuación de presentan algunos ejemplos:

"Concéntrese ahora cuidadosamente sobre lo que tengo que decirle. Voy a sugerirle que retroceda en el tiempo, hacia el pasado. Usted tendrá la sensación de encontrarse realmente viviendo en los diferentes periodos que le voy a sugerir. Comencemos por el día de ayer. ¿Qué es lo que hizo usted en la mañana de ayer? ¿Cuál fue su desayuno? ¿Qué es lo que almorzó? Ahora vamos a proseguir retrocediendo hasta el día que vino a verme por primera vez. ¿Puede usted volver a verse en esa situación de conversar conmigo? ¿Cómo se sintió? Descríbalo. ¿Cómo estaba usted vestido? Ahora escuche atentamente. Estamos volviendo a un periodo en que usted era muy pequeño. Se está volviendo pequeño. Se está poniendo cada vez más y más pequeño. Sus brazos y sus piernas se hacen más cortos. Yo soy

una persona a quien usted conoce y que le inspira simpatía. Usted está en la edad entre diez y doce años. ¿Puede usted imaginarse eso? Describa lo que ve. Ahora se está volviendo aún más pequeño. Se está poniendo muy, muy pequeño. Sus brazos y sus piernas se están encogiendo. Su cuerpo se está encogiendo. Está usted retrocediendo a una época en que era pequeño. Muy pequeño. Ahora es usted un chico pequeñísimo. Esta volviendo a la época en que fue por primera vez a la escuela. ¿Puede usted verse así? ¿Quién es su maestra? ¿Qué edad tiene usted? ¿Cómo se llaman sus amigos? Ahora es usted más pequeño aún. Mucho, mucho más pequeño. Está en brazos de su madre. ¿Se está imaginando usted ahora en compañía de mamá? ¿Cómo está ella vestida? ¿Qué es lo que está diciendo?" (Wolberg, 1968, pág. 288).

"Puede averiguar si es seguro y valioso para usted conocer la causa del problema. Interrogará a su subconsciente y obtendrá una señal que nos diga que deberíamos o no deberíamos regresar a la escena que preparó el escenario para su problema. Si está bien entrar en el pasado para saber más acerca del problema, permítase hacer una respiración profunda..."

Cuando haya llegado a estar completamente relajado, centre su atención en los dedos de sus manos. Repita la palabra si... si... si... una y otra vez hasta que advierta cuál es su dedo para indicar <<si>>. Siga pensando la palabra si y pronto advertirá un pequeño tirón o crispamiento espasmódico o sensación en uno de sus diez dedos: ese será su dedo <<si>>..."

Ahora repita la palabra no una y otra vez,, mientras espera atentamente cualquier sensación, crispamiento espasmódico o movimiento en otro dedo. Ese será su dedo <<no>>..."

Quiero que vaya hacia atrás en el tiempo, hasta la escena que preparó el escenario para su problema. Cuando vaya hacia atrás en el tiempo, su subconsciente hará el trabajo. El subconsciente registrará su memoria como si fuese una caja de archivo. Usted no tiene que pensar o recordar; su subconsciente puede hacer todo el trabajo. Si ve una experiencia inquietante del pasado, no trate de revivirla. Mirela desde el tiempo presente. Mire hacia atrás como si estuviese viendo una película. Simplemente siga yendo hacia atrás, atrás, atrás hasta la escena que preparó el escenario para su problema. Cuando su subconsciente pueda ver la escena que preparó el escenario para su problema, su dedo <<si>> se levantará..."

Su subconsciente hará todo el trabajo. Quiero contarle una historia que podría gustarle. Y mientras escucha, su subconsciente seguirá trabajando, examinando más y más el pasado. Pero puede relajarse y escuchar el relato. Y cuando su subconsciente conozca la escena que preparó el escenario para su problema, su dedo <<si>> se levantará..."

En un momento voy a pedirle que examine esa escena, la escena que preparó el escenario para su problema. Verá la escena completa, como si fuese una película, desde el inicio hasta el final. Verá desarrollarse toda la escena. Verá la acción, oír lo que se dijo. Cuando

comience la escena , lo indicará alzando su dedo <<si>>. Y cuando la escena haya terminado, cuando haya observado y oído todo, su dedo <<si>> volverá a levantarse. Ahora siga adelante y comience la escena. Puede indicar que está comenzando la escena levantando su dedo <<si>>...

En un momento voy a contar hasta tres. Cuando cuente hasta tres puede relatarme lo que vio y lo que oyó. Cuando cuente hasta tres puede empezar a describirme la escena. Puede hablar, puede decir lo que vio y oyó cuando yo cuente hasta tres...." (Hadley y Staudacher, 1994, págs 242 a 244).

3.6.12. Señalamientos ideomotores (ideodinámicos).

La señalización ideodinámica es un método pragmático particularmente útil para develar acontecimientos traumáticos reprimidos y los sentimientos de angustia a ellos asociados, relacionados con los problemas psicológicos y psicosomáticos actuales, se pueden entender como preguntas al inconsciente. Básicamente consiste en que los pacientes desarrollan señales digitales de "sí" y "no", como por ejemplo el movimiento de determinado dedo para indicar "sí" y el movimiento de otro de los dedos para indicar que "no". Lo que se pretende principalmente con esta técnica es una disociación del paciente para tener acceso rápidamente a información oculta que puede no estar disponible a un nivel de funcionamiento verbal o consciente, y por consiguiente, permite al paciente redefinir sus problemas psicosomáticamente. Sin embargo, el terapeuta tiene que ser muy observador, puesto que las señales no siempre son fácilmente identificables (Hawkins, 1998). A continuación se presenta un ejemplo del empleo de dicha técnica:

"... y cuando su mente inconsciente sepa que tiene los recursos para solucionar los problemas tal y como lo hizo en el pasado entonces moverá uno de sus dedos... puede que primero lo note como una sensación o un modo distinto de sentimiento... tal vez como un hormigueo o como una sensación de calidez, incluso como un tic... simplemente espere a que pase... y permitiendo que el dedo se mueva fácilmente por sí mismo (...) siga diciéndose a sí mismo la palabra "sí" sintiendo dicho "sí" en su cuerpo así como pensando e imaginando ese mismo "sí" en su mente... y cuando su mente inconsciente pueda identificar cual es el dedo que exprese "sí"... simplemente deje que ocurran de un modo natural cualesquiera cambios que se produzcan en su mano, y tal vez note que puede permitir que se desarrolle una sensación en uno de sus dedos que puede convertirse en un movimiento... etc." (Hawkins, 1998, págs. 78 y 79).

3.7. La reorientación.

Según Meares (1961), al hablar de hipnoterapia se acepta la voz "despertar" con el significado del retorno del estado de hipnosis al de vigilia "normal", aplicada de esta manera la palabra no implica que el sujeto haya estado dormido. Sin embargo, otros autores como Abozzi (1997), no aprueban dicho término, que según estos contribuye a insinuar a los profanos que la hipnosis es un sueño; es por esta razón que es preferible utilizar el término "reorientación".

Existen diversas maneras de finalizar la experiencia de la hipnosis, entre ellas se encuentran, las técnicas de contar, las técnicas naturales o las de inversión de los métodos de profundización.

⇨ Técnica de contar.

Es un procedimiento muy útil cuando se utiliza junto con sugerencias verbales y no verbales de despertar; se pueden emplear sugerencias simples como: *"Cuando yo cuente hasta cinco se despertará usted completamente, y estará calmado y tranquilo: uno, dos, tres, cuatro, cinco; ahora abra los ojos estará completamente despierto"*. Este procedimiento resulta eficaz en la mayoría de los clientes que no han logrado una hipnosis muy profunda. Puede utilizarse también un procedimiento más complicado: *"Cuando cuente hasta diez, usted despertará completamente tranquilo y descansado. Cada número que yo cuente irá usted despertando progresivamente; cada vez más, cada vez más. Uno, ahora empiece a despertar; dos, sigue usted despertando; tres, ya está usted más despierto; ... diez, ahora se abren sus ojos y está usted totalmente despierto"*. Existen diversas variaciones de este método pero todas ellas siguen la misma estructura básica (Meares, 1961).

⇨ Técnicas naturales.

Esta técnica permite que cada persona se reoriente según su propio ritmo interno y aunque parezca un método simple es preciso aplicarlo en una forma adecuada. Así pues, se le puede sugerir al cliente con un tono de voz cada vez más vivo: *"Bien, (nombre), dentro de unos instantes, comenzaré a reorientarlo, para ello deberá de tomar contacto con lo que le rodea, siguiendo su propio ritmo"*. Conviene intercalar algunas sugerencias de bienestar: *"Cuando esté completamente reorientado y despierto, se dará cuenta de que se siente bien, alegre, con fuerzas (pausa de 5 segundos). Ahora, (nombre), puede comenzar a reorientarse (con voz firme y bien audible)"* (Abozzi, 1997).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

❖ **Invertir el método de profundización.**

Consiste básicamente en invertir el orden de las sugerencias empleadas para entrar al estado hipnótico, así pues, si la persona utilizó una visualización de bajar por un elevador o una escalera, o fue siguiendo un conteo descendente o ascendente, lo único que tiene que hacer es invertir el proceso. Se tiene por ejemplo: *"mientras cuenta al revés, sugiérase que se esta volviendo más y más alerta. Se sentirá magníficamente, renovado y muy despierto cuando salga, e imagínese a sí mismo sintiéndose así"* (Shames y Sterin, 1999). *"Mientras sigue experimentando las sensaciones de este estado de profunda relajación, imagine que vuelve a estar delante del ascensor de antes (...) Entre en el ascensor y pulse el botón de la planta superior, las puertas se cierran y un pequeño brinco le indica que está subiendo (...). Ya estamos, las puertas se abren y usted puede salir, está bien despierto y, poco a poco, puede abrir los ojos y sonreír"* (Abozzi, 1997).

Si el sujeto no se reorienta con las técnicas normales, el problema no tiene tanta significación como aparentemente refleja, nunca se ha dado el caso de un sujeto que no haya vuelto al estado de vigilia. La única molestia estriba en que para reorientarse puede lo mismo demorarse unos minutos que unas horas. Parra (1984), menciona tres razones por las cuales el sujeto puede permanecer en el estado hipnótico: apatía, hostilidad ante el hipnólogo y actitud desafiante ante éste. Otra razón según Abozzi (1997), sería que el sujeto se encuentre en un estado de trance sumamente profundo y que se sentían tan bien que querían continuar un poco más a pesar de haber escuchado las sugerencias que las invitaban a "salir".

3.7.1. Sugestión poshipnótica.

Dado que la hipnoterapia se utiliza con algún propósito en específico y no simplemente de manera ociosa, se deben de utilizar las sugerencias poshipnóticas para el logro de metas particulares, dichas sugerencias están dirigidas a cambiar la forma en la que el cliente actúa, siente, responde o piensa después de haber estado en hipnosis, la naturaleza de las sugerencias poshipnóticas que pueden ser administradas están limitadas solamente por la imaginación del hipnoterapeuta (Abozzi, 1997; Alman y Lambrou, 1994; Rhue, Lynn y Kirsch, 1993). Estas sugerencias permiten posponer las conductas nuevas o el entendimiento adquirido durante la hipnosis para el contexto deseado, en palabras de Yapko (1999, pág. 101), *"Las sugerencias poshipnóticas son una parte necesaria del proceso terapéutico si el cliente aporta nuevas posibilidades a las experiencias futuras"*. Sin ellas, el aprendizaje adquirido durante la sesión de hipnosis es probable que quede limitado al estado hipnótico en sí. Estas sugerencias son útiles para asegurarse que la respuesta deseada quedará integrada en la vida cotidiana de la persona, reemplazando respuestas disfuncionales o ausentes.

Si no fuese por las sugerencias poshipnóticas, el valor terapéutico de la hipnosis sería casi despreciable. Algunas veces, estas sugerencias se ejecutan

fielmente aún cuando sólo se haya conseguido un trance de profundidad media o relativamente ligera, a pesar del hecho de que el sujeto recuerde las instrucciones que se le han dado; sin embargo, necesariamente tiene que ser muy sugestionable (Hartland en García de la Cadena, 1995). Un motivo por el cual funcionan las sugerencias poshipnóticas es que el inconsciente utiliza los recuerdos y éxitos pasados, el hecho de que funciona ha sido demostrado incontables veces en la investigación clínica; de hecho en cuanto más se repite la sugestión en varias sesiones, ésta será más efectiva (Alman y Lambrou, 1994).

Otra ventaja adicional de las sugerencias poshipnóticas, es que se pueden usar para facilitar el trabajo hipnótico futuro ofreciendo las sugerencias de que en futuras sesiones el cliente podría entrar en la hipnosis con más rapidez y profundidad. Esta técnica también llamada "refracción" puede utilizarse también para guiar a la persona hacia adentro y hacia fuera de la hipnosis varias veces en la misma sesión (Yapko, 1999). Es posible establecer una clave o una señal poshipnóticamente para comenzar la experiencia hipnótica rápidamente, por ejemplo:

*"...Estableceremos una clave o señal que seguirás para ser hipnotizado instantáneamente. Podemos usar alguna palabra o frase que te guste. Es una palabra o frase particular que pueda simbolizar esta experiencia para ti... o tal vez prefieras que yo sugiera la frase [El cliente o el terapeuta selecciona una frase.] ¡De acuerdo! Desde ahora las palabras **hipnosis ahora** serán una señal para entrar en hipnosis. Pero solo funcionarán cuando yo diga estas palabras, y cuando tu quieras ser hipnotizado. Cuando quieras entrar en hipnosis y yo diga las palabras **hipnosis ahora** inmediatamente entrarás profundamente en la experiencia hipnótica..."* (Rhue, Lynn y Kirsch, 1993, págs 16 y 17).

En este capítulo se presentaron sólo algunas de las principales técnicas hipnóticas conocidas hasta el momento, por cuestiones de espacio no es posible ahondar más en otras, pero la persona interesada en el tema encontrará en Procter (2001), una descripción detallada de las técnicas naturalistas, de utilización y de sorpresa de M. Erickson; en Kroger (1972), algunas de las técnicas clásicas como la del péndulo o la de la sobrecarga; en Grinder y Bandler (1993) técnicas de espejo, de respiración y de ruptura de esquemas.

Existen un sinnúmero de técnicas hipnóticas, las aquí expuestas sólo representan algunas de las más relevantes y conocidas en el ámbito clínico, y que si bien sirven para inducir el estado hipnótico, algunas también sirven para trabajar terapéuticamente con el paciente; ya que es esta última función la más relevante del trabajo clínico, sobre todo por la utilidad que representan las sugerencias dadas durante el proceso hipnótico, así como las sugerencias poshipnóticas

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

empleadas adecuadamente. En este sentido, es que diferentes aproximaciones terapéuticas pueden utilizar la Hipnosis Clínica con resultados óptimos, adecuándola a los principios teóricos que establecen y obteniendo beneficios en diferentes casos de intervención.

CAPITULO IV

EL PAPEL DE LA HIPNOSIS Y LA HIPNOTERAPIA EN LA PSICOLOGÍA CLÍNICA

4.1. La Psicología Clínica.

Según Pérez (1982), la Psicología Clínica es un área aplicada de la Psicología General, que se ocupa de buscar, instrumentalizar e implementar los principios que lleven a una comprensión del carácter único de una persona (llámese cliente, paciente, consultante, etc.) que se encuentra en dificultades, y cuyo objetivo fundamental es reducir el malestar emocional que esa persona experimenta, ayudándola a funcionar de una manera más satisfactoria y adecuada tanto para sí misma como para las personas que constituyen su marco de referencia social. Esta disciplina nació junto con el siglo XX, pero su desarrollo ha sido particularmente acelerado en la década de 1950 a la fecha; estimulando tanto para el interés de la sociedad en encontrar respuestas apropiadas a sus necesidades, como por el propio avance de la Psicología, que ha abierto múltiples y novedosas vías de acceso a la interpretación y el manejo de los problemas del comportamiento humano.

La psicoterapia profesional según la mayoría de los autores, comienza con la aparición de la primera obra de envergadura de Sigmund Freud, la *Interpretación de los sueños* (la primera edición es de 1900), o la publicación de Freud y Breuer acerca del famoso caso de Anna O. (acerca del mecanismo psíquico de los fenómenos histéricos, en 1893), o el año 1895, que corresponde a *Estudios sobre la histeria*, en donde se expone aquel caso junto con otras observaciones. Estos escritos son el acta de nacimiento de un abordaje psicoterapéutico que pronto habría de difundirse con el nombre de "psicoanálisis", tanto que en las primeras décadas del siglo XX "psicoterapia" y "psicoanálisis" freudiano se solían considerar idénticos (Kriz, 1990).

Históricamente Pérez (1982), considera que han existido cuatro generaciones de psicólogos clínicos, estando cada generación delimitada por algún suceso importante, en especial por las dos guerras mundiales.

❖ La primera generación es aquella que sufre grandes influencias históricas, sociales y científicas al final del siglo XIX, al lado de las bases experimentales dadas por Wundt con su laboratorio de Leipzig en 1879, la influencia de Darwin de su teoría que ejerció sobre Freud y Galton; a través de la cual trataran de fundamentar la existencia de diferencias individuales; el desarrollo de la medicina impulsa el desarrollo de la psiquiatría y las proposiciones médicas acerca de las explicaciones de los desórdenes mentales no pueden dejar indiferentes a aquellos que se preocupan por el estudio del comportamiento "normal". En este período que va de 1890 hasta la época de la Primera Guerra Mundial aparecen W. James, Galton, Cattel, Binet, Hall y Witmer. Cabe destacar que Hall fue el fundador de la

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

A.P.A. en 1892. L. Witmer estudio con Wundt obteniendo su doctorado en Psicología en 1892, siendo así el creador y propulsor del nombre de Psicología Clínica, así como el primero en dar un curso formal del tema y fundar la primera clínica psicológica.

❖ A partir de la Primera Guerra Mundial, se agudizan los conflictos entre médicos y psicólogos, a causa de las definiciones de los roles y estatus respectivos; pero más importante es la aparición de diversos enfoques psicológicos que se confrontan – gestaltismo, conductismo, psicoanálisis, etc.- que sientan las bases y la aparición de una psicología sólidamente estructurada. Por otra parte, la influencia freudiana se hace decisiva imponiendo en todo el occidente sus ideas sobre el origen psicológico de las anomalías comportamentales, esta generación de psicólogos puede considerarse como la segunda.

❖ En la Segunda Guerra mundial, la necesidad de seleccionar personas más adecuadas para tareas militares, así como la imposibilidad del cuerpo médico para atender innumerables casos de “neurosis de combate”, reacciones histéricas producidas por el miedo, traumatismos psicológicos; llevaron provisionalmente a los psicólogos a entrar a trabajar a un campo que hasta ese momento les estaba vedado: el de la Psicoterapia, surgiendo una tercera generación. Esto permitió que se reconociera oficialmente a los psicólogos su actitud para intervenir y no sólo se percataron que pudieron hacerlo sino además estaban mejor preparados que los psiquiatras para manejar ciertas situaciones. De algunas funciones que se consideraban características del trabajo del psicólogo clínico, -diagnóstico, evaluación, intervención e investigación- el diagnóstico se mantuvo en primer lugar hasta 1960.

❖ La cuarta generación es aquella que se ha formado durante las últimas décadas del siglo XX; y quizá la característica más sobresaliente es el deseo de liberarse definitivamente de los viejos esquemas médicos, que situaban al psicólogo en una posición subalterna.

Al tiempo que fue evolucionando la profesión del psicólogo clínico, y éste fue ganando su propio espacio en el campo de la salud, la propia Psicología fue creciendo como ciencia y tomando diferentes direcciones teórico-metodológicas en la explicación del comportamiento humano. A este respecto Abraham Maslow (ver Goble, 1977), alrededor de la década de 1950, distinguió dos teorías o “Fuerzas” que predominaban en EE.UU. la profesión psicológica: El Psicoanálisis, representado por S. Freud; y el Conductismo, representado por J. B. Watson. Maslow propuso la “Tercera Fuerza” o “Psicología Humanista”, con el propósito fundamental de desarrollar una nueva imagen del ser humano, partiendo de la premisa de que éste está motivado por cierto número de necesidades jerárquicas para llegar a su autorrealización.

Así entonces, es que el psicólogo clínico fue adquiriendo su propio estatus con respecto a otros profesionales del área de la salud, y se ha ido integrado cada vez más en los nuevos esquemas sociales que plantea el siglo XXI, y que exigen

por parte de éste, una mayor y mejor interdisciplinaridad para enfrentar los nuevos retos y las problemáticas que surge en las sociedades industriales y posmodernas; y que están marcados por criterios de eficiencia y competencia. Sin embargo, en México existe una desvinculación entre las necesidades reales de la sociedad y la formación profesional de los psicólogos, en específico, el psicólogo clínico no alcanza a cubrir las necesidades de salud de la gran mayoría de personas (para ahondar sobre este punto ver López en Lara et al, 1996).

Amplia es la gama de problemas que pueden atenderse aunque el psicólogo clínico se especialice en unos o varios: problemas sociales e interpersonales, trastornos sexuales, dificultades conyugales, problemas de lenguaje, asistencia escolar y vocacional, perturbaciones comportamentales, asociados a la delincuencia, alcoholismo y farmacodependencia y trastornos asociados a disfunciones cerebrales. Así mismo, el tipo de personas puede variar desde infantes con daño cerebral, hasta el anciano desmotivado y sin esperanzas, pasando por los preescolares, escolares, adolescentes, jóvenes y adultos, parejas, familias. También las actividades del psicólogo clínico son diversas, e incluyen entre otras cosas a la docencia, la investigación, la práctica terapéutica, etc. Y sus funciones varían del diagnóstico clínico a la elaboración de planes de estudio, de la intervención terapéutica a la publicación de reportes de investigación.

4.2. La Hipnosis y la Psicología Clínica.

En los siglos XIX y XX, importantes avances médicos fomentaron la creencia en las raíces orgánicas de la enfermedad mental. El descubrimiento del microorganismo que causaba la parésia general, fue especialmente importante a este respecto. Los científicos estaban convencidos que terminarían por encontrar las causas orgánicas de todos los trastornos mentales. Sin embargo, el mesmerismo y más tarde la hipnosis apoyaron otro punto de vista; el descubrimiento de una relación entre la hipnosis y la histeria corroboró la creencia de que procesos psicológicos podían producir perturbaciones emocionales (Sue, Sue y Sue; 1996).

La hipnosis dentro de la Psicología Clínica adquirió gran aceptación durante la Primera y Segunda Guerra Mundial, cuando se descubrió que era una manera muy exitosa de tratar el shock del bombardeo y otros traumas emocionales de los soldados (Shames y Sterin, 1999). Los psiquiatras militares recurrieron al hipnotismo para acortar y reforzar el tratamiento de ciertas fobias y otras neurosis (García en Gil y Buela-Casal, 2001).

Es, sobre todo, a partir de mediados del siglo XX cuando se vuelve con fuerza a las investigaciones sobre hipnosis y se le va reconociendo su valor como importante instrumento terapéutico. En 1955 el parlamento inglés prohibió a los titiriteros transformar en un número de circo, que no dejaba de tener cierto peligro, un método terapéutico cuyo alcance era aún desconocido; pero del que ya se conocían saludables aplicaciones. En este mismo año la *British Medical*

TESIS CON
FALLA EN ORIGEN

Association (Asociación Médica Británica) aprueba el tratamiento con hipnosis en odontología y obstetricia y decide respaldar la practica de la hipnosis en la educación médica universitaria (García en Gil y Buela-Casal, 2001; Shames y Sterin, 1999). En 1958 la *American Medical Association* reconoce oficialmente el valor terapeutico del hipnotismo y el *Council of Medical Health of American Medical Association* recomienda la inclusión de la hipnosis en los programas de estudios de las Facultades de Medicina. En 1959 se publica la primera escala para medir la susceptibilidad a la hipnosis y la edita la Universidad Stanford. En 1962 la Universidad de Harvard publica a su vez otra escala. En 1991 el Gobierno de Israel prohíbe la hipnosis como espectáculo público. En 1992 se celebra el XII Congreso Internacional de Hipnosis en Jerusalén (García en Gil y Buela-Casal, 2001).

Hoy existen en todo el mundo civilizado asociaciones científicas cuya finalidad es la formación, el desarrollo, la enseñanza y la aplicación de la hipnosis como una técnica más dentro del ámbito de la medicina y la psicología, es decir, dentro del ámbito completo de todo lo relativo al hombre. Además, en palabras de García Cueto (en Gil y Buela-Casal, 2001, pág. 41) "la hipnosis ha entrado por la puerta principal como una materia de pleno derecho en el ámbito científico, es decir, formando parte del *corpus* teórico académico de muchos profesionales de las ciencias sociales, del comportamiento y de la salud". Por su parte, comenta Hawkins (1998), que en la actualidad, la hipnosis clínica está en ascenso, estando su uso bien establecido en cuanto al tratamiento psicoterapéutico, médico y dental.

Oakley et al (citados por Hawkins, 1998), enumeran una serie de propiedades de la hipnosis clínicamente relevantes para la psicoterapia:

- ❖ Incrementa la sugestibilidad o al menos una mayor disposición para aceptar sugerencias de un modo menos crítico.
- ❖ Mejora la capacidad para imaginar y actuar desempeñando diferentes papeles, de tal modo que los sucesos imaginados son experimentados como reales.
- ❖ Mayor acceso a los recuerdos de la infancia, aunque no proporciona un regreso literal a una etapa más temprana del desarrollo cognitivo.
- ❖ Reduce la facultad de comprobar la realidad. Produce una mayor tolerancia respecto de las incongruencias lógicas –"la lógica de trance".
- ❖ Aumenta las respuestas de relajación, que pueden ser aprendidas y aplicadas en situaciones cotidianas.
- ❖ Incrementa la relación terapéutica.
- ❖ Incrementa la expectativa de un resultado positivo de la terapia.
- ❖ Aumenta la concentración de la atención y favorece la capacidad para desatender pensamientos y sentimientos extraños.
- ❖ Posibilita una oportunidad para crear, desarrollar y controlar experiencias disociativas.

En este sentido cabría citar las palabras de Araoz (1996, pág. 56) respecto

al empleo y la utilidad de la hipnosis como herramienta terapéutica:

"...Muchos clínicos, como yo, que no utilizamos la hipnosis inicialmente, hemos descubierto que los clientes cambian más rápidamente y de manera más radical con esta nueva herramienta y los cambios tienen una mayor duración (...) Para la mayoría de los clínicos, y muchos de nosotros que somos conversos de otros acercamientos o escuelas teóricas, la comparación del propio trabajo terapéutico antes y después de practicar la hipnosis es un argumento suficientemente fuerte a su favor. Más clientes han sido ayudados de manera más rápida y con efectos más duraderos con la hipnosis que antes que yo la utilizará. Aún más, el trabajo clínico se ha vuelto más estimulante, más creativo, más variado. Así que la hipnosis beneficia no sólo al cliente, sino también al clínico..."

