

**UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTÓNOMA DE MÉXICO.  
F.E.S IZTACALA.**



**APLICACIÓN DE LA HIPNOSIS EN  
CASOS DE FOBIA A LAS ARAÑAS.**

**T E S I S**

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:  
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

**PRESENTA:  
CARLOS DAVID VILORIA RIVERA**

**ASESOR: DR. JOSÉ DE JESÚS VARGAS FLORES.**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**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.

# ÍNDICE

<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	1
<b>CAPITULO 1.LA HIPNOSIS</b> .....	4
1.1. Antecedentes de la hipnosis.....	4
1.2. Teorías acerca de la hipnosis.....	8
1.3. Cambios fisiológicos que se advierten en el estado de hipnosis.....	13
1.4. Sugestión y sugestionabilidad.....	16
1.5. La inducción hipnótica.....	23
1.6. Métodos de inducción al trance hipnótico.....	27
1.7. Fenómenos producidos durante el trance hipnótico.....	36
1.8. Aplicaciones prácticas de la hipnosis.....	40
<b>CAPITULO 2. ANSIEDAD Y FOBIAS</b> .....	53
2.1. Definición de fobias.....	57
2.2. Clasificación de las fobias.....	58
2.3. Teorías acerca de las fobias.....	61
2.4. Definición y determinación de la aracnofobia.....	64
2.5. Consecuencias sociales de la aracnofobia.....	67
2.6. Formas de tratamiento de la aracnofobia.....	68
<b>CAPITULO 3. HIPNOSIS EN EL TRATAMIENTO DE DESORDENES DE ANSIEDAD</b> .....	72
3.1. Hipnosis y fobias.....	74
3.2. Trabajos realizados; hipnosis y fobias.....	78

<b>CAPITULO 4. REPORTE DE INVESTIGACIÓN.....</b>	<b>85</b>
4.1. Objetivo general.....	85
4.2. Objetivos específicos.....	85
4.3. Hipótesis.....	85
4.4. Variables.....	85
4.5. Método.....	86
<b>CAPITULO 5. RESULTADOS.....</b>	<b>94</b>
<b>CAPITULO 6. DISCUSIÓN.....</b>	<b>127</b>
<b>CAPITULO 7. CONCLUSIONES.....</b>	<b>135</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>140</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>150</b>

## RESUMEN

Las investigaciones realizadas acerca de la utilización de la hipnosis fundamentada en la teoría cognitivo conductual son varias, la hipnosis ha dado cuenta de que es una herramienta poderosa, que potencializa este tipo de intervención psicológica. Es por esto, que el presente trabajo utilizó la técnica hipnótica basada en un modelo cognitivo conductual, en el tratamiento de fobias específicas, tema que en México no ha sido abordado. Al ser las fobias un miedo irracional que provoca niveles de ansiedad muy altos, se buscó observar si por medio de la hipnosis se podía provocar una reducción en dichos niveles de ansiedad.

Se trabajó con 5 sujetos femeninos, todos ellos con un temor irracional hacia las arañas, con edades de entre 18 y 45 años, los cuales presentan una etiología diferente acerca de su temor a las arañas, temor que fue examinado por una entrevista basada en la propuesta por el DSM IV de fobias específicas. Se llevó a cabo un registro que fue diseñado por el terapeuta, en donde se anotaron los niveles de ansiedad que el sujeto reportó ante diferentes estímulos, en las diferentes etapas de la investigación.

Los resultados obtenidos mostraron una reducción total en los niveles de ansiedad en el estado hipnótico y posthipnótico, logrando que los sujetos tomaran el estímulo fóbico que mayor ansiedad provocaba en las manos, sin reportar ningún tipo de molestia. Las ideas irracionales acerca de las arañas tuvieron un cambio, ya que los sujetos dieron cuenta del verdadero peligro que representa una araña, cambio atribuido a las sugerencias que se dieron durante el trance hipnótico, que estaban dirigidas precisamente a esto.

Se puede concluir que por medio de la hipnosis es posible provocar el cese de los niveles de ansiedad ante el estímulo fóbico después de 5 sesiones. Conducta que se puede generalizar a otros contextos, y mantenerse por tiempo indeterminado.

## INTRODUCCIÓN.

La *hipnosis* hoy en día sigue siendo considerada, por la mayoría de las personas tanto del ámbito popular como el científico, como un fenómeno sin sustento, llamándola “*un acto de charlatanería*”.

Parece que esta idea errónea viene dándose a partir de que la *hipnosis* se desarrolló, inicialmente, como una práctica dentro de la brujería y la magia, además de la religión, que dejaba las explicaciones en un orden divino sin indagar que ocurría durante este fenómeno.

Los antecedentes de la *hipnosis* también se prestaban (y aún hoy se prestan) para su mala interpretación, así encontramos, por ejemplo, que Franz Antón Mesmer, que propagó el método dentro del círculo científico conocido como “*mesmerismo*”, el cual, basaba su efectividad en el magnetismo de los planetas, aplicó el método con todo un ritual de tipo mágico espectacular; este método consistía en utilizar vestimentas extravagantes (como capas), animales, todo esto dentro de un cuarto oscuro, logrando, con todo este espectáculo, que las personas quedaran sorprendidas llamando por completo su atención, imponiendo un gran respeto a los pacientes que acudían con él para aliviar algún dolor.

Otro médico, que viendo los resultados que obtuvo Mesmer en sus tratamientos y no conforme con la explicación que él ofrecía, investigó el fenómeno desde otro punto de vista, *James Braid* dejando de lado la magia y la charlatanería le dio nombre a mediados del siglo XIX llamándole “*hipnosis*” a este método, relacionándolo con el sueño nervioso y lo utilizó en su práctica médica. Otros continuaron con las investigaciones desde esta perspectiva así tenemos a Charcot y Freud, que hicieron uso de este método para la curación de mujeres histéricas. Capafons (1999) menciona que la investigación experimental de la hipnosis, ha estado fundamentada en la sugestión y las variables asociadas (creencias, expectativas, imaginación).

Así el estudio del *método hipnótico* ha venido desarrollándose a través de los años, teniendo un auge en los años 60s., en donde la hipnosis se seguía asociando a los métodos ideados desde los postulados de Braid (1843) o Charcot (1883). No conforme con esto Hilgard (1979), aunque sigue manteniendo el concepto de trance en su laboratorio, ideó nuevas formas de inducción creando así la *hipnosis activo alerta* (Capafons, 1999).

Por otra parte, y siguiendo con este nuevo auge de la utilización del método hipnótico se encuentra Hartland (1979), el cual, menciona que para poder inducir a una persona a un estado hipnótico es necesario la disponibilidad. Así cómo explicar en qué consiste el método, hablando de sus beneficios y el proceso por el cual pasará durante este estado, que permitirá reducir los miedos, dudas o resistencia por parte del hipnotizado.

Menciona de igual forma que es muy importante la utilización de estímulos sensoriales (visuales, auditivos o táctiles), por lo que se debe centrar la atención por medio de la modulación de la voz, ritmo y énfasis en algunas palabras.

Para poder llevar a cabo el método hipnótico es primordial que el hipnotizador conozca perfectamente la técnica, desde el momento de inducir hasta cuando se va a despertar al paciente; las técnicas más utilizadas para lograr el estado hipnótico son: la *sugestión verbal*, *relajación*, *por fijación de la vista y relajación*, *mirada directa a los ojos*; todos estos y sus posibles variedades dependerán de la habilidad del hipnotizador y de las características del hipnotizado (Hilgard y Hilgard, 1990).

Muchos investigadores han observado que la hipnosis es muy útil dentro de la práctica clínica, ya sea tanto de tipo psicológica como médica, especialmente en la eliminación del dolor. Sin embargo, no es el único ámbito en el cual se puede utilizar y conseguir buenos resultados, ya que también se logran en el rendimiento académico, memoria, percepción auditiva, olfativa y táctil, ansiedad, en el deporte y fobias sociales y específicas.

Debido a la historia y a la mala utilización de la hipnosis se ha investigado poco acerca de éstos temas, sobre todo en el contexto mexicano, ya que existen muchos mitos e ideas erróneas acerca de la hipnosis.

Con el presente trabajo de investigación se pretende ampliar el panorama de información a los psicólogos, de lo que implica la hipnosis, así como ampliar el campo de estudio sobre otros fenómenos de tipo psicológico, y en específico y principalmente, dar una alternativa de *tratamiento* al problema conocido como aracnofobia, la cual se conceptualiza como un *miedo irracional dirigido a algún artrópodo* (araña, escorpiones y ácaros) (Lekka, 2002) *que interrumpe o paraliza la vida funcional del sujeto.*

# **CAPITULO 1. LA HIPNOSIS.**

El presente trabajo proporciona una alternativa de tratamiento para cualquier tipo de fobia por medio de la técnica hipnótica, basada en un modelo *psicológico cognitivo conductual*. A continuación se describe de forma detallada en que consiste la técnica hipnótica.

A pesar de proceder del vocablo griego hypnos (=sueño), la hipnosis no tiene nada que ver con este. Se trata, por el contrario, de un estado artificialmente producido de una gran concentración de la conciencia en la que el sujeto entra en una relación tan íntima con el terapeuta que las sugerencias de éste no pueden ser distinguidas de la actividad del propio ego del hipnotizado. La conciencia se halla hiperactiva, hipersensible, pero sólo pendiente de un determinado tema. Es simplemente un estado de conciencia distinto.

Así el hipnotismo no es la sugestión de un estado de sueño. La hipnosis y el sueño tienen cierto leve parecido. Pero cualquier intento de confinar los fenómenos hipnóticos a los límites del estado de sueño demostraría que ello es imposible (Gindes, 1951). Durante este estado especial el hipnotizador puede introducir en la mente del hipnotizado conceptos nuevos o bien eliminar conceptos que perturban al paciente (Jenny Sill-Holeman, 2002). Por lo tanto, la hipnosis no significa dormir, sino todo lo contrario, se trata de un estado de concentración muy alto, en la cual el cuerpo se encuentra sumamente relajado.

## **1.1. ANTECEDENTES DE LA HIPNOSIS.**

Desde el principio de la humanidad el hombre ha puesto en manos divinas y sobrenaturales las respuestas a sus dudas y su ignorancia de algunos fenómenos le provocan miedo (no el no poder explicar algunos fenómenos de la naturaleza le provoca al hombre temor), éste contacto con éstos seres sobrenaturales, se han dado por medio de rituales y adoraciones, los cuales tienen un fin determinado,

obtener algo a cambio. Un ejemplo es la magia, en la que se llevaban a cabo rituales que implicaban mucha concentración producida por un ambiente místico y mágico con imágenes y artefactos considerados sagrados, logrando curaciones milagrosas. Otro precedente histórico del uso de técnicas hipnóticas similares a la hipnosis fue empleada por los egipcios en los llamados templos del sueño (Zor, 2002). Los egiptólogos, que han copiado de los templos de Isis, la Diosa egipcia de la Naturaleza, numerosos grabados en los que aparecen sus adoradores en posturas inequívocamente características del trance hipnótico.

Los primitivos reyes sacerdotes utilizaban vírgenes hipnotizadas para que les trajeran los mensajes de los dioses, y en tiempos tan cercanos como los bíblicos, los sumos sacerdotes de Khem, utilizaron el hipnotismo en masa para calmar las murmuraciones del pueblo. En todos los países y en todas las épocas, en todos los periodos de la historia humana han existido fenómenos que se pueden atribuir a un estado hipnótico (Gindes,1951).

No es hasta el siglo XVIII en el que se halla un claro antecedente de la hipnosis, Franz Antón Mesmer que en 1775 influenciado por las ideas de la Ilustración, crea el "mesmerismo", basado en la electro-magnetoterapia: *"La enfermedad es vista como una congestión del organismo que se puede solucionar con la transmisión de fluido cósmico por magnetización o transmisión de ondas magnéticas"* (Mesmer, 1975. Cit; Zor, 2002. Pág. 1.). Estas investigaciones, sobre todo la práctica, dio a Mesmer gran influencia dentro del saber popular y dentro del círculo científico, con su tesis, que aunque era de crítica, dio pauta para futuras investigaciones. "De Palnetarium Inflexu" fue el nombre de ésta, se encontraba influida por las teorías de Paracelso sobre la interrelación entre los cuerpos celestes y el ser humano especialmente del Sol y la Luna, formulando la teoría del magnetismo animal. Después de los resultados obtenidos con sus pacientes Mesmer logró instalarse en París en donde creció tanto su fama que llegó a atender al rey de Francia, esta fama llega hasta la Academia de Medicina de Francia, en donde se descartó la teoría de la influencia de los cuerpos magnéticos

de Mesmer por una comisión de 9 científicos eminentes de esa época, incluyendo a Benjamín Franklin, Guillotine, Lavoisier y el astrónomo Bailly (Meyer, 1992).

Siguiendo con las investigaciones los discípulos de Mesmer, y posteriores investigadores, determinaron que las milagrosas curaciones se debían no al magnetismo sino a una condición llamada sugestión (Zor, 2002; Hartland, 1979; Hispamap, 2003).