Según T. X. Barber (1988), independientemente de la naturaleza específica de los procedimientos usados en psicoterapia, existen al menos seis efectos generales de las hipnosugestiones que catalizan las terapias:

- ❖ Un número considerable de pacientes con expectativas positivas acerca de la hipnosis, piensan que la psicoterapia es más interesante y pertinente cuando incluye hipnosis o autohipnosis como componente importante.
- ❖ Los mismos pacientes, es decir, aquellos con expectativas positivas hacia la hipnosis, también ven al terapeuta que utiliza la hipnosis como a un terapeuta mejor formado, más preparado y con más conocimientos que otros.
- ❖ Cuando los pacientes con expectativas positivas son expuestos a procedimientos que consideran claramente hipnóticos, sus expectativas y creencias sobre la eficacia de la terapia generalmente aumentan, y estas expectativas tienden a convertirse en profecías auto-cumplidoras (aquellos que esperan buenos resultados terapéuticos tienden a obtenerlos).
- ❖ Las cintas de hipnosugestiones que se dan a los pacientes para que las escuchen en privado en sus casas, tienden a aumentar su evaluación positiva de la terapia, independientemente de las palabras específicas que se utilizan en estas. Puesto que las cintas no son "compradas en una tienda", sino que expresan los sentimientos personales y sugestivos del terapeuta hacia el paciente, estos las consideran generalmente como regalos personales y significativos de parte de aquel. Consecuentemente, tienden a fortalecer el lazo de unión entre paciente y terapeuta, así como su relación de trabajo.
- ❖ Los aspectos mencionados tienden a converger en un beneficio importante: los pacientes expuestos a estos procedimientos generalmente están más motivados a permanecer en terapia, por lo que la proporción de abandono se reduce, teniendo el terapeuta una mayor oportunidad para ayudar al paciente.
- ❖ Cuando se usan procedimientos hipnosuggestivos generalmente se les pide a los pacientes que se recuesten, cierre los ojos y se relaje, con lo cual desde ese momento cabe esperar que se concentre en las sugerencias que

TESIS CON
FALLA LA ORIGEN

le serán dadas. Un efecto catalizador importante de la terapia que incluye tales procedimientos, es que a partir de ese momento, el terapeuta tiene la oportunidad de hablar a sus pacientes de forma muy personal y significativa, lo que es difícil de hacer de una conversación entre dos. A partir de ahí, los terapeutas pueden decir prácticamente cualquier cosa que consideren beneficiosa para los pacientes.

4.3. Perspectivas Terapéuticas e Hipnosis (Hipnoterapia).

Al igual que el concepto de hipnosis, el concepto de hipnoterapia resulta muy controvertido en la actualidad, ya que por un lado para la APA, la Hipnosis no es una forma de terapia por sí misma, ya que según esta institución existe un acuerdo difundido dentro del campo de la hipnosis que señala que más bien es un adjunto a la terapia, es decir, es una herramienta terapéutica que se puede utilizar en una variedad infinita de formas, y que no se alinea con ninguna orientación teórica o práctica. Y en un sentido amplio, es una parte de todas las psicoterapias y, por dicha razón, una parte de todas las interacciones en las que una persona se acerca a otra y le influye. Por tanto, lo que comúnmente se denomina hipnoterapia, generalmente consiste en la adición de alguna forma de psicoterapia reconocida al proceso hipnótico en sí (García en Gil y Buela-Casal, 2001; Kirsch, Capafons, Cardeña-Buelna y Amigó, 1999; Yapko, 1999).

Por otra parte, la perspectiva ericksoniana redefinió al trance hipnótico como un concepto que se aplica a un tipo especial de intercambio entre dos personas, y no al estado de una de ellas (Haley, 1980). Partiendo de esta perspectiva es posible pensar que la hipnosis está presente en una amplia variedad de situaciones, particularmente en las intensas involuciones terapéuticas. De hecho Zeig (en Robles, 1991), y Grinder y Bandler (1993), definieron a la hipnosis como un proceso comunicacional o como un modelo de comunicación, que no necesariamente emplea trance formal. En este sentido los hipnólogos ericksonianos definen su terapia hipnotica como Hipnoterapia utilicen o no técnicas hipnóticas formales (ver Robles 1990, 1991 y 1993), ya que para ellos la Hipnosis es un concepto mucho más amplio, y la Hipnoterapia es algo más que solo utilizar Hipnosis desde algún enfoque terapéutico. En palabras de Y. Aguirre (comunicación personal. Noviembre 4, 2002): *"La Hipnoterapia surge como tal a partir de Milton Erickson, los hipnólogos tradicionales utilizaron técnica hipnótica a partir de sus enfoques, pero no crearon la Hipnoterapia"*. Esto parece sugerir que la Hipnoterapia, desde esta perspectiva, es algo más que solo utilizar técnicas hipnóticas y que no puede considerarse Hipnoterapeuta aquel que así lo hace.

Como sea, el objetivo de esta tesis es mostrar una panorámica general del campo de la Hipnosis Clínica, y no que perspectiva o definición es la correcta, ya que esto rebasa los límites y alcances de este estudio. Así que el término Hipnoterapia o Hipnoterapeuta, se empleará en el texto de acuerdo a como lo utilicen los autores revisados, pero se utilizará el termino Hipnosis Clínica en cualquier otro caso.

Finalmente, como menciona Yapko (1999), Las aplicaciones de la hipnosis son tan diversas y tan creativas como el número de clínicos que trabajan con ella. No existe ningún problema humano que se pueda resolver en todas las personas mediante una fórmula única; es necesario individualizar el tratamiento y normalmente eso significa adaptar patrones generales de intervención a las necesidades específicas del cliente, que oscilan entre relativamente simples y muy complejos y sutiles.

A continuación, se presentará una panorámica general del empleo de la Hipnosis desde diversas perspectivas terapéuticas:

4.3.1. Enfoque Psicodinámico.

No podría dejarse de la lado el papel que la hipnosis ha tenido dentro del enfoque Psicodinámico, puesto que ha Freud, el creador del psicoanálisis, el aplicar la hipnosis le permitió descubrir los procesos inconscientes que serían fundamentales de su nuevo enfoque. Esto fue, como ya se había mencionado, gracias al trabajo que realizó con Breuer –quien ya utilizaba la hipnosis-, y al trabajar conjuntamente con pacientes histéricos (Kriz, 1990).

El término dinámico en este enfoque, hace referencia al concepto de <<fuerza>>. Freud creó un modelo dinámico del funcionamiento mental, basado en el principio de que dentro del individuo hay una serie de fuerzas en conflicto y que los pensamiento, las emociones y la conducta, tanto la adaptativa como la psicopatológica, son el resultado de estas fuerzas en conflicto; para Freud, dichas fuerzas están representadas por el Yo el Ello y el Superyo (Yalom, 1984).

Entre los conceptos psicodinámicos más importantes se incluyen los siguientes (Hawkins, 1998):

- 1) La influencia del pasado del individuo sobre su funcionamiento actual.
- 2) La importancia de la mente inconsciente a la hora de determinar como funciona una persona en un plano psicosomático.
- 3) La represión de "experiencias" traumáticas.
- 4) La somatización (histeria de conversión) del afecto negativo reprimido.
- 5) La dinámica inconsciente.
- 6) La resistencia.
- 7) El desarrollo de estrategias de afrontamiento para enfrentarse a la "dinámica" reprimida.

En las dos primeras décadas del siglo XX, Freud (citado por Kriz, 1990) en su libro "La Interpretación de los Sueños", presentó el modelo inicial de la diferenciación del aparato psíquico en sistemas parciales, mismo que distinguió en:

Inconsciente: el cual es un enorme depósito de memorias, temores, esperanzas, deseos, impulsos, pensamientos infantiles y presentes que rara vez penetran en la consciencia, los cuales suelen ser inferidos y no observables (Price, 1981).

Preconsciente: lo conforma la información que puede ser traída a la conciencia en cualquier momento, abarcando ya sean sucesos, pensamientos, ideas y recuerdos que escapan a la consciencia pero que son accesibles (Kriz, 1990; Price, 1981).

Consciente: denota la experiencia inmediata (Price, 1981).

La psicopatología se concibe como un producto de la represión y de la disociación y la terapia está diseñada para revelar las dinámicas reprimidas y permitir que el paciente obtenga un insight relativo a los acontecimientos formativos (causantes) experimentados en los planos fisiológico, afectivo y cognitivo (Hawkins, 1998).

La teoría psicoanalítica sugiere que la hipnosis es un estado de represión parcial en el que el paciente carece de los controles que están presentes en la consciencia normal de vigilia y, por lo tanto, a que él actúe impulsivamente y se dedique a la producción fantasiosa. La idea es que la hipnosis causa una regresión en el proceso de pensamiento hacia una etapa más infantil donde las fantasías y las alucinaciones durante la hipnosis son indicadores de un modo primitivo de pensar no censurado por niveles superiores de control (Gill citado por Hawkins, 1998), puesto que Freud identificó dos modos distintos del funcionamiento mental: 1) funcionamiento del proceso primitivo, típico del pensamiento de la infancia temprana el cual es preverbal, imaginario, altamente móvil, fluido y todo puede pasar; y 2) funcionamiento del proceso secundario, el cual es maduro, lógico, secuencial, analítico, crítico y se basa en la realidad (Eisen en Rhue, Lynn y Kirsch, 1993).

La incidencia de una gran cantidad de trastornos a causa de la Primera Guerra Mundial ocasionó una revitalización eventual del interés por la hipnosis. J.A. Hadfiel utilizó la regresión freudiana permitiendo a los soldados que revivieran bajo hipnosis sus experiencias de guerra, y acuñó el término "Hipnoanálisis" (Hawkins, 1998).

El hipnoanalista usa las mismas técnicas de inducción y profundización que son empleadas por otros hipnoterapeutas; después de que el trance ha sido inducido, los métodos y las técnicas de la hipnosis y del psicoanálisis son hábilmente combinadas (Fromm en Wester y Smith, 1984; Wolberg, 1968).

Los psicoanalistas clásicos emplean principalmente cuatro técnicas, de las cuales todas pueden ser usadas en el hipnoanálisis. Dichas técnicas son las siguientes (Fromm en Wester y Smith, 1984):

1. Asociación Libre: El hipnoanalista la utiliza de manera similar al psicoanalista, excepto que en el estado hipnótico más frecuentemente que en el estado de vigilia las asociaciones aparecen en forma de imaginaria. El paciente es alentado a darse cuenta de todas las diferentes imágenes, pensamientos y asociaciones que van a través de su mente sin tomar en consideración si estas hallan aparecido o no para hacer una conexión lógica entre imágenes y pensamientos sucesivos. Algunas veces en hipnosis, el paciente es interrogado sólo para que éste se de cuenta de las imágenes y asociaciones hechas por él mismo.

2. Defensas y Resistencias[▼]: estas son una parte esencial del psicoanálisis; el paciente es más vulnerable en hipnosis que en estado de vigilia, por lo tanto, las defensas deben ser tomadas muy cuidadosamente de manera gentil y respetuosa, ya que las defensas no serán penetradas rápidamente. En hipnoanálisis, la interpretación de la resistencia no es necesariamente perseguida tan celosamente como en el psicoanálisis. El terapeuta debe de notar cuando el paciente se resiste y buscar una manera de expresarse terapéuticamente a fin de que el paciente no necesite resistirse; si el paciente tiene un fuerte deseo de cooperar con el hipnotista y complacerlo, las resistencias no son frecuentes como lo serían en el psicoanálisis en estado de vigilia.

3. Transferencia: la transferencia es un término usado en el psicoanálisis para indicar que el paciente siente irrealmente algo por su terapeuta del mismo modo como lo sintió con una figura significativa de su infancia. Existe la transferencia positiva y la negativa, cuando esta es positiva, el paciente siente amor por su terapeuta y lo idealiza; si es negativa, el paciente siente odio; ambas son parte del trabajo terapéutico. Mientras que los sentimientos de transferencia son muy fuertes en el psicoanálisis, estos son aún más fuertes en hipnoterapia e hipnoanálisis; la hipnosis tiende a traer al centro de la atención más rápida y profundamente que ningún otro tipo de terapia, los conflictos y problemas reprimidos del paciente.

4. La interpretación de los sueños: Freud llamó al sueño nocturno "La senda real para el inconsciente". En la interpretación de los sueños hay un contenido manifiesto que es el que el soñador vio, escuchó o hizo en el sueño; y uno latente, el cual consiste en los procesos de pensamiento inconsciente y preconscious. De acuerdo con Freud, los sueños representan "un proceso primario de realización del deseo" el cual está interferido por el "censor del sueño", que es la consciencia. Según Freud, la fuerza de motivación del sueño es el instinto el cual fuerza para la expresión y gratificación de este mismo, creando un conflicto para la conciencia. En la interpretación de sueños, el hipnoanalista trabaja diferente al psicoanalista ya que:

[▼] Las resistencias, desde la perspectiva ericksoniana tienen una connotación totalmente distinta, ya que la resistencia es vista como una forma de cooperación por parte del sujeto, que puede ser utilizada para favorecer la inducción hipnótica; la persona interesada en el tema, puede encontrar en Méndez (1994, pp. 27-38), un artículo de J. Abia que trata más a fondo el tema

1. El hipnoanalista puede hipnóticamente inducir sueños en una sesión hipnótica –sueños que el paciente reporta inmediatamente después que estos terminaron.

2. El hipnoanalista puede sugestionar al paciente para que este sueñe acerca de un conflicto o problema en particular, que el terapeuta considera puede ayudar a su solución.

3. Si el paciente no ha venido por una solución al significado de su sueño, el hipnoanalista puede preguntarle reinduciendo el sueño para que el paciente haga frente al mismo problema de diferente manera o nivel; el terapeuta puede animadamente decirle al paciente que encontrará una mejor solución.

4. El terapeuta puede también sugestionar al paciente para que este sea capaz de entender el simbolismo y significados de sus sueños más y mejor cada vez.

La hipnosis puede ser utilizada también por los terapeutas psicodinámicos breves, ya que estos a menudo son pragmáticos, eclécticos e integradores, tanto en el método como en las técnicas. Hawkins (1998), comenta que en general, los terapeutas psicodinámicos breves prestan atención a todos los dominios psicológicos del funcionamiento humano –cognitivo, conductual y afectivo-, así como a las dimensiones interpersonales de la interacción humana.

También es necesario destacar, que para la mayoría de los pacientes el trance profundo no es un punto central, ya que un trance ligero o moderado es suficiente para obtener mayores metas en hipnoterapia psicodinámica, entre dichas metas se encuentran el descubrimiento, la reestructuración y la integración de los aspectos de la personalidad reprimidos o negados. Si el trance no es profundo, el paciente es más capaz de interactuar verbalmente con el terapeuta, ya que muchos de los pacientes que entran en un estado de trance profundo tienen dificultad con la comunicación verbal, si éste fuera el caso el terapeuta puede necesitar recurrir a señalamientos ideomotores (Eisen en Rhue, Lynn y Kirsch, 1993).

La señalización ideo-motora puede utilizarse como un procedimiento que desvele el material inconsciente en un plazo de tiempo más breve que el resto de los enfoques psicoanalíticos tradicionales. Es también un enfoque excelente, según Hawkins (1998), para introducir con prontitud al paciente en el proceso de tratamiento, ya que literalmente pone el "control" en las manos del paciente, controlando el nivel de disociación, y por consiguiente, el grado de distanciamiento emocional, y de catarsis asociada.

La hipnosis puede también proveer oportunidades para los cambios cognitivos y perceptual que guían a nuevas oportunidades para el insight y la resolución de conflictos (Eisen en Rhue, Lynn y Kirsch, 1993).

4.3.2. Enfoque Cognitivo-Conductual.

De forma tradicional, los conductistas han descartado los eventos que no pueden ser observados y no han considerado importantes los procesos mediadores internos para la modificación de la conducta. Por su parte, el modelo cognoscitivo se basa en la suposición de que las personas en realidad originan sus propios problemas (y también sus síntomas) por la manera en que interpretan acontecimientos y situaciones (Sue, Sue y Sue, 1999).

El enfoque cognitivo-conductual surge como una evolución de la <<terapia de la conducta>> que fue introducida y empleada de manera relativamente independiente por tres grupos de investigación en los años de 1953 a 1959: en primer lugar, B. F. Skinner y sus discípulos de Harvard; después por J. Wolpe y sus alumnos de Johannesburgo; y H. J. Eysenck en el Maudsley Hospital de la Universidad de Londres. Ya para la décadas de 1960 y 1970 se introdujeron variantes en la terapia de la conducta, entre estas se pueden destacar los trabajos de Albert Bandura y Arnold Lazarus quienes introdujeron el "aprendizaje de modelos" y también la integración de aspectos cognitivos como la "Terapia Cognitiva" de Aaron T. Beck, además de otra variante autónoma denominada "Terapia Multimodal" de Lazarus que conjugó perspectivas muy diversas (Kriz, 1990). Además, puede destacarse el trabajo de Albert Ellis quien desarrolló la Terapia Racional Emotiva (TRE) (Sue, Sue y Sue, 1999).

Con respecto a los terapeutas cognitivos, los problemas emocionales no son causados por los eventos estímulo mismos, pero sí por el modo en que estos son interpretados. Por lo tanto, los disturbios emocionales son vistos como consecuencia de pensamientos ilógicos. La estrategia de la terapia cognitiva es aliviar el distress emocional por el aprendizaje de los clientes para interpretar los eventos de una manera más adaptativa y racional (Kirsch, en Rhue, Lynn y Kirsch, 1993).

Bajo el nombre de Terapia Cognitivo-Conductual se agrupan una variedad de técnicas terapéuticas; diversos procedimientos como las terapias de habilidades de afrontamiento, las terapias de resolución de problemas, el entrenamiento autoinstructivo y diversos procedimientos de autocontrol. Aunque existen diversas formas de poner en práctica la Terapia Cognitivo-Conductual, es posible identificar algunas características en común. Estas intervenciones usualmente son activas, de tiempo limitado y considerablemente estructuradas. Esta terapia está diseñada para ayudar al cliente a identificar, hacer pruebas de realidad y corregir las conceptualizaciones distorsionadas e inadecuadas y las creencias irracionales. Se exhorta al cliente a examinar los efectos de las cogniciones y creencias a través de las asignaciones de tareas específicas o de las experiencias graduales en vivo (Meichenbaum en Lynn y Garske, 1988).

El uso de la técnica hipnotica en la Terapia Cognitivo-Conductual es tan antiguo como la misma Terapia Conductual. Wolpe y Lazarus (citados por Kirsch en Rhue, Lynn y Kirsch, 1993), por ejemplo, reportaron el uso de las inducciones

hipnóticas tradicionales de relajación, en lugar de la relajación progresiva en cerca de un tercio de sus pacientes tratados con desensibilización sistemática. El uso de la hipnosis desde una perspectiva cognitivo-conductual provee un contexto en el cual los efectos de las intervenciones cognitivo-conductual pueden ser potenciados en algunos clientes.

Considerando que la relajación y la imaginación fueron la base de los inicios de la terapia conductual, y que actualmente continúan siendo componentes importantes del tratamiento cognitivo-conductual; es posible destacar la notable similitud entre el entrenamiento en relajación y las típicas inducciones hipnóticas tradicionales, ya que la relajación e imaginación son también la base componente de muchas intervenciones hipnóticas. Incluso, hay quienes afirman que todo lo que se necesita para transformar el entrenamiento en relajación, en una inducción hipnótica, es agregar la palabra "Hipnosis" (Kirsch, Capafons, Cardeña-Buelna y Amigó, 1999; Kirsch en Rhue, Lynn y Kirsch, 1993).

Dentro de la intervención cognitivo-conductual, la hipnosis cumple diversas funciones, Catena y Rodríguez (en Gil y Buela-Casal, 2001), distinguen cuatro aspectos relevantes de la misma:

- ❖ En primer lugar, la hipnosis cumple una función contextualizadora, es decir, sitúa al sujeto en una situación ideal, en la que el aprendizaje se simplifica y acelera, en la que alcanzar un nivel motivacional adecuado resulta sumamente fácil.
- ❖ La reducción de inhibiciones es otro aspecto notable a tomar en cuenta, ya que son precisamente éstas las que más dificultan a los pacientes la comunicación con el terapeuta, entretienen la realización de tareas imprescindibles para la superación del problema y bombardean la autoestima y la visión de autoeficacia.
- ❖ Una tercera ventaja de la hipnosis es que posibilita la consecución de resultados a corto plazo que, aun sin ser definitivos, actúan de una forma muy positiva como refuerzo sobre la percepción de éxito del paciente. Esto va a provocar una menor probabilidad de abandono de la terapia y un aumento motivacional, cuestiones que redundan en beneficio del paciente, acercándolo con mayor rapidez a la solución de su problema.
- ❖ La labor del terapeuta también se ve simplificada por las características beneficiosas de la hipnosis. El paciente se muestra más colaborador, menos reticente a las sugerencias del psicólogo; las tareas de evaluación, como autoinformes o diarios de autoseguimiento, se cumplen gracias a las sugerencias; la interferencia que llega del medio durante la sesión se ve notablemente reducida y la disposición atencional se focaliza en aquello que interesa al terapeuta para la intervención.

En general, las terapias conductuales llevadas a cabo bajo hipnosis resultan más efectivas y mucho más cortas que las realizadas con técnicas tradicionales de modificación de conducta. En este mismo sentido Kirsch, Montgomery y Sapirstein (citados por García en Gil y Buela-Casal, 2001), señalan que cuando la Terapia

Cognitivo-Conductual se aplica acompañada de hipnosis, en la mayoría de los procesos terapéuticos, el incremento de resultados positivos y de mejora para el paciente es, según los resultados más parsimoniosos, del 70 por 100. Además un campo en que la hipnosis unida a terapias cognitivo-conductuales se ha mostrado muy útil es el ámbito de la medicina psicosomática, y también el ámbito del aprendizaje y de la memoria.

4.3.2.1. Terapia Multimodal (TMM).

La Terapia Multimodal suele anar varias técnicas puesto que Lazarus, abogó por un "Eclecticismo Técnico", ya que consideraba que las personas son organismos "biológicos" (entidad neurofisiológico-bioquímico) quienes son "actuantes" (acción-reacción), "emocionales" (respuestas de experiencias afectivas), "sensitivas" (responde a estímulos auditivos, táctiles, olfatorios, gustativos y visuales), "imaginativas" (representaciones mentales) y "pensantes" (referente a sus creencias, valores y actitudes) y que además "interactúan" con otros (diversión, relaciones interpersonales, etc.) (Lazarus en Kirsch, Capafons, Cardeña-Buelna y Amigó, 1999).

Lazarus designó con las siglas "BASIC ID" los diversos ámbitos en los que pueden aparecer los problemas y que el terapeuta debe considerar en la medida de lo posible: Conducta (B-ehavior), Afecto (A-ffect), Sensación (S-ensation), Imaginación (I-magery), Cognición (C-ognition), y el campo de las Relaciones Sociales (I-nterpersonal Relations) y problemas en relación con Drogas (D-rugs); Lazarus partía del hecho de que muy rara vez está perturbado un solo ámbito, y por lo tanto, el terapeuta tiene que tomar en cuenta de continuo todos los aspectos (Ib idem).

Lazarus considera que las sugerencias hipnóticas juegan un papel importante al trabajar con ciertos pacientes para modificar significativamente sus conductas, para diferenciar estados de afecto; para aumentar sensaciones agradables mientras minimiza aquellas desagradables; intensifica representaciones positivas; atenúa creencias disfuncionales y reemplaza aquellas con ideas prudentes y perspicaces; para aumentar conductas asertivas y desarrollar habilidades sociales, y que marquen ellos mismos apego por actividades que promuevan la salud (como hacer ejercicios, llevar acabo una adecuada alimentación, tomar la prescripción de sus medicamentos, etc.) (Lazarus en Kirsch, Capafons, Cardeña-Buelna y Amigó, 1999).

Según Lazarus, la hipnosis en la Terapia Multimodal ocurre dentro de un contexto marcado por la relación especial entre sujeto e hipnotista, en donde las sugerencias dadas pretenden cambios en la cognición, la percepción, la memoria, y el afecto. Cuando los sujetos están hipnotizados, son capaces de aceptar temporalmente distorsiones de la realidad en cuanto a la percepción, la cognición y el afecto. La temprana experiencia de Lazarus con la hipnosis, alrededor de 1960-1966, principalmente en Sudáfrica, se enfocó en numerosas técnicas de

inducción, métodos para el trance profundo, procedimientos para la inducción de sugerencias poshipnóticas, el facilitamiento de autohipnosis y control del dolor (Lazarus en Kirsch, Capafons, Cardeña-Buelna y Amigó, 1999).

4.3.2.2. Terapia Racional Emotiva (TRE).

La premisa básica de la Terapia Racional Emotiva creada por Albert Ellis, es que gran parte, si no es que todo el sufrimiento emocional, es debido a los modos inadaptativos en que las personas construyen el mundo y a las creencias irracionales que mantienen (Meichenbaum en Lynn y Garske, 1988). De acuerdo con Ellis las respuestas irracionales desagradables que conducen al enojo, infelicidad, depresión, temor y ansiedad resultan de los pensamientos acerca de un evento más que al evento mismo. Estos pensamientos irracionales han sido condicionados desde la infancia temprana, pero además, se les agregan dificultad al reinstalar estas falsas creencias en la propia persona por autosugestión y auto repetición. Ellis planteó la hipótesis de que el pensamiento irracional opera a partir de "habrías", "tendrías" y "deberías" dogmáticos y absolutistas (Sue, Sue y Sue, 1999).

La tarea del terapeuta de la TRE encierra tres tipos de acción; la primera, debe de terminar los eventos que perturban al cliente; a continuación, el terapeuta debe ayudar al cliente a descubrir las pautas específicas de pensamiento y las creencias subyacentes que constituyen la respuesta interna a estos eventos y que dan nacimiento a las emociones negativas; tercera, el terapeuta ayuda al cliente a alterar estas pautas de pensamientos y creencias (Meichenbaum en Lynn y Garske, 1988). Los pensamientos irracionales adquiridos a través de las interacciones con otros significativos son descritos en su teoría **A-B-C** de la personalidad. **A** es un evento, hecho o la conducta o actitud del individuo. **C** es la reacción emocional o conductual de la persona. El evento activador **A** nunca causa la consecuencia emocional o conductual **C**. En su lugar **B**, las creencias de la persona acerca de **A**, causa **C** (Sue, Sue y Sue, 1999). Así que el proceso terapéutico consiste en la prolongación del **A-B-C** en **D** (disputa, debate), a fin de que se establezca con el paciente un diálogo socrático sobre sus creencias irracionales ("**B**") y poner en descubierto el influjo destructor que ejercen sobre **C**. A esto sigue **E** (efecto cognitivo y conductual), esto consiste en una "reorientación filosófica" de su sistema de creencias, pero también en la modificación de su manera de extraer conclusiones, de reunir información, etc. Ellis reporta, que este **A-B-C-D-E** no se trata de combatir los sistemas sino de alcanzar una radical reestructuración cognitiva: no de sentirse mejor sino de conseguirlo mejor. Así por lo tanto, el espectro de las técnicas de intervención de esta variedad de terapia (aplicada sobre todo en **D**) se puede estructurar también según tres modalidades metódicas: aspectos emotivo, conductistas y cognitivos (Kriz, 1990).

Ellis practicó hipnosis desde 1950 y estuvo en un diplomado de hipnosis clínica desde que inició el uso de la Terapia Racional Emotiva en la mitad de la década de 1950. Para Ellis le resultó desalentador que muchos de sus clientes lo

persuadieran para que combinara la TRE con hipnosis en sus tratamientos; Ellis solía decirles que intentarían primero el uso regular de la TRE sin hipnosis y que si no funcionaba, probablemente usarían posteriormente la hipnosis. Cuando los clientes están de acuerdo y se ha tenido primero varias sesiones regulares de TRE, según informa Ellis casi todos ellos nunca vuelven a preguntar por las sesiones hipnóticas; así que procede sin la hipnosis (Ellis en Rhue, Lynn y Kirsch, 1993). Aunque de hecho, se ha demostrado en varios estudios controlados que la conjunción de la TRE con la hipnosis es efectiva, además de que existen algunas razones por las que esta combinación TRE-hipnosis resulta serlo (Dryden y Ellis, 1989):

1. Muchas autoridades, creen que la hipnosis terapéutica trabaja a través de la sugestión, y consiste principalmente en proporcionar a los clientes unas frases positivas fuertes e inducirles a que las interioricen, para luego actuar de acuerdo a ellas; por otro lado, la TRE enseña a sus clientes como enfrentar y refutar sus auto-revelaciones negativas, pero también hace hincapié (igual que otra formas de terapias cognitivo-conductual) en la utilización repetida e insistente de fases de entrenamiento positivas o racionales.
2. La autohipnosis y la hipnosis común sostienen que los seres humanos se trastornan con ideas, imágenes y cogniciones, y que pueden aprender y entrenarse para cambiar estas cogniciones; con lo cual también habrá un cambio significativo en sus sentimientos y acciones. La TRE está totalmente de acuerdo con esta asunción.
3. Tanto la hipnosis como la TRE son métodos altamente activo-directivos, y difieren significativamente de otras muchas terapias pasivas y no-directivas, como la psicoanalítica y la terapia centrada en el cliente.
4. Tanto la TRE como la hipnosis dan mucha importancia a la realización de tareas para la casa y a la desensibilización in vivo, con frecuencia animan a los clientes a que hagan las cosas que temen hacer, y a que trabajen contra sus sentimientos de baja tolerancia a la frustración y contra sus adicciones autodestructivas.

Ellis combinó la hipnosis con la TRE desde principios de 1950, porque algunas de las teorías y prácticas básicas del fenómeno hipnótico coinciden con las de la TRE; uno de los primeros escritos que publicó sobre la TRE fue <<Hypnotherapy with Borderline Psychotics>>. Al principio tenía unas cuantas sesiones con los clientes con quienes empleaba la hipnosis para que pudieran alcanzar un trance moderado o ligero. Sin embargo, se dio cuenta de que algunas personas que sólo conseguían estados de trance ligeros aprendían la TRE también o mejor que los clientes que alcanzaban trances hipnóticos profundos o <<auténticos>>. Por esta razón ideó un método hipnótico nuevo que le ahorraba tanto a él como a sus clientes, muchas horas de terapia. Colocaba a los clientes en lo que suele llamarse estado hipnótico ligero y para ello utilizaba una versión modificada de la técnica de relajación progresiva de Jacobsen, que dura aproximadamente 10 minutos. A continuación seguían otros diez minutos de

instrucciones TRE, que se habían diseñado para demostrar a los clientes que en su mente hay unas pocas ideas irracionales (**Bi**) que están creándoles problemas importantes, y si ellos actúan contra ellas y las refutan con fuerza, las cambiarán, y, por lo tanto, también cambiarán los sentimientos y conductas autodestructoras que surgen de esas **Bi** y a la vez las refuerzan (Dryden y Ellis, 1989).

Una característica particular de este procedimiento hipnótico TRE es que sólo suele usarlo una vez, durante una sesión sencilla, para trabajar en un problema importante del cliente. Se graba en una audiocinta los diez minutos de inducción a la relajación-hipnosis, más los siguientes diez minutos de instrucción TRE, y le entrega la audiocinta a los clientes para que lo escuchen todos los días, al menos una vez, durante los siguientes 30 a 60 días. Con este método ve a los clientes únicamente en una sesión de trabajo con técnicas hipnóticas de 20 minutos; pero ellos tienen 15, 30, o más horas de sesión hipnótica TRE grabada en sus propias casas u oficinas. Consideraba que si seguían sus instrucciones irían alcanzando estados de trance hipnótico cada vez más profundos, incluso aunque en la primera sesión sólo llegaran a un trance muy ligero (Dryden y Ellis, 1989). Finalmente en propias palabras de Ellis (citado por González en Gil y Buela-Casal, 2001 pág. 271):

"La TRE combinada con hipnosis puede ayudar significativamente a muchos pacientes, particularmente a aquellos que se resisten a utilizar las técnicas cognitivas, emotivas y comportamentales para ayudarse a sí mismos".

4.3.3. Modelo Ericksoniano.

Milton H. Erickson (1901-1980), según Matthews, Lankton y Lankton (en Rhue, Lynn, y Kirsch, 1993), fue generalmente reconocido por ser el líder mundial practicante de la hipnosis médica. Erickson dedicó buena parte de su vida a explorar el fenómeno hipnótico y publicó más de cien artículos de relatos de una gran variedad de sujetos. Según estos autores se puede observar en sus artículos un esfuerzo constante por cambiar las limitaciones de muchas de las escuelas de la psicoterapia. El enfoque ericksoniano de la hipnosis enfatiza las variables que intervienen en los procesos internos de los individuos; estas son las variables median ambas funciones de la mente, la consciente y la inconsciente, y que permiten al individuo el experimentar la hipnosis. Desde esta perspectiva, la hipnosis puede ocurrir cuando la persona permite que ocurra y la esencia del enfoque es crear el contexto que pueda permitir que la hipnosis ocurra.

El trabajo de Erickson según J. Barber (en Zeig y Lankton, 1988), se pueden dividir en dos líneas principales; la del Erickson de los primeros años que comienza en la década de 1930 hasta la de 1950, y la de los últimos años, que va de la década de 1960 a la de 1980 cuando muere.

A principios de la década de 1930, Erickson se interesó por demostrar el poder de la hipnosis como una herramienta clínica. Demostró que la hipnosis puede producir alteraciones en la consciencia individual al tiempo que produce resultados clínicos dramáticos. Este Erickson de los primeros años (1930, 1940 y 1950), escribió y enseñó que el trance hipnótico era una condición especial. Señaló que este estado puede ocurrir en la vida diaria de manera que se trata de un evento natural; pero sostuvo, que el uso clínico del estado hipnótico era relativamente raro. Además escribió que la hipnosis no era meramente relajación, ni un momento de desatención o confusión, sino que era un estado de extensión inusual que podría ser de algunos minutos o algunas veces de horas (J. Barber en Zeig y Lankton, 1988).

En sus últimos años, Erickson estuvo confinado en una silla de ruedas debido a la secuelas de polio, sufría de dolores agudos a diario y sus músculos llegaron a un deterioro tal, que no podía utilizar dientes postizos; a pesar de todas éstas incomodidades siguió disfrutando de la vida y desarrollando sus capacidades intelectuales, también tuvo que reaprender a pronunciar con claridad (Zeig en Robles, 1991). Este es el Erickson que inspiró a una multitud de terapeutas "ericksonianos" y como comenta J. Barber (en Zeig y Lankton, 1988), si se sigue conservando en la memoria esta imagen sus primeros treinta años de trabajo importante pueden ser olvidados, las principales características de estos últimos años de trabajo, son que se adoptó una economía de su estilo terapéutico, sus terapias se hicieron más breves y utilizaba hipnosis formal con menor frecuencia, pero seguía obteniendo resultados terapéuticos sumamente positivos.

Según Rossi (en Erickson y Rossi, 1992), la esencia de la hipnoterapia ericksoniana no es "poner" algo en los pacientes, sino más bien evocar o suscitar algo en ellos sin que ese algo esté influido por sus propios marcos de referencia conscientes y sus limitaciones aprendidas ya que el propósito esencial de la Hipnoterapia es provocar respuestas y despertar potenciales no deformados que surjan dentro del mismo paciente. Erickson solía decir: "la persona hipnotizada sigue siendo la misma persona, solamente su comportamiento es alterado por un estado de trance, pero aún así, ese comportamiento alterado deriva de la experiencia de vida del paciente y no desde el terapeuta. Es más, el terapeuta solamente puede influir la forma de autoexpresión. La inducción y mantención de un trance sirve para proporcionar un estado psicológico especial, en el cual el paciente puede reasociar y reorganizar sus complejos psicológicos y utilizar sus propias capacidades en una forma concordante con su propia experiencia de vida" (Erickson en Pacheco y Madariaga, 1989, pág. 56).

Erickson desarrolló muchas técnicas para ayudar al cambio terapéutico, utilizó la paradoja, prescripción de síntomas, metáforas, chistes y juegos de palabras con y sin trance hipnótico, lo fundamental de estas intervenciones es la importancia del uso de la conducta del cliente para promover el cambio (Matthews, Lankton y Lankton en Rhue, Lynn y Kirsch, 1993).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Existen dos puntos fundamentales dentro de este enfoque: la orientación naturalista y la utilización; Erickson explicó que su enfoque era naturalista en el sentido de que observaba meticulosamente la conducta natural de sus pacientes y utilizaba continuamente su propio lenguaje, su visión del mundo y sus recursos internos con objeto de ayudarles a resolver por sí mismos sus problemas particulares (Hawkins, 1998); en palabras de Erickson (en Procter, 2001, pág. 219): "... el uso correcto de la hipnosis se asienta en el desarrollo de una situación favorable a las respuestas que reflejan los propios aprendizajes, conocimientos, capacidades y experiencias del sujeto. Esto puede dar al operador la oportunidad de determinar el enfoque apropiado que revertirá en una conducta de respuesta del sujeto (...) se trata de un requisito básico en el desarrollo de cualquier técnica y terapia hipnótica ...".

La dinámica de inducción de trance y sugestión que utilizaba Erickson consistía en cinco fases características de su trabajo (Erickson y Rossi, 1992; Matthews, Lankton y Lankton en Rhue, Lynn y Kirsch, 1993; Pacheco y Madariaga, 1989):

- ❖ ***Fijación de la atención:*** Esta fase busca el utilizar las creencias y conductas del cliente para que éste se enfoque en su realidades internas.
- ❖ ***Debilitación de los marcos habituales de creencia:*** El cliente tiene típicamente marcos de referencia y sistemas de creencia, el uso de la distracción, sorpresa, shock, y metáforas, pueden ayudar a que el cliente dude e interrumpa su típico funcionamiento consciente y crea la posibilidad para la siguiente fase.
- ❖ ***Búsqueda inconsciente:*** Hay una búsqueda inconsciente por parte del cliente de nuevos significados o experiencias que puedan llevar a la solución del problema, esta búsqueda inconsciente lleva y va sobrepuesta con la siguiente fase.
- ❖ ***Procesos inconscientes:*** Esta fase consiste, en la activación de mecanismos y asociaciones personales, por los cuales hay una reorganización para que la propia experiencia hipnótica pueda tener lugar.
- ❖ ***Respuesta hipnótica:*** En esta, el individuo frecuentemente reporta o muestra una conducta aparentemente independiente de su típico control consciente.

Rossi (citado por Matthews, Lankton y Lankton en Rhue, Lynn y Kirsch, 1993), como muchos otros, identificó cuatro principios básicos del trabajo de Erickson, además indicó que estos principios representan un cambio de paradigma a una completamente diferente manera de utilizar la hipnoterapia. Tales principios son los siguientes:

❖ El inconsciente no necesita hacerse consciente. Los procesos inconscientes pueden ser facilitados de tal manera que ellos puedan permanecer fuera de la consciencia y ser usados para la solución del problema.

❖ Los mecanismos mentales y las características de personalidad no necesitan ser analizados para el cliente. Ellos pueden ser usados como procesos para facilitamiento de las metas terapéuticas.

❖ Las sugerencias no necesitan ser directas. Las sugerencias indirectas permiten: (a) llegar a manifestar la individualidad de los sujetos, la experiencia previa de vida, y los potenciales únicos; (b) la psicodinamia clásica del aprendizaje con procesos tales como la asociación, la continuidad, similaridad y contraste son todos envueltos en un nivel más o menos inconsciente, así que (c) las limitaciones y críticas que pueden ser conscientes del cliente, son desviadas y por lo tanto incrementan la efectividad terapéutica.

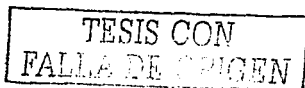
❖ Las sugerencias hipnóticas no son procesos de programación del cliente con el punto de vista del terapeuta, pero crean nuevos significados, actitudes y creencias que pueden conducir a diferentes conductas.

Matthews, Lankton y Lankton (en Rhue, Lynn y Kirsch, 1993), destacan que la hipnoterapia ericksoniana esta enfocada en las soluciones, la orientación terapéutica es identificar todo lo que es concerniente al cliente, que soluciones han sido intentadas hasta la fecha, y qué es lo que el cliente espera como resultado. Estas cuestiones se consideran dentro de la estructura y desarrollo del trabajo terapéutico; la esencia de este enfoque es la reasociación de recursos positivos para las necesidades situacionales de los clientes; el cliente siempre es considerado dentro del contexto interpersonal. La meta última de la terapia es promover relaciones interpersonales más adaptativas y satisfactorias.

Otro punto importante en la hipnosis ericksoniana es la necesidad de proteger a los sujetos, ya que Erickson decía que los sujetos necesitaban ser protegidos en todo momento, puesto que son personas que poseen derechos, privilegios y privacidades; más aún cuando se hallan en una situación de evidente vulnerabilidad como es el caso de la hipnosis; independientemente de lo bien formados que estén los sujetos y lo inteligentes que sean, siempre existe, se reconozca o no, cierta incertidumbre acerca de lo que sucederá o de lo que puede o no decir o callar (Erickson en Procter, 2001).

La Hipnosis Ericksoniana se ha desarrollado vertiginosamente en los últimos 20 años (en E.E.U.U. principalmente) y especialmente a partir de la década de 1990 en México, sobre todo por la labor de Teresa Robles y de Jorge Abia, quienes han promovido el empleo de ésta en las publicaciones del Instituto M. H. Erickson de la Ciudad de México^v (ver Robles, 1990; 1991 y 1993; y Méndez, 1994).

^v Para una revisión de la influencia de la Hipnosis Ericksoniana en México, ver Capítulo V.



4.3.4. Otros Modelos.

Cabe destacar que el uso de la Hipnosis Clínica en terapia no se limita a las aproximaciones antes mencionadas, sino que es factible emplearla de modos creativos desde otras aproximaciones terapéuticas. Así por ejemplo en diversas terapias breves contemporáneas, se le utiliza ya sea de manera directa o indirecta, sobre todo por la influencia de Erickson (ver Zeig y Guilligan, 1994), tal es el caso de la Terapia Breve orientada hacia las Soluciones (O'Hanlon y Weiner-Davis, 1990) donde se le utiliza para generar capacidades que están más allá del control consciente y deliberado del sujeto, o para recordar experiencias positivas que sirvan de base para superar las dificultades de éstos.

Otro uso de la hipnosis en la terapia breve es su empleo en terapia familiar (Ritterman, 1983) que demuestra que se puede emplear con diversos componentes del sistema familiar, aunque el terapeuta que la emplee según Braun (en Wester y Smith, 1984), debe ser más cuidadoso puesto que la terapia familiar es más compleja que la individual. Otro empleo de la hipnosis un tanto indirecto es su uso por los terapeutas sistémicos-estratégicos, así por ejemplo el MRI de Palo Alto retomó los procedimientos de la hipnosis (uso de la resistencia, reencuadre, prescripción de conductas, etc.) para aplicarlos en la terapia de vigilia, con lo que consiguieron maximizar sus resultados terapéuticos (ver Watzlawick, 1992; Nardone y Watzlawick, 1992).

También es común que en terapia gestalt algunas personas entren en trance hipnótico, que puede ir de ligero a profundo aún cuando los propios pacientes no se percaten de ello, ya que al tratarse de una terapia de tipo vivencial las personas llegan a estar tan involucradas que la hipnosis ocurre con espontaneidad (Perls y Baumgardner, 1994).

Finalmente, Armendáriz (2000), reconoce que la hipnosis ha sido desarrollada principalmente en dos direcciones con respecto a la salud de las personas, éstas son la esfera física (control del dolor, anestesia, analgesia, etc.) y la esfera psicológica (fobias, autoestima, etc.); sin embargo comenta que hace falta el desarrollo de una esfera más, esta es la espiritual, que tradicionalmente ha sido relegada por relacionársele con la religiosidad exclusivamente, sin embargo este autor propone un nuevo paradigma de la salud donde estas tres esferas se complementan entre sí; en este sentido se puede entender que la hipnosis tiene cabida en el campo de la Psicología Transpersonal.

4.4. Beneficios de la Hipnosis en la Psicología Clínica.

Como ya se ha mencionado, el uso de la hipnosis clínica ha venido en aumento en los últimos años, y de hecho ha comenzado a ser aceptada como un apreciado complemento terapéutico. Existen algunos problemas clínicos muy comunes asociados al tratamiento hipnótico y otros más raros, pero puede decirse

que en general la hipnosis ha sido utilizada con mayor o menor éxito, por distintas disciplinas relacionadas con la salud en el tratamiento de diversas dolencias (Hawkins, 1998; Catena y Rodríguez en Gil y Buela-Casal, 2001; Yapko, 1999).

Pero además, con la hipnosis se puede conseguir toda una serie de beneficios adicionales a la psicoterapia, como son el control estimular, la reducción de las interferencias internas y externas que actúan sobre el proceso terapéutico, la facilitación del aprendizaje, una mayor fijación de los condicionamientos, de inhibición del razonamiento lógico y crítico, etc. Estos beneficios aún sin ser propiamente terapéuticos, convierten a la hipnosis en un catalizador que optimiza el funcionamiento de otros procedimientos, con lo que se obtiene una considerable reducción del tiempo de aplicación, una mejora de los resultados finales a largo plazo, una mayor colaboración del paciente y un mejor control de las variables distractoras que dificultan la consecución de los objetivos (Catena y Rodríguez en Gil y Buela-Casal, 2001; Yapko, 1999).

Hadley y Staudacher (1994), por su parte destacan algunas de las funciones benéficas de la hipnosis: produce anestesia en el cuerpo; mejora el sueño, reduce el estrés, controla los síntomas dolorosos; controla algunas funciones orgánicas, como el flujo de sangre y la frecuencia cardiaca; hace posible la regresión de edad; desarrolla aptitudes de concentración, ya que aumenta la capacidad de aprender y recordar con lujo de detalles; condensa una gran cantidad de pensamiento y lo rememora en una fracción muy reducida de tiempo real.

A continuación se presentaran algunas de las formas en que puede ser utilizada la hipnosis en la Psicología Clínica, teniendo en cuenta que estas pueden variar de acuerdo a la aproximación teórica que se utilice.

4.4.1. Control del dolor.

La hipnosis ha estado tradicionalmente ligada al control del dolor, la capacidad analgésica e incluso anestésica de la hipnosis, ha llevado incluso a que algunas personas sean sometidas a determinadas intervenciones quirúrgicas bajo hipnosis, lo que con independencia de su utilidad específica es, sin duda, espectacular en la veracidad del efecto del control del dolor. Las aportaciones específicas de la hipnosis en el tratamiento del dolor son el control de la tensión y la actividad cognitiva, el control fisiológico-emocional y la facilitación de estrategias adaptativas e incompatibles con el dolor (Vallejo en Gil y Buela-Casal, 2001). Los efectos analgésicos y anestésicos bajo trance hipnótico han sido muy estudiados durante las dos últimas décadas; numerosos trabajos empíricos señalan esta técnica como una de las mejores opciones a la hora de tratar el dolor con métodos psicológicos, además hay que destacar que la hipnosis se ha utilizado para anular el dolor en muchos campos de la medicina como, por ejemplo, en cirugía, odontología, dolor crónico, oncología o ginecología, mostrándose en este último

caso especialmente útil en el tratamiento de las molestias premenstruales y en la preparación para el parto (Catena y Rodríguez, en Gil y Buela-Casal, 2001).

Da igual que el dolor sea agudo o crónico, debido a una enfermedad orgánica conocida o desconocida, quizás psicógena; la fuente de este no tiene que ver con el uso eficaz de la hipnosis para reducir el sentimiento asociado al mismo (Yapko, 1999).

Las sugerencias específicas dirigidas al control del dolor son, como tantas otras técnicas terapéuticas, frecuentemente adaptadas a las peculiaridades del paciente y del problema; conocer estos aspectos, e incluso conocer el tipo de estrategias que el cliente utiliza, dirigidas directa o indirectamente al control del dolor, es de especial utilidad a la hora de decidir el tipo de sugerencias a utilizar. A continuación se presentan algunas de ellas tomadas de Vallejo (en Gil y Buela-Casal, 2001, pág. 239) :

Entumecimiento: Sugerir que la zona dolorosa se encuentre entumecida e insensible como resultado por ejemplo, de un fármaco ingerido o de una inyección con un anestésico local.

Transformación de la sensación de dolor: Utilizar sugerencias dirigidas a reducir el área del dolor, desplazarlo, o alterar las cualidades sensoriales del dolor.

Negación y disociación: negar la existencia de la zona dolorosa, utilizando imágenes de amputación o segregación de la misma.

Análisis cognitivo del dolor: Utilizar sugerencias dirigidas a analizar pormenorizadamente el dolor, centrándose en aspectos menos negativos, como la presión, el calor, el frío, el hormigueo, etc.

Distracción: Dirigir la atención hacia aspectos no relacionados con el dolor, lo que reduce la intensidad del nivel atencional dirigido hacia el dolor.

Distorsión temporal: Sugerir que los episodios libres de dolor son de mayor duración que los episodios de dolor.

Control sobre la anticipación del dolor: En dolores episódicos, asociar la detección de sensaciones ligadas a la anticipación del dolor con técnicas de distracción.

Imágenes de calor: Sugerencias de calor en los miembros, especialmente en los síndromes vasoconstrictivos , causalgias, distrofias, cefaleas vasculares, etc., esto es, siempre que se desee potenciar un aumento de la vasodilatación periférica, ejerciendo un control sobre el sistema nervioso autónomo.

Modificar las ideas y pensamientos negativos y derrotistas ligadas a la percepción: Utilizar sugerencias para, sin negar la ocurrencia del dolor, asociar este a pensamientos e interpretaciones menos derrotistas.

Asociar la percepción del dolor a otra actividad perceptiva que pueda verse reducida voluntariamente y hacer que la reducción de esta última <<arrastre>> la percepción del dolor.

Además de estas sugerencias pueden utilizarse otras poshipnóticas para que el paciente asocie ciertos estímulos ambientales con la puesta en marcha de alguna de las sugerencias antes señaladas; también pueden emplearse grabaciones en audiocintas que posibiliten el uso de las técnicas por parte del paciente (Vallejo en Gil y Buéla-Casal, 2001).

En el caso específico del cáncer, la hipnosis puede ser empleada para aliviar una gran variedad de problemas: dolores crónicos y agudos, insomnio, ansiedad, prevención del dolor anterior a un tratamiento médico, sentimientos de impotencia y pérdida de control, y para las náuseas. Generalmente las técnicas de hipnosis pretenden enseñar a los pacientes como modificar la percepción del síntoma aflictivo al interpretarlo como una sensación placentera como el calor, el hormigueo, etc. Alternativamente, la hipnosis puede utilizarse como un medio para distorsionar el tiempo, permitiéndole así al paciente acortar la duración percibida de los periodos de malestar (Sherr, 1992).

La hipnosis también puede resultar útil en la preparación para el parto natural. Alman y Lambrou (1994), enumeran una serie de ventajas que tiene el utilizar la hipnosis en este caso:

1. Reducción de la cantidad de anestesia química que podría necesitarse. La menor cantidad de anestesia supone menos efectos indeseables después del parto, y minimiza también los riesgos de la anestesia, tanto en la madre como en el bebé.
2. La hipnosis disminuye el temor, la tensión y el dolor, tanto antes como durante el proceso del parto.
3. Hay más control de las dolorosas contracciones uterinas sin necesidad de medicamentos.
4. Se acelera la recuperación después del parto.
5. Aumenta la resistencia de la madre al cansancio, y se hace mínimo su agotamiento.
6. La madre experimenta más el parto y, de ello, puede sacar una mayor sensación de realización y de labor cumplida.

La asociación hipnosis-parto natural puede producir resultados máximos si se dedica cuidado, tiempo y energía a crear el sistema de apoyo requerido. Es necesario mantener una buena nutrición, que la futura madre se proteja del estrés, descanse y duerma, además de mantener una actitud positiva. La inducción de alumbramiento esta diseñada para ayudar a la madre a pensar, sentir, y actuar de

modos determinados; en este sentido las sugerencias según Hadley y Staudacher (1994), están enfocadas a:

La Relajación. La primer parte de la inducción brinda relajación física y emocional, lo cual alivia el estrés normal y le ayuda a permanecer serena durante el embarazo, así como después del alumbramiento.

La Comunicación con el bebé nonato. Si la madre tiene la creencia de que una mujer y su bebé están conectados no solo físicamente sino también emocional y espiritualmente, pueden hacerse sugerencias como *"Piense en lo mucho que quiere a su bebé y en todo el amor que tiene para darle. Ahora imagínese dirigiendo ese amor a su bebé, rodeando el útero con amor, imagine que ese amor es una luz de color pastel que envuelve a su bebé"*.

La Programación de la mente para controlar el dolor. Puede disociarse el dolor desplazando la atención hacia otro lugar, un lugar que esté lejos de la aflicción producida por las sensaciones de las contracciones. La inducción conduce a la futura madre a un lugar especial, un lugar de paz y calma; puede ser cerca del mar, en el bosque, en un prado, en cualquier lugar que produzca sentimientos de sosiego, no tiene que ser un lugar real ya que puede tratarse de un ambiente imaginario.

El éxito del alumbramiento. Las probabilidades de un alumbramiento más rápido y fácil se incrementan con las imágenes positivas, por ejemplo *"Su alumbramiento es un éxito en todos los aspectos, en todos los aspectos, y cuando llega el bebé, es sano y fuerte"*.