Casi un siglo después de seguir con las investigaciones acerca de este efecto denominado *sugestión* y los efectos que se podían producir sobre las personas, aparece en 1846 James Braid, que da un nuevo nombre al método de Mesmer denominándolo "*hipnosis*" en medicina, separándola del mesmerismo especulativo, en su obra el de "La mente sobre el cuerpo". En 1841 descubre el hipnotismo, estado al que llevaba a sus pacientes mediante la fijación de la mirada. Ensayó, además la autohipnosis o entrenamiento autógeno (Hispamap, 2003; Zor, 2002).

Tanto él como otros descubrieron que la sugestionabilidad era la base fundamental de este estado producido, refiriéndose a que la voluntad y capacidad de discernimiento del sujeto quedaban reducidas quedando un espacio para las ordenes del hipnólogo, las cuales eran aceptadas. Logrando así llevar a cabo intervenciones quirúrgicas menores sin anestesia, tan solo se daban las sugestiones de que no habría dolor, lo cual sucedía (Meyer, 1992; Gindes, 1951).

Las investigaciones continuaron, así Hippolyte Marie Bernheim escribe en 1884 "Sobre la sugestión en estados hipnóticos y de vigilia", estableciendo las bases de la psicología médica y psicoterapia. Según éste médico introduce por sugestión mediante la palabra al paciente la idea de curación. También Ambroise Auguste Liébeault usaba en este tiempo la palabra como método de "sugestión e hipnosis" (Hartland, 1979; Araoz, 1999; Meyer, 1992).

Hasta este momento el curso de la hipnosis estaba enfocada principalmente por el círculo médico, ya que aún la psicología como ciencia continuaba en formación, debido a lo cual los trabajos que se tenían realizados hasta esta época no presentaban tanta importancia dentro del círculo científico, no es que los trabajos no existieran.

A finales del siglo XIX y principios del XX con este auge de investigadores en psicología se encuentra a Sigmund Freud y Josef Breuer que en 1893, previo a la formulación de la teoría del psicoanálisis, trabajaron en el campo de la hipnosis como método curativo de la histeria, el cual había sido propuesto por el científico francés Charcot (Meyer, 1992). Freud siguió la investigación sobre los efectos de la histeria y cómo estos efectos podían suprimirse por medio de la hipnosis; se dio cuenta que en el humano existe un consciente y un inconsciente, surgiendo así las bases de la teoría psicoanalítica en su libro "La interpretación de los sueños" publicado en 1900 (Zor, 2002; Hispamap, 2003; Araoz, 1999). La hipnosis continuo vigente en las investigaciones de médicos y personas dedicadas a la salud de una forma más estructurada, así tenemos el trabajo de Erickson (1935; Cit. Bermejo 2000. Pág. 2) aplicando la técnica de "imaginación indirecta en un caso de eyaculación precoz" con buenos resultados.

Precisamente observando la efectividad de la hipnosis en el ámbito clínico y sobre todo en la reducción y control del dolor la British Medical Association en 1955 recomienda la hipnosis para los trastornos neuróticos y los estados de dolor, exigiendo a sus colegiados una formación previa adecuada en este campo. En 1958 la hipnosis es reconocida como un tratamiento por la American Medical Association de Estados Unidos, recomendándose por primera vez su estudio en las facultades de medicina (Araoz, 1999). En 1965 Ernest R. Hilgard en su texto original "*susceptibilidad hipnótica*" gano un gran reconocimiento y fue republicado como "*la experiencia de hipnosis*" (cit. Meyer, 1992. Pág. 7). Apareciendo trabajos como el de Hilgard, Morgan Y Mcdonald (1971; Cit. Vargas 1998. Pág. 2), que explican la utilidad de la hipnosis en el control del dolor de un opresor frío.

Las investigaciones en relación con la hipnosis y su utilidad en la psicología han continuado y se han ido clarificando a través de los años, paulatinamente se ha demostrado que la técnica hipnótica sirve para activar potencialidades del individuo y para hacer más eficaz la terapia psicológica.

La complejidad del fenómeno hipnosis y la complejidad del ser humano son tan bastas que es improbable que exista solamente una teoría que abarque la explicación de su origen y carácter (Yapko, 1990), por ende se hace necesario dar un esbozo de cuál es el concepto de la hipnosis para algunas de ellas.

## 1.2. TEORÍAS ACERCA DE LA HIPNOSIS

Las diferentes teorías que se encuentran detrás de la hipnosis permiten una comprensión e interpretación del significado de ésta, así su concepto puede variar dependiendo de su fin terapéutico y de su origen teórico, por lo tanto, se considera necesario aclarar algunos conceptos y conocer algunas teorías acerca de la hipnosis que se creen son las más importantes.

### **Conductismo.**

Arnold, Eysenck y Meili (1979), mencionan que para Pavlov la hipnosis es un estado de inhibición cortical generalizada, en el cual existen zonas aisladas de excitación que hacen posible evocar una respuesta, mencionan que para Pavlov no es otra cosa que un condicionamiento. Así, la teoría de los reflejos condicionados afirma que la conexión entre las palabras y las respuestas del sujeto durante la hipnosis obedecen a la misma ley que el estímulo condicionado y respuesta condicionada, cabe aclarar que cuando se hace referencia a la persona de Pavlov hablamos de un marco teórico conocido como *Conductismo* el cual se basa en el comportamiento observable del sujeto y en el paradigma E-R.

Lerner ( 1964) por su parte menciona que dentro las teorías fisiológicas la hipnosis es vista como *un reflejo condicionado*: Menciona que Pavlov y Berchtereau, demostraron que la palabra puede asociarse a estímulos internos y externos que provocan respuestas orgánicas, creando reflejos condicionados, coincidiendo con lo anterior. Se puede decir que la hipnosis, es la evocación de respuestas condicionadas a estímulos condicionados que se han dado a lo largo de la historia personal, así la imaginación estimulada por el discurso del hipnotizador permite que el paciente recree situaciones con características casi reales como percepción de olores, sabores, texturas etcétera, ya que los sentidos se encuentran condicionados a la palabra e imágenes.

### **Psicoanálisis.**

Freud (1976) consideraba a la hipnosis como un deseo inconsciente de satisfacción libidinosa por parte del hipnotizado, la relación entre el hipnotizado y el hipnotizador era la base. Ferenczi mencionaba que “la hipnosis es una situación en donde los sentimientos del sujeto se proyectan al hipnotizador, viéndolo con características paternas y maternas y el hipnotizado la del hijo” (cit; Lerner, 1964). Además Ferenczi conceptualiza a la hipnosis como una regresión psicológica al estado infantil de dependencia y de conflicto con los padres, cuando hace referencia a conflictos infantiles y regresiones (cit; Arnold, Eysenck y Meili,1979).

Para complementar Lerner (1964) menciona que Schilder, Kauder y Lorand, consideran a la hipnosis como una situación erótica en donde el hipnotizado juega un papel masoquista y el hipnotizador una figura despótica, lo que provoca que el sujeto tome una actitud de subordinación. Menciona que en la *teoría patológica*, la hipnosis es un sueño anormal en el cual los histéricos pueden recuperar movimientos, o dejar a un lado sus movimientos maniacos, teoría que se encuentra sustentada en el psicoanálisis, en relación a esto dentro de la *teoría fisiológica* la hipnosis es apreciada como una *disociación*, ya al mencionar la palabra disociación se hace referencia a una dualidad que se concibe presente durante el estado de vigilia, se habla entonces de un consciente y un inconsciente,

pero cuando se encuentra en un estado hipnótico esta disociación desaparece haciendo de la mente una unidad.

### **Como una forma de sugestión.**

Lerner (1964) menciona que para autores como Faria, Bertrand, Braid y Bernheim, consideran a la sugestión como el mecanismo clave de la hipnosis, se refiere que las ideas tienden a inducir una respuesta automática, ya sea de tipo motor o emocional, esta respuesta esta en función de los estímulos sociales en los cuales fue dada esa sugestión. Arnold, Eysenck y Meili (1979) mencionan que Bernheim y Liébeault consideraban a la hipnosis como un estado de sugestión del individuo, donde se modifica la atención y es posible incrementar la sugestión.

### **Teoría de la motivación de Dorius- White.**

Lerner (1964) menciona que en esta teoría el hipnotizado toma una actitud de sumisión ante las ordenes del "hipnotizador". Esto debido a que el individuo hipnotizado lleva a cabo una representación de una "situación típicamente hipnótica".

### **Teoría psicogenética de Camino Galicia.**

Según Lerner (1964) esta teoría, al igual que la disociativa, nos habla acerca de una dualidad, que en este caso, esta dada por el consciente-masculino, que es la acción y actividad racional y el subconsciente-femenino, que son complejos psicológicos reprimidos o instintos. Por medio de la hipnosis se puede lograr una libertad de acción al subconsciente y se debilita el poder del consciente, a lo que llama sugestión y no hipnosis.

### **Teoría atávica de Aínslie Meares.**

Una vez más Lerner (1964) menciona que esta teoría nos habla de una regresión hacia mecanismos primitivos en donde se excluye el juicio crítico y en la que intervienen varios mecanismos psicológicos como la identificación, la

introyección, el condicionamiento, la disociación, la actuación de un papel determinante, defensas histéricas y la comunicación por medio del comportamiento.

### **Teoría de la exclusión psíquica relativa de Rodees.**

Parece ser que las teorías acerca de la hipnosis tienen una cierta orientación a tratar a la mente como un objeto dual, así tenemos que esta teoría nos menciona que existen dos planos: el primero es el objetivo que se dirige a los sentidos, el razonamiento y la deducción, y el segundo que es el subjetivo, que se dirige a la memoria. En un estado hipnótico de sueño predomina el plano subjetivo dirigido por el hipnotizador y el objetivo se retrae al igual que la capacidad de razonar, por lo que es posible aceptar ideas (Lerner 1964).

### **Teoría Psicosomática.**

Para terminar Lerner (1964) menciona que Wolberg basándose en los estudios fisiológicos del fenómeno hipnótico propone que en estado hipnótico se produce una inhibición en los centros corticales superiores, produciendo una disminución en el sentido de la realidad y del cuerpo, lo que provoca cierta inseguridad por lo que busca esta seguridad en el hipnotizador, creándose una dependencia que llega a ser tan grande que es posible que una persona controle mecanismos y fenómenos psicosomáticos.

### **Otras teorías.**

Por otra parte Yapko (1990) menciona, que las teorías más usadas para dar cuenta de la realidad hipnótica abarcan tres, que son, a saber: el fenómeno hipnótico desde una perspectiva del hipnotizador, otra que enfoca la hipnosis desde la perspectiva del cliente y finalmente, como el resultado de la interacción de los dos.

### **Perspectiva del hipnotizador.**

En esta vieja concepción y más tradicional perspectiva teórica, el énfasis está en la naturaleza pasiva del cliente, el cual define su posición en respuesta a la dirección del hipnotizadores, es decir, el hipnotizador toma una posición autoritaria dando ordenes y el paciente como pasivo y permisivo como receptáculo de las sugerencias del hipnotizador. Esta teoría del estado permisivo contiene algo de verdad pero es mas bien ficción, esto sólo se ha visto en estado muy profundo de hipnosis.

### **Perspectiva del cliente.**

En esta teoría el cliente no tiene un rol pasivo, el cliente tiene la responsabilidad de responder a las sugerencias del hipnotizador ya que una respuesta es inevitable, pues, una no respuesta, es una respuesta.

### **Perspectiva interactiva.**

En esta perspectiva teórica puede existir un trance hipnótico solamente cuando existe una relación paciente hipnotizador, en otras palabras, el cliente realmente no entra en una dimensión de conciencia tan diferente de cualquier otro, se mantiene una relación estrecha entre los dos.

### **Cognitivo conductual.**

Desde el marco cognitivo conductual, se puede considerar a la hipnosis como un estado en el cual se altera la conciencia y permite que se presente la sugestión en el individuo y así poder realizar cambios en el ámbito cognitivo y conductual. Entendiendo como conciencia al estado del individuo en donde nos podemos dar cuenta de nuestras acciones y que está regulada por la corteza cerebral. Así para Barlett la hipnosis fue considerada como el control de la recepción de información que es capaz de controlar la conducta (Arnold, Eysenck y Meili, 1979). Para terminar Fromm y Nash (1992) mencionan que la hipnosis es un estado, en el cual, se alteran los procesos cognitivos como la atención, la conciencia, la

memoria, la percepción y la racionalidad. La hipnosis es pues, dentro del marco cognitivo conductual, y debido a sus altos niveles de concentración y relajación, una herramienta que permite al paciente reducir niveles de ansiedad, además de reducir en el paciente su poder de crítica, aceptando con mayor facilidad un cambio cognitivo y por lo tanto conductual.

Siendo las características del estado hipnótico cruciales para la modificación de comportamientos inadaptados y pensamientos irracionales, la integración emocional y para la intervención sobre componentes psicofisiológicos de la conducta.

Así se puede observar que las diferencias entre los tipos de concepciones y manejos de la hipnosis depende de el modelo o teoría, aunque dentro de las diferencias siempre hay semejanzas, como podría ser que en todos los casos las sugerencias y el nivel de sugestibilidad del paciente son fundamentales, además de las utilización de métodos de inducción más o menos estandarizados, lo cual, se revisara el próximos capítulos. Por ahora se ha mencionado que la mayoría de las teorías hablan, por lo menos un poco, acerca de la fisiología de la hipnosis, en el siguiente capítulo se muestra una pequeña explicación de los cambios fisiológicos que advierten el estado hipnótico.

### **1.3. CAMBIOS FISIOLÓGICOS QUE SE ADVIERTEN EN EL ESTADO DE HIPNOSIS.**

A medida que la ciencia ha avanzado la explicación del fenómeno hipnótico se ha hecho más consistente, alejándolo de fenómenos como el sueño o la vigilia. Los investigadores de psicología Wibe y Genes con la ayuda del electrocardiograma y mediciones de la respiración de los sujetos hipnotizados, dieron cuenta que la acción del corazón y los pulmones eran más semejantes al estado de vigilia que a la del sueño fisiológico natural. Por otra parte Bass

descubrió que el reflejo rotuliano disminuía durante el sueño real, pero era casi el mismo en el estado hipnótico y en el de vigilia (Gindes,1951).

Estos avances demuestran que la hipnosis es un fenómeno que se halla entre el estado de sueño y vigilia, la fisiología de este estado es muy característico, los descubrimientos electroencefalográficos señalan que los registros de ondas cerebrales durante los estados hipnóticos y de vigilia son visiblemente semejantes, con la diferencia que, durante el estado de vigilia, el sujeto esta expuesto a muchos estímulos externos que dispersan la atención, lo cual no sucede durante la hipnosis (Gindes,1951).

Gindes (1951) menciona que la hipnosis muestra signos parecidos a los del sueño y está muy cerca de la depresión fisiológica, se asemeja a un estado producido por el alcohol, narcóticos o a la acción de anestésicos tomados en gran cantidad, además de contener muchos de los síntomas de la fatiga general. Lo que se ha observado en los sujetos que se colocan en un estado hipnótico es un claro aletargamiento, se nota una laxitud anormal, con la respiración más lenta, por su apariencia exterior se podría decir que el sujeto se encuentra dormido. El sujeto se encuentra con los brazos pendiendo a sus costados, la cabeza cae sobre el pecho. Algo que se hace muy interesante y que da cuenta del estado hipnótico en él es la expresión facial ya que carece completamente de esta.

Durante estas manifestaciones se ocurren varios cambios filológicos, Shaffer y Dorcus (cit; Gindes,1951. Pág. 37), descubrieron que hay una disminución del pulso al producirse el estado junto con una disminución de la presión sanguínea. Waldon (cit; Gindes,1951. Pág. 38) descubrió que ocurre una constricción de las arterias periféricas a las primeras señales de hipnosis, seguida por una dilatación progresiva hasta el despertar, momento en que las arterias del sujeto sufren una súbita constricción. También notó un leve aumento de la temperatura superficial con una caída concomitante de la temperatura rectal, la relación de las respiraciones con el ritmo cardíaco se hace evidente en estas reacciones fisiológicas a nivel circulatorio.

Lerner por su parte (1964) refiere la existencia de una teoría que habla de la justificación fisiológica de la hipnosis mencionando: Variaciones físicas en la corteza cerebral y sistema nervioso:

Bennet, en sus investigaciones encontró que la hipnosis se hace presente debido a que se suspenden ciertos lóbulos cerebrales y el encéfalo se encuentra hiperactivo.

Para Sidis es una disociación entre las células nerviosas.

Eysenck mencionaba que cierta energía nerviosa se dirigía a ciertos canales nerviosos, reduciendo así la resistencia sinóptica lo cual facilitaba que la energía nerviosa pasara libremente.

Heidenhain, se refería a la inhibición de las células del cerebro lo cual daba en consecuencia un estado hipnótico.

Gindes (1951) dice que las observaciones parecen apoyar las teorías que hablan de que la sugestibilidad se hace más persistente cuando los centros nerviosos superiores han sido inhibidos. Algo que es fundamental en los hallazgos de los cambios fisiológicos es que no han sido semejantes en todos los casos, lo cual se atribuye a las diferencias individuales de los sujetos *“las mentes son distintas las reacciones de un individuo no coinciden con las del otro”* (cit. Gindes, 1951 Pág. 38).

Yapko (1990) al igual que Gindes, refiere que existen cambios en las ondas en el cerebro, los cambios bioquímicos en el cuerpo y las lecturas objetivas en la actividad del sistema nervioso son ambiguos, ya que la naturaleza del trance es extremadamente subjetivo y hasta hoy se ha resistido a las explicaciones objetivas. Actualmente, sabemos que es el propio paciente el que provoca los cambios con la guía del profesional. Dichas transformaciones se ocasionan desde el interior más que desde el exterior.

La sugestión y la sugestionabilidad juegan un papel fundamental en el estado hipnótico, ya sea para poder acceder a él o para llevarlo más allá del consultorio, sin estas sugerencias y sin la sugestionabilidad del cliente para llegar al trance hipnótico, no existirían mensajes que nos ayudaran durante un tratamiento terapéutico. Así la sugestionabilidad y las sugerencias se vuelven fundamentales por lo cual se ha dedicado un apartado para hablar acerca de ellos.

#### **1.4. SUGESTIÓN Y SUGESTIONABILIDAD.**

A lo largo del trabajo, se ha mencionado una palabra que es muy importante dentro de la técnica hipnótica, de hecho, algunos autores la han catalogado como la misma hipnosis, la palabra a la cual se hace referencia es la “*sugestión*”, “ya que la sugestión es el principio fundamental que se oculta tras todas las manifestaciones hipnóticas” (Gindes, 1951. Pág. 87). Las sugerencias se hacen presentes durante las veinticuatro horas del día. Los medios de comunicación por ejemplo; invaden, con sus mensajes de publicidad, opiniones, información, parcial e imparcial nuestros pensamientos.

En todos estos casos existe el mensaje sugestivo. Los padres son un factor influyente en la sugestión de los hijos cuando pequeños. La frase más común que oímos de niños es: “No hagas esto”, “no hagas lo otro”, “por que te hará daño”, etc., una sugestión como esta puede ser negativa para un futuro en la vida del niño, ya que en la adolescencia o en la vida adulta pueden acarrear miedos y dolencias imaginarias. Otras sugerencias positivas, seguramente, favorecen el desarrollo del niño. Todos estamos expuestos a sugerencias que influyen en nuestros pensamientos y acciones que en su mayoría son inconscientes y capaces de sugestionar a cualquier tipo de persona.

La definición etimológica de la sugestión (*sub – genere*), implica el llevar a cabo o portar por debajo. Para comprender mejor que es la sugestión, debemos

saber que ante todo es una forma de comunicación en respuesta a un estímulo, que provoca una serie de ideas o comportamientos.

Chauchar (1971) menciona que la sugestión “no es otra cosa, como lo ha reconocido Pavlov, que un condicionamiento”, así una sugestión se presenta cuando una reflexión es imposible o la idea se impone rápidamente, tal y como nos menciona Meyer (1992), el cual propone que la sugestión incluye los siguientes aspectos:

Cuando un comportamiento individual normal es colocado en una situación y confrontado con un estímulo específico, una respuesta que es apropiada al estímulo en esa situación es elicitada.

- La respuesta podría ser elicitada bajo idénticas situaciones.
- La respuesta podría ser producida por replicación.

Dentro de la terapia hipnótica, las sugestionen tienen un papel fundamental, Meyer (1992) dice que la sugestión es una idea, o un grupo de ideas, propuestas por el hipnotista a el sujeto o que bien pueden provenir del mismo sujeto (autosugestionen).

Gindes (1951) define la sugestión hipnótica como el proceso de alteraciones dirigida de actos y reacciones humanas mediante pensamientos, objetos o acciones, así alteramos el pensamiento para conseguir un cambio conductual. Siguiendo con esta idea Yapko (1990) conceptualiza la sugestión como algo involuntario y que puede tomar lugar o ser satisfecha como algo igualmente involuntario. La idea básica en la sugestión también puede ser directa y claramente reflejada por el comportamiento, medida por el nivel de la experiencia o por el nivel del comportamiento actual. Estas dos definiciones indican que si el terapeuta altera los pensamientos del paciente se obtendrá un cambio conductual, para saber si la hipnosis tiene un efecto negativo o positivo en la conducta, por supuesto, se sabrá con el reporte verbal del paciente.

Así parece que la sugestión se refiere, dentro de la terapia conductual, aún condicionamiento que se ha vuelto operante, pero que según la teoría cognitivo conductual, ésta respuesta estará en función de pensamientos y emociones que se mediaran según las creencias individuales de la conducta privada como la observable.

La forma en la que funcionan las sugerencias, como se ha mencionado, no actúa únicamente en la sesión hipnótica, sino que comienza mucho antes de que el sujeto se someta a la influencia del terapeuta, la hipnosis comienza sus efectos primarios desde el momento en que el sujeto da cuenta de su existencia, ya que, como se ha mencionado, la creencia más popularizada de la hipnosis tiene dotes mágicos y fantásticos, lo que hace susceptible al paciente de sus propias representaciones (Gindes,1951). Cuando el paciente ya se encuentra en la sesión de hipnosis la comunicación es muy importante, Yapko (1995), menciona que la comunicación con el paciente debe de ser constante y que las sugerencias deben ser claras para el paciente.

Las sugerencias o la forma en la que se sugiere al paciente pueden tomar varias modalidades, dependiendo de las expectativas y características culturales del paciente, así tenemos sugerencias de tipo directo e indirecto.

### ***Sugerencias directas.***

Yapko (1990) indica que las sugerencias directas son esas que toman el problema de la mano abierta y claramente. Las sugerencias directas refieren a la conciencia del sujeto experiencias agradables y proveen de soluciones específicas a los problemas con instrucciones detalladas acerca de cómo responder. Comúnmente, comienzan al inicio del trabajo de trance, cuando se le pide al paciente que cierre los ojos. Las sugerencias directas pueden ser más complejas, pero mantienen esta misma estructura, en la cual el hipnotizador toma las riendas dando instrucciones claras y precisas que se quieren que el paciente realice.

Meyer (1992) acerca de las sugerencias directas menciona que estas son indicadas cuando para el terapeuta y el cliente se puede beneficiar de las técnicas que pueden remover, aminorar, remplazar o intervenir en patrones de síntomas que producen pena en el cliente. Varias técnicas diferentes son comúnmente usadas.

### ***Sugerencias indirectas.***

Las sugerencias indirectas son esas que se relacionan con el problema actual de forma encubierta y discreta. Ellas pueden ser absolutamente sutiles, tales sugerencias comúnmente no son relatadas a la experiencia consciente de la persona. Estas están relatadas veladamente y su interpretación depende de la idiosincrasia del cliente, su propia interpretación. El uso de sugerencias indirectas pueden tener al cliente preguntándose de forma consciente acerca de lo que se está hablando en la sesión, mientras que al mismo tiempo su inconsciente está conectada con lo que el hipnotizador esta diciendo a su experiencia interna, pavimentando así el camino para que el cambio ocurra. Las sugerencias indirectas pueden tomar muchas formas, incluyendo analogías, bromas, historias (Yapko, 1990).

Erickson (1980; cit. Meyer, 1992. Pág. 80) menciona que las sugerencias indirectas son superiores a las sugerencias directas por tres razones: (1) el cliente, porque la ambigüedad permite que la propia idiosincrasia del cliente potencialice las respuestas; (2) existe la posibilidad de dibujar sobre aprendizajes anteriores del pasado del cliente; y (3) las sugerencias indirectas no provocan resistencia.

Dentro de la terapia cognitivo conductual las sugerencias directas son las más utilizadas (Meyer, 1992), ya que para lograr un cambio en el pensamiento es necesario dirigir y confrontar los anteriores, dando sugerencias de cambio y como la terapia cognitivo conductual esta llena de herramientas y técnicas que se pueden potencializar con la hipnosis, se hace necesario dirigir al paciente por estas técnicas para obtener mejores resultados, como por ejemplo la desensibilización sistemática.

### **Sugestionabilidad.**

La sugestionabilidad es un punto muy importante dentro de la hipnosis, pues ésta marcará la pauta para que las sugerencias surjan de manera efectiva en el pensamiento y la conducta del cliente. La raza humana es, en su naturaleza, sugestionable, por supuesto que a nadie le gusta que le digan que lo es, sobre todo si está relacionado con la debilidad mental, el humano prefiere pensar que tiene todo bajo control, que todo lo que hacemos es único, pero esto no es así, un ejemplo claro es el uso de jergas y expresiones idiomáticas (Gindes, 1951; Yapko, 1990).

Chauchar (1971) define la sugestionabilidad como el grado hasta el cual se inclina la aceptación sin reservas de ideas y proposiciones, sin emplear sus facultades de crítica. Gindes (1951) considera un axioma fundamental *“la sugestión crea los fenómenos hipnóticos, y a su vez, esos fenómenos provocan el aumento de la sugestionabilidad”*.

La habilidad de sugestionabilidad marca la pauta para obtener buenos resultados en la hipnoterapia, entre más sugestionable es el sujeto, mejores resultados se van a obtener (Meyer, 1992). La valoración de la sugestionabilidad, entendida esta como la capacidad de concentrarse en una sugestión, permite al hipnoterapeuta adaptar sus técnicas al caso particular. Para ello se han ideado diversas pruebas, que al ser aplicadas, no sólo informan al operador sobre la sugestionabilidad del paciente, sino que influyen frecuentemente en éste predisponiéndolo a favor a la hipnosis. En la práctica se utilizan habitualmente las tres siguientes, a saber: la prueba del péndulo, la caída hacia atrás y las manos entrelazadas (Lerner, 1962).