Disfrutar una fase de posparto positiva. La falta de energía, el desequilibrio hormonal, la ausencia de seguridad, la autoimagen pobre, o incluso las exigencias normales de la maternidad pueden ser responsables de la melancolía posparto; la última parte de la inducción hipnótica se diseña para ayudar a mantener una sensación positiva después del alumbramiento y reforzar su autoimagen.

4.4.2. Personalidad múltiple.

En algún momento se le consideró un trastorno extremadamente raro, pero ha sido descrito en alguna bibliografía clínica como un trastorno mucho más frecuente de lo que muchos clínicos imaginan. Es un diagnóstico muy controvertido puesto que, aunque ha sido incluido en la cuarta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico (DSM-IV), hay muchos clínicos que se cuestionan abiertamente si la disociación evidente en dichos casos no puede ser un producto, al menos en algunos de ellos, de los métodos del clínico. Generalmente se cree que este trastorno tiene su origen en graves traumas infantiles (por ejemplo, abuso físico o sexual) y las reacciones disociativas (<<fragmentación>>) se

emplean como mecanismos de afrontamiento. Estas personas han demostrado ser muy hipnotizables y con propensión a la fantasía (Yapko, 1999).

Los procedimientos hipnóticos se utilizan fundamentalmente para identificar las distintas <<identidades>>, para rastrear posibles traumas infantiles o para intentar integrar las distintas personalidades. Además, estos procedimientos serían especialmente recomendables en los casos difíciles, es decir, cuando se sospecha de la presencia de este trastorno pero el terapeuta no lo puede comprobar mediante el interrogatorio habitual (Cangas en Gil y Buela-Casal, 2001).

Mediante la amnesia hipnótica es posible la comprensión adecuada de las relaciones de las diversas personalidades entre sí. El hipnoterapeuta debe mantener una actitud cordial e interesada hacia todas las personalidades, a medida que se presenten, so pena de perder contacto. Más aún, no ha de mostrarse impaciente o sorprendido en ningún momento, ya que muchas veces las personalidades aferentes son distintas de la primaria (Kroger, 1972).

De hecho, uno de los enfoques reportados con más amplitud para el tratamiento de los trastornos de personalidad múltiple según Sue, Sue y Sue (1999), es aquel que combina psicoterapia e hipnosis. Según estos autores, un procedimiento típico es aquel que inicia con hipnosis, después con el paciente en estado hipnótico, se pide que surjan las diferentes personalidades y que se presenten a sí mismas al paciente, para hacer que éste se percate de su existencia; luego se pide a las personalidades que ayuden al paciente a recordar las experiencias o recuerdos traumáticos que desencadenaron originalmente el desarrollo de nuevas personalidades; una parte importante de este paso de recuerdo es permitir al paciente experimentar las emociones asociadas con los recuerdos traumáticos; el terapeuta explica luego al paciente que estas personalidades adicionales suelen servir para un propósito, pero que ahora se dispone estrategias de afrontamiento alternativas; los pasos finales implican juntar los eventos y recuerdos de las personalidades, integrándolas, y continuar la terapia para ayudar al paciente a adaptarse a su nuevo yo. Sin embargo, este proceder ha sido sumamente criticado por Cangas (en Gil y Buela-Casal, 2001), quien afirma que la hipnosis aunada a la petición del terapeuta para que aparezcan las diferentes personalidades, puede llevar al paciente a crear dichas personalidades para complacer al terapeuta.

4.4.3. Trastornos alimenticios.

Uno de los principales trastornos alimenticios es la obesidad, misma que se caracteriza por una acumulación de grasa corporal innecesaria; la mayoría de las obesidades son consecuencia de un desequilibrio energético entre la cantidad de calorías ingeridas por el individuo y las calorías consumidas. Sin embargo, es muy importante tener en cuenta que antes de iniciar algún tipo de intervención en un problema de obesidad es necesario haber descartado cualquier posible factor

orgánico desencadenante. Además conviene comenzar el trabajo terapéutico con hipnosis inducida y continuar el tratamiento mediante técnicas de autohipnosis. La utilidad de la hipnosis en el tratamiento de la obesidad a quedado demostrada en algunos estudios que han llegado a concluir que cuando el proceso terapéutico va acompañado de inducción hipnótica se incrementa la pérdida de peso en más del doble que si ésta no se hubiera incluido (García en Gil y Buela-Casal, 2001).

La terapia en una intervención cognitivo-conductual, puede iniciarse por ejemplo, mediante una entrevista en la que se le pide al paciente que lleve a cabo, durante algunos días, un autoregistro en que se refleje la conducta alimenticia y los patrones de actividad física: número de ingestas por día; horario de las ingestas; lugares de consumo; forma habitual de comer; tipo de alimentos ingeridos; cantidad de alimentos; actividad física cotidiana, como pueden ser los kms. andados, actividad física estructurada (gimnasia, deportes, etc.), tipos de juegos, actividades sedentarias (televisión, lectura, oír música, etc.) (García en Gil y Buela-Casal, 2001). En este sentido Hadley y Staudacher (1994, ver págs. 59 y 60), proponen una hoja de registro con varios ítems que permiten determinar cuando las personas comen, donde lo hacen y por que lo hacen; después de haber determinado con precisión las ocasiones, lugares y razones por las que la persona come en exceso, se puede comenzar a cambiar su pauta de comportamiento.

Bajo hipnosis puede educarse al paciente en la alimentación, reforzar sus motivaciones para mejorar su figura, incrementar la actividad física, generar aversión a ciertos tipos de comida, condicionar la conducta de comer a unos horarios rígidos, unos lugares concretos, unas cantidades adecuadas al consumo calórico personal, etc. También puede reforzarse negativamente o castigarse la trasgresión de la conducta pactada. Puede asociarse el cumplimiento del programa con sensaciones intensas de placer y su incumplimiento con sensaciones displacenteras. (García en Gil y Buela-Casal, 2001).

Existen algunos objetivos específicos a tener en cuenta para lograr que el paciente pierda peso, mantenga el peso alcanzado e incorpore nuevos hábitos, es por esto que las sugerencias deben de ofrecerse lógicas y realistas (Hadley y Staudacher, 1994):

Dar menos importancia a la comida. Esto incide en la sensación de bienestar del paciente, así la sugestión puede sugerir: *"Come cantidades correctas y razonables y queda totalmente satisfecho. Queda satisfecho desde una comida hasta la siguiente"*

Desarrollar seguridad y autoestima. Esto incide en que el paciente pueda aceptar un Yo más delgado, entonces la sugestión puede ser: *"Reflexione sobre todas las cosas positivas de su vida, los objetivos y éxitos que ya ha logrado, y que sabe que continuará teniendo éxito... Y ahora se imagina viéndose con el estómago plano, las caderas y los muslos firmes y compactos, las piernas sólidas y esbeltas. Tiene un aspecto estupendo y se siente muy bien."*

Incrementar el atractivo de los alimentos sanos. Consiste en hacer a estos más deseables y lograr que los alimentos que engordan parezcan menos apetecibles, la inducción sugiere: *"Imagínese por un momento una mesa, una mesa delante de usted, y llena esa mesa con alimentos que le son nocivos, alimentos que son perjudiciales para su cuerpo y sus emociones. Son como veneno para su organismo. Si elige comer cualquiera de estos alimentos, come una cantidad pequeña... ahora aparte esos alimentos de la mesa, los aleja de usted. Y ahora sobre esa mesa vacía coloca los numerosos alimentos que de todos modos disfruta. Alimentos buenos y saludables, alimentos que contienen menos calorías..."*

Incorporar nuevas pautas de comportamiento con respecto a momentos, lugares y razones para comer en exceso, así se puede sugerir que *"Ahora tiene nuevos modos de abordar sus viejos hábitos"*.

Otro trastorno alimenticio que es factible de ser abordado por medio de la hipnosis es la Anorexia Nerviosa. Esta viene definida por diferentes trastornos de conducta, entre los más frecuentes se encuentran (García en Gil y Buela-Casal, 2001):

- ❖ Pérdidas de peso superiores al 25% del esperado por la complexión física de la persona, con rechazo para mantener el peso corporal en el valor mínimo considerado normal en función de la talla y edad del individuo.
- ❖ Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso cuando en realidad se está por debajo de los valores mínimos de la normalidad.
- ❖ Alteración de la percepción de la propia silueta y de la imagen de los demás a quienes se tiende a ver delgados, mientras la propia persona se considera obesa con pesos inferiores a los normales.
- ❖ Presencia de amenorrea en mujeres pospuberales.
- ❖ Uso de purgantes para seguir perdiendo peso (anorexia compulsivo-purgativa).

Puede utilizarse la hipnoterapia para mantener al paciente relajado y las sugerencias poshipnóticas para asociar los alimentos con situaciones agradables para el paciente, estas extraídas de su propia experiencia pasada (Kroger, 1972).

En muchas ocasiones la anorexia nerviosa es la manifestación de los problemas en el ámbito familiar. Es recomendable comenzar siempre con una entrevista y debe examinarse a fondo el ambiente familiar, social y de relaciones del individuo; en muchos casos será preciso extender la intervención terapéutica a toda la familia, modificando y estableciendo nuevos modelos en el tipo y el modo de las relaciones interfamiliares y de las relaciones sociales del paciente. Otros

aspectos a tener en cuenta para la aplicación de la hipnosis son (García en Gil y Buela-Casal, 2001):

- ❖ Modificación de los modelos estéticos del individuo.
- ❖ Modificación de la autopercepción.
- ❖ Generar necesidad de comer. Unida la ingesta de alimentos a sensaciones fuertemente placenteras para la persona.
- ❖ Establecimiento de un recio control sobre los horarios y el tipo de alimentos que debe ingerir el paciente.
- ❖ Generar la sensación de hambre, unida a ciertas pautas horarias preestablecidas.
- ❖ Generar preferencias gustativas por los alimentos más primordiales para la superación de los problemas fisiológicos derivados de la privación de comida.
- ❖ Generar profunda aversión a cualquier tipo de técnica purgativa utilizada por el paciente.

4.4.4. Adicciones.

Resolver los problemas de abuso de sustancias puede ser un proceso de reintegrar los elementos disociados y reformular tanto el significado de la conducta autodestructiva como las implicaciones del sistema de creencias del cliente. La hipnosis se puede usar para volver a cultivar la conciencia corporal y aumentar la autoestima y una sensación de independencia que permita afrontar cualquier situación sin necesidad de recurrir al abuso. El clínico puede hacer que la experiencia de abuso de sustancias sea muy desagradable, resolver cualquier depresión subyacente, un fenómeno tan común entre los que abusan de sustancias pero tan pocas veces diagnosticada, e incluso se puede recrear hipnóticamente las sensaciones positivas de la sustancia sin tomarla realmente (Yapko, 1999).

El tratamiento de las adicciones bajo hipnosis, según García (en Gil y Buela-Casal, 2001), se lleva a cabo en tres fases:

1. Sustitución del síndrome de abstinencia por una sensación fuerte y placentera.
2. Terapia aversiva hacia la sustancia objeto de la adicción.
3. Refuerzo de la voluntad de la persona para eliminar la adicción.

Posiblemente la adicción en la que la hipnosis ha sido utilizada con mayor abundancia sea el tabaquismo, existen diversas razones por las cuales una persona fuma, entre dichas razones se encuentran, fumar para mimarse, para aliviar el estrés o brindarse una pausa en las actividades cotidianas de la persona, porque las situaciones sociales le resultan incómodas, para controlar el peso, etc. (Hadley y Staudacher, 1994; López y Gil en Gil y Buela-Casal, 2001).

Dentro de las sugerencias más frecuentes empleadas para dejar de fumar se encuentran las siguientes (López y Gil en Gil y Buela-Casal 2001):

Sugerencias directas. Se presenta un panorama en que la persona ya está libre del consumo del tabaco, no fuma y no desea fumar.

Reestructuración cognitiva. Supone sustituir el lenguaje negativo sobre las capacidades y efectos del abandono del tabaco por otras positivas.

Ensayo imaginario. Supone imaginar diferentes situaciones fuertemente ligadas al consumo de tabaco, en las que el sujeto debe vivenciar los sentimientos que le producen dicha situación y ensayar comportamientos de control de dicho consumo, así como las sensaciones que le producen en la posibilidad de éxito.

Sugerencias de parada de pensamiento. Tratan de detener pensamientos obsesivos sobre los aspectos negativos del abandono del tabaco (por ejemplo, no voy a poder aguantar la ansiedad, etc.).

Autohipnosis. Se trata de proporcionar sugerencias poshipnóticas introduciendo elementos que actúen como señales discriminativas que permitan la invocación rápida de la hipnosis *in situ*, es decir, en aquellas condiciones en que las instrucciones señalan los comportamientos adecuados con objeto de lograr o mantener un objetivo.

Debe destacarse que un componente esencial en el tratamiento de tabaquismo es el reforzar los motivos para dejar de fumar, Spiegel (citado por Alman y Lambrou, 1994), propone una serie de sugerencias útiles para este fin:

1. "El tabaco es un veneno para mi cuerpo. Estoy hecho de muchos componentes y el más importante es mi cuerpo. Fumar es envenenar mi cuerpo".
2. "No puedo vivir sin mi cuerpo. Es un traje espacial físico insustituible mediante el cual experimento la vida".
3. "En la medida en que deseo vivir y experimentar la vida, le debo respeto y protección a mi cuerpo. Soy el guardián de mi cuerpo. Comprendo su naturaleza frágil y preciosa y me veo en mi papel de protector. Así como reconozco mi compromiso de respetar y proteger mi cuerpo, se que tengo el poder de haber fumado mi último cigarrillo".

4.4.5. Disfunciones sexuales.

Las personas con problemas sexuales tienen muchas veces un estado disociado respecto a su funcionamiento sexual, hay una parte de ellos que intenta implicarse en actividades sexuales, y otra que observa y critica la ejecución, la hipnosis se puede emplear para facilitar el proceso de reintegración de manera que la persona en *su totalidad* pueda estar en el "aquí y ahora", experimentando y

empleando la actividad sexual, una intervención consiste en alterar la conciencia sensorial aumentando las sensaciones cinestésicas hipnóticamente (Yapko, 1999).

Según Golden, Dowd y Friedberg (1987), la hipnosis en terapia sexual puede ser usada con los siguientes propósitos:

- ❖ Como una herramienta diagnóstica para revelar factores etiológicos y de mantenimiento.
- ❖ Para administrar sugerencias generales de autoconfianza y autoestima.
- ❖ Para reducir la ansiedad de la ejecución sexual.
- ❖ Para sugerir la remoción directa de síntomas.
- ❖ Para trabajar a través de conflictos emocionales.
- ❖ Para alterar preferencias sexuales.
- ❖ Para incrementar o disminuir el deseo sexual.

Se ha sugerido recientemente que las disfunciones sexuales pueden estar relacionadas con la reactualización interpersonal traumática, existen evidencias de funcionamiento sexual deteriorado entre las víctimas de abuso sexual infantil, violación, violencia doméstica y combate; los miedos que pueden presentarse son miedo al sexo, problemas de excitación sexual, disminución de la satisfacción sexual, etc. Las cuestiones específicas que debe explorar el terapeuta son: frecuencia del contacto sexual, grado de satisfacción, nivel de excitación, naturaleza de las interacciones sexuales, pensamientos, sentimientos y fantasías que acompañan a la excitación sexual, y cualquiera de las preocupaciones que pueden tener los pacientes sobre su funcionamiento sexual (Hawkins, 1998).

Araoz (1996), destaca diversos argumentos a favor de utilizar hipnosis en terapia sexual, como son el control cognitivo en primer lugar, además de que se consigue la relajación de la ansiedad y el estrés; ya que según Yapko (1999), la ansiedad esta relacionada con un mal desempeño sexual, que a su vez produce más ansiedad, que entonces aumenta la probabilidad de un mal desempeño y se convierte en un círculo vicioso; es por ello que Hawkins (1998) considera que el tratamiento debería basarse en la reducción de la ansiedad que acompaña al desempeño y de los síntomas que producen dicha ansiedad, que a menudo tienen sus orígenes en experiencias tempranas, como por ejemplo: "el sexo es sucio", "la masturbación es un pecado", "no dejes que ningún hombre te toque", o ansiedades actuales relacionadas con el miedo al embarazo.

Un buen modelo para utilizar la hipnosis, sería el aprovechar la tranquilidad que ésta puede ofrecer, para permitir que el cliente se adentre en la experiencia, algo fundamental para disfrutar la actividad sexual; también es conveniente reformular el sexo como una función natural y sana (Yapko, 1999). Finalmente Hawkins (1998), propone una serie de ventajas que tiene el emplear hipnosis en terapia sexual:

1. Puede utilizarse de manera eficaz con el paciente individual, sin la pareja.
2. Permite una rápida exploración e identificación de conflictos subyacentes, de sentimientos no resueltos acerca de sucesos pasados, y de factores más allá de la conciencia.
3. Aprendizaje de autohipnosis, el cual puede proporcionar una sensación de autocontrol, lo cual permite una reducción y liberación de ansiedad.
4. Incrementa la expectativa para promover el cambio personal; la hipnosis se puede emplear para dar esperanza e incrementar sentimientos de autosuficiencia y confianza. Esto puede ser mediante la "ratificación bajo trance" ya que la persona está convencida de que tiene más potencial de aquel que es conciente y que quizá su mente es lo bastante poderosa como para despertar el deseo sexual, facilitar el orgasmo, o crear erecciones.
5. Permite usar una variedad de técnicas para modificar las emociones problemáticas e incrementar los estados emocionales deseados.
6. La regresión hipnótica permite revivificar recuerdos que ayudan a reavivar y recobrar sentimientos sexuales y afectivos positivos.
7. Ayuda a centrar la atención y aumentar la conciencia sensorial, de modo que se facilite el incremento de la excitación y el placer.
8. Ayudar a elucidar los procesos internos (cognitivos, imaginarios) que son imposibles de observar y explicar.

4.4.6. Depresión.

La depresión es un problema multidimensional muy complejo que prácticamente todo el mundo experimenta de vez en cuando en diferentes grados; tratar los problemas de relación de la persona deprimida, sus distorsiones cognitivas, sus atribuciones de culpa y otros patrones depresógenos con métodos hipnóticos puede ser un enfoque eficaz (Yapko, 1999). La depresión se caracteriza en general, por algunos de los siguientes síntomas (García en Gil y Buela-Casal, 2001):

- ❖ Sentimientos de tristeza la mayor parte del día.
- ❖ Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer.
- ❖ Variaciones acusadas en el peso.
- ❖ Trastornos del sueño como insomnio o hipersomnía.
- ❖ Alteraciones psicomotoras: agitación o entlentecimiento.
- ❖ Acusados sentimientos de inutilidad o de culpa.
- ❖ Disminución de la capacidad para concentrarse.
- ❖ Pensamientos recurrentes de muerte.

La hipnosis se puede usar a nivel superficial para aliviar la ansiedad, interrumpir la rumiación negativa, aumentar la capacidad de respuesta y establecer expectativas positivas; se puede usar un nivel más intenso para

flexibilizar patrones de pensamiento o interpretar acontecimientos rígidos y distorsionados, reformular los significados vinculados a experiencias que tiene su raíz en sistemas de creencias de culpa y construir marcos de referencia positivos para responder a la vida desde un encuadre más efectivo (Yapko, 1999). La hipnosis se orienta principalmente a romper el círculo vicioso de inactividad del paciente, modificar su estado de ánimo y reforzar su autoconfianza; se eligen para que lleve a cabo actividades normales y que tengan una alta probabilidad de éxito, bajo hipnosis se puede condicionar el momento de la realización con la necesidad de llevar la actividad a término y con sentimientos de placer por haberlo hecho (García en Gil y Buela-Casal, 2001).

4.4.7. Trastornos de ansiedad.

Muchos de los temores contienen un elemento de supervivencia, pero sólo cuando el miedo o fobia obstaculiza el diario vivir se convierte en problema. La diferencia entre miedo y fobia es más bien de grado, ya que una fobia es algo que hace cambiar el estilo de vida para evitar el objeto o la situación que la produce; un temor puede ser algo que obstaculiza a la persona de manera moderada, sin que esto afecte o controle su vida (Alman y Lambrou, 1994).

La hipnosis como herramienta de trabajo puede ayudar a crear habilidades para relajarse y dar una sensación de autocontrol, resulta conveniente, según Yapko (1999), enseñar a los clientes la autohipnosis, ya que el simple hecho de saber que uno mismo puede relajarse profundamente y reconocer sus pensamientos, sentimientos y conductas puede tener un efecto poderoso a la hora de controlar el estrés y la ansiedad; ya que después de todo, el estrés suele estar en la interpretación que hace el cliente de los acontecimientos, no en los acontecimientos mismos. La hipnosis puede facilitar perspectivas alternativas y, por lo tanto, respuestas alternativas.

De hecho, al experimentar un cómodo estado terapéutico, es posible que el cliente normalice su ciclo básico de actividad-descanso y su regulación asociada con muchos ritmos ultradianos de los sistemas endocrino y autonómico. Esto según Rossi (en Pacheco y Castro, 1989), dirige los esfuerzos del clínico a maximizar los efectos terapéuticos de la hipnosis a través de entrenar a los pacientes en el uso de la autohipnosis durante la fase baja de sus ritmos ultradianos naturales. Ya que para este autor, el entrenamiento en autohipnosis, la relajación profunda, el entrenamiento autogénico, el yoga y la meditación, al facilitar respuestas parasimpáticas, permiten un balance psicofisiológico que otorga estrategias de manejo y adaptación a las diversas situaciones estresantes de la vida moderna. Esto último ha sido comprobado experimentalmente por Kiecolt-Glaser, Marucha, Atkinson y Glaser (2001), quienes encontraron en un grupo de su investigación a quienes se les aplicó relajación hipnótica, que podían reducir la disregulación inmunológica asociada a agentes estresores, en contraste con el grupo control.

González (en Gil y Buela-Casal, 2001), propone un modelo de intervención genérico y flexible dirigido a que el paciente aprenda a manejar su ansiedad clínica ante diversas situaciones; las fases de dicho modelo de intervención son las siguientes: (1) entrenamiento en relajación, (2) inducción de la hipnosis, (3) exposición imaginada con manejo de ansiedad, y (4) aplicación de sugerencias poshipnóticas y autohipnosis. Este autor comenta, que la hipnosis por su rapidez y por que favorece la implicación emocional y el realismo de las situaciones imaginadas, constituye una valiosa herramienta de trabajo en este ámbito.

Hadley y Staudacher (1994), proponen a su vez su modelo de intervención a partir del modelo ABC (retomado de Ellis); en donde a fin de prepararse para la hipnosis, se debe de considerar en primer lugar el modo en que se presentan sus síntomas de pánico (que tipo de situación es), puede estar acompañada de algunos síntomas físicos que la persona pueda experimentar. Posteriormente se pide volver a imaginar la situación alarmante y esta vez se concentra en sus pensamientos, y prestar atención acerca de la situación y de sus síntomas. De este modo al inducir un estado de relajación en medio de un ataque de pánico, se detienen los pensamientos que provocan dicho ataque para posteriormente reemplazar los pensamientos catastróficos por afirmaciones positivas con el propósito de contrarrestarlos, considerando el permitir sentir y aceptar todas las sensaciones físicas que acompañan al ataque creando nuevas respuestas al miedo y generar un suministro de afirmaciones positivas a pensamientos típicos provocadores de miedo.

4.5. Algunos estudios empíricos.

La hipnosis ha sido estudiada en los últimos años con una metodología estrictamente científica, se ha demostrado que tanto en la investigación experimental como en la aplicación clínica, que la hipnosis tiene mucho que aportar al campo de la salud (Medicina, Psicología, Odontología, etc). Sin embargo, existe poca divulgación en idioma español de esta perspectiva científica, de hecho, en México la principal difusión de la Hipnosis Clínica se hace en el Centro Ericksoniano de México (ver siguiente capítulo), y en menor medida en la Revista Electrónica de Psicología Clínica de la FES Iztacala; no obstante pueden encontrarse diversos estudios empíricos, algunos de ellos en español, en la página electrónica del International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis (www.sunsite.utk.edu/IJCEH/), de hecho se trata de resúmenes de esta revista, que es editada por la Society for a Clinical and Experimental Hypnosis, la Dutch Society of Hypnosis, y la International Society of Hypnosis.

Así entonces, se tiene que Vargas, Rodríguez, Ibáñez, Cortés y Amador publicaron en la Revista Electrónica de Psicología Clínica de Iztacala (www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin), Vol. 3 No. 1 Mayo de 2000 un estudio titulado "Efectos de la Hipnosis en la Interferencia Retroactiva", los resultados indicaron que en el grupo de hipnosis no hubo diferencias significativas entre las condiciones de recuerdo de dos listas (condiciones 1 y 2), indicando que

la interferencia fue menor. En el grupo de vigilia, la diferencia entre las condiciones 1 y 2 fueron significativas, mostrando que la interferencia fue mayor; lo cual indicó que la hipnosis contribuye a recordar por igual las dos listas del experimento, en cambio en el grupo de vigilia el recordar una lista interfiere en recordar una segunda lista. En ese mismo número de la revista de Iztacala, también se publicó la investigación titulada "La Hipnosis, la Motivación y el Género en el Control del Dolor" por Vargas, Rodríguez, Ibáñez, González y Ramírez; quienes encontraron que no existen diferencias significativas entre hombres y mujeres en el control del dolor, tampoco hubo diferencias significativas en el grupo donde se aplicó un estímulo motivacional, pero sí se puede decir que la hipnosis influyó significativamente tanto en la tolerancia como en la intensidad del dolor y en algunos casos en su eliminación, en el grupo donde se le utilizó.

Por su parte, en la página electrónica del International Journal Of Clinical And Experimental Hypnosis (IJCEH), se pueden encontrar una gran cantidad de resúmenes de los artículos que se publican en esa revista, entre ellos se encuentran (www.sunsite.utk.edu/IJCEH):

En el Vol. XLX, núm. 2, de abril del 2002.

Un estudio titulado "La eficacia de la hipnosis en el tratamiento de prurito en la gente con VIH/ SIDA: Un análisis de series de tiempo" realizado por Rucklidge y Douglas, quienes encontraron que después del tratamiento, los 3 pacientes investigados, mencionaron reducciones importantes en la severidad de la picazón; de hecho uno de los pacientes también manifestó significativamente menos angustia por la picazón, y otro experimentó significativamente menos tiempo de molestia. Para los 2 pacientes con datos de seguimiento a los 4 meses, el beneficio del tratamiento en las variables permaneció estable o mejoró.

Otro titulado: "La hipnosis para el control del dolor relacionado a VIH/ SIDA" de Langenfeld, Cipani, y Borckardt, mismo que examinó a 5 pacientes adultos con varios síntomas de dolor relacionados con el SIDA, que mejoraron con un enfoque hipnótico para controlar al dolor. Las tres variables dependientes en el estudio fueron: auto-registros de la severidad de dolor, (b) auto-registros del porcentaje de tiempo en dolor, y (c) cantidad de medicación de dolor PRN tomada, examinadas durante un periodo de 12 semanas, con una semana de línea base y un periodo de tratamiento de 11 semanas. Encontrándose que los 5 pacientes mostraron mejorías importantes en por lo menos una de las tres variables dependientes, como resultado de la intervención hipnótica; Cuatro de los 5 pacientes informaron usar significativamente menos medicación para el dolor durante la fase de tratamiento.

En el Vol. XLX, núm. 1, de enero del 2002.

El estudio empírico titulado: "La hipnosis breve prequirúrgica para la reducción de la angustia y el dolor en los pacientes con biopsia excisional del seno" realizado por Montgomery, Weltz, Seltz, y Bovbjerg; donde 20 pacientes

fueron asignados aleatoriamente a un grupo de hipnosis o a un grupo control (cuidado estándar). Obteniéndose que la hipnosis redujo el dolor y la angustia post-quirúrgicos en el grupo en que fue empleada.

En el Vol. XLIX, núm. 3, de Julio del 2001.

Una investigación denominada "Dejar de fumar: Integración de métodos hipnóticos y fumar rápidamente (rapid smoking) para facilitar el abandono del cigarro" de Joseph Barber, donde este autor integró la intervención hipnótica, con un protocolo de tratamiento de fumar rápidamente para dejar de fumar, donde de 43 pacientes consecutivos que experimentaron este protocolo de tratamiento, 39 reportaron abstinencia en el seguimiento (de 6 meses a 3 años después del tratamiento).

En el Vol. XLIX, núm. 2, de abril del 2001.

Un estudio titulado "Las funciones corticales anteriores y la hipnosis: Una prueba de la hipótesis frontal" llevada a cabo por Kallio, Revonsuo, Hämäläinen, Markela, y Gruzelier; estos investigadores utilizaron pruebas neuropsicológicas del lóbulo frontal para comparar a individuos con alta ($n= 8$) y baja ($n= 9$) hipnotizabilidad, durante condiciones de línea base e hipnosis; además de que evaluaron a los participantes con dos escalas de susceptibilidad hipnótica y una batería de pruebas que incluyó la prueba Stroop, fluidez de vocablos en categorías semántica o de letra, pruebas de tiempo de reacción y de elección, una tarea de vigilancia, y un cuestionario con 40 frases auto-descriptivas de foco de atención. Los efectos de las condiciones hipnosis o control y de la susceptibilidad hipnótica en las variables dependientes fueron escasos. Personas con alta hipnotizabilidad tuvieron puntuaciones más altas en el cuestionario en líneas base, y su desempeño en la fluidez de palabras disminuyó más que en aquellos poco hipnotizables durante la hipnosis. Estos resultados indicaron según los autores, que aunque el área frontal puede jugar un papel importante en la respuesta hipnótica, los mecanismos parecen ser mucho más complejos que una mera inhibición global.

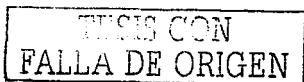
4.6. Otras aplicaciones terapéuticas.

Finalmente, el empleo de la hipnosis no sólo se limita a las aplicaciones antes mencionadas, sino que en última instancia es el terapeuta el que determina, según su ingenio y su creatividad, el uso de esta técnica en diversas esferas que competen a la salud y bienestar del individuo. Así entonces, pueden encontrarse trabajos referentes al uso de la hipnosis en: manejo de estrés, mejora de autoestima y motivación, problemas para dormir, elaboración de duelo, rendimiento deportivo óptimo, mejorar la confianza en sí mismo, mejores soluciones para los problemas, alivio de alergias y del asma; mejoría de la piel con verrugas, herpes, eccema o psoriasis; perder peso, mejorar las experiencias de aprendizaje, realzar la creatividad, pérdida y separación (divorcios, fin de una

relación amistosa o amorosa), etc. (ver Alman y Lambrou, 1994; Ávila Corona, 2001; Hadley y Staudacher, 1994; Haley, 1980; Hernández, 2001; Hilgard y Hilgard, 1990; Kirsch, Capafons, Cardaña-Buelna y Amigó 1999; Kroger, 1972; Lynn, Kirsch y Rhue, 1996; Procter, 2001; Rhue, Lynn y Kirsch, 1993). En el siguiente capítulo se presentarán los resultados y conclusiones de algunas de las tesis realizadas en la UNAM respecto a la Hipnosis.

La versatilidad de la Hipnosis Clínica resulta evidente si se le contempla a ésta desde las muchas aplicaciones que puede tener, en la actualidad esta técnica terapéutica está en un periodo de resurgimiento, además de estar siendo aplicada desde diversos enfoques y modelos clínicos.

En efecto, es en última instancia el terapeuta quien decide la forma de utilizar la técnica Hipnoterapéutica o Hipnoterapia, según se le denomine, en un caso en particular, teniendo en cuenta los beneficios que pueda tener para su paciente; en este sentido, es que resulta conveniente saber cual es la situación actual y precedente de la Hipnosis Clínica en México, pero sobre todo, en el caso particular de la UNAM.



CAPITULO V

LA UNAM, LA PSICOLOGÍA Y LA HIPNOSIS EN MÉXICO

La Universidad Nacional Autónoma de México, es reconocida como una de las universidades más grandes e importantes de América Latina. Tiene su primer antecedente en la Real Universidad de México, fundada en 1551 y que impartió sus primeras cátedras hasta 1553, siendo estas: la de Teología, la de Cánones, la de Decreto, la de Artes y la de Gramática (Gaceta UNAM, 2001-5). Es en septiembre de 1910 que ésta se transforma en la Universidad Nacional de México, misma que fue inaugurada por el presidente Porfirio Díaz, gracias a la iniciativa del Licenciado Justo Sierra que años antes había comisionado al Licenciado Ezequiel A. Chávez para estudiar la organización y el funcionamiento de algunas universidades estadounidenses con la finalidad de elaborar el proyecto de Ley Constitutiva de la Universidad Nacional, en esta etapa se establece su carácter republicano y laico; y para 1929 se le agrega el calificativo de Autónoma (Álvarez et al, en Álvarez y Molina, 1981; Valadés, 2002).

Las principales particularidades de la UNAM, son en primer lugar, que se trata de una universidad pública que ha sido un factor determinante en la construcción de México, ya que de ella han egresado la mayor parte de quienes ahora son docentes en las distintas instituciones educativas del país; también es la más grande institución de educación superior de la república, abierta a decenas de miles de jóvenes de toda ideología y posición social; en ella se realiza la mayor parte de la investigación que se realiza en el país, además de poseer un vasto acervo cultural y una gran tradición deportiva.

5.1. Historia de la Psicología en México.

Álvarez et al (en Álvarez y Molina, 1981), mencionan que en México como en otras culturas, puede rastrearse el origen de la psicología en las culturas antiguas, en viejas crónicas se señala la consulta a los dioses, la práctica de sacrificios y la interpretación de augurios como elementos fundamentales para establecer el comportamiento a seguir por los individuos o comunidades. Entre los aztecas existió el *Tonalpouhqui*, personaje que ponía en práctica métodos terapéuticos para reestablecer el equilibrio emocional de otros individuos, que acudían a él cuando padecían de un susto por un "augurio", este hombre anciano y sabio, con gran autoridad moral le explicaba al afectado con palabras suaves el significado del augurio y le indicaba los pasos a seguir para eliminar el padecimiento, ayudándolo así a eliminar las ideas obsesivas de peligro.

Para estos mismos autores, el representante más citado por los historiadores de la Psicología mexicana es Fray Alonso de la Vera Cruz, considerado como el introductor de los estudios filosóficos en la Nueva España

con su primer curso de Filosofía publicado en América "Recognitio Sumularum" de 1554, el texto de interés para los psicólogos es su "Physica Speculatio" publicado en 1557. Finalizado el siglo XVII aparece en la Nueva España las ideas del modernismo, alcanzando su máxima expresión en la segunda mitad del siglo XVIII, en ese entonces se estudia a la conciencia y al conocimiento del sí mismo de acuerdo al pensamiento de Descartes y otros pensadores contemporáneos que asestán los primeros golpes a la filosofía escolástica imperante. Para ese entonces, según Lara (en Lara, López, Herrera, Murueta y Williams, 1996), comienza a hacerse evidente el rechazo de la visión occidental, por la cultura y la tradición indígena en la construcción de la Psicología mexicana.

En tiempos de Juárez, las ideas liberales permitirán la aparición del positivismo en México, y el materialismo hace su aparición en el continente a partir del trabajo de José Ramón Pacheco de 1835 titulado "Exposición Sumaria del Sistema Frenológico del Dr. Gall". Diez años después, se imprimió la traducción de Manuel Andrade al libro de R. Flourens, con el título de "Examen de Frenología". También por esta época aparecen los primeros artículos sobre el "magnetismo animal", destacando los publicados por Manuel Carpio y Luis Hidalgo Carpio (citados por Álvarez et al, en Álvarez y Molina, 1981).

La Universidad por su parte, tuvo un desarrollo azaroso a lo largo del siglo XIX, justamente porque los altibajos que había padecido estuvieron vinculados con el quehacer político de la nación; el entorno social, político y cultural condujo el desarrollo del concepto de enseñanza por la vía positivista, con Gabino Barreda y Justo Sierra, que desde 1881 habían propuesto la creación de una Universidad Nacional (Valadés, 2002).

No obstante que la materia de Psicología empezó a impartirse oficialmente en 1867 dentro de la cátedra de Lógica y Moral en la Universidad, es conveniente señalar que algunos autores afirman que se enseñaba antes de ese año, misma que se convirtió en cátedra autónoma en 1896. En el año de 1910, en el mes de abril, se creó la Escuela de Altos Estudios con el objeto de formar profesores y perfeccionar los estudios realizados en las escuelas profesionales de la época, la Psicología empezó a estudiarse a nivel superior en la Sección de Humanidades de la mencionada escuela. La Escuela de Altos Estudios se dividió en 1924, y de ella surgieron la Escuela Normal Superior y la Facultad de Filosofía y Letras, en esa época se enseñaban tres materias de Psicología: Curso Sintético-Analítico de Psicología, Psicología de la Adolescencia y Técnicas de Enseñanza (Álvarez et al, en Álvarez y Molina, 1981).

5.2. La Psicología en la UNAM.

En el año de 1932, se creó la sección de Psicología dentro del plan de estudios de la Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad (que en ese entonces ya era Autónoma y Nacional), y para el año de 1937 se creó la carrera profesional de psicólogo en la Facultad de Filosofía y Letras, cuando fungía como

director de la misma el maestro Antonio Caso; en este plan de estudios, que se atribuía al Dr. Ezequiel A. Chávez, la carrera tenía una duración de tres años y servía como preparación para la obtención de la maestría. El programa de 1937 se volvió a reestructurar en 1945 por el Dr. Fernando Ocaranza, y se creó el Departamento de Psicología, el nuevo plan comprendía tres años de estudios para la obtención de la maestría; en vista del aumento de materias y alumnos, en 1956 se transformó el Departamento en Colegio de Psicología y se empezó a otorgar el grado de doctor en Psicología (anteriormente se daba el doctorado en Filosofía con la especialización en Psicología). En 1966, el Colegio de Psicología se organizó en los siguientes departamentos: Psicología Social, General Experimental y Metodología, Clínica, Psicopatología, Educativa y Fisiología. Un año después se aprobó un nuevo plan de estudios que imponía una duración de cinco años para el nivel profesional, un año más y tesis para la maestría, y otros dos años con su respectiva tesis para el doctorado. Al iniciarse el año de 1971, entró en vigor un nuevo plan de estudios en que se dio mayor énfasis a la preparación profesional del psicólogo, estableciéndose un total de 310 créditos como mínimo; de estos, 218 se obtenían en los primeros seis semestres y los restantes se cubrían con las materias de cada una de las áreas de especialización: Psicología Educativa, Social, del Trabajo y Clínica. En 1973, el Consejo Académico del Colegio de Psicología solicitó al Consejo Técnico de la Facultad de Filosofía y Letras, la creación de la Facultad de Psicología, solicitud que fue aprobada el 17 de febrero de ese mismo año por el H. Consejo Universitario. Posteriormente se designaría al Dr. Luis Lara Tapia como primer director de la naciente Facultad (primera en América Latina), otorgando la Licenciatura a la carrera de Psicología a partir de 1974. Con la creación de la Escuela Nacional de Estudios Profesionales, la enseñanza de la Psicología no se limitó a la Facultad, pudiéndose estudiar en los planteles de Iztacala y Zaragoza, con un novedoso sistema de instrucción para su época (Álvarez et al, en Álvarez y Molina, 1981).

A lo largo de la carrera de Psicología dentro de la UNAM; se han establecido doce planes de estudio; los cuales representan progresos graduales hacia la definición del psicólogo como profesional del comportamiento. La búsqueda de la estructura curricular que vincule más estrechamente el entrenamiento del psicólogo con las necesidades del país, que integre la enseñanza teórica con la práctica y que incorpore procedimientos instruccionales más acordes con los actuales avances de la tecnología ha motivado el desarrollo de análisis y redefiniciones de los actuales planes de estudio de diversas escuelas de Psicología. Algunos de los principales objetivos que persiguen los actuales programas en la UNAM incluyen (www.dgae.unam.mx/cgi-bin/query):

- 1.- Propiciar en el estudiante una concepción integral de los problemas y fenómenos psicológicos.
- 2.- Promover un análisis crítico de las diferentes aproximaciones teóricas de la Psicología, para que el estudiante sea capaz de seleccionar la metodología de trabajo adecuada para analizar e intervenir en una amplia gama de problemas psicológicos.

TESIS CON
FALLA DE CARGEN :

- 3.- Desarrollar una actitud crítica y responsable respecto del ejercicio profesional.
- 4.- Generar habilidades en el estudiante que le permita participar en proyectos interdisciplinarios de trabajo.
- 5.- Desarrollar en el estudiante una metodología de trabajo fundamentada en la detección, análisis, diseño, intervención, evaluación y reciclaje.

Sin embargo, parece que todavía se está lejos de lograr la vinculación de los planes de estudio de psicología de la UNAM con las necesidades de la sociedad y con los avances de la propia disciplina, de hecho la psicología clínica enfrenta la problemática de enseñar diferentes enfoques teóricos y metodológicos, presentando cierto desfase respecto a los más recientes (Castañeda, 1995; Lara, López, Herrera, Murueta y Williams, 1996). El diseño de los planes de estudio de la carrera de Psicología ha sido cuestionado por diversos autores, quienes consideran que la variabilidad de los modelos teóricos de la Psicología no han sido correctamente organizados en la currícula, y por tanto, no son del todo comprendidos ni aprendidos por los alumnos, lo que limita el ejercicio profesional de éstos (Alcaraz y Bernal, 2002).

5.3. El Contexto Actual de la UNAM y la Psicología en México.

Las universidades, en especial las públicas, son espacios imprescindibles para la ampliación de los conocimientos y los saberes que permiten el desarrollo tecnológico, son sobre todo las instituciones de la perseverancia en el ejercicio de la crítica y la valoración de la cotidianidad nacional, y del compromiso intelectual – humanístico y científico– en el que se recrean las perspectivas de la transformación social, en este sentido resulta evidente el papel histórico y la responsabilidad social de la vida académica. Y esto no es exclusivo de México, ya que los procesos sociales en los que interviene la universidad y que la tiene como dimensión principal se iniciaron hace casi un milenio; según Cazés (2002), no es de extrañar que en 1995 la UNESCO al proponer políticas para la educación superior, definiera que para su funcionamiento adecuado deben presentarse las libertades de cátedra y de investigación, ya que para este autor las universidades tienen un compromiso cultural-político con la sociedad y para cumplirlo precisan de todas las libertades, en primer lugar de su propio desarrollo.

En este sentido resulta evidente el compromiso de la UNAM en la construcción de México, en primer lugar, porque se trata de una universidad pública que ha sido un factor determinante en la evolución y desarrollo del país, y en segundo lugar, porque se trata de una de las más importantes de América Latina.

Sin embargo, es necesario reconocer que la política de mercado en la actualidad, desde la óptica de los intereses y del dominio que significa, incide sobre el mundo de las universidades e instituciones de educación superior; en efecto, las políticas neoliberales han provocado en todo el mundo, una creciente

polarización de la sociedad y de las naciones, en ricos y pobres, ya que se ha visto un deliberado desfinanciamiento de las instituciones públicas, entre ellas la Universidad, desfinanciamiento que ha traído secuelas de deterioro y creciente desprestigio de estas instituciones, que han ayudado a crear la demanda de éstas al sector privado y hacer los procesos de privatización socialmente aceptables (Cazés, 2002; Laurell, 1992).

Tal estado de las cosas, marca sin lugar a dudas una crisis de las instituciones nacionales de educación superior, que tienen problemas serios tanto para generar conocimiento, como para asegurar el cambio social, además, se les acusa de no satisfacer en calidad y cantidad las demandas de las plantas productiva y de servicios y de no producir cuadros técnicos y profesionales necesarios para generar ciencia y tecnología propias; otro aspecto que matiza la educación superior y que impacta fuertemente su estructura, es la necesidad de allegarse recursos independientes y complementarios a los exiguos financiamientos dados por el Estado. Ahora bien, la problemática descrita para la educación superior, se reproduce en el interior de lo que sucede en la enseñanza de la Psicología en la UNAM, solo que ésta se ve además, coloreada por las características propias de la disciplina, de su avance teórico-metodológico a nivel internacional, pero sobre todo, por las condiciones sociales en las que ésta se ha desarrollado a nivel nacional (Castañeda, 1995).

Aunado a lo anterior, los cambios en los currículum de Psicología no han ido asociados a la velocidad con que se ha transformado las estructuras económicas, políticas y sociales del país; situación que se ha agudizado con el escaso aporte que se ha dado en el plano tecnológico (Herrera en Lara et al, 1996). Además, la pluralidad de enfoques teóricos y metodológicos en Psicología, así como la velocidad en la que se dan, representa un campo verdaderamente rico pero difícil de enseñar; los nuevos paradigmas exigen del usuario un manejo amplio de nuevas tecnologías, incluyendo las computacionales y simulacionales (Castañeda, 1995). Por lo que en la actualidad, es posible observar un desfase entre los planes de estudio de la carrera de Psicología de la UNAM y las demandas de la sociedad mexicana, agudizado sobre todo en los últimos años.

Las reformas a los planes de estudios en la UNAM, deberían dirigirse a la posibilidad de dotar a los alumnos, mediante la aplicación de nuevos sistemas formativos, de una adecuada preparación profesional y una formación metodológica y científica básica; en base a estas consideraciones y a fin de cumplir con los objetivos para los que fueron creados, debería considerarse como punto de partida de la reforma, lo siguiente (www.dgae.unam.mx/cgi-bin/query):

- a) El desarrollo alcanzado por la ciencia de la Psicología.
- b) La necesidad de incorporar a los sistemas de entrenamiento los adelantos tecnológicos.
- c) La expansión de las necesidades nacionales en materia de Psicología.
- d) El hecho de que el actual plan de estudios no satisface suficientemente las necesidades planteadas.

- e) La necesidad de coordinar los estudios del nivel de licenciatura con los estudios que se ofrecen a nivel maestría y doctorado.

5.4. La Hipnosis en México.

Una revisión en este momento a los planes de estudio de la carrera de Psicología en la UNAM, revelaría que la Hipnosis no se encuentra contemplada como materia de estudio en ninguno de los planteles que imparten dicha carrera (www.dgae.unam.mx/cgi-bin/query); más aún, solo se hace alusión de ella en los temas relacionados con la historia de la Psicología, desde una perspectiva muy reducida y antigua, de hecho se le contempla como una etapa ya superada de la evolución de la Psicoterapia. Lo anterior no es de extrañar, si se tiene en cuenta el desfase existente entre los planes de estudio y la evolución que se ha presentado en el campo de la Psicología en los últimos años, en especial en el de la Psicología Clínica.

En este sentido, se ha observado un creciente interés de parte de los profesionales de área de la salud en el campo de la Hipnosis Clínica, en la UNAM, últimamente es frecuente encontrar cursos, talleres y diplomados que se imparten como actividades extracurriculares a los planes de estudio, esto parece obedecer principalmente a dos condiciones: la primera, es que la Hipnosis se ofrece como una técnica terapéutica de actualidad, que genera mucho interés por parte de los profesionales que tienen la opción de aplicarla pero no han tenido una adecuada formación en la materia; y en segundo lugar, a que es una forma en que la Universidad puede allegarse recursos extras a los otorgados del Estado. También en Centros e Instituciones de carácter privado, se ha observado el creciente interés por la enseñanza de la Hipnosis, incluso llegándose a ofrecer estudios de Maestría como se verá posteriormente.

Sin embargo, algunos autores coinciden en mencionar que pese a una mayor difusión y desarrollo de la práctica de la Hipnosis en México, no es frecuente encontrar trabajos, investigaciones, y artículos, que retomen a la Hipnosis en cuanto a la aplicación de sus técnicas y la obtención de resultados (Cervantes, 1987; López, 1997; Rivera, Sánchez y Sánchez, 1986; Robles en Montalvo y Espinosa, 1997). Y en su mayoría la información a la que se tiene acceso proviene del extranjero (de Estados Unidos principalmente), e incluso algunas traducciones de libros de Hipnosis Clínica están hechas por personas que no conocen de Hipnosis, o también trabajos realizados en México se publican en revistas extranjeras y no aquí (Robles en Montalvo y Espinosa, 1997).

No obstante, en la UNAM si se ha hecho investigación, difusión y enseñanza respecto a la Hipnosis Clínica, como por ejemplo el libro "La Hipnosis como Técnica de Ayuda en la Conducta Humana" realizado por el Mtro. Armando García de la Cadena Muñoz (1995) quien fuera profesor de Psicología en la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, y que con una experiencia de más de 20 años en el uso de la Hipnosis terapéutica, presentó una compilación de los

principales exponentes de la Hipnosis, además de realizar diversos talleres de Hipnosis Clínica. En esta misma facultad, en 1996 se estableció la "Academia de Hipnosis y Estrategias Ericksonianas de la FES Zaragoza", con el fin de impulsar el conocimiento, desarrollo y difusión de áreas innovadoras de la Psicología, que permitan promover y actualizar los programas de enseñanza y elevar el nivel académico de alumnos y profesores; siendo sus fundadores las Psic. Yolanda Aguirre Gómez -Secretaria de la Academia-, Patricia Bañuelos Lagunes, Alma P. Fernández Ortega, María Olmos Ramírez, y el Dr. (médico) Marcelo Álvarez Córdova -Presidente de la Academia- (Academia de Hipnosis y Estrategias Ericksonianas de la FES Zaragoza, 1996), todos ellos profesores de la carrera de Psicología y que en su mayoría tuvieron una formación directa con J. Zeig, E. L. Rossi, E. Lanckton, B. A. Erickson, y D. Revenstorff[▼] (Y. Aguirre y M. Álvarez, comunicación personal. Octubre 28, 2002).

También debe destacarse el trabajo del Dr. Benjamín Domínguez Trejo profesor de la Facultad de Psicología, quien ha trabajado desde hace varios años con la Hipnosis científica y tiene varios artículos publicados en revistas especializadas (Méndez, 1995). Y la labor del Dr. Sabás Valadez Nava (Médico), que actualmente imparte los diplomados de "*Hipnoterapia Eléctrica*", y "*Programación Neurolingüística*" en la Facultad de Estudios Superiores Iztacala (Gaceta UNAM, 2002-a y 2002-b), también en esta última institución, se han publicado varios artículos de Hipnosis en su revista electrónica, sobretodo en el Vol 3 Num. 1 (www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclini).

En cuanto a los trabajos de investigación de Tesis realizados en la UNAM respecto a la Hipnosis, es de destacarse que la mayoría son de su aplicación en Odontología para el control del dolor, pues para estos profesionales, la Hipnosis tradicionalmente les ha resultado muy útil. De aproximadamente 70 trabajos de Tesis hasta Marzo del 2002, sólo el 20% se enfocaron al uso de la Hipnosis en Psicología; además, de que la mayoría son de corte tradicional pues las que se enfocan a la Hipnosis moderna son principalmente investigaciones documentales. Así entonces se tiene que Fiumara (1982), aplicó técnicas autoritarias para la remoción de verrugas vulgares a 34 personas, obteniendo un 56% (19 casos) de éxito en la remoción de éstas; Ávila (2001), empleó la Hipnosis para reducir la ansiedad ante los exámenes escritos de alumnos de bachillerato, sin embargo debido a que este autor empleó controles estadísticos muy estrictos y que la presentación de sus resultados fue de manera poco clara, le resultó imposible concluir si la Hipnosis efectivamente reduce la ansiedad o en su defecto no interviene en absoluto; por su parte Hernández (2001), investigó su utilidad en la eliminación del insomnio crónico de 15 personas obteniendo resultados favorables, sin embargo aclara que estos deben ser tomados con cautela; finalmente Amador (1999), realizó un estudio enfocado a determinar si la Hipnosis puede mejorar la memorización (hipermemsia), realizó un estudio bien controlado que sin embargo no arrojó resultados favorables, esto llevó a dicho autor a

[▼] Dirk Revenstorff, es un Hipnólogo alemán destacado, que impartió un diplomado de Hipnosis Ericksoniana en las Instalaciones de la FES Zaragoza a principios de los años de 1990.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

concluir que en Hipnosis no basta sugestionar al sujeto en forma directa para producir hipermnesia, sino que es necesario ofrecer un método que guíe el almacenamiento de la posterior recordación del material.

En el caso particular de la FES Zaragoza, López (1997), hizo una revisión documental de la Nueva Hipnosis o Ericksoniana, destacando las aportaciones de Milton H. Erickson al campo de la Hipnoterapia y de la Psicología Clínica; por su parte, Ávila Corona (2001), presentó el reporte de 4 atletas del deporte Judo, que fueron entrenados con técnicas Ericksonianas para el manejo del estrés, y lograron aumentar su rendimiento deportivo.

Por otra parte, se tiene que no sólo en la UNAM se está trabajando hipnosis, ya que actualmente existen institutos y centros privados encargados de la enseñanza, difusión e investigación de la Hipnosis Clínica en México, y que incluso cuentan con programas de maestría.