#### ***Prueba del péndulo.***

Lerner (1962) menciona que esta prueba consiste en sentar al paciente en una silla, darle un péndulo, el cual sostendrá con los dedos pulgar e índice, se le indica que imagine que el péndulo comienza a girar sobre un diámetro determinado; por ejemplo, un cenicero, dependiendo del movimiento del péndulo

se puede saber el grado de imaginación y capacidad de sugestionabilidad del paciente.

### ***Prueba de la caída.***

En esta prueba se le pide al paciente que se pare entre el hipnoterapeuta, juntando bien los pies, puntas talones, los brazos flojos y los ojos cerrados, se le sugiere que observe el movimiento natural de su cuerpo, que no se frene, el movimiento es de izquierda a derecha, cuando éste aumenta se le pide al sujeto que se deje caer, para lo cual hay que estar atento, ya que las caídas suelen ser muy bruscas (Lerner, 1962).

### ***Prueba de las manos entrelazadas.***

Se le pide al paciente que entrelace sus manos, estire los brazos y gire las palmas quedando de dorso hacia su cara, se le indica que se concentre en sus manos e imagine que son dos trozos de plomo en fusión que se están soldando, luego se le dice que las separe, si la separación es inmediata es que el grado de sugestionabilidad es muy poca, por el contrario, si es muy retardado y no lo puede hacer su grado de sugestibilidad es muy alto (Lerner, 1962).

Hartland (1979) propone que existen puntos fundamentales para conseguir buenos resultados durante el estado hipnótico ya que así se logran mejores resultados, propone tres puntos que son aplicables al estado hipnótico, lo cual, esta íntimamente ligado con el grado de sugestibilidad del paciente:

La respuesta a la hipnosis dependerá del grado hasta el cual se suprima el poder de crítica y el poder de rechazo que normalmente son ejercidos por la mente consciente.

La profundidad de la hipnosis en cualquier caso dado estará relacionado en proporción directa con el grado de supresión lograda. Una supresión ligera dará como resultado una hipnosis ligera; una supresión total dará como resultado una hipnosis profunda o sonambulismo.

Mientras más se suprime la mente inconsciente más aumentará la sugestionabilidad del individuo.

Hay que recordar que esto depende de las características individuales, esto es, si el paciente es una persona que en su vida cotidiana es muy analítico y se resiste a las leyes y ordenes nos será más difícil conseguir que entre en un estado hipnótico medio o profundo, pero si es muy dócil y acata ordenes será más fácil conseguirlo, claro que la práctica y la consistencia permiten que se haga más fácil sesión con sesión. Gindes (1951) menciona que los mejores sujetos para la hipnosis en general son los que:

- Han estado acostumbrados a recibir ordenes; esta categoría incluye los oficinistas, subalternos y tímidos, los maridos dominados, las esposas sumisas, y los soldados profesionales;
- Los que son más impulsivos que lógicos. Estos sujetos siguen el impulso antes que la razón cuando enfrentan situaciones nuevas;
- Los que tienden a aceptar cualquier teoría sin comprobación;
- Los que han tenido una experiencia favorable con el hipnotismo; y
- Aquellos cuya fe en el hipnotismo es tan poderosa que nunca se le ocurre dudar de su eficacia.

La sugestión y la sugestionabilidad son dos términos que no se pueden separar, las diferencias que se pueden observar son: el primero hace referencia al fenómeno en general y el segundo, como se había mencionado, se enfatiza en las diferencias individuales.

En la hipnosis, las sugerencias y la sugestionabilidad, nos darán la pauta para lograr resultados positivos en el tratamiento, hay que aclarar que las sugerencias no solamente se presentan durante el estado hipnótico, sino que éstas pueden intervenir en el comportamiento del paciente después de la intervención (Meyer, 1992), a lo cual se denomina *sugestión post hipnótica*, lo que permite ampliar

nuestro rango de intervención. Hartland (1979) menciona que el valor terapéutico de la hipnosis sería casi desperdiciable sin las sugerencias posthipnóticas.

Las sugerencias posthipnóticas tienen mayor éxito cuando han sido sugeridas durante un trance profundo, siendo menor su eficacia en los trances más superficiales. Cuando el sujeto en trance ha concentrado bien su mente en la sugerencia posthipnótica, ésta se convierte en una verdadera compulsión que exige ser realizada al despertar (Wolberg, 1956).

Por otra parte Fromm y Nash (1992) mencionan que la sugerencia y la sugestionabilidad no son la hipnosis ya que esta última implica más procesos como son la concentración, juego de roles, impulsividad, memoria, cognición, atención, fantasía, percepción, procesos que son fundamentales dentro de la terapia cognitivo conductual.

Al tratar de inducir la hipnosis, el principal problema es quitar de en medio la mente consciente, para hacer uso del grado incrementado de sugestibilidad que seguirá en forma inevitable, esta no es una tarea formidable ya que incluso en la vida cotidiana siempre que concentra uno la atención se induce una tendencia a dividir el consciente, lo que hace que la mente inconsciente sea mucho más accesible (Hartland, 1979), para acceder al estado hipnótico se han elaborado diferentes maneras de inducir al cliente para poder llegar a estas técnicas de inducción, en primer lugar se tiene que mencionar en que consiste dicha inducción.

### **1.5. LA INDUCCIÓN HIPNÓTICA.**

Para poder conseguir una inducción hipnótica, el terapeuta no solamente tiene que hablar y sugerir al paciente, por el contrario, implica crear un ambiente de cordialidad y de confidencialidad con el paciente que permita reducir la

vigilancia cognitiva y perceptual (Meyer, 1992), el paciente debe estar convencido de querer ser hipnotizado.

Hartland (1979) realizó una lista en la que enumera ciertas condiciones que son esenciales para la inducción con éxito del estado hipnótico:

- *Motivación.*
- *Eliminación de dudas y temores.*
- *Fijación de la atención.*
- *Limitación del campo de la conciencia.*
- *Relajamiento y limitación de los movimientos voluntarios.*
- *Monotonía.*
- *Supresión de todas las ideas, excepto aquellas sobre las cuales debe fijarse la atención.*

Una gran mayoría de los terapeutas que utilizan la hipnosis hablan de la inducción como lo hace Hartland, como si se tratase de un libro de recetas, Algunos otros mencionan que “la inducción hipnótica procede de lo que, en ese momento dado el paciente esta experimentando” (Araoz, 1999. Pág. 2), en lo que sí se coincide es en tomar en cuenta las cogniciones y expectativas del paciente.

Uno de estos autores es Gindes (1951) el cual menciona que para lograr la inducción en el paciente tenemos que tomar en cuenta algunos aspectos que son importantes, teniendo muy claro que ningún procedimiento es de eficacia universal, tales procedimientos son:

### **Los conocimientos del sujeto.**

Una técnica de ordinario exitosa puede ser en otra circunstancia un total fracaso, si el hipnotizador deja de lado los posibles prejuicios del paciente, cada paciente tendrá una orientación puramente individual que lo llevará a aceptar un método y rechazar el otro. Aclara que tanto la fe como la expectación son

esencialmente vitales para la inducción del hipnotismo; ambas pueden lograrse solamente si se trata al sujeto con paciencia.

### **La expectación del sujeto.**

Cuando existe la fe, la expectación ha de sobrevivir, aunque muchos sujetos estén completamente desprevenidos en cuanto a que esperar. Algunas personas esperan caer en un profundo sueño.

Dentro de este rubro Vera (1999) menciona que cuando una persona espera cambios en sus propias respuestas y reacciones, sus expectativas pueden producir estos cambios, de tal manera que esta variable se convierte en una causa de problemas psicológicos, y por lo tanto, también en una parte importante de los tratamientos. Es debido a esto que el hipnotizador debe de dar una explicación acerca de la hipnosis en su concepto, forma de intervenir y los resultados que se pueden esperar, cuestionando las ideas irracionales acerca del concepto.

Otro de estos autores es Yapko (1990) el cual menciona que la inducción al trance implica que el hipnotizador esta proporcionando algo al cliente. El lenguaje dentro de la hipnosis muchas veces es limitado dado que el cliente no es un simple receptáculo de las sugerencias del hipnotizador. El cliente es una fuerza activa en la interacción con el hipnotizador. Esta interacción menciona Yapko (1990) tiene cuatro fases: (1) construcción del rapport y absorción atencional; (2) inducción al trance e intensificación; (3) utilización del trance "terapia"; (4) reorientación.

El punto que por ahora interesa es el que se refiere a la inducción al trance, del cual habla el punto del numero dos, y que esta dividido en tres pasos:

1.- Proveer un estímulo concreto al cliente que focaliza su atención sirviendo como distractor entre el estado de vigilia y el trance hipnótico.

2.- Ocupar la mente consciente facilitando la disociación entre el consciente y el inconsciente, consiguiendo el trance.

3.- El hipnotizador guiará al cliente, dependiendo de las características de éste, hacia un trance más profundo por medio de sugerencias.

La inducción hipnótica como el estímulo para la experiencia del trance juega un papel muy importante en la interacción paciente hipnotizador.

El hipnotizador tiene que desarrollar la habilidad de colocarse en el lugar del paciente y ver las cosas con los ojos del paciente, limitando su visión con los prejuicios y reacciones emocionales predeterminadas del cliente que se trate, con ello desarrollará una visión de las necesidades del cliente.

Durante la hipnosis el estado de concentración y la relación emocional con el terapeuta aumentan la eficacia de la intervención terapéutica, de modo que aparte de la sugestión, muchas otras técnicas pueden ser empleadas, como ya se había mencionado anteriormente (Huapaya, 2000).

### **El estado hipnótico.**

El estado hipnótico se produce por la repetición constante de una serie de estímulos sensoriales monótonos y rítmicos, los cuales pueden ser visuales, auditivos o incluso táctiles, por ejemplo tenemos: mirar un punto fijo manteniendo la posición de los ojos un tanto tensa, la utilización del péndulo, hablar en forma monótona, caricias sobre la piel en especial en la frente, aunque se debe de tener cuidado con este tipo de estímulos, ya que pueden causar cierta incomodidad en el paciente.

El uso de la repetición es un elemento central en todo el proceso de la inducción, la creación de una atmósfera monótona reduce la vigilancia y aumenta la receptividad de las sugerencias (Meyer, 1992).

La inducción al estado hipnótico es certeramente una habilidad que se va desarrollando con la practica, el cliente que muestra un mínimo grado de inducción en las primeras sesiones aumentará su respuesta subsecuentemente (Meyer, 1992). La inducción al trance no sólo depende del paciente sino también de la

habilidad del terapeuta, logrando que el paciente entre en un nivel adecuado para que las sugerencias tengan mayor mella en el comportamiento, en especial cuando se trata de sugerencias posthipnóticas. El que las sugerencias tengan éxito dependerá del tono de voz, la monotonía y la repetitividad, Hartland (1979) menciona que las expresiones verbales pueden variarse de formas muy distintas:

- Alteraciones en el volumen de la voz.
- Cambios en el ritmo de la dicción.
- Énfasis en determinadas palabras.
- Cambios en la inflexión y modulación de la voz.
- Inserción de pausas adecuadas entre ideas sucesivas.

Como se pudo observar la inducción hipnótica no sólo depende del hipnotizador o del cliente sino que es una relación entre ambos lo que la hace posible. Hay tantos métodos de inducción como hay practicantes de la hipnosis, los métodos a los que se harán referencia en el siguiente apartado son los más utilizados dentro de las hipnoterapias.

## **1.6. MÉTODOS DE INDUCCIÓN AL TRANCE HIPNÓTICO**

Existen muchos métodos de inducción, incluso podemos inventarnos variantes adecuadas o adaptadas al sujeto que se ha de someter al trance, tal y como hacia en considerables ocasiones Erickson, que usaba en muchos de sus “diálogos hipnóticos”, metáforas, situaciones imaginarias, historias y cuentos (Cit. Hispamap, 2003, Pág. 4).

Dentro de los métodos más utilizados conocidos como tradicionales están los mencionados por Hartland (1979), Hispamap (2003), Yapko (1995), Hernández (2001) y Meyer (1992), que son: la fijación de la vista con sugerencias verbales, relajamiento progresivo, fijación de la vista con relajamiento progresivo, método de catalepsia, método de la rigidez del brazo, fijación de la vista con distracción,

método de mirada directa a los ojos, método de levitación de las manos de Erickson, método de Whitow de presión de la carótida, método de la expectación, método del engaño y uso de drogas como coadyuvante para la hipnosis.

### **Método de fijación de la vista con sugerencias verbales.**

Son todos aquellos en que indicamos a un sujeto que fije su atención, en cualquier cosa exterior, bien fija o bien en movimiento. Puede tratarse de un foco de luz, un péndulo oscilante, un disco hipnoidal. Antes o después –incluso sin sugerencias por parte del hipnólogo- se irá produciendo un cansancio ocular que nos irá adormeciendo. Si introducimos sugerencias serán de este tipo: “Conforme miras este objeto, tus ojos van sintiendo un ligero cansancio que cada vez se hace más intenso. Poco a poco los párpados se vuelven más pesados y es como si quisieras cerrar los ojos porque quieres dormir o descansar”.