En este sentido se puede destacar el trabajo de la Dra. Teresa Robles, quien fue la primera persona en traer a México las técnicas ericksonianas; en septiembre de 1988, al saber que necesitaba sufrir una cirugía de vesícula, le pidió al Dr. Jorge Abia, quien había tomado talleres de hipnosis con ella, su colaboración para planear y realizar esa operación utilizando hipnosis en lugar de anestesia. La cirugía fue filmada y el video se presentó de manera informal a un pequeño grupo en el Congreso de la Fundación Milton H. Erickson, realizado en diciembre de ese año en San Francisco, California. Motivo por el cual, Jeffrey K. Zeig, Presidente de la Fundación, los invitó a formar el Instituto Milton H. Erickson de la Ciudad de México. Posteriormente, participaron como codirectores del Instituto en diversos eventos internacionales, organizados por sociedades que trabajan con Hipnosis. Así entraron en contacto con la Sociedad Internacional de Hipnosis (ISH) y con la Sociedad Europea de Hipnosis (ESH). En 1994 formaron junto a sus colegas que trabajaban en el Instituto, la Sociedad Mexicana de Hipnosis (SMH), aceptada como parte de la internacional ese mismo año (Robles, 1990; Robles y Abia, 1997; www.hipnosis.com.mx).

En 1999, Jorge Abia se separó del grupo y quedó al frente del Instituto Milton H. Erickson de la Ciudad de México, mientras la Fundación Milton H. Erickson le dio a Teresa Robles el reconocimiento como *Centro Ericksoniano de México*, y en ese mismo año el Centro fue aceptado como *Sociedad*, parte de la International Society of Hypnosis. El *Centro Ericksoniano de México* se abrió a nuevas disciplinas, desarrolló nuevos proyectos y en el año 2000 es reconocido por CONACYT como Centro de Estudios Superiores con la primera Maestría en Psicoterapia Ericksoniana con reconocimiento oficial (www.hipnosis.com.mx). De hecho, gracias a la labor de Teresa Robles y Jorge Abia, en México se ha desarrollado vertiginosamente la Hipnosis Ericksoniana en los últimos 15 años.

También se encuentra registrada la Federación Mexicana de Hipnosis A. C. y el Centro de Hipnología y Terapia Psicosomática A. C., ambos dirigidos por el Dr. José Luis Vázquez, médico egresado de la facultad de Medicina de la UNAM, con



Maestría en Hipnoterapia Clínica reconocida oficialmente en 156 países a través de la Universidad Internacional de Ciencias de la Vanguardia, S.C. (UNICVA) y avalada por la World Association of Eclectic Hypnotherapist (WAEH) Con certificación Neurolingüística por John Grinder y Quantum Leap, Inc., ponente de congresos nacionales e internacionales. Este Centro y la Federación organizan congresos, cursos y diplomados, además de una Maestría Internacional de Hipnoterapia Integral que al cubrir el programa académico y aprobar el curso, se extiende un diploma apostillado por el Convenio Internacional de La Haya y notariado a nivel maestría (Master Internacional) (www.hypnoland.com.mx).

Otro terapeuta destacado es Federico Pérez, quien ha trabajado desde hace varios años en Guadalajara para el Instituto de Psicoterapia Sistémica de Occidente (IPSO), ha aplicado y enseñado Hipnosis Ericksoniana y Programación Neurolingüística en dicho Centro; y también ha publicado los libros: "El Vuelo del Ave Fénix" (1994), "Aprendiendo a Cambiar" (1995), y "El Arco y la Flecha de la Sexualidad y el Amor" (1997), que versan sobre estos temas.

Cabe destacar que en México la Sociedad Mexicana de Hipnosis, es reconocida por la Internacional para evitar los malos usos de la hipnosis, certificado a los profesionales que está capacitados para trabajar con esta técnica y regulando su uso en universidades, hospitales, etc. (Robles y Abia, 1997; Robles y Abia en Montalvo y Espinosa, 1997). De hecho, hasta el año 2000 habían apenas 14 mexicanos registrados como miembros de la Sociedad Internacional de Hipnosis y por consiguiente de la Sociedad Mexicana de Hipnosis (International Society of Hypnosis, 2000):

Médico Jorge Abia.	Ciudad de México.
Psic. Yolanda Aguirre Gómez.	Ciudad de México.
Médico Marcelo Álvarez Córdoba.	Ciudad de México.
Psic. Martha Capillo.	Jalapa, Veracruz.
Psic. María Castañeda.	Ciudad de México.
Psic. Blanca Iris Corzo.	Ciudad de México.
Psic. Antonio de la Mora.	León, Guanajuato.
Psic. Cecilia Fabre.	Cuernavaca, Morelos.
Psic. Rosa María González de Brandes.	Ciudad de México.
Médico Mara Heredia.	Ciudad de México.
Psic. Teresa Robles.	Ciudad de México.
Psic. Gloria Robles Almera.	Ciudad de México.
Médico Rosalía Rodríguez.	Ciudad de México.
Psic. Liliana Velarde.	Ciudad de México.

Finalmente, es necesario subrayar que la Sociedad Internacional de Hipnosis en el año 2000, estuvo constituida por 1639 integrantes de 33 diferentes nacionalidades.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

La evolución de la Hipnoterapia, ha estado influenciada por la visión de la época en que se le sitúe, desde las creencias mágicas de hace miles de años, hasta los estudios experimentales del siglo XX. Actualmente se empieza a vislumbrar que por fin la Hipnoterapia se está librando de los viejos esquemas y prejuicios que limitaron su desarrollo durante mucho tiempo. En efecto, hoy en día existe una nueva generación de hipnoterapeutas alrededor del mundo —y por supuesto en México—, trabajado tanto clínica como experimentalmente, y gracias a ello se han desarrollado las teorías y técnicas que en la actualidad pretenden una integración dentro de este campo.

En especial, la Hipnosis terapéutica a estado ligada a la práctica del Psicólogo Clínico a partir de la Primera y Segunda Guerra Mundial, cuando se descubrió su utilidad para tratar las "neurosis de guerra", a partir de entonces y con el paso del tiempo, el uso de la Hipnosis por parte de este grupo se amplió a diferentes casos y problemáticas, empleándose desde diferentes perspectivas terapéuticas en mayor o menor medida.

Por su parte, en México el desarrollo de la Hipnosis y en especial el de la Hipnosis Ericksoniana, han contribuido a despertar y a reavivar el interés de diversos profesionales del área de la salud por esta técnica, pero sobre todo por parte de psicólogos clínicos. Es en este marco que la presente investigación, pretende aportar información que enriquezca este campo de conocimiento, explorando el punto de vista que tienen psicólogos clínicos docentes de la UNAM, ya que ha sido esta última Institución la base para el desarrollo y la difusión del conocimiento en el país, y que en la actualidad atraviesa por una etapa de transición hacia la redefinición de sus planes de estudio, mismos que no contemplan la enseñanza de la Hipnosis Clínica.

CAPITULO VI

METODOLOGÍA

Después de la revisión teórica hecha hasta el momento, es necesario volver a mencionar que pese a una mayor difusión de la práctica de la Hipnosis en México, no es frecuente encontrar trabajos, investigaciones, y artículos, que retomen a la Hipnosis en cuanto a la aplicación de sus técnicas y la obtención de resultados; y en su mayoría, la información a la que se tiene acceso proviene del extranjero, de Estados Unidos principalmente (Cervantes, 1987; López, 1997; Rivera, Sánchez y Sánchez, 1986; Robles en Montalvo y Espinosa, 1997), y aunque actualmente se está trabajando con Hipnosis en la UNAM, se desconoce con que frecuencia, ya que los planes de estudio de las carreras de Psicología en esta Institución no contemplan a la Hipnosis Clínica, por lo que no se tienen datos de si los Terapeutas conocen o no de esta Técnica.

Es por ello que se justifica esta investigación, la cual permite conocer si la hipnoterapia es aplicada por Psicólogos Clínicos Docentes de la UNAM dedicados a la Psicoterapia. Ya que esto permitirá conocer si en este momento para ellos la Hipnosis resulta una técnica legítima, al nivel de cualquier otra técnica terapéutica; puesto que son éstos últimos los encargados de transmitir sus conocimientos a las presentes y futuras generaciones de psicoterapeutas en México (egresados de la UNAM). Así mismo, se pretende conocer a la Hipnosis Clínica a través de la experiencia profesional de éstos Psicólogos, y aclarar dudas en torno al estado actual de ésta con respecto a los mitos que tradicionalmente se le han asociado.

5.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Considerando que los actuales problemas emocionales de las personas, tanto en su origen como en su desarrollo y mantenimiento, contienen una gran diversidad de factores y elementos; y que además para el tratamiento de los mismos, los actuales paradigmas psicoterapéuticos no son suficientes, se plantea conocer a la Hipnosis como una técnica de tratamiento alternativa, ya que en la actualidad se encuentra en un periodo de resurgimiento e interés por parte de diversos profesionales del área de la salud, entre ellos los Psicólogos Clínicos.

5.2. OBJETIVO GENERAL.

Conocer si la Hipnosis Clínica es utilizada por Psicólogos Clínicos Docentes de la UNAM dedicados a la psicoterapia, así como conocer en que pacientes,

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

casos o trastornos lo emplean; además de identificar si tienen concepciones erróneas respecto a la misma. Ya que esto aportará información de si para este determinado grupo de Psicólogos, la Hipnosis Clínica es una técnica terapéutica legítima en el tratamiento de problemas de tipo emocional.

5.3. OBJETIVOS PARTICULARES.

- ❖ Conocer los aspectos teóricos de la hipnosis y su aplicación, a través de la investigación bibliográfica y de la experiencia terapéutica de los sujetos investigados.
- ❖ Conocer si la hipnoterapia es utilizada (o no) en el ámbito terapéutico actual por psicólogos clínicos docentes de la UNAM.
- ❖ Indicar qué técnicas son preferentemente aplicadas y útiles en la hipnoterapia por los psicólogos clínicos.
- ❖ Identificar cuales son los criterios que emplean los psicólogos clínicos para determinar que un paciente sea hipnotizado terapéuticamente.
- ❖ Conocer qué beneficios se obtienen con la aplicación de la hipnosis dentro del proceso terapéutico, así como en la problemática de los pacientes.
- ❖ Identificar si estos terapeutas tienen concepciones erróneas respecto a la Hipnosis Clínica.

5.4. MÉTODO

5.4.1. Tipo de diseño.

Teniendo en cuenta las características requeridas para la presente investigación, se considera que el diseño más apropiado es el Diseño No Experimental de tipo Exploratorio Transaccional (Hernández, Fernández y Baptista, 1998).

Las características en este tipo de diseño son que no hay control de variables extrañas, ni manipulación de variable independiente, así como tampoco hay comparación de grupos, ya que sólo se observa el fenómeno tal y como se da en su ambiente natural. Tiene como objetivo indagar la incidencia y los valores que se manifiestan en una o más variables^v, donde cada una de ellas se trata individualmente, y se presenta un panorama del estado en que estas se encuentran en un determinado momento (Hernández, Fernández y Baptista, 1998).

^v Que para los fines de esta investigación se denominaron categorías

5.4.2. Participantes.

Se procedió a seleccionar a 40 sujetos de los campus de la UNAM que impartieran la carrera de psicología (15 de Ciudad Universitaria, 15 de la FES Zaragoza y 10 de la FES Iztacala[▼]). Y que además cubrieron las siguientes características:

- ❖ Ser psicólogos clínicos mexicanos (hombres o mujeres indistintamente).
- ❖ Que se dediquen a la docencia a nivel licenciatura en el área de la Psicología Clínica en alguno de los planteles antes mencionados.
- ❖ Y que se desempeñen en el ámbito psicoterapéutico (práctica privada) con un mínimo de 3 años de experiencia.

De los psicólogos clínicos de cada campus, la muestra estuvo constituida respectivamente por el 29 % de los profesores de 8º semestre de la Facultad de Psicología, el 60 % de los profesores de 7º semestre de la FES Zaragoza, y; el 53 % de los profesores de 6º y 8º semestre de la FES Iztacala. Siendo un total de 40% aproximadamente de todos los profesores del Área de Psicología Clínica a nivel Licenciatura de la UNAM, en el periodo comprendido de Noviembre de 2001 a Junio de 2002.

5.4.3. Tipo de muestra.

Los participantes se seleccionaron mediante un muestreo No Probabilístico de sujetos-tipo (Hernández, Fernández y Baptista, 1998).

La ventaja de utilizar una muestra no probabilística en este estudio, es que no se requería de una representatividad de la población (psicólogos clínicos), sino una cuidadosa y controlada elección de sujetos con ciertas características previamente especificadas (En este caso que fueran terapeutas y docentes). Se empleó una muestra pequeña ya que no son muchos los sujetos que reúnen las características necesarias para ser considerados en el estudio.

La muestra de sujetos-tipo cubre el objetivo de enriquecer y profundizar la calidad de la información y no la cantidad o estandarización, ya que se pretende analizar la opinión, conocimiento y experiencia de éste determinado grupo de psicólogos con respecto a la hipnosis e hipnoterapia.

[▼] Se habían contemplado 15 inicialmente, pero por ser reducida su población (19 ss.), se redujo la muestra.

5.4.4. Instrumento.

Un cuestionario realizado especialmente para los fines de éste estudio (ver anexo 1), el cual considera dos aspectos importantes: 1) los conocimientos acerca de la hipnoterapia y 2) la aplicación de ésta.

En el primer punto se considera que conocimientos, ideas, o concepciones erróneas tienen respecto de la Hipnoterapia los Psicólogos Clínicos, y si han tenido alguna experiencia relacionada con el empleo de ésta.

El segundo punto está dirigido principalmente para aquellos psicólogos que sí utilizan la Hipnosis Clínica o la han utilizado alguna vez con sus clientes (pacientes, usuarios, etc.), por lo que se consideran preguntas referentes a su experiencia psicoterapéutica que permiten conocer como la aplican.

Dicho cuestionario está estructurado de la siguiente manera: un apartado para los datos generales de los participantes; la Parte I está constituida por 10 reactivos, de los cuales 5 son preguntas cerradas, 2 son preguntas abiertas, y 3 son mixtas; la Parte II está constituida por 7 preguntas abiertas y 6 preguntas mixtas, siendo un total de 13 reactivos.

5.4.5 Procedimiento

Se acudió a cada uno de los campus de la UNAM donde se imparte la carrera de Psicología (Facultad de Psicología, FES Zaragoza y FES Iztacala). Además, se solicitó la cooperación de los jefes del área de Psicología Clínica para tener acceso a las listas de los profesores, y también se investigó de estos quienes se dedican a la psicoterapia.

Posteriormente, se revisaron los horarios de clases para localizar a los profesores en las aulas o sus cubículos, de esta manera se estableció el contacto y se les solicitó su cooperación para participar en el estudio. Se les explicaron los fines de la investigación y se contactó una cita para que se llevara a cabo la aplicación del cuestionario, o se les aplicó en ese momento; este procedimiento se repitió hasta completar el número de sujetos necesarios por cada campus.

La aplicación se realizó de la siguiente manera: Se dieron las indicaciones pertinentes para el llenado del cuestionario, explicándoles a los participantes que no existían respuestas correctas o incorrectas y que contestaran según *su experiencia y conocimientos*, ya que lo que se pretendía era el *conocer de la experiencia que éstos tienen como terapeutas*.



5.4.6. Estructura del análisis de resultados

Para el análisis de los resultados el cuestionario se estructuró en cinco categorías de acuerdo a los objetivos ya planteados, dichas categorías fueron:

- ❖ **Aplicación** (reactivos Parte I = 1 Parte II = 1,9). El objetivo de esta categoría es mostrar si los sujetos emplean la Hipnosis como herramienta terapéutica o por lo menos si alguna vez la han aplicado.
- ❖ **Conocimiento** (reactivos Parte I = 2,4,5,7,8 Parte II = 12,13). Esta categoría comprende como su nombre lo indica, identificar que conocimientos poseen los sujetos respecto a la Hipnosis Clínica, así como de que manera han adquirido estos.
- ❖ **Criterios y casos** (reactivos Parte II = 4,8,10). Aquí se identifican, cuales son los criterios que siguen los participantes que han empleado hipnoterapia, para determinar en que casos utilizarla y que beneficios se obtienen.
- ❖ **Mitos y Concepciones erróneas** (reactivos Parte I = 3,6,9,10 Parte II = 5). En esta categoría se identifica si los sujetos tienen concepciones erróneas respecto a la Hipnosis y a su utilidad como herramienta terapéutica.
- ❖ **Técnicas** (reactivos Parte II = 2,3,6,7,11). Esta categoría se encuentra relacionada con la categoría de aplicación y muestra cuales son las técnicas preferentemente aplicadas por los sujetos que si la utilizan.

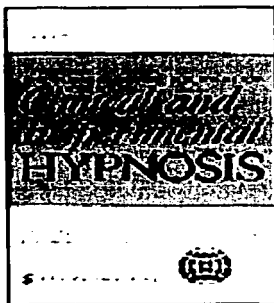
Estas categorías se construyeron con base en la revisión teórica efectuada, y cubren algunos de los puntos más sobresalientes en el campo de la Hipnosis Clínica.

Una vez agrupados los reactivos por categorías, el vaciado de datos se efectuó graficando los porcentajes de todas la preguntas cerradas, siendo estas de barra o de pastel según fuera mas clara la presentación de los resultados. Para las preguntas mixtas se graficó por porcentaje la parte de elección de opciones y la parte abierta sirvió como complemento para el texto que describe dicha gráfica. Por su parte, la respuesta a las preguntas abiertas se asignaron a grupos semánticos según las características de cada reactivo (por ejemplo, para las técnicas de inducción, se agrupó en *Principalmente Naturalistas, Principalmente Tradicionales, Ambas, o Ninguna*), o también se agruparon las respuestas por número de incidencia; esto permite graficar por porcentajes o construir tablas.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



THE INTERNATIONAL SOCIETY OF
HYPNOSIS



THE INTERNATIONAL JOURNAL OF CLINICAL AND EXPERIMENTAL
HYPNOSIS

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CAPITULO VII

ANÁLISIS DE RESULTADOS

Antes de presentar los resultados de la aplicación de esta investigación, resulta conveniente el presentar algunos datos referentes a las características de la muestra utilizada, que estuvo compuesta y distribuida de la siguiente manera:

Sexo.		Experiencia Clínica.	
Femenino	18	3 - 9 años	1
Masculino	22	10 - 19 años	15
		20 - 29 años	18
Grado Académico.		30 en adelante	4
Licenciatura	10	No contestó	2
Maestría	26		
Doctorado	4		

Estos primeros datos indican que los terapeutas investigados se encontraron en igual proporción en cuanto al sexo, por lo cual se espera que esta variable, a pesar de no ser tomada en cuenta en el estudio, no haya intervenido en los resultados encontrados. Respecto al grado académico de los participantes, es de destacarse que la mayoría tienen estudios concluidos de posgrado, 65% de Maestría y 10% de Doctorado, lo cual sugeriría que estos terapeutas al tener una mayor preparación académica, estarían mejor formados e informados en el campo de la Psicología Clínica; de hecho, la experiencia terapéutica de estos, estuvo comprendida entre 10 y 30 años en su mayoría.

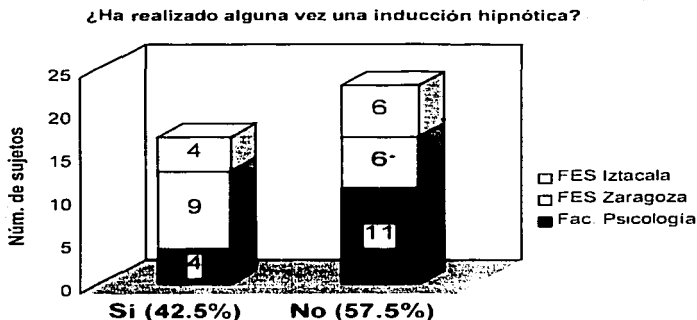
Enfoque.		De los cuales:	
Un enfoque	28	Cognitivo-Conductual	12
2 o más enfoques	12	Humanista	9
		Psicodinámico	12
		Sistémico	11
		Multimodal	3
		Ericksonian	1
		Psicodrama	1
		Cognitivo-Constructivista	2
		Clinico Educativo	1
		Interconductual	4

En cuanto al enfoque teórico o modelo, se tiene que el 70% de los psicólogos clínicos dominan uno solo, y un 30% maneja dos o mas; entre estos existe una clara dominancia del Psicodinámico, el Cognitivo-Conductual, el Sistémico y el Humanista.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Ahora bien, los resultados que se obtuvieron con la aplicación del instrumento para las cinco categorías fueron los siguientes:

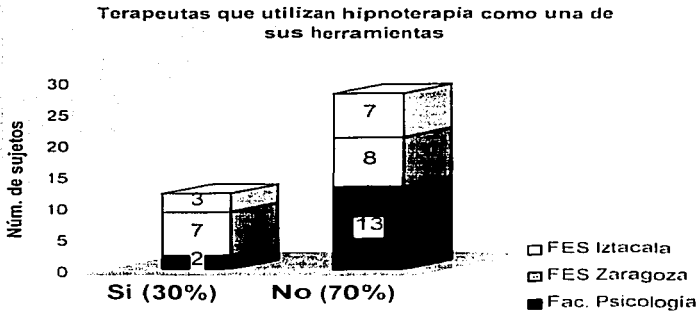
Categoría I. Aplicación:



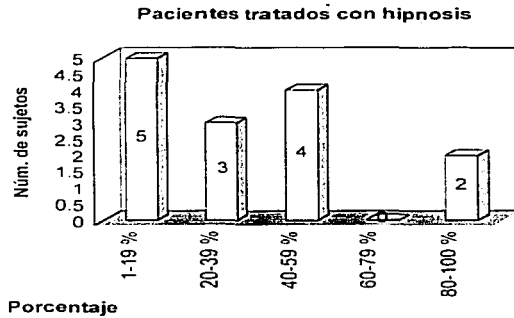
Gráfica 1. Parte 1-Reactivo 1

En esta **Gráfica 1**, se puede observar que de los sujetos del estudio, al menos el **42.5%** (17 casos) han aplicado una inducción hipnótica por lo menos una vez en su práctica clínica. Esto sugeriría que la práctica clínica de la hipnosis no les resulta del todo desconocida puesto que puede decirse que casi la mitad de ellos la han considerado como una herramienta terapéutica.

Por su parte, la **Gráfica 2** muestra a diferencia de la anterior, el número de terapeutas -12- que utilizan la hipnosis como una herramienta habitual en su práctica clínica, en este caso el porcentaje es del **30%**, indicando que uno de cada tres psicólogos está familiarizado con el empleo de esta; lo cual indica que hay un decremento de más del **10%** (1 de cada 4) que alguna vez utilizó la técnica pero que después decidió hacerla a un lado. Por otra parte, para los terapeutas que utilizan la técnica como herramienta de trabajo, la **Gráfica 3** señala en que proporción lo hacen (en este caso contestaron 14 sujetos), habiendo quienes la utilizan con poca frecuencia a quienes la utilizan en la mayoría de sus casos.



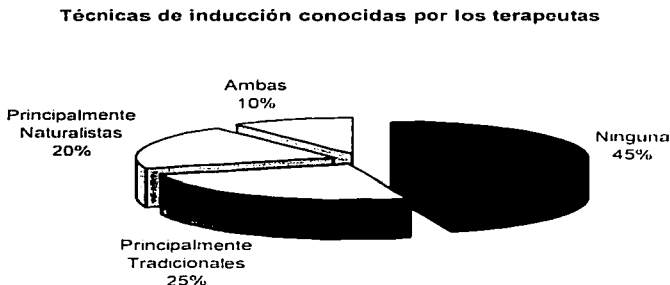
Gráfica 2. Parte 2-Reactivo 1



Gráfica 3. Parte 2-Reactivo 9

Categoría II. Conocimiento:

Independientemente de si emplean o no la hipnoterapia, la **Gráfica 4** muestra si los terapeutas conocen técnicas de inducción relacionadas a ésta; destacando que el 45% de estos no conoce ninguna, lo cual es equivalente a casi la mitad de terapeutas que manifiestan desconocer o tiene una mínima información en cuanto a técnicas de inducción; dato que contrasta con el otro 55% que conoce ya sean técnicas modernas, técnicas clásicas o ambas, siendo este último un dato más relevante por tratarse de la mayoría de los terapeutas.



Gráfica 4. Parte I-Reactivo 2

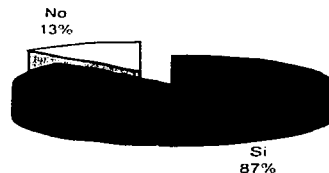
Por su parte en la **Gráfica 5** se indica el porcentaje de terapeutas (60%), que en alguna oportunidad buscaron tener un conocimiento más amplio de la técnica ya fuera tomando cursos, talleres o diplomados. Y a su vez, en la **Gráfica 6** se señala a aquellos terapeutas que han leído con respecto a la aplicación y a la utilidad de la técnica, encontrándose que el 87%, es decir, casi 9 de cada 10 ha tenido a su alcance y dedicado tiempo a lecturas referentes a este tema. Estos resultados sugerirían que para los psicólogos clínicos, el tema de la hipnosis les resulta familiar, independientemente de la opinión que tengan sobre ésta.

¿Ha tomado algún curso, taller o diplomado sobre hipnosis e hipnoterapia?



Gráfica 5. Parte 1-Reactivo 4

¿Ha leído libros, artículos o reportes de investigación sobre hipnosis?



Gráfica 6. Parte 1-Reactivo 6

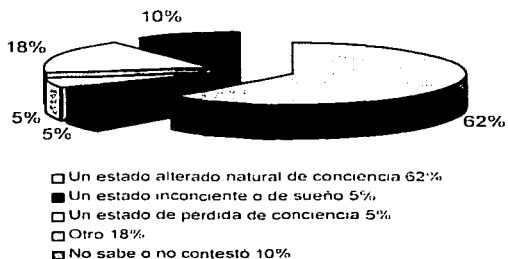
Retomando lo expuesto hasta ahora, cabe señalar que a pesar de que el 87% de los sujetos han leído sobre el tema de la hipnosis y su aplicación en el área clínica, y el 60% ha buscado prepararse mejor; sólo el 42.5% de estos llegó a aplicar alguna vez esta técnica, para finalmente, ser sólo el 30% de los terapeutas quienes la emplean con regularidad. Observándose así, un decremento

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

considerable de quienes se han informado (9 de cada 10), a quienes la emplean con regularidad (3 de cada 10).

Ante diversas opciones para una definición de hipnosis, en la **Gráfica 7** se muestran las tendencias a responder de los sujetos, predominando la definición de *Un estado alterado natural de conciencia* con el **62%**, además existió un **18%** de terapeutas que propusieron una definición diferente a las opciones preestablecidas, entre dichas opciones alternativas se encontraron: a la hipnosis como "un proceso comunicacional", "un estado no natural sino inducido", como "un estado de sugestión" o "de autosugestión inducida", además de "un estado de relajación-sueño". Destacándose así, que los psicólogos tienen presente en su mayoría una visión contemporánea de la conceptualización de la hipnosis, relacionada con lo que en México se denomina Hipnosis Moderna.

Definición de hipnosis



Gráfica 7, Parte 1-Reactivo 7

Respecto a la petición de nombrar a los autores que han dado aportaciones a la hipnoterapia, la **Gráfica 8** muestra a los principales exponentes de ésta según los sujetos. Destacando en primer lugar la figura de M. H. Erickson quien fue nombrado por el **32%** de los sujetos; y S. Freud con un **13%**; habiendo también un **23%** que no mencionó a ninguno. Estos resultados sugerirían que los sujetos del estudio relacionan principalmente el enfoque moderno en su concepción de la

1. Otros autores mencionados cada uno por sólo un sujeto, fueron: D. Aroz, J. Brand, C. Hill, S. Guthrie, S. Lankton, R. Bandler, Grosky y Grosky, Brennan, L. Coue, Pastor-Cobos, W. Kroger, Arons, B. Weiss, Meyer, E. Hilgard, Jackson, P. Janet, P. Watzlawick, Moreno, Saller, y finalmente Berheim.

hipnosis, mismo que está estrechamente ligado a la persona de Erickson; por otra parte también reconocen a Freud como una de las figuras importantes para el desarrollo de la hipnosis en su etapa tradicional. Sin embargo aún más sobresaliente resulta el hecho que un 78% conoce de autores relacionados a la hipnosis.

Autores que los terapeutas consideran han dado aportaciones a la hipnoterapia

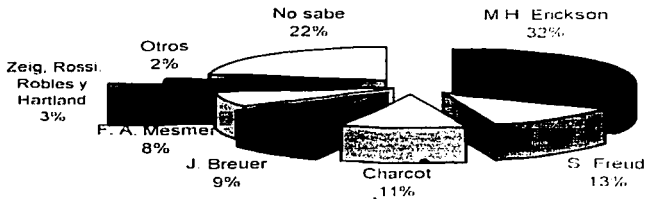
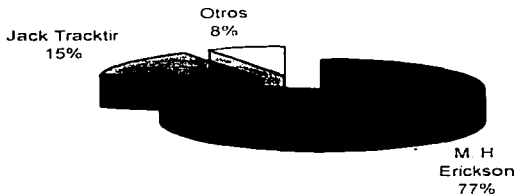


Gráfico 8. Parte 1-Reactivo 8

Preferencia de los terapeutas por algún hipnólogo en especial

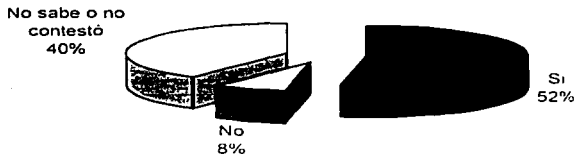


Gráfica 9. Parte 2-Reactivo 12

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

La **Gráfica 9** estuvo enfocada a los terapeutas que si emplean la hipnosis (14 sujetos), y se refiere a si los sujetos tienen preferencia por algún hipnólogo en especial. Aquí nuevamente los psicólogos se inclinaron a elegir a M. H. Erickson con el 77% de las menciones, Jack Tracktir¹ obtuvo un 15% y otros ocho autores tuvieron un 1% cada uno¹¹.

¿Considera que se encuentra fundamentada teóricamente la hipnosis?



Gráfica 10. Parte 2-Reactivo 13

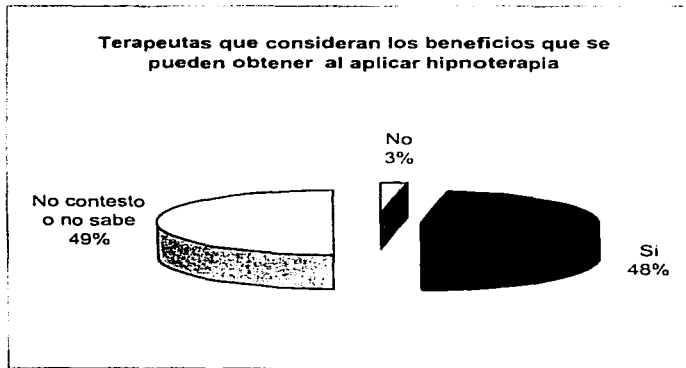
A la pregunta de si consideraban fundamentada teóricamente a la hipnosis, la **Gráfica 10** describe los resultados, destacando que para la mitad de sujetos (52%), la respuesta es positiva, ya que manifestaron que existe suficiente teoría e investigación que la sustenta, es decir, hay suficiente literatura respecto a reportes de caso, investigaciones experimentales que los sujetos reconocen han tenido éxito, incluso muchos de ellos destacan los trabajos de M. H. Erickson, J. Zeig y W. O'Hanlon, en este sentido. Respecto al 8% que dio una respuesta negativa, mencionan que no se ha comprobado su utilidad, que no se ha desarrollado un procedimiento creativo para estudiarla, que existen pruebas que sugieren no emplearla, y que se ignora la mayoría de lo que es la hipnosis.

Jack Tracktir es profesor de hipnoterapia en la Universidad de Baylor en los E. U. U., algunos de los participantes tomaron talleres con él en Huston Texas.

Dichos autores fueron E. Abia, E. Robles, R. Bandler, J. Zeig, A. García de la Cadena, W. Kroger, E. Mesmer, y Saller.

Categoría III. Criterios y Casos:

En la **Gráfica 11** es de destacarse que el **48%** de los terapeutas manifestaron que se podían obtener beneficios con hipnosis en la práctica clínica (hipnoterapia). Entre estos beneficios se encuentran según los sujetos: el obtener resultados de manera rápida, reforzar al paciente, sintetizar procesos y generar recursos, promover el cambio con resultados más prácticos, controlar el dolor (apoyo quirúrgico, pacientes terminales, etc.), relajación, remoción de síntomas, desarrollar alguna habilidad del paciente y lograr su bienestar (en ocasiones de manera inmediata), abreviar interrogatorios, desensibilización, imaginaria, lograr conocer procesos inconscientes o inhibiciones del paciente, los mismos beneficios que con otras técnicas, y los que se plantean en el proceso terapéutico.



Gráfica 11. Parte 2-Reactivo 4

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Respecto a la pregunta de en que casos han aplicado la hipnosis (pregunta 8 de la parte 2 del instrumento), aquellos terapeutas que si la emplean (en este caso contestaron 15), en la **Tabla A** se muestran sus respuestas:

Núm. de sujetos	Casos
14	Estrés, tensión, angustia y ansiedad (incluido problemas de insomnio).
7	Depresión (duelos, problemas de autoestima).
5	Hábitos negativos (adicciones, trastornos obsesivos-compulsivos).
5	Relaciones interpersonales (relaciones familiares, problemas de pareja, problemas sexuales).
5	Trastornos somáticos (diabetes, reforzamientos a tratamientos médicos).
4	Control del dolor (analgesia, anestesia, miembro fantasma, pacientes terminales).
3	Trastornos alimenticios (control de peso).
1	Fobias.
1	Problemas de aprendizaje.
1	Eventos traumáticos (violación)
1	Problemas de tipo esquizoide.
1	De acuerdo a las demandas del paciente.

Tabla A. Casos en que los psicólogos han utilizado hipnoterapia.

La **Gráfica 12** muestra las respuestas de los terapeutas que emplean hipnosis, ante la pregunta de si consideran que sus pacientes deben cubrir ciertas características para poder trabajar con ellos hipnóticamente; obteniéndose como respuesta que para el 62% de estos la respuesta es afirmativa, mientras que para el otro 38% la respuesta es que No.

Para los que consideraron que Si, dichas características fueron: en primer lugar que el cliente tenga la suficiente motivación, deseo y disposición para ser hipnotizado, que crea en la hipnosis; que se trate de un paciente normal, con un C.I. normal y capacidad de concentración; que no tenga ningún indicio psicótico ya que el trance puede provocar un brote; que hayan fallado otras metaforizaciones o haya alta resistencia al cambio; que tenga confianza en sí mismo y que por las circunstancias halla limitaciones de tiempo; y por último, hay quienes opinan que estos criterios son de acuerdo a los objetivos del terapeuta, ya que la técnica debe adaptarse a los recursos del paciente.

Respecto a los que consideraron que No. las principales explicaciones fueron: que todos son aptos, que el terapeuta deberá de evaluar si la hipnosis beneficiará al paciente, que las características deben de ir dentro de la intervención del terapeuta y no del paciente, que el terapeuta es el que tiene que encontrar la forma de inducir la hipnosis, y que finalmente, el paciente sólo debe tener disposición y ganas de cooperar.

¿Deben cubrir ciertas características el paciente para ser apto a una inducción hipnótica?

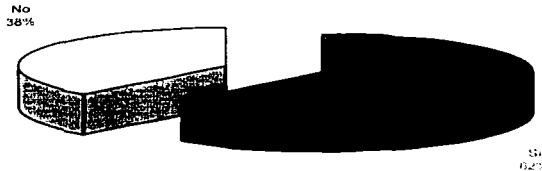


Gráfico 12. Parte 2-Reactivo 10

Categoría IV. Mitos y Concepciones Erróneas:

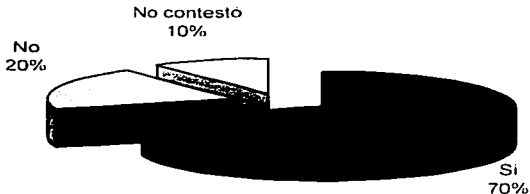
Independientemente de si los terapeutas emplean o no la hipnosis, la **Gráfica 13** muestra que el **70%** de estos (7 de cada 10), cree que la hipnosis se puede considerar una herramienta útil en el proceso terapéutico, mientras que el 20% considera lo contrario, y un 10% no respondió.

Para los que creen que Sí, destacan que la hipnosis es útil para promover el cambio en primer lugar; que es útil para modificar patrones de interacción; generar y utilizar recursos de la persona; es útil para motivar, auxiliar y remover síntomas; es un medio para obtener información, para algunos terapeutas de manera fácil y rápida; altera estados dispositionales; favorece la comprensión; ha demostrado su

utilidad en diversos trastornos; y para otros terapeutas, es un puente hacia lo no conciente.

Respecto a los que opinan que No, objetan que la hipnosis deja cosas en el "tintero", es una técnica que no es controlable, que lo que no se elabora concientemente vuelve a aparecer, que no tiene un sustento teórico experimental y por tanto no debe ser usada; y para otros, es una técnica que se desechó desde el enfoque de Freud.

Terapeutas que consideran que la hipnosis puede ser una herramienta útil

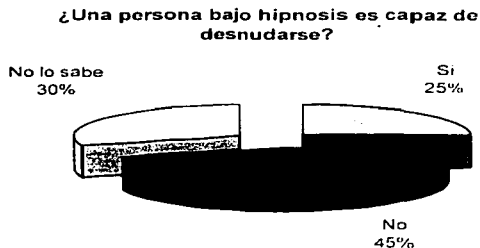


Gráfica 13. Parte 1-Reactivo 3

Respecto a uno de los mitos tradicionalmente asociado a la imagen de la hipnosis —la persona hipnotizada pierde el control de sí misma—, la **Gráfica 14** presenta los resultados de los terapeutas ante la pregunta de si ¿una persona bajo trance hipnótico es capaz de desnudarse si se lo solicita el hipnólogo?, a lo que el 45% opinó que No, mientras que el 25% opinó lo contrario, y un 30% no supo que responder.

Para los que opinaron que esto no era posible, las principales razones son: que una persona bajo hipnosis no olvida sus conceptos morales y no los transgrede, la persona sólo hace lo que haría en condiciones no inducidas, que la persona no está dominada por el hipnotizador, que se trata de una falacia, que es un mito e incluso hubo quien aclaró: "el paciente no es tu esclavo".

En cambio de los que se aventuraron ha decir que Si (7 sujetos), arguyeron que mientras esto no choque con su propio código ético, la persona es capaz de hacer lo mismo que hace en estado en vigilia, mientras no atente contra su moral. Sin embargo, otros (3 sujetos) opinaron que el paciente es capaz de hacerlo pero no lo sabe, que lo harían por el estado de sugestión en que se encuentran.



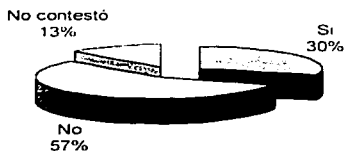
Gráfica 14. Parte I-Reactivo 6.

La **Gráfica 15** muestra la respuesta de los terapeutas independientemente de si emplean la hipnosis o no, ante la pregunta de si ¿todas las personas pueden ser sujetos hipnóticos?. Encontrándose que el 30% opinó que Si, el 57% opinó que No y un 13% no respondió.

Dentro del 30% que opinó que Si, se arguyó que: es un evento natural, que se presenta en todas las personas, que cualquier persona tiene la oportunidad de sugestionarse, que es una cualidad que todos poseemos, que todos tenemos momentos alterados de consciencia, es un proceso cognoscitivo implícito en la comunicación, si se aprovechan los propios recursos de las personas, si se establece un buen rapport, que cualquier tipo de resistencia puede ser modificada.

Para el 57% que opinó que No, algunos terapeutas opinaron que debe haber voluntad por parte de la persona para ser hipnotizada, sin embargo, la mayoría (10 de 23 sujetos) opinó que existen personas "resistentes" y que no todas presentan el mismo grado de concentración, sensibilidad o de autosugestión, existen personas escépticas que varían con el nivel del "yo" o de empatía con el terapeuta, y finalmente que depende de la capacidad de seguir instrucciones.

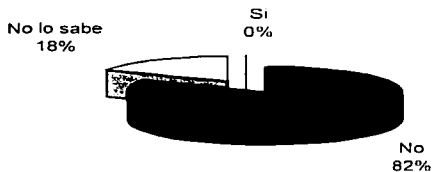
¿Todas las personas pueden ser sujetos hipnóticos?



Gráfica 15. Parte 1- Reactiva 9

En la **Gráfica 16** se muestra la respuesta de los terapeutas ante otro de los mitos comúnmente asociados a la hipnosis, esto es si consideran que cualquier persona que sea hipnotizable ¿posee una mente débil?, a lo cual, ningún terapeuta contestó que Si, y un 82% contestó que No, mientras que un 18% no supo contestar.

Una persona hipnotizable ¿posee una mente débil?



Gráfica 16. Parte 1-Reactivo 10

Siendo este tal vez el dato más sobresaliente recabado por el instrumento, ya que muestra que ninguno de los terapeutas, posee este mito muy difundido entre el público en general.

¿Existen consecuencias perjudiciales para el paciente al emplear hipnoterapia?



Gráfica 17. Parte 2-Reactivos

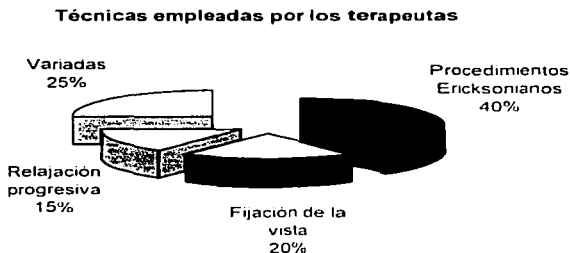
Al preguntársele a los terapeutas -los que si la emplean-, acerca de si existen consecuencias perjudiciales que se pueden provocar en los pacientes al aplicar la hipnoterapia, el 72% informó que No, y el 28% que Si.

Para los que contestaron que No, sus principales argumentos fueron: es un proceso natural y no causa daño; después de la hipnosis regresan a su estado natural; si el aplicador es un profesionista bien preparado y su manejo es el adecuado, no tiene por qué causar daño; si es bien aplicada cuida elementos técnicos y éticos; los sujetos están bajo cuidado terapéutico; sólo se utilizan los recursos de la persona.

Para los que respondieron que Si, es de notarse que todos se enfocaron en el terapeuta, con explicaciones como: si el terapeuta no está bien entrenado o es poco ético, mal usada puede crear confusión y crear problemas emocionales, si no se aplica de manera adecuada puede incluso causar un brote psicótico y hacer sufrir al paciente daños lamentables.

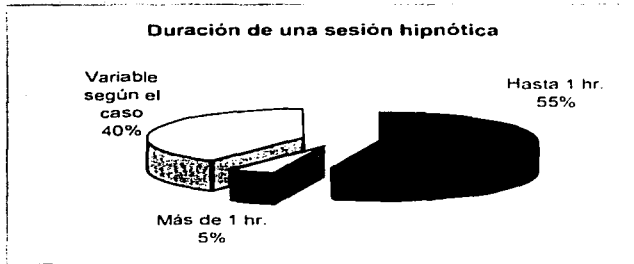
Categoría V. Técnicas:

De los terapeutas que emplean la hipnosis en su práctica clínica (15 contestaron este reactivo), la **Gráfica 18** indica el tipo de técnicas preferentemente empleadas por estos: teniéndose que el 40% son principalmente procedimientos ericksonianos, el 20% de las técnicas empleadas son a partir de la fijación de la vista, un 15% utilizado es la relajación progresiva y un 25% para técnicas variadas (ya sean clásicas o modernas).



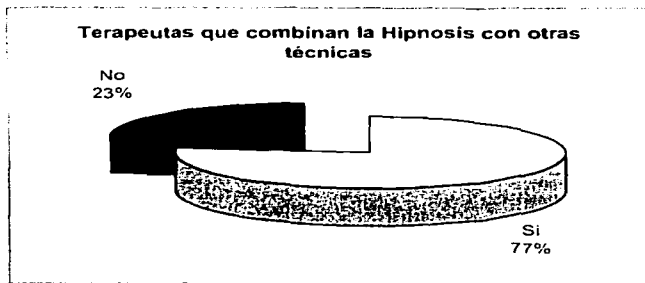
Gráfica 18. Parte 2-Reactivo 2

En la **Gráfica 19** se destaca el tiempo que para los terapeutas que emplean hipnosis puede durar una sesión, teniéndose que el 55% manifestó que hasta 1 hora podía durar esta, un 40% indicó que es variable según sea el caso y un 5% mencionó que más de 1 hora.



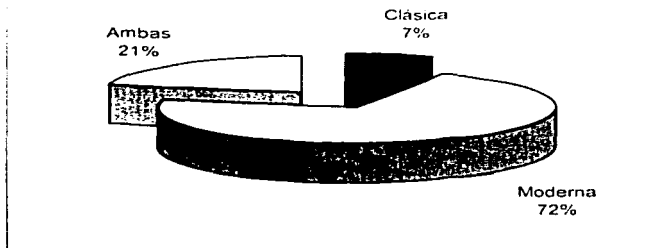
Gráfica 19. Parte 2-Reactivo 3

Respecto a los terapeutas que utilizan la hipnosis, en la **Gráfica 20** se observa que, un **77%** de 13 sujetos, indicaron que la combinaban ya fuera con terapia sistémica, cognitivo-conductual, con reestructuración cognitiva, trabajo energético corporal, o dependiendo según fuera el caso; y un **23%** indicó que al utilizarla no la combinaba con otras técnicas. Los terapeutas que indicaron que sí la combinaban, argumentaron que les resultaba útil como un complemento terapéutico.



Gráfica 20. Parte 2-Reactivo 6

Tipo de hipnosis que emplean los terapeutas



Gráfica 21. Parte 2-Reactivo 7

Nuevamente, para los terapeutas que utilizan hipnosis (14 sujetos que respondieron), la **Gráfica 21** muestra que el 72% de estos, utilizan la hipnosis moderna; el 7% utiliza hipnosis clásica, mientras que un 21% utiliza ambas. Estos resultados sugieren, que la hipnosis moderna está teniendo un gran impacto sobre los terapeutas que utilizan hipnosis, ya que todos los resultados que se han observado hasta ahora así lo sugieren.

Finalmente, en la **Tabla B** se destaca la manera en que los terapeutas les sugieren a sus pacientes reorientarse del trance hipnótico:

Núm. de sujetos	Estilo de reorientar
4	Cuenta regresiva o progresiva.
4	De manera permisiva (acompañando al paciente, paso a paso, al ritmo del paciente).
4	Contactando con el aquí y el ahora (sugiriendo abandonar el estado lentamente, dándoles instrucciones, hablando).
1	Un breve periodo de relajamiento-descanso.

Tabla B. Forma en que los terapeutas reorientan a sus pacientes.

CONCLUSIONES

La Hipnosis Clínica es un campo dinámico en constante evolución, y ya ha recorrido un largo camino para llegar al lugar privilegiado en el que se encuentra hoy en día. De hecho, se observan dos distintas facetas en la historia de la Hipnosis; la primera, marcada por una visión "mágico-religiosa", que si bien sirvió para aliviar distintas dolencias de las personas, alrededor del mundo, por otro lado contribuyó para que ésta estancara su desarrollo durante siglos; y no fue, sino hasta que James Braid acuñó el término "Hipnosis" en el siglo XIX, que se dio inicio al estudio científico de la misma, siendo ésta última faceta "Científica" la que permitió explicar el proceso hipnótico desde distintas perspectivas, desde la "histórica" de Charcot a la de "comportamiento normal" de Liebault y Bernheim.

Sin embargo, el principal desarrollo de la misma se presentó a mediados del siglo XX, cuando se retomaron con fuerza las investigaciones al respecto y se le reconoció su valor como importante instrumento terapéutico. Muchas figuras trabajaron tanto clínica como experimentalmente con la Hipnosis durante este periodo, pero sin lugar a dudas la más importante es Milton H. Erickson a quien se le reconoce como el precursor de la Hipnosis Moderna. Particularmente, la evolución que ha tenido la Hipnosis Clínica, en los últimos 15 años, solo es comparable con la que tuvo la psicoterapia a partir de Sigmund Freud. Actualmente la Hipnosis es considerada como un proceso natural en el ser humano, muy útil en tratamientos psicológicos, médicos y dentales; en especial, para el Psicólogo Clínico resulta una herramienta muy útil para promover el cambio, y actualmente hay toda una nueva generación de terapeutas empleándola tanto en México, como en el extranjero principalmente.

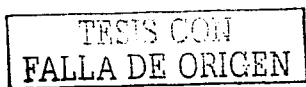
En nuestro país, principalmente a partir de la década de 1990, se ha desarrollado vertiginosamente el campo de la Hipnosis Clínica y en especial el de la Hipnosis Ericksoniana o Moderna, actualmente es posible especializarse en

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

esta área, tanto tomando cursos y diplomados, como estudiando una Maestría con validez oficial. En efecto, en instituciones de carácter Privado como el Centro Ericksoniano de México y la Federación Mexicana de Hipnosis, se han preocupado por ofrecer a la persona interesada, capacitación y certificación como Hipnoterapeuta profesional. Por su parte, el atraso en los planes de estudio de la carrera de Psicología en la UNAM, no ha desalentado el interés de los profesores del área clínica en dicha técnica; y se ha estado trabajando aunque sea por iniciativa propia sobre la misma, tal es el caso de la "Academia de Hipnosis y Estrategias Ericksonianas de la FES Zaragoza".

En particular, los terapeutas de la UNAM aquí investigados, tienen una actitud positiva hacia la Hipnosis y la Hipnoterapia, esto independientemente de si la utilizan o no, de hecho uno de cada tres manifiesta que la emplea en su práctica cotidiana, y cerca de la mitad alguna vez la utilizó. Así mismo, la mayoría de estos se encuentran informados sobre el tema, puesto que se han documentado a través de publicaciones y más de la mitad conoce técnicas de inducción y ha tomado cursos y/o talleres. Desprendiéndose así, que ellos no necesitan dominar la Hipnosis para considerarla como una técnica legítima al nivel de cualquier otra técnica terapéutica, e incluso hay terapeutas que emplean Hipnosis en la mayoría de sus casos, considerando a ésta como una herramienta de gran valía.

Otro punto a destacar es que estos psicólogos tienen principalmente una visión moderna de lo que es la Hipnosis, reconociendo a Milton H. Erickson como el principal exponente de ésta, además de que la definición de Hipnosis de estos es acorde a la que deriva de la perspectiva Ericksoniana o Naturalista; así pues consideran a la Hipnosis como un estado alterado natural de conciencia. De hecho, ningún terapeuta hizo mención de la definición propuesta por la APA en 1994, la cual pretende ser neutral respecto a las corrientes terapéuticas, y establece entre otras cosas que la Hipnosis es un procedimiento complementario a la terapia, no un tipo de terapia por sí misma; punto en el que coincidieron los terapeutas que la utilizan, puesto que para ellos la Hipnosis es una técnica útil



para reforzar y agilizar los beneficios terapéuticos, y que además se encuentra fundamentada teóricamente; sin embargo queda en pie la controversia del concepto de Hipnoterapia como se le presentó en el capítulo IV.

Dado que la aplicaciones de la Hipnosis en terapia son tan creativas como el numero de clínicos que trabajan con ella, no existe ningún problema que se resuelva en todas las personas mediante una forma única; para los terapeutas de la UNAM que utilizan Hipnoterapia, existe un gran abanico de posibilidades en la forma y en los casos en que emplean ésta con resultados positivos y que llevan al bienestar de sus pacientes. Para ellos, la Hipnosis resulta altamente eficiente en casos de estrés, tensión, angustia y ansiedad; así como en casos de depresión; problemas sexuales, familiares y de pareja; hábitos negativos; trastornos somáticos; control del dolor; etc. Y no solo se beneficia al paciente, sino que el proceso terapéutico también se ve beneficiado, ya que se obtienen resultados de manera más rápida, se abrevian interrogatorios, se sintetizan procesos y se promueve el cambio con resultados más prácticos.

Otro punto a destacar, es que para estos terapeutas los criterios que determinan utilizar o no Hipnosis Clínica, están en función de los objetivos que se plantean para la terapia y de la disposición del propio paciente, y no por el tipo de caso o trastorno que éste presente. Es decir, en primer lugar el psicólogo evalúa la utilidad de emplear Hipnosis para un caso en específico y si esto ayuda a cubrir los objetivos de la terapia; en segundo lugar y todavía más importante, es que el paciente tenga la suficiente motivación y deseo de ser hipnotizado, pues como ya se ha mencionado, los pacientes que obtienen más beneficios con la Hipnosis son aquellos que tienen una actitud positiva hacia la misma, ya que esto cataliza el proceso terapéutico independientemente de la aproximación teórica que se utilice.

Aunque actualmente en México se distinguen dos corrientes de pensamiento respecto a la Hipnosis —la Clásica y la Moderna—, esta investigación contempla al proceso hipnótico como uno solo, con dos formas de enfocarse y

explicarse, y que además son complementarias. La Hipnosis Clásica se relaciona con una visión autoritaria y ritualista, y por su parte, la Moderna con una visión flexible y naturalista; en este sentido las técnicas hipnóticas que derivan de cada perspectiva se enfocan en uno u otro aspecto, aunque cabe aclarar que el propio Erickson, quien creo varias de las técnicas modernas –por no decir que todas-, era sumamente hábil empleando técnicas autoritarias e incluso combinando ambos tipos.