### **Relajamiento progresivo.**

Se recuesta cómodamente al paciente y se guía su atención hacia un grupo de ideas, se le pide que piense una escena agradable y tranquila. Se le solicita que afloje los músculos y se relaje, empezando por los pies y siguiendo por todo el cuerpo, al mismo tiempo se dan sugerencias de pesadez en los ojos y con ganas de cerrarlos, este método pondrá al paciente en un trance ligero.

### **Fijación de la vista con relajamiento progresivo.**

Este método puede que sea el que requiera más tiempo, pero es bastante seguro a la hora de obtener resultados. El sujeto puede estar sentado o tumbado. En todo caso en una posición cómoda. Preferiblemente con los ojos cerrados le iremos induciendo con nuestra voz relajando parte a parte del cuerpo, empezando por los pies y acabando por la cabeza o viceversa. Al terminar esta relajación progresiva vamos introduciendo sugerencias de pasividad y sueño: Ahora te encuentras tan a gusto que dormirás... sientes como un ensueño agradable te va envolviendo.

### **Método de la catalepsia.**

Pedimos al sujeto que una con fuerza sus piernas y que apriete los brazos estirados hacia el cuerpo, que ponga rígidos todos los músculos de su cuerpo, que apriete el abdomen y en definitiva, que se imagine que es especie de tabla o estatua de bronce. Acto seguido la imprimiremos un ligero balanceo para que note su rigidez. Una vez conseguida la rigidez total, podemos con ayuda de otras personas, tumbarle en el suelo, en un diván o camilla. Inmediatamente le indicaremos que se encuentra muy concentrado y que dormirá o entrará en un estado profundo y especial a nuestra indicación. Podemos dar un pequeño chasquido con los dedos o tocarle ligeramente la frente con los dedos al mismo tiempo que decimos: ¡duerme! o ¡Ya está... estas en un estado profundo y especial! A partir de ahí, usamos sugerencias para profundizar.

### **Método de la rigidez del brazo.**

La persona está sentada... le estiramos el brazo y lo colocamos a la altura del hombro. Le sugerimos que se encuentra bien y que su brazo cada vez está más rígido. Le hacemos sentir con ligeras presiones sobre la mano dicha rigidez para que se retroalimente en la sugestión... una vez conseguido le indicamos que el brazo comenzará a pesar, que se ha transformado en plomo...el brazo en tan pesado que se peso se hace insostenible e irá cayendo. Conforme el brazo va bajando, notarás como un sueño agradable e intenso te va invadiendo... cuando el brazo se desplome por completo, ¡dormirás!. Si la sugestión surte efecto, el sujeto irá bajando el brazo hasta soltarlo por completo; en este momento daremos la orden ¡duerme!.

### **Fijación de la vista con distracción.**

Se recuesta cómodamente al sujeto y se le pide que se relaje lo más posible, además, se le coloca un lápiz a una distancia de 20 cm. Con la mirada hacia arriba y hacia atrás; al mismo tiempo se le pide que cuente en forma regresiva desde el trescientos, en este momento se le menciona suavemente que sus ojos y

párpados se sienten muy pesados y cansados, al momento que esto empieza a suceder se le indica que duerma con voz firme y enfática. Para profundizar el trance se pueden llevar a cabo los siguientes métodos:

#### **Método de mirada directa a los ojos.**

Es un método muy autoritario por lo tanto es poco recomendable, sin embargo, se podrá utilizar sólo en caso de que el sujeto no responda a otros métodos. El hipnotizador se sienta enfrente del sujeto con el cuerpo ligeramente inclinado hacia delante, tomándole las manos e indicándole que lo mire a los ojos a una distancia aproximada de 60 cm. Se deben realizar sugerencias verbales de relajamiento, somnolencia y pesadez de los ojos.

#### **Método Ericksoniano de levitación de la mano**

Se sienta al sujeto cómodamente en un sillón con las manos sobre las piernas y las palmas hacia abajo, se le pide que centre su atención en las manos y las sensaciones que pudiera percibir. Se le menciona que sus manos están teniendo movimientos y que en cualquier momento alguno de sus dedos se puede mover, posteriormente se le dice que el espacio entre sus dedos irá aumentando y éstos se separaran.

Después se le informa que sus dedos y manos se van haciendo cada vez más ligeras y empiezan a elevarse. Cuando lleguen al nivel de la cara se le dice que su mano se va acercando a ésta y se le indica que se siente muy somnoliento y con los párpados cada vez más y más pesados, cuando la mano toque la cara caerá en un sueño profundo.

#### **Método de Whitlow de presión de la carótida.**

Se presiona con el dedo pulgar e índice el cuello del sujeto, específicamente contra el nervio vago y la arteria carótida, al mismo tiempo que se hacen sugerencias de cerrar los ojos y que debe dormirse. La presión no debe pasar los quince segundos, se aflojan los dedos cuando el sujeto se relaje. Este es un

método poco utilizado ya que es considerado poco profesional, puesto que implica riesgos si no se realiza la presión adecuada provocando algún daño cerebral.

### **Método de la expectación.**

Especialmente cuando se hace hipnosis de espectáculo, este método es útil. Supongamos un aforo donde se espera al hipnotizador con expectación... por tanto ya existe un ambiente lo suficientemente sugestivo para inducir con facilidad a cualquier asistente. El hipnotizador deberá hablar con cierto misterio y persuasión. Al acercarse a cualquier espectador que ponga reparos a su proximidad ante el temor de ser hipnotizado, a un sólo toque u orden del inductor, entrará con facilidad en hipnosis.

### **Método del “engaño”.**

Especialmente para usarlo con sujetos difíciles. Se pondrá a una persona ante el hipnotizador indicándole que le vamos a hipnotizar (se le habrá comentado previamente que en realidad no será a ella a quien se inducirá, sino que simplemente debe fingir que está durmiendo); a su lado se pondrá otra –a la que realmente se quiere inducir- y se le explicará que su misión es observar con todo el detalle y atención que pueda cómo se duerme la otra persona. Preferiblemente se colocarán a uno frente a otro y el inductor se sitúa en medio. Llegado este punto al compinche se le pasará un péndulo oscilando por delante de los ojos, por ejemplo y él comenzará a fingir su adormecimiento. Se deberá tener atención con la persona que en verdad se quiere hipnotizar, pues cuando su atención sea intensa, se soltará de una el péndulo y de inmediato sin darle tiempo a reaccionar, se situará la mano delante de su frente o sus ojos cerrándoselos y diciéndole enérgicamente: *¡duerme!*

Una puntualización a tener en cuenta es que muchas personas son reacias ante términos como “hipnosis” “hipnotismo” o “sueño” por el temor que estos suscitan de pérdida de la propia conciencia. En ese caso se puede sustituir por palabras o expresiones como “estado especial” “trance” “ensueño” “sopor”.

### **Otros métodos.**

Por otra parte, existen nuevos métodos de inducción al trance hipnótico, los cuales no serán desarrolladas en este trabajo, pero que están abiertas para futuras investigaciones, Yapko (1992) las ha denominado como las inducciones “*naturalistas*” que son: utilización de la realidad del cliente; uso del yo como modelo; cambios verbales: Como tu X tu puedes Y; Sugestiones interpersonales; orientación de la experiencia interna; asociaciones guiadas.

Dependiendo de la habilidad del cliente como del hipnotista, con la utilización de las anteriores técnicas de inducción hipnótica, se puede llegar a diferentes niveles de profundización, los cuales, se describen a continuación.

### **Para profundizar se puede recurrir a lo siguiente:**

Las técnicas de profundización hipnótica son una serie de sugerencias encadenadas que pretenden estabilizar los cambios cognitivos, emocionales, preceptuales y comportamentales obtenidos por medio de la aplicación de las técnicas de inducción hipnótica. A pesar de que su denominación como “técnicas de profundización” recoge la concepción clásica de la hipnosis como un proceso similar al sueño en donde el sujeto “profundizaba en un sueño hipnótico mayor”, en realidad estas estrategias sirven para aumentar la responsividad a las sugerencias del terapeuta, la implicación emocional, la focalización de la atención, etc., preparando al paciente para la intervención que se va a realizar posteriormente. Aunque didácticamente suelen diferenciarse de las técnicas de inducción, formalmente no existen separaciones entre ambas estrategias, siendo percibidas por el paciente como un proceso continuo. A continuación, expondremos algunas de estas técnicas (González Ordi, 1998; cit. Hernández, 2001)

Levitación del brazo: se centra la tensión del paciente en su brazo, se le dan sugerencias de que se va a ir haciendo más ligero, y que a su vez su sueño, se va haciendo más profundo conforme se vaya levantando el brazo; en caso de que

brazo no se levante, se puede tomar por la manga mientras se van dando las sugerencias.

La escalera: se le pide al sujeto que se imagine una escalera con cierto número de escalones que puede variar de 20 a 10 depende del terapeuta, el sujeto se encuentra en la parte superior, el terapeuta contará del 10 al 0 y conforme vaya bajando el sujeto irá entrando en un sueño hipnótico más profundo.

Prueba de analgesia: se centra la atención del paciente en uno de sus brazos y se le indica que perciba las sensaciones de este, mencionándole que lo sentirá frío, entumecido o insensible, al grado de no sentir dolor, el no percibir el dolor está directamente relacionado con el estado hipnótico en el que se encuentra. Hay que recordar retirar la sugestión de analgesia antes de despertar al paciente.

Profundización del brazo: Se le toca el brazo al sujeto ligeramente del hombro a la muñeca, mencionándole sugerencias de pesadez que van aumentando y luego se le deja caer, conforme va cayendo su sueño se va haciendo más pesado. Es recomendable que antes de llevar a cabo este procedimiento se realice un relajamiento progresivo.

Si se habla acerca de una profundización del trance hipnótico esto quiere decir que dicho trance tiene niveles de profundización los cuales serán expuestos a continuación.

### **Niveles de profundización hipnótica.**

Cuando se habla de niveles de profundización no quiere decir que estén marcados como las capas de la tierra, se hace referencia a estos sólo como referencia para ubicar el fenómeno y hacerlo un poco más cuantificable, pero estos niveles no son específicos, dado que como se ha venido mencionado, las diferencias individuales son fundamentales y pueden variar. Gindes (1951) menciona que la acumulación de las sugerencias sirve para aumentar la profundidad de la hipnosis, pues al ser acatada cada sugestión el sujeto cae más

profundamente en el estado hipnótico, menciona que por funcionalidad y entendimiento se han dividido en tres los grados de profundización así tenemos:

- **Hipnosis superficial.** El sujeto esta sumamente somnoliento, aunque puede no sentirse afectado. Tiene completa conciencia de todo lo que ocurre a su alrededor; obedece sugerencias simples, pero no reacciona favorablemente a la de naturaleza complicada. Cabecea, respira pesadamente y le molestan las cosas que lo distraen.

- **Trance medio.** Para todos los fines el trance medio es suficiente para casi cualquier objetivo de los que se persiguen durante la hipnosis. Lo caracteriza una marcada obediencia, acepta todas las sugerencias, puede sentir o revivir cualquier hecho que se le sugiera, es el estado más deseable para cualquier utilización terapéutica o médica.

- **Hipnosis profunda.** Este es el estado más completo, el sujeto presenta los signos familiares con el sueño, aunque se escuchan a media las sugerencias que se le formulan, se siente tan bien que ignora cualquier cosa que lo intente perturbar. El principal valor de la hipnosis profunda es el de la cirugía mayor. Las amputaciones indoloras son posibles así.

Algunos otros autores como Hispamap (2003) y Hartland (1979) mencionan, que el estado en el cual las sugerencias establecen su mayor efecto es en el estado profundo de la hipnosis (Fig. 1) a diferencia de lo que nos dice Gindes (1951). Al igual que su amplia gama de métodos para poder acceder al estado hipnótico, existen un sin número de fenómenos que se pueden conseguir por medio de la hipnosis (los cuales dependen de los niveles de profundización Fig. 1) a continuación se presentan algunos de estos fenómenos que son para el beneficio del cliente durante la hipnoterapia.

<b>ESTADO</b>	<b>SIGNOS EXTERIORES</b>	<b>REACCIONES</b>
<b>Primer grado- trance superficial o hipnoidal Estado letárgico.</b>	El sujeto tiene su atención concentrada. La respiración es lenta y tranquila. Si los ojos están abiertos, puede aparecer parpadeo rápido hasta que se cierran. Si el lugar no esta suficientemente caldeado puede sentir frío.	La tensión arterial puede bajar ligeramente debido a la relajación. Existe sensación de pesadez en el cuerpo, especialmente en los miembros. Todos los músculos se relajan progresivamente y aparecer en consecuencia una sensación de agradable entumecimiento.
<b>Segundo grado- trance medio Estado cataléptico.</b>	La respiración es más lenta y profunda (abdominal). La cabeza puede caerse ligeramente por la relajación del cuello. Podemos producir rigidez en todo el cuerpo o en sus partes. Si el sujeto habla, su tono de voz es lento y adormecido.	Sensación de profundo bienestar. El paciente admite ya las primeras sugerencias y aunque se percate de ellas, le resulta muy difícil sustraerse a las mismas. Podemos producir insensibilidad al dolor. Sin embargo aún existe conciencia suficiente para que el sujeto salga de este estado si lo desea. Se va perdiendo la noción del exterior.
<b>Tercer grado trance profundo o estado sonambólico.</b>	El sujeto está completamente pasivo. Pero al sugerirle sensaciones o situaciones, puede abrir los ojos, moverse, hablar o realizar cualquier cosa igual que si estuviera en estado de vigilia normal, sin salir ya del trance hipnótico. Cualquier comportamiento sugerido, es aceptado y manifestado	El sujeto está muy aislado del exterior; se encuentra muy a gusto. El mayor estímulo externo que le hace reaccionar son las sugerencias del hipnólogo. Puede darse amnesia posthipnótica espontánea. Las sugerencias son aceptadas sin ninguna

	<p>inmediatamente como algo real que le sucede. Podemos inducir la amnesia posthipnótica. (que el sujeto no recuerde nada cuando despierte).</p>	<p>oposición y en esta fase es donde tienen su mayor efectividad.</p>
--	--	---

**Fig. 1.- Niveles De Profundización Del Estado Hipnótico**

### **1.7.FENÓMENOS QUE SE PUEDEN PRODUCIR DURANTE LA HIPNOSIS.**

Los fenómenos que se pueden conseguir por medio de la hipnosis son muy variados, y depende de las posibilidades del hipnotizador y del cliente, Yapko (1990) menciona que son varios los fenómenos que se presentan, dependiendo de las capacidades específicas del humano, así las experiencias que la persona puede tener durante la sesión de hipnosis se encuentra limitada por la combinación de factores personales, interpersonales, y situacionales. Todos los fenómenos que se pueden propiciar durante el trance no se refieren a nada sobrenatural todo depende de las experiencias anteriores del sujeto que pueden ser recreadas durante la sesión. Los fenómenos que más comúnmente se pueden reproducir y son útiles para la solución de problemas que presenta el paciente son:

#### **Fenómenos espontáneos.**

La disolución de una barrera represiva se puede acrecentar durante el estado hipnótico, determinando la afloración de impulsos inconscientes. Estos pueden emerger asociados con memorias de hechos lejanos, muchas veces totalmente olvidados; (Lerner, 1962). Wolberg (1956) considera que en ciertos casos esta afloración de fenómenos espontáneos puede deberse al deseo latente del paciente de complacer al terapeuta presentando las respuestas que en su concepto se esperan de él.

## **Regresión.**

La regresión es una utilización intensa de la memoria, es el método por el cual el cliente regresa en el tiempo y le permite recuperan reflexiones sucedidas (revivificación), ya sea que el cliente se ubique en ese lugar o simplemente lo recuerde lo más intensamente posible (hipermnesia) (Meyer, 1992; Yapko, 1990). El uso terapéutico de esta técnica radica en la maleabilidad de la memoria, la cual puede ser influenciada por el hipnoterapeuta.

Meyer (1992) menciona que el uso de la regresión no es recomendada para cierto tipo de pacientes como pueden ser: (1) personas que tengan una idea errónea acerca de la hipnoterapia, "quieren todo rápido y fácil; (2) personalidades borderline, ya que puede provocar demasiada ansiedad en el cliente; (3) por último en clientes psicóticos, pues se pueden provocar una gran variedad intensa e incontrolable cantidad de emociones.

## **La hipermnesia.**

La hipermnesia significa el aumento de la capacidad de la memoria, como consecuencia del proceso hipnótico, hasta un punto que de ordinario no se evidencia en los estados de vigilia. Hechos que han desaparecido hace mucho de la memoria consciente y que pueden ser recordados por sujetos en estado hipnótico (Gindes,).

## **Amnesia.**

El fenómeno de la amnesia refiere a la perdida de la memoria. Este fenómeno puede surgir de forma espontánea o puede ser provocada por el hipnotizador, la amnesia es una característica típica que presenta el cliente al despertar del trance, puede no recordar nada de lo ocurrido, ya sea por orden posthipnotica o espontáneamente, (Yapko, 1990). Gindes reporta que el paciente en estado de hipnosis puede levantarse de la silla, caminar por la calle durante dos horas, pero al volver al estado normal de vigilia no recordará nada de lo ocurrido durante la

hipnosis. No es que el sujeto pierda la conciencia, por el contrario, se encuentra muy consciente, lo que ocurre es que la hipnosis le “hace una pequeña jugarreta a la memoria”. La amnesia por sugestión posthipnotica es evidente en un gran número de casos, mediante la sugestión se tiene un magnifico dominio del estado amnésico, pues es posible hasta el olvido parcial.

La amnesia como herramienta terapéutica es muy variada, y puede servir para que el cliente olvide un evento traumático, además es de suma importancia como herramienta posthipnotica, dado que las instrucciones toman más fuerza cuando no son recordadas por el cliente pero quedan registradas en su inconsciente.

### **El dominio de los sentidos.**

Uno de los fenómenos más interesantes advertidos en la hipnosis, es el dominio que tiene el terapeuta sobre el aparato sensorial del sujeto. Puede persuadirlo de que perciba que uno está presente y producir muchas otras ilusiones y alucinaciones (Yapko, 1990). Por ejemplo, en el sentido del gusto donde las glándulas salivales están dominadas en un grado sumo por la sugestión. Cuando se nos describen no habituales con gran inspiración, las esperamos con deleite y lo más probable es que si las probamos satisfagan nuestras esperanzas. Lo mismo ocurre con la hipnosis: podemos darle al cliente un pedazo de jabón y convencerlo que esta comiendo un pastel delicioso.

Las alucinaciones auditivas inducidas también se producen por sugestión. Por ejemplo, se puede convencer al cliente de que las risas de un auditorio son el sonido de un río muy tranquilizador. Así es como es posible confundir a un sentido y es posible inhibir su función. Este recurso hipnótico cumple una finalidad muy práctica en la producción de anestesia local y general para cirugía (Gindes, 1951; Yapko, 1990).

Por medio de la hipnosis es posible también alterar el sentido visual, ya sea, cuantitativa o cualitativamente en la percepción visual: disminución de la agudeza

visual, estrechamiento del campo visual, escotomas, hemianopsias (Lerner, 1962; Wolberg, 1956).

### **Fenómenos motores.**

Durante el estado hipnótico, especialmente profundo, toda actividad muscular voluntaria puede ser amentada, disminuida o inhibida (Lerner, 1962; Wolberg, 1956).

### **Distorsión del tiempo.**

La experiencia del tiempo es puramente subjetiva, se da el significado al tiempo de manera personal dependiendo de las circunstancias. La utilización de la distorsión del tiempo en la hipnoterapia es variada, por ejemplo, se puede aplicar en un cliente que presente dolor por largos periodos de tiempo, se puede intervenir para que se reduzcan esos periodos y se hagan más cortos. Otro ejemplo puede ser, expandiendo la percepción del tiempo de confort entre las contracciones de parto de una mujer en labor, donde se puede hacer que la experiencia de nacimiento sea mucho más confortable (Yapko, 1990).

### **Analgesia y anestesia.**

La analgesia y anestesia inducida hipnóticamente son un continuo de disminución de sensación corporal. Analgesia se refiere a la reducción en la sensación de dolor en una parte específica del cuerpo. La anestesia refiere a la completa o casi completa eliminación de sensación en todas las partes del cuerpo. Por medio de la hipnosis se han realizado algunas intervenciones quirúrgicas, en las cuáles los pacientes no han reportado dolor y se han registrado menos secuelas (Yapko, 1990; Meyer, 1992).

### **Desaparición de las inhibiciones.**

Las inhibiciones que están presentes normalmente en el estado de vigilia desaparecen parcialmente en los estados de trance. No obstante las inhibiciones

más fuertes que son parte de la personalidad del individuo son permanentes y se mantienen activas a pesar de las sugerencias, esto descarta actos criminales causados por la sugestión del terapeuta, y se hace cualquier intención inmoral de este hacia el paciente (Gindes,1951).

### **La incapacidad para la actividad volitiva.**

Bajo el dominio hipnótico el cliente pierde su capacidad de iniciar acciones emanadas por su propia voluntad. La falta de iniciativa depende de la intención voluntaria del sujeto de renunciar al pensamiento y a la acción conscientes, a favor de la sumisión a los pensamientos que le sugiere otra persona. Lo que quiere decir que el sujeto no pierde su capacidad sólo la traslapa a otra persona, dejando toda responsabilidad en ésta (Gindes,1951).

Los fenómenos que se pueden producir durante el estado hipnótico y posthipnotico son fundamentales para el tratamiento de los padecimientos psicológicos y de otros ámbitos. En el siguiente apartado se hace referencia a la utilidad práctica de la hipnosis en diferentes áreas.

## **1.8. APLICACIONES PRÁCTICAS DE LA HIPNOSIS.**

La hipnosis desde su surgimiento hasta nuestros días ha conquistado varias áreas del saber científico y ha mostrado gran eficiencia, este apartado tiene la intención de ampliar el panorama y dejar a un lado los *tabúes* acerca de la hipnosis y observar que en otros países la hipnosis es una herramienta más, que permite intervenir en un sin número de problemas, se han dividido las áreas de intervención en las que por el momento se aprecian como más importantes y en las cuales existe una línea de investigación estructurada.

### **Medicina e hipnosis.**

Las aplicaciones de la hipnosis han venido desarrollándose a partir de su aceptación dentro del círculo médico. Yapko (1995) menciona, que la hipnosis se puede utilizar en el tratamiento de todas las condiciones humanas. En general la utilización de la hipnosis esta más enfocada hacia la medicina ya que esta fue la primera en hablar de la relación *mente - cuerpo* en los desordenes médicos (Barber, 1984; Cohen & Williamson, 1991; Levenson & Bemis, 1991; Cit. Yapko, 1995). Las aplicaciones específicas de la hipnosis en el área de la medicina están enfocadas al control del dolor sin usar ningún tipo de medicamentos (Chávez, 1993; Spanos, 1989; Cit. Yapko, 1995).

Meyer (1992) comenta que el mayor uso de la hipnosis con los desordenes psicofiológicos puede ser enfocado en el sistema nervioso central y en el sistema nervioso parasimpático. Por medio de la hipnosis se pueden obtener cambios en una gran variedad de estados fisiológicos, incluyendo, pero no limitados a:

- Relajación.
- Vasoconstricción o dilatación.
- Expansión de los bronquios.
- Cambios en el ritmo cardiaco.
- Cambios en la presión sanguínea.
- Control de la temperatura
- Control de la tensión muscular.

La utilización de la hipnosis en casos específicos, como por ejemplo, el asma muestran que puede ser de gran utilidad por que:

- Reduce la frecuencia, duración e intensidad de los ataques de asma.
- Reducción o eliminación de los corticoides en el tratamiento.
- Reducción en la utilización de inhalantes para aminorar la sintomatología.

- Incrementa la auto confianza, asertividad y la habilidad para relajarse (kagan, 1991; cit. Meyer, 1992. Pág. 243).

Garner and Olness (1981; cit. Meyer, 1992. Pág. 246) trabajaron con la técnica de imaginería visual en el tratamiento de un niño asmático de siete años. Después de la inducción, se le preguntó al niño “*de que color son tus pulmones*”, el contestó “verdes”. Cuando se le preguntó de que color era el aire hoy respondió que “naranja”. Entonces su terapeuta utilizó la técnica de la imaginación guiada para ayudar al niño a visualizar el proceso de respiración, en donde el aire rico en oxígeno “anaranjado” era absorbido por el niño por el color verde “sus pulmones” y luego el color naranja era expelido.

Así la hipnosis dentro del mismo campo de la medicina se usa en el tratamiento de enfermedades serias, cabe aclarar que no sustituye los tratamientos médicos tradicionales, pero es de gran ayuda en el tratamiento emocional de los pacientes logrando así un servicio integral. Yapko (1995) menciona que el tratamiento con hipnosis en enfermedades en las que el sistema inmunológico descende es muy efectiva, ya que se ha demostrado que por medio de la hipnosis las funciones del sistema inmunológico en el cuerpo del enfermo se pueden fortalecer, logrando dar pelea a la enfermedad (Rossi, 1993; Wickramasekera, 1993; Cit. Yapko, 1995).

### **Hipnosis en odontología.**

Como se ha observado en la evidencia médica, el poder de la mente sobre el cuerpo es muy grande, así sucede también dentro de la odontología. En primer lugar, por medio de la hipnosis, se puede lograr que el paciente disminuya su ansiedad que está relacionada con recibir un tratamiento dental. Como ya se ha mencionado la hipnosis se puede utilizar en el control del dolor y evitar así el uso de medicamentos, se puede crear la experiencia de anestesia o analgesia, disminuyendo las molestias después de la intervención (Hispanap, 2003).

Clarke y Reynolds (1991; Cit. Meyer, 1992. Pág. 237) encontraron que la utilización de sugerencias reducen los síntomas del bruxismo. Kroger (1990; cit. Meyer, 1992. Pág. 238) menciona que las sugerencias que se deben de dar en el caso de una extracción de piezas dentales, esta enfocada en la perdida de sensibilidad en el área.

### **Hipnosis en el control del dolor.**

Esta área de intervención es una de las más amplias en investigación Nash y Fromm (1992) mencionan que el uso de la hipnosis en el control del dolor es muy efectiva, sobre todo cuando se aplica conjuntamente a técnicas cognitivo conductuales.

### **Hipnosis en la educación.**

El aprendizaje y la enseñanza implican procesos complejos, por medio de la hipnosis estos procesos se pueden hacer más fáciles, a través de la inducción se puede crear un ambiente más propicio para el aprendizaje y para la enseñanza, ya que la inducción y la hipnosis implican un gran ejercicio de concentración. Se puede lograr por medio de esta concentración que los procesos de aprendizaje se den de mejor forma, además de este beneficio, el practicar la hipnosis en la enseñanza y aprendizaje permite una relación más cercana entre el profesor y el alumno (Yapko, 1995).

### **La hipnosis en los deportes.**

La aplicación de la hipnosis en el deporte, como se sugiere en los trabajos de Morgan (1993, 1996; Cit. Hernández, 2001, Pág. 1) y Jara y Garcés de las Fayos (1995; Cit. Hernández, 2001, Pág. 1) puede ir encaminada a mejorar la calidad deportiva y de la intervención en casos de lesión. Se considera que los mejores resultados en el deporte están enfocados al control del dolor por medio de la analgesia.

Morgan (1993), menciona que la utilización de la hipnosis en la psicología del deporte tiene una historia de muchos años para mejorar el rendimiento de los deportistas. Aclara que los estudios de la hipnosis aplicada a los deportes se han encaminado al uso de esta para el tratamiento de la ansiedad producida antes de tener la competencia, pero que esto no ha dado buenos resultados ya que los niveles de ansiedad son, en muchos casos, de beneficio para los atletas ya que activan mejor su fisiología durante la competencia.

En otro trabajo realizado por Morgan (2002), se explora el benéfico de la hipnosis en el deporte y en la psicología del ejercicio. Son tres los casos que se revisaron con atletas dedicados a carreras de distancia. Lo cual esta enfocado al rendimiento del deportista.

Por otra parte Yapko (1995) menciona que la utilización de la hipnosis en el deporte mejora la calidad de concentración, que permite incrementar la eficiencia del deportista.

Dentro de la terapia psicológica el uso de la hipnosis ha tomado mucha fuerza a partir de los buenos resultados obtenidos, a continuación se hace referencia a la intervención de la hipnosis en los problemas de tipo psicológico.

### **Intervención de la hipnosis en problemas psicológicos.**

La aplicación de la hipnosis dentro de las terapias psicológicas es algo que se ha venido realizando con mayor frecuencia en los últimos años, ya que hasta hace poco se creía que era un engaño.

Como se mencionó en el apartado 1.2, las teorías que sustentan la hipnosis hacen que su aplicación sea muy variada, dentro del marco cognitivo conductual la hipnosis no es una terapia por sí misma, sino que es una técnica que permite en estos un alto nivel de concentración que favorece el aprendizaje de ideas funcionales para el paciente aumentando la eficacia de la intervención terapéutica (Bermejo, 2000; Hernández 2001; Yapko, 1995; Huapaya 2000).

Bermejo (2000) dice que se ha realizado un cierto consenso en el hecho de que la aplicación de la hipnosis favorece la aparición de fenómenos psicológicos y psicofisiológicos que caracterizan el estado hipnótico, los mismos que son explotados durante las sesiones de terapia, por ejemplo:

- Aumento de la sugestionabilidad.
- Aumento de la capacidad de imaginaria mental.
- Aumento de la implicación emocional con respecto a situaciones imaginadas por el sujeto o sugeridas directamente por el experimentador.
- Focalización de la atención a una situación estimular restringida: las sugerencias verbales y/o accesorias dispensadas por el experimentador.
- Distorsión de las variables psicológicas de espacio y tiempo.
- Automaticidad del comportamiento.
- Disminución de la capacidad de análisis lógico-racional y crítico de las situaciones.
- Sensación de relajación profunda.
- Alteraciones psicofisiológicas en relación directa con las características de las sugerencias.

Los problemas que abarca la psicología son muy variados y en la mayoría de ellos la hipnosis puede tener un aporte importante.

### **Hipnosis y los desordenes de hábito.**

Se ha decidido colocar a los desordenes de hábito dentro de los problemas psicológicos, ya que la dependencia en la mayoría de los casos es de tipo psicológica, los desordenes de hábito más frecuentemente encontrados son el abuso habitual de tabaco, alcohol, drogas ilícitas y comida. Los trabajos clínicos y los reportes establecen que la intervención hipnótica puede ser efectiva en el control del hábito, cosa que se puede lograr cuando el cliente se da cuenta de que su hábito se ha vuelto un problema y está decidido a cambiarlo (Meyer, 1992). A

continuación se muestran los resultados obtenidos en algunos trabajos en donde se utilizó la hipnoterapia en desordenes de hábito.

### **Tabaco.**

Reportes que se han dado a conocer durante varios años, muestran que se logra un cambio positivo en los clientes en un 70% de abstinencia, después de una terapia breve que utiliza la hipnosis como herramienta (Calson, 1989; cit. Meyer, 1992. Pág. 158).

Green (1996) trabajó desde una perspectiva cognitivo conductual utilizando sugerencias hipnóticas que reducen la resistencia del paciente a dejar el cigarro, se utilizó la autohipnosis para trabajos fuera de la clínica.

Otro trabajo realizado por Green (2000) consistió en el tratamiento de mujeres que fumaban. En este trabajo, se mencionan los beneficios obtenidos por la hipnosis en combinación de la terapia cognitivo conductual; en primer lugar se trabajó con las pacientes con la explicación de los riesgos y beneficios de la nicotina, para terminar menciona que la adición de sugerencias hipnóticas y posthipnóticas han dado buenos resultados en este tratamiento multimodal.

Por otra parte Rosewarne (2004), menciona que el uso de la hipnosis con mujeres jóvenes adictas al cigarro ha traído muchos buenos resultados, ya que por medio de esta técnica se puede hacer una regresión para encontrar el origen de la adicción y así restarle la carga emocional implicada, así como también se puede sugerir al paciente para que imagine su vida en unos años y que realiza un plan de vida.

### **Alcohol.**

Muchos de los terapeutas con experiencia en hipnosis coinciden en que los alcohólicos constituyen uno de los grupos más intratables por inducción al trance. Esto debido al grado de intoxicación, es difícil que logren fijar la atención y seguir las instrucciones del terapeuta (Meyer, 1992).

Wolberg (1948) menciona que existe diferencia entre el bebedor por ansiedad y el alcohólico esencial, dando una detallada explicación de las diferencias entre estos, menciona que los mejores resultados durante el tratamiento se han dado por medio de sugerencias posthipnoticas.

### **Adicción a las drogas.**

Existe poca literatura referente la aplicación de la hipnosis en el tratamiento sobre el abuso habitual de drogas ilícitas. Un reporte del tratamiento propone la regresión usando la hipnosis, así puede facilitar la recuperación del trauma que excitó el comportamiento (Hull, 1986; Cit. Meyer, 1992. Pág. 159). Pero los resultados no han sido buenos.

### **Obesidad.**

La literatura acerca del tratamiento de la obesidad por medio de la técnica hipnótica indica algo similar en los resultados obtenidos en el tratamiento del tabaco. Reportes recientes de casos clínicos anecdóticos continúan reportando resultados positivos en el tratamiento de la obesidad con componentes hipnóticos (Cochrane, 1987; Cit. Meyer, 1992. Pág. 159). Los resultados indican que un componente significativo en los tratamientos es el grado de hipnotizabilidad de los sujetos para conseguir perder o ganar peso (Barabasz and Spiegel, 1989; Holroyd, 1990; Cit. Meyer, 1992. Pág. 159).

Theoharis (2004) utilizó la hipnosis para desarrollar un programa para el tratamiento de la obesidad, la hipnosis fue utilizada como una herramienta que maximiza los efectos de este tratamiento, lo que dio excelentes resultados en las pacientes atendidas.

Gindes (1951), menciona que el tratamiento de la obesidad puede encontrar un auxiliar en la sugestión, la cual puede utilizarse para lograr dos efectos: primero, intensificar el metabolismo del cuerpo, acelerando los procesos digestivos

y eliminando los productos de desecho lo más rápido posible y segundo disminuir el apetito del paciente, al extremo de hacer repulsivos los alimentos que engordan.

### **Hipnoterapia en desordenes psicológicos.**

El uso de la hipnosis como alternativa para los desordenes psicológicos tiene una corta historia, en 1981 Andries Hock, fue el primero en usar como un tratamiento encubierto de mujeres jóvenes que sufrían lo que hoy probablemente hubiera sido diagnosticado como estrés postraumático. El uso de la hipnosis como un tratamiento encubierto en los desordenes psicológicos fue popularizado por Freud y sus colegas. Cuando el psicoanálisis abandonó el uso de la hipnosis se olvidó un poco y fue hasta la primera guerra mundial que se utilizó para reducir el cansancio en los soldados, este interés por los efectos de la hipnosis continuó y se observó que podía intervenir en el tratamiento de los desordenes psicológicos (Meyer, 1992).

La hipnosis ha sido utilizada en muchas condiciones psicológicas, con variaciones en los resultados. Existe una gran cantidad de estudios reportados por clínicos pero no hay muchos con un control cuidadoso de los estudios. Uno de los estudios en los cuales se buscó un control, fue el realizado por Gould and Krynicki (1989; Cit. Meyer, 1992. Pág. 179) quien comparó los efectos de la hipnosis en diferentes síntomas psicológicos, incluyendo depresión, ansiedad fóbica, somatización. Encontrando que los efectos de la hipnosis fuera positivas y significantes, por lo cual es muy recomendable en todos estos desordenes (Mott, 2004).

### **Depresión.**

La depresión es muy compleja, es un problema multidimensional que realmente toda la gente llega a experimentar en algún momento de su vida. El tratamiento de la depresión puede ser la psicoterapia, pues se ha descubierto que los factores sociales son más importantes que los factores biológicos. La depresión es acompañada por problemas de relaciones interpersonales,

distorsiones cognitivas, falsas atribuciones, factores que pueden ser tratados con hipnoterapia.

La hipnosis puede ser utilizada para interrumpir rumfaciones, incrementar las responsabilidades, y establecer expectativas positivas (Yapko, 1990). En un trabajo realizado, Yapko (1993) aclara que la depresión es una consecuencia a largo plazo de la influencia sociocultural que han sido inculcadas como son: comportamientos, pensamientos y sentimientos. El foco de este trabajo fue utilizar la hipnosis como un plan largo de tratamiento que incluía una gran variedad de técnicas mas allá de la hipnosis, con lo cual logró buenos resultados.

En otro trabajo, German (2004) menciona los beneficios de la hipnosis aplicada a la depresión y a la ansiedad adjunta a un modelo cognitivo conductual en un estudiante universitario de 20 años de edad (Mark), el cual mostraba un perfeccionismo en el desempeño académico. Él se presentó al servicio del asesoramiento de una universidad después de reprobar un examen. La hipnosis contribuyó a alcanzar progreso terapéutico notable en un rato relativamente corto. En la presentación inicial sus sensaciones disfóricas eran extremadamente altas. Los resultados de la prueba recientes indicaron que los niveles de ansiedad, de la depresión y de la tensión volvieron a los niveles normales. La terapia está en marcha. El caso de la Mark destaca el valor de la hipnosis como herramienta muy efectiva, especialmente para disminuir la depresión.

### **Disfunciones sexuales**

Masters y Jonson (1970) mencionan que el sistema estándar para el tratamiento de este problema está dado por la combinación de componentes cognitivos, interrelacionales, y comportamentales. Así la hipnosis puede servir como una herramienta adjunta de gran valor para el tratamiento (Morgan, 1992; cit. Meyer, 1992. Pág. 195).

Cuando la actividad sexual se ve inhibida o eliminada por problemas de tipo sexual como son: Disfunción eréctil, eyaculación prematura, problemas en el

deseo sexual. Pueden ocurrir por varias razones, que incluyen: (1) mala información acerca de la anatomía humana o funciones sexuales en general; (2) sentimientos negativos acerca del sexo debido a experiencias negativas, tales como culpa, que puede darse por el tipo de educación del sujeto; (3) autoestima baja con respecto al concepto de su cuerpo; (4) pobres relaciones interpersonales producida por una falsa expectativa y (5) problemas orgánicos, son las razones más comunes (Yapko, 1990).

La hipnosis puede ser empleada para facilitar el proceso de reintegración de manera que puede decidir cuando y a que hora tener actividad sexual. Una intervención envuelve el conocimiento de alteración sensorial por el aumento de la sensibilidad cinestésica producida bajo la hipnosis. Esto es amplificar la técnica de sensación focalizada que se utiliza en la tradicional terapia sexual (Yapko, 1990).

Meyer (1992) al igual que Yapko, utiliza la hipnosis para tratar estos problemas, mencionan que la hipnosis puede ser usada con sugerencias que incrementen en el cliente su autoestima, las sugerencias directas son las más apropiadas en estas situaciones de reestructuración de las ideas del cliente de su autoconcepto y autoestima. La hipnosis también puede trabajar en la reducción de la ansiedad y otras emociones que conflictúan o bloquean las relaciones sexuales satisfactorias.

Existen varios trabajos con esta temática, por ejemplo, el realizado por Golden, Dowd, and Friedberg, 1987; cit. Meyer, 1992. Pág. 196) que trabajaron con un cliente el cual presentaba una deseo sexual reducido, los terapeutas usaron imágenes para ayudar al cliente a fantasear lo que verdaderamente le era agradable. Este encuentro sexual estaría dirigido por la sugestión “usted piensa en el cuerpo de su amante en el cómo mira y como siente, cuando la empieza a reconocer usted se encuentra perdido en un cúmulo de sensaciones de satisfacción. Por medio del desarrollo de la habilidad del cliente para fantasear, el deseo sexual puede ser incrementado.

### **Traumas sexuales.**

La hipnosis se ha usado comúnmente en el tratamiento de traumas sexuales, como violaciones o relaciones incestuosas. Varios estudios en los cuales la hipnosis fue usada con víctimas de violación son presentados por Ebert (1998; cit. Meyer, 1992). Las técnicas usadas en esos casos incluyen aquellas en las que se fomenta el incremento de energía en el cliente, así como el control y el uso de la relajación en respuesta a situaciones estresantes. Una de las técnicas que utiliza Ebert, se le pide al cliente que imagine a una persona que le produzca seguridad y tranquilidad y se le solicita que cada vez que se encuentre en una situación estresante o tenga algún recuerdo de la violación, la evoque con lo cual se sentirá segura y muy fuerte.

En otro caso, Rhue, Judith W; Lynn, Steven Jay (1993) utilizaron la técnica naturalista enfocada en el desarrollo de historias que puede ser usada en el tratamiento de los efectos secundarios producidos por el abuso sexual de un menor. La técnica terapéutica que describen esta basada fuertemente en la imaginación del menor, lo que puede evocar un estado de intensa absorción. Se encontró que esta técnica es muy efectiva en este tipo de problemas ya que trabajaron con 32 niños de 4-10 años quienes fueron víctimas de abuso sexual y obtuvieron muy buenos resultados.

### **Insomnio.**

El insomnio es probablemente uno de los estados más desagradables que se pueden presentar. Generalmente, una persona duerme porque espera hacerlo y recíprocamente, se mantiene despierta porque no desea dormir. El tratamiento consiste en alterar esa expectativa. El mejor camino es demostrar al cliente que podría dormir si no existirán esos pensamientos que lo mantienen despierto (Gindes, 1951). Así la relajación y la reducción de la tensión muscular son altamente utilizadas, el uso de las sugerencias posthipnóticas ha dado buenos resultados (Meyer, 1992).

La hipnosis pues, puede ser utilizada en un sin número de situaciones ya sean problemas médicos o psicológicos, dentro de los psicológicos que es lo que compete a este trabajo, se encuentra un problema que es conocido como fobia, el cual, pertenece a los *trastornos de ansiedad*, en el siguiente capítulo se presenta y aclara esto, utilizando las metodologías de investigación documental, la cualitativa y llegando a los aspectos epistemológicos, así se demuestra, los aspectos que abarcando su origen, definición y clasificación.

## CAPITULO 2. ANSIEDAD Y FOBIAS.

Se han mencionado en el capítulo anterior las utilidades prácticas de la hipnosis en un sin número considerable de áreas, en lo que respecta a los problemas psicológicos se ha hablado sólo de algunos y se ha dejado un capítulo para hablar de uno en específico, el cual, es el tema central de este trabajo, este problema al que se hace referencia es el denominado como fobia.

Se tiene que las *fobias* son un grupo que pertenece a los problemas denominados como *desordenes de ansiedad*, dentro de estos desordenes se encuentran, a saber: las fobias, las obsesiones, ataques de pánico, el estrés y el estrés postraumático. Para poder llegar al término fobia y su definición, se hace conveniente que se defina el desorden al que pertenece, así como los otros grupos que se encuentran en relación con el desorden de ansiedad.

### **Ansiedad.**

Así las cosas, la ansiedad es miedo, el miedo se manifiesta como ansiedad. La ansiedad es una forma de manifestación del miedo, de un miedo extraño, incomodo, casi siempre indefinible por quien lo sufre. La ansiedad es un modo de estar, de sentir, de sufrir, de padecer, de enfermar incluso (Gándara, 1999). El término ansiedad en su significado establecido en el diccionario de la lengua española dice que proviene del latín *anxietas*, - *atis* y da dos terminologías (1) f. Estado de agitación, inquietud o zozobra de animo. (2) pat. Angustia que suele acompañar a muchas enfermedades. El termino de ansiedad dentro del ámbito clínico es una palabra que aún no se encuentra definida debido a su complejidad, tal y como lo menciona Echeburúa (1996) la ansiedad es un componente que está presente en muchos trastornos de conducta. Sin embargo, el área de la ansiedad y de sus alteraciones nucleares no esta bien delimitada todavía. Se trata de un conjunto de trastornos con gran prevalencia y notable repercusión clínica en diversas áreas de la salud, pero sin una definición suficientemente precisa y sin una acotación de límites adecuada.

Por otra parte, menciona Gándara (1999) que la conceptualización del trastorno abarca ciertos puntos en los cuales la mayoría de los investigadores están de acuerdo: “la ansiedad es clásicamente un sentimiento subjetivo que implica la presencia de sensaciones de aprensión, tensión, inquietud, temor indefinido, inseguridad o miedo, a modo de anticipación indefinida de un peligro ante una amenaza más o menos objetiva, que supone una forma de miedo ante algo o ante nada, en contraposición al miedo concreto ante un peligro o amenaza real” (Cit. Gándara, 1999. Pág. 13).

Cabe aclarar que los niveles de ansiedad y el estrés son herramientas de tipo adaptativo, ya que nos permiten estar alerta acerca de nuestro entorno, preparándonos, tanto psicológicamente como fisiológicamente, para reaccionar ante un estímulo adverso, este estímulo no siempre es externo (reactivo) ya que también puede ser interno (endógeno). En este sentido la ansiedad es normal, pero cuando la ansiedad, más que ayudar dificulta el rendimiento, ya empieza a ser patológica, pues provoca sufrimiento y no sirve para resolver las causas que lo motivan. Así la ansiedad puede catalogarse en ansiedad normal y ansiedad patológica en el siguiente cuadro se aclaran las diferencias (ver figura. 2)

<b>Ansiedad normal</b>	<b>Ansiedad anormal</b>
Adaptativa y útil para resolver problemas de la vida, controlable y lógica, que, aunque puede ser incomoda, no implica sufrimiento grave.	Inútil, excesiva, inapropiada; no sirve para adaptarse y por el contrario dificulta el rendimiento y la adaptación.
<b>Ansiedad reactiva</b>	<b>Ansiedad endógena</b>
Motivada por un desencadenante, con una relación comprensible con un suceso o una anticipación a algo; puede ser normal y servir para enfrentarse a ella o anormal y dificultar la adaptación.	Aparentemente inmotivada, surge sin razón o causa comprensible, como una manifestación del carácter de la persona, excesiva y poco o nada adaptativa.

**Figura 2. Tipos de ansiedad**

La ansiedad patológica puede manifestarse de tres formas diferentes: a) de una forma brusca y episódica, en forma de crisis (trastorno de pánico); b) de una forma persistente y continua, sin crisis (trastorno de ansiedad generalizada) y c) tras un estrés identificable (trastorno de estrés postraumático). En otros casos puede ser experimentada cuando el sujeto intenta controlar los síntomas (trastorno fóbicos) o cuando se siente atrapado por ideas recurrentes y/o rituales (trastornos obsesivos compulsivos) (Galletero y Guimón, 1989; cit. Echeburúa, 1996. Pág. 24).

### **Ataques de pánico.**

Se trata de un problema que se encuentra caracterizado por la presencia de crisis de ansiedad, que se presentan de manera inesperada o que son desencadenadas por situaciones estresantes o por ejercicio físico excesivo. Habitualmente se presentan varias crisis a lo largo de semanas o meses, a veces muy seguidas y en otras ocasiones con intervalos más prolongados. Se trata de una enfermedad que evoluciona hacia crisis recurrentes, que se denominan de pánico porque el miedo es el eje central del malestar del enfermo. Estas crisis son muy aparatosas y alarmantes, tienen tendencia a durar minutos u horas, a lo sumo y finalmente desaparecen igual que han aparecido, lo cual genera un miedo anticipatorio a cualquier situación que pueda asociarse al desencadenamiento de la primera crisis (Gándara, 1999).

### **Obsesiones.**

Se trata de un trastorno caracterizado por la presencia de obsesiones y/o compulsiones que producen un marcado malestar o interfieren significativamente en la vida o actividad del individuo.

Las obsesiones son pensamientos, ideas, imágenes o impulsos mentales reiterados que se experimentan como intrusos a los pensamientos de la persona que los sufre, como excesivos y faltos de sentido y sobre todo incoercibles o incontrolables por la propia voluntad del individuo (Echeburúa, 1996).

Las compulsiones son el segundo síntoma de esta enfermedad y consisten en conductas repetitivas que el afectado realiza a modo de rituales con la aparente finalidad de librarse de la angustia que le produce su pensamiento obsesivo, como una forma de eliminar sus efectos o de neutralizar las consecuencias de la duda, del temor, de la angustia que experimenta cuando esta obsesionado (Gándara, 1999).

### **Estrés postraumático.**

El trastorno aparece cuando una persona ha estado sometida a una experiencia sumamente angustiante que supera la capacidad de adaptación normal del ser humano y que supone una grave amenaza para la propia vida o integridad física; por ejemplo, la destrucción súbita de su hogar o ciudad, observación de una muerte muy dramática de otra persona cercana, actos de terrorismo o violencia inusitada, guerras, campos de concentración, secuestros, violaciones muy agresivas, etcétera. Estos eventos tienen su efecto aún después, ya que este es reexperimentado por el sujeto mediante algunos de los siguientes síntomas: recuerdos recurrentes, sueños desagradables, conductas y sentimientos de ansiedad súbitos, malestar al exponerse a situaciones que simbolizan el acontecimiento traumático (Gándara, 1999).

### **Estrés.**

Este trastorno presenta muchas de las características del trastorno anterior pero de gravedad menor. En realidad, hay muchos eventos que a pesar de ser estresantes, como la muerte de un hijo, un accidente de tráfico; que suscita una reacción aguda de miedo, desconsuelo y ansiedad, sin embargo se consideran relativamente normales, en la medida en la que forman parte de lo esperable de la vida de una persona. En todo caso carecen de la magnitud catastrófica de los que desencadenan el trastorno por estrés postraumático (Echeburúa, 1996).

## 2.1 FOBIAS.

Después de la descripción del grupo denominada ansiedad y sus diferentes trastornos, lo que continúa es describir el trastorno en el que se ha enfocado este trabajo, que es el trastorno denominado como fobia (y específicamente aracnofobia), así, sea decidido comenzar por la definición del término. La palabra fobia deriva del griego y significa “temor”, la fobia, es un miedo intenso y persistente hacia un objeto, situación o actividad específica, debido a la cual, el individuo lleva una vida limitada. La ansiedad que se sufre suele ser desproporcionada con las situaciones reales y las víctimas son conscientes de que su miedo es irracional (Gándara, 1999), este temor exagerado y desproporcionado según Huapaya (2000), tiene ciertas características:

1. La evitación del objeto o situación temida hace desaparecer el temor.
2. El paciente es consciente de su temor desproporcionado.
3. No hay dudas ni rumiaciones mentales como en las obsesiones.
4. Algunas fobias pueden tener un origen post traumático.
5. El evitar la situación puede traer consecuencias sociales y laborales.

Como se menciona en el punto número cinco la evitación, a la larga, puede ser más perjudicial que la misma fobia ya que en la medida en la que el sujeto se acostumbra a vivir con mil limitaciones, protegido de la ansiedad, pero encerrado en una jaula asfixiante (Sassaroli, 2000).

Debido a la gran variedad de estímulos fóbicos que las personas han reportado a lo largo de los años, muchos investigadores han optado por agruparlas en dos grandes grupos, lo cual permite a los clínicos llevar un mejor control, de esta manera intentando diseñar formas de intervención que se puedan aplicar a cada caso. A continuación, se presentan desglosados los dos grupos de fobias.

## 2.2 CLASIFICACIÓN DE LAS FOBIAS.

Como se ha venía mencionando las fobias han sido catalogadas y uno de los consensos más aceptados acerca de las fobias y los estímulos fóbicos es el propuesto por el DSM IV (1994), el cual divide a la fobias en dos grupos que son: “Las fobias complejas” (agorafobia y fobia social) y las “específicas” (Huapaya, 2000) la descripción de cada una de las clasificaciones de fobias proporcionará una idea de a cual pertenece la fobia del interés del trabajo.

### **Fobia compleja.**

#### ***Agorafobia.***

La Agorafobia, es el miedo a encontrarse en lugares o situaciones de los cuales sea difícil escapar u obtener ayuda, aparecen repentinamente síntomas incapacitantes o embarazosas durante un ataque de pánico (multitudes, estar solo fuera de casa, viajar en autobús) (Gándara, 1999) también puede haber un temor al espacio infinito como campos abiertos (Huapaya 2000), por consiguiente la vida de este sujeto esta totalmente limitada, ya que para poder salir o realizar alguna actividad fuera de casa necesita de la compañía de un sujeto de confianza, así este trastorno se puede resumir en los siguientes puntos:

- Ansiedad en lugares en donde es difícil escapar o pedir ayuda en una crisis de angustia.
- Evitación de un sin numero de variables.
- El más incapacitante de todos los trastornos de ansiedad.

#### ***Fobia social***

Por otro lado, se encuentra la fobia social, la cual, hace referencia a