Respecto a los psicólogos investigados que emplean Hipnosis, se tiene que algunos al sustentarse en una visión Moderna de la Hipnosis, también lo hacen con la visión Tradicional; pues como se mencionó en la revisión teórica, la Hipnosis Moderna no necesariamente rechaza la Hipnosis Clásica, si no que la enriquece. Estos sujetos utilizan técnicas hipnóticas variadas dependiendo de la situación, y no tienen una que sea de su preferencia de manera exclusiva, sea Moderna (percepción de sensaciones, visualización de escenas placenteras, etc.) o Clásica (fijación de la vista, relajación progresiva, etc.), ya que para ellos la Hipnosis se presenta como una técnica auxiliar muy útil para reforzar y agilizar los beneficios terapéuticos, que además resulta muy versátil en su tiempo de uso y que se complementa bien con otras técnicas terapéuticas; recordando que según la postura de la A.P.A. (que en muchos países se toma como la postura oficial), la Hipnosis es un adjunto a la terapia, sea ésta la técnica principal como en el enfoque Ericksoniano, o una técnica auxiliar como en la Terapia Cognitivo-Conductual, pues el concepto de Hipnoterapia no es otra cosa que el empleo de Hipnosis Clínica en un proceso terapéutico conocido.

La Hipnosis, históricamente ha estado envuelta por un velo de mitos y fantasías, principalmente por su uso como espectáculo en los medios de comunicación y entretenimiento, tal es el caso de la televisión y el cine, mismos que promueven una visión estereotipada de la Hipnosis como una forma de "control mental", que obliga a las personas a "perder el control de si mismas". Afortunadamente en esta investigación se encontró que la gran mayoría de los

psicólogos clínicos —apliquen Hipnoterapia o no—, tiene una visión real de lo que es la Hipnosis, de lo que es posible y de lo que no, dejando muy en claro que la persona hipnotizada nunca pierde el control de sí misma, que no abandona su código ético-moral, y que mucho menos se trata de una débil mental; por el contrario, para estos terapeutas la Hipnosis es una herramienta útil que presenta diversos beneficios y que por sí misma no representa ningún peligro para la persona hipnotizada, ya que de existir éste, sería causado por un mal manejo y una mala formación por parte del terapeuta; aunque hay que destacar que la hipnosis no crea "trastornos psicológicos", pero mal utilizada puede desencadenar uno ya existente como es el caso de cualquier otro tipo de terapia. De lo antes dicho, se desprende que para lograr los mayores y mejores beneficios de dicha técnica, las personas que la apliquen tienen que ser profesionales adecuadamente formados en el área de la salud (psicólogos, médicos, odontólogos, etc.) y con adecuada capacitación en el uso de la Hipnosis terapéutica, es decir, que tengan una adecuada formación ética y moral, así como los conocimientos necesarios para actuar correctamente ante cualquier situación que se presente durante el proceso hipnótico; pues desde la creación de la Sociedad Mexicana de Hipnosis se esperaría que en un futuro no muy lejano, el uso de la Hipnosis en general, tanto de espectáculo como terapéutica, esté adecuadamente regulado.

Por otra parte, no sólo la información obtenida por medio del instrumento fue satisfactoria, sino que además la retroalimentación verbal que hicieron los profesores fue sumamente valiosa, siendo esto un móvil para considerar que se puede llevar a cabo más investigación al respecto, ya que varios de estos se vieron muy interesados por los resultados que se obtendrían; es por ello que se proponen diversas líneas de investigación, como indagar sobre la opinión de los psicólogos clínicos docentes de otras instituciones para hacer un comparativo, haciéndolo aún más extensivo y representativo, o también realizar un comparativo entre profesionales de distintas áreas de la Psicología. Se sugiere realizar una versión condensada del instrumento aquí empleado, para agilizar la participación por parte de los sujetos, considerando que con esta medida se podría ampliar más la

muestra de terapeutas y reducirse el periodo de aplicación. Además de que para ahondar más en el tema, podría considerarse llevar a cabo un estudio particular para cada una de las categorías aquí propuestas, y detectar clara y profundamente la relevancia de su opinión. Sin embargo, algo sumamente útil resultaría el hecho de investigar si estos Psicólogos, están realmente enseñando y transmitiendo su interés por la Hipnosis Clínica, a sus alumnos.

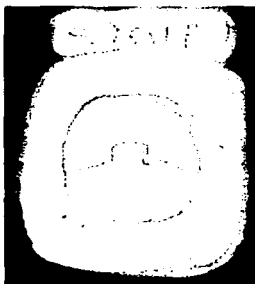
Por el interés de los psicólogos clínicos sobre esta investigación, también surge la propuesta de realizar una mayor difusión de la hipnosis dentro de la propia institución (UNAM), ya que varios de ellos mencionaron que no hay suficiente investigación del tema, como en el caso de las tesis; dicha difusión podría hacerse quizás, considerando a la Hipnosis Clínica dentro del plan de conocimientos que deben cubrir los estudiantes de Psicología como parte de su formación profesional, ya sea para que la empleen o no, pues en la actualidad existe una clara desvinculación de los planes de estudio de la carrera de Psicología, tanto en los avances que tiene la propia disciplina, -incluida la Psicología Clínica-, como en las necesidades de la sociedad mexicana. Este estudio muestra lo aplicable que llega a ser esta técnica, aportando grandes beneficios a la sociedad, tanto del área profesional como para aquellos a quienes se les aplica terapéuticamente, cuestión que actualmente en México están abordando diversas instituciones de carácter privado. Considerando que no quiere decir que la Hipnosis Terapéutica sea lo excepcional, pues como toda técnica terapéutica tiene sus limitaciones ya que de ningún modo es la panacea, pero puede ser de utilidad para un gran número de Mexicanos que así lo deseen.

Llegado este punto, podemos afirmar que los objetivos planteados inicialmente para esta investigación se cumplieron cabalmente, ya que la información recolectada tanto a nivel teórico como práctico (aplicado) respecto a la Hipnosis e Hipnoterapia, resultó sumamente sustanciosa e ilustrativa, siendo que aclara dudas en torno al estado actual de la Hipnosis para este determinado grupo de terapeutas. Los resultados que se encontraron al realizar esta tesis son



prometedores sin lugar a dudas, pero deben de ser tomados con cautela, ya que es necesario realizar estudios con controles más rigurosos e incluso estadísticos, antes de poder dar un juicio definitivo, pues esta investigación fue ante todo de carácter exploratorio y solo se enfocó a un determinado grupo de Psicólogos Clínicos.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Centro Ericksoniano de México



Federación Mexicana de Hipnosis.

BIBLIOGRAFIA

- Abozzi, P. (1997). Hipnosis Práctica. México: Martínez Roca.
- Academia de Hipnosis y Estrategias Ericksonianas de la FES Zaragoza (1996). Acta Constitutiva (Documento). México.
- Alcaraz, S. y Bernal, F. (2002). Formación Profesional y Mercado Laboral de Egresados de Programas de Posgrado en Psicología: UAM y UNAM. México: Tesis de Licenciatura. FES Zaragoza. UNAM.
- Alman, B. M. y Lambrou, P. T. (1994). Técnicas de Autohipnosis para la Salud y el Desarrollo Personal. Barcelona: Urano.
- Álvarez, G. y Molina, J. (Eds.) (1981). Psicología e Historia. México: UNAM.
- Amador, G. (1999). Hipnosis y Memoria, un Estudio Exploratorio. México: Tesis de Licenciatura. ENEP Iztacala. UNAM.
- Araoz, D. (1996). Hipnosis y Terapia Sexual. México: Instituto Milton H. Erickson.
- Ardila, A. y Ostroski-Solis, F. (1991). Diagnóstico del Daño Cerebral. México: Trillas.
- Armendáriz, R. (2000). En busca de la Sonrisa Interior. Santafé de Bogotá: Alfaomega.
- Ávila, A. (2001). La Hipnosis como una Técnica en la Reducción de Ansiedad ante los Exámenes Escritos en Alumnos de Bachillerato. México: Tesis de Licenciatura Universidad Salesiana (incorporada a la UNAM).
- Ávila Corona, A. (2001). Efectos de la Aplicación de Estrategias Ericksonianas en el Deporte de Contacto Judo. México: Tesis de Licenciatura. FES Zaragoza. UNAM.
- Barber, T. X. (1988). Los procedimientos hipnosuggestivos como catalizadores de las psicoterapias. En S. J. Lynn y J. P. Garske (comps.), Psicoterapias Contemporáneas. Bilbao: Desclée de Brouwer, págs. 419-469.
- Castañeda, S. (1995). Los Problemas de la Educación Superior y la Formación del Psicólogo en la UNAM. Perfiles Educativos. Num. 68, pp. 9-15.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- ✓ Cazés, D. (2002). UNAM: Libertad, Responsabilidad. Comunidad Zaragoza. Num. 2 Vol. 7, p. 9.
- ✓ Cervantes, M. R. (1987). Hipnosis: Su Historia y Aplicaciones Clínicas como Herramienta Terapéutica del Psicólogo Clínico. México: Tesis de Licenciatura. FES Zaragoza UNAM.
- ✓ Chertok, L. (1985). Lo Conocido y lo Desconocido en Psicoterapia: La Hipnosis entre el Psicoanálisis y la Biología. México: Fondo de Cultura Económica.
- ✓ Chertok, L. (1992). Hipnosis y Sugestión. México: Publicaciones Cruz O.
- ✓ Dryden, W. y Ellis, A. (1989). Práctica de la Terapia Racional Emotiva. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- ✓ Erickson, M. H. y Rossi, E. L. (1992). El Hombre de Febrero. Argentina: Amorrortu.
- ✓ Estabrooks, G. H. (Comp.), (1967). Problemas Actuales de la Hipnosis. México: Fondo de Cultura Económica.
- ✓ Fiumara, H. A. (1982). Hipnosis y Verrugas Vulgares: Consideraciones Terapéuticas en 34 casos. México: Tesis de Posgrado en Dermatología-Leprolología y Micología. Facultad de Medicina. UNAM.
- ✓ Fourie, D. P. (1992). El Enfoque Ecosistémico de la Hipnosis. Nematihuani Revista de Psicología y Ciencias Sociales. No. 13 pp. 3-13.
- ✓ Freud, S. (1970). Psicología de las Masas (1a reimp.). México: Iztaccihuatl.
- ✓ Freud, S. (1978). Obras Completas: Estudios sobre la Histeria (2a ed.). Argentina: Amorrortu. Vol. 2.
- ✓ Gaceta UNAM, (2002-a). Agenda. Suplemento Semanal de Actividades de la Gaceta de la UNAM. Núm. 3530, pág. 20 A.
- ✓ Gaceta UNAM, (2002-b). Agenda. Suplemento Semanal de Actividades de la Gaceta de la UNAM. Núm. 3537, pág. 10 A.
- ✓ Gaceta UNAM (2001-5). Suplemento de los 450 Años de la Universidad de México. Núm. 3487, Pág. 1.
- ✓ García de la Cadena, A. (Comp.) (1995). La Hipnosis como Técnica de Ayuda en la Conducta Humana. México: UNAM, Facultad de Estudios Superiores Zaragoza.



- Y Gil, J. y Buela-Casal, G. (Eds.) (2001). Hipnosis. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Y Goble, F. G. (1977). La Tercera Fuerza: La Psicología Propuesta por Abraham Maslow. México: Trillas.
- Y Golden, W. L., Dowd, E. T. y Friedberg, F. (1987). Hypnotherapy a Modern Approach. Boston: Allyn and Bacon.
- Y Grinder, J. y Bandler, R. (1993). Trance Fórmate. Madrid: Gaia.
- Y Hadley, J. y Staudacher, C. (1994). Hipnosis: Camino para el Cambio. Barcelona: Robin Book.
- Y Haley, J. (1980). Terapia no Convencional. Argentina: Amorrortu.
- Y Hawkins, P. J. (1998). Introducción a la Hipnosis Clínica: Una Perspectiva Humanista. Valencia: Promolibro.
- Y Hernández, L. (2001). La Hipnosis en la Eliminación del Insomnio. México: Tesis de Licenciatura. FES Iztacala. UNAM.
- Y Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (1998). Metodología de la Investigación (2a ed.). México: McGraw Hill Interamericana.
- Y Hilgard, E. R. y Hilgard, J. R. (1990). La Hipnosis en el Alivio del Dolor. México: Fondo de Cultura Económica.
- Y International Society of Hypnosis (2000). Membership Directory. (Programa de Computadora) CD-ROM: Autor.
- Y Kiecolt-Glaser, J. K., Marucha, P. T., Atkinson, C. y Glaser, R. (2001). Hypnosis as a Modulator of Cellular Immune Dysregulation During Acute Stress. Journal of Consulting and Clinical Psychology. Vol. 69 No. 4 pp. 674-682.
- Y Kirsch, I., Capafons, A., Cardeña-Buelna, E. y Amigó S. (Eds.) (1999). Clinical Hypnosis and Self-Regulation, Cognitive-Behavioral Perspectives. Washington: American Psychological Association.
- Y Kriz, J. (1990). Corrientes fundamentales en Psicoterapia. Buenos Aires: Amorrortu.
- Y Kroger, W. (1972). Hipnosis Clínica y Experimental (2a ed.). Buenos Aires: Glem. 3 tomos.

- Lara, J., López, S., Herrera, A., Murueta, M. E. y Williams, G. G. (1996). Alternativas para la Formación de Psicólogos en México. México: Asociación Mexicana de Alterativas en Psicología.
- Laurell, A. C. (1992). Estado y Políticas Sociales en el Neoliberalismo. México: Friedrich Ebert Stiftung.
- López, G. (1997). La Nueva Hipnosis: Antecedentes, Técnicas y Aplicaciones Generales en Psicoterapia. México: Tesis de Licenciatura. FES Zaragoza. UNAM.
- Luria, A. R. (1974). El Cerebro en Acción. Barcelona: Fontanella.
- Lynn, S. J. y Garske, J. P. (1988). Psicoterapias Contemporáneas (4a ed.). Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Lynn, S. J., Kirsch, I. y Rhue, J. (Eds.) (1996). Casebook of Clinical Hypnosis. Washington: American Psychological Association.
- Meares, A. (1961). Hipnosis Médica. México: Interamericana.
- Méndez, E. (1994). Compartiendo Experiencias de Terapia con Hipnosis. México: Instituto Milton H. Erickson.
- Montalvo, J. y Espinosa, M. R. (1997). Hipnosis y Terapia Ericksoniana (entrevista a la Dra. Teresa Robles y al Dr. Jorge Abia). Revista Psicología y Ciencia Social. Vol. 1 Núm. 1 pp. 39-47.
- Moss, A. A. (1961). Hipnodoncia o Hipnosis en Odontología. Buenos Aires: Mundí.
- Mueller, F. L. (1980). Historia de la Psicología (2a ed.). México: Fondo de Cultura Económica.
- Nardone, G. y Watzlawick, P. (1992). El Arte del Cambio. Barcelona: Herder.
- O'Hanlon, W. H. (1989). Raíces Profundas. Buenos Aires: Paidós.
- O'Hanlon, W. H. y Weiner-Davis, M. (1990). En Busca de Soluciones. Barcelona: Paidós Ibérica
- Pacheco, M. y Castro, S. (1989). Teoría de los Ritmos Ultradianos y Trastornos Psicósomáticos. Revista Terapia Psicológica. Año VIII No. 12 pp. 59-64.

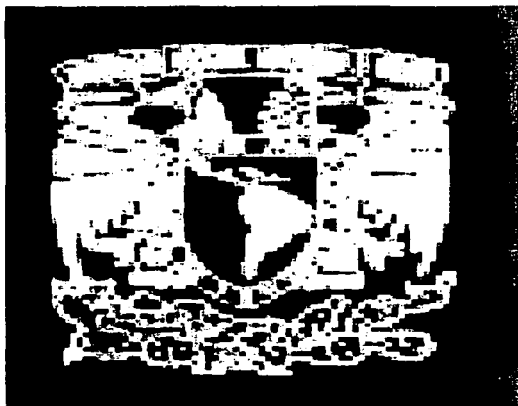
- Pacheco, M. y Madariaga, L. (1989). Reporte de Anestesia Bucal Inducida Indirectamente. Revista Terapia Psicológica. Año VIII No. 12 pp. 55-58.
- Parra, F. J. (1984). De la Hipnosis a la Sofrología. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Pérez, F. (1994). El Vuelo del Ave Fénix. México: Pax.
- Pérez, F. (1995). Aprendiendo a Cambiar. México: Pax.
- Pérez, F. (1997). El Arco y la Flecha de la Sexualidad y el Amor. México: Pax.
- Pérez, G. A. (1982). Psicología Clínica. México: Trillas.
- Perls, F. y Baumgardner, P. (1994). Terapia Gestalt. México: Árbol.
- Portuondo, J. A. (1974). Hipnoterapia. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Price, R. H. (1981). Perspectivas sobre la Conducta Anormal. México: Interamericana.
- Procter, H. G. (Comp.) (2001). Escritos Esenciales de Milton H. Erickson. Barcelona: Paidós Ibérica. Vol. I.
- Rhue, J. M., Lynn, S. J. y Kirsch, I. (Eds.) (1993). Handbook of Clinical Hypnosis. Washington: American Psychological Association.
- Ritterman, M. (1983). Empleo de Hipnosis en Terapia Familiar. Buenos Aires: Amorrortu.
- Rivera, J. M., Sánchez, G. y Sánchez, I. (1986). Hipnoterapia, Sugestión y Sociedad. México: Tesis de Licenciatura. FES Zaragoza. UNAM.
- Robles, T. (1990). Concierto para Cuatro Cerebros. México: Instituto Milton H. Erickson.
- Robles, T. (1991). Terapia Cortada a la Medida. México: Instituto Milton H. Erickson.
- Robles, T. (1993). La Magia de Nuestros Disfraces. México: Instituto Milton H. Erickson.
- Robles, T. y Abia, J. (1997). La hipnosis hoy. Realidad y mitos. Revista Psicología y Ciencia Social. Vol. 1 Núm. 1 pp. 48-54.
- Rosen, S. (1986). Mi Voz Irá Contigo. México: Paidós mexicana.

- Rossi, E. L. (1987). La Teoría del Aprendizaje y la Memoria Dependientes del Estado de Hipnosis Terapéutica. Revista Terapia Psicológica. Año VI No. 9 pp. 33-41.
- Shames, R. y Sterin, C. (1999). El Poder Curativo de la Mente. México: Selector.
- Sherr, L. (1992). Agonía, Muerte y Duelo. México: El Manual Moderno.
- Sue, D., Sue, D. y Sue, S. (1999). Comportamiento Anormal (4a ed.). México: McGraw-Hill Interamericana.
- Tart, C. (1982). Enfoque Sistémico de los Estados de la Conciencia. En R. Walsh y F. Vaughan (Comps.). Más Allá del Ego. Barcelona: Kairós, págs. 169-174.
- Valadés, D. (2002). Historia de la Universidad desde su Legislación. Comunidad Zaragoza. Núm. 2. Vol. 7, pp. 23-25.
- Watzlawick, P. (1980). El Lenguaje del Cambio. Barcelona: Herder.
- Watzlawick, P. (1992). La Coleta del Barón de Münchhausen. Barcelona: Herder.
- Wester, W. C. y Smith A.H. (Comps.)(1984). Clinical Hypnosis. Philadelphia: J. B. Lippincott Company.
- Wolberg, L. R. (1948). Medical Hypnosis. Vol. I. New York: Grune and Stratton.
- Wolberg, L. R. (1968). Hipnoanálisis. Buenos Aires: Paidós.
- Yalom, I. D. (1984). Psicoterapia Existencial. Barcelona: Herder.
- Yapko, M. D. (1999). Lo Esencial de la Hipnosis. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Zeig, J. K. (1985). Un Seminario Didáctico con Milton H. Erickson. Buenos Aires: Amorrortu.
- Zeig, J. K. y Guilligan, S. G. (1994). Terapia Breve: Mitos, Métodos y Metáforas. Buenos Aires: Amorrortu.
- Zeig, J. K. y Lankton, S. R. (Eds.) (1988). Developing Ericksonian Therapy. State of the Art. New York: Brunner/Mazel.

DIRECCIONES ELECTRÓNICAS CONSULTADAS.

- Centro Ericksoniano de México. www.hipnosis.com.mx (Consulta: 18 / 10 / 2002, 12:00 hrs.).
- Dirección General de Administración Escolar (Universidad Nacional Autónoma de México). www.dgae.unam.mx/cgi-bin/query (Consulta: 18 / 10 / 2002, 11:30 hrs.).
- Federación Mexicana de Hipnosis A. C., Centro de Hipnología y Terapia Psicósomática A. C. y El Instituto de Terapia Sexual Integral A. C. www.hypnoland.com.mx (Consulta: 18 / 10 / 2002, 12:45 hrs.).
- International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis (IJCEH). www.sunsite.utk.edu/IJCEH/ (Consulta: 1 / 12 / 2002, 14:00 hrs.).
- International Society of Hypnosis. www.ish.unimelb.edu.au (Consulta: 18 / 10 / 2002, 13:00 hrs.).
- Revista Electrónica de Psicología Iztacala (Universidad Nacional Autónoma de México). www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin Vol. 3 Num. 1 (Consulta: 8 / 11 / 2002, 14:30 hrs.).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional Autónoma de México.

ANEXOS

ANEXO 1

"HIPNOSIS E HIPNOTERAPIA: UN PUNTO DE VISTA"

- Lugar donde labora:
() Facultad de Psicología () FES Zaragoza () FES Iztacala
 - Experiencia Clínica (tiempo): _____ años.
 - Grado académico / especialidades : _____
 - Sexo: Masculino () Femenino ()
 - Bajo qué enfoque sustenta su trabajo
- () Cognitivo-conductual. () Humanista. () Gestáltico.
() Psicodinámico. () Sistémico. () Multimodal.
() Otro o alguna combinación: _____

PARTE I CONOCIMIENTOS.

1. ¿Ha realizado alguna vez una inducción hipnótica? SI () NO ()

2. ¿Qué técnicas de inducción conoce? Especifique.

3. ¿Cree que la hipnosis se puede considerar una herramienta útil dentro de la psicoterapia? SI () NO () ¿Por qué?

4. ¿Ha tomado algún curso / taller / diplomado sobre hipnosis e hipnoterapia?
SI () NO ()

5. ¿Ha leído libros, artículos o reportes de investigación que hablen sobre hipnosis y su aplicación? SI () NO ()

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

6. ¿Una persona bajo trance hipnótico es capaz de desnudarse si se lo solicita el terapeuta? SI () NO () NO LO SE () ¿Por qué? Explique.

7. La hipnosis es:

- () Un estado alterado natural de conciencia
() Un estado inconsciente o de sueño.
() Un estado de pérdida de conciencia.
() Otro _____
-

8. Mencione a los autores que han dado aportaciones a la hipnoterapia.

9. ¿Todas las personas pueden ser sujetos hipnóticos?

SI () NO () ¿Por qué?

10. ¿Considera Usted que cualquier persona que sea hipnotizable posee una mente débil? SI () NO () NO LO SE ()

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

PARTE II APLICACIÓN.

1. ¿Utiliza la hipnoterapia como una de sus herramientas de trabajo?
SI () NO () ¿Por qué?

2. ¿Qué técnicas hipnóticas aplica usted generalmente?

3. ¿Cuánto tiempo puede durar una sesión hipnótica? _____ (horas / minutos)

4. ¿Qué metas (beneficios) puede alcanzar con su utilización?

5. ¿Existen consecuencias perjudiciales que se pueden provocar en el paciente al aplicar la hipnoterapia? SI () NO () ¿Por qué?

6. ¿La combina con otras técnicas? SI () NO () ¿Por qué y cuáles?

7. ¿Qué tipo de hipnosis aplica? () H. Clásica () H. Moderna () Ambas
¿Por qué?

8. ¿ En que problemáticas (o casos) ha aplicado usted la hipnoterapia?

9. ¿Cuál diría que es el porcentaje de pacientes tratados con hipnosis en su práctica clínica?

10. Según su experiencia, ¿debe cubrir ciertas características el paciente para ser apto a una inducción hipnótica? SI () NO () Especifique:

11. ¿De qué manera le sugiere al paciente salir (reorientarse) del trance hipnótico?

12. ¿Tiene preferencia por algún hipnólogo (teórico en especial) Especifique:

13. ¿Considera que se encuentra fundamentada teóricamente la hipnosis?
Si () No () ¿Por qué?

ANEXO 2

LISTA DE LAS SOCIEDADES, CENTROS, ASOCIACIONES E INSTITUTOS
QUE CONFORMAN A LA SOCIEDAD INTERNACIONAL DE HIPNOSIS
EN EL 2002

(www.ish.unimelb.edu.au)

"INTERNATIONAL SOCIETY OF HYPNOSIS"

1. American Society of Clinical Hypnosis (Estados Unidos).
2. Association Francaise d'Hypnotherapie (Francia).
3. Associazione medica Italiana per lo Studio dell Ipnosi (Italia).
4. Australian Society of Hypnosis (Australia).
5. Australian Society for Autogenic Training and Psychotherapy (Australia).
6. British Society of Clinical and Experimental Hypnosis (Gran Bretaña).
7. British Society of Medical and Dental Hypnosis (Gran Bretaña).
8. **Centro Ericksoniano de México (México).**
9. Centro Italiano Ipnosi Clinico-Sperimentale (Italia).
10. Centro Studi de Ipnosi Clinica e Psicoterapia "H. Bernheim" (Italia).
11. Dansk Selskab for Klinisk og Eksperimentel Hypnose (Dinamarca).
12. Deutsche Gesellschaft für zahnärztliche Hypnose (Alemania).
13. Deutsche Gesellschaft für ärztliche Hypnose und Autogenes Training (Alemania).
14. German Society of Hypnosis (Alemania).
15. Hungarian Association of Hypnosis (Hungría).
16. Indian Society of Clinical and Experimental Hypnosis (India).
17. Israel Society of Hypnosis (Israel).
18. Japan Institute of Hypnosis (Japón).
19. Japan Society of Hypnosis (Japón).
20. **Mexican Society of Hypnosis (México).**
21. Milton Erickson Gesellschaft für Klinische Hypnose e.V (Alemania).
22. Nederlandse vereniging voor hypnose (Holanda).
23. Norwegian Society of Clinical & Experimental Hypnosis (Noruega).
24. Sociedade Brasileira de Hipnose (Brasil).
25. Societa Italiana Di Ipnosi (Italia).
26. Societe Quebecoise d'Hypnose inc (Canadá).
27. Society of Clinical and Experimental Hypnosis (Estados Unidos)
28. South African Society of Clinical Hypnosis (Sudáfrica).
29. Swedish Society of Clinical & Experimental Hypnosis (Suecia).
30. Swiss Medical Society of Hypnosis (Suiza).
31. Swiss Society for Clinical Hypnosis (Suiza).
32. Tieteellinen Hypnoosi-Vetenskaplig Hypnose (Finlandia).
33. Vlaamse Wetenschappelijke Hypnose Vereniging (Bélgica).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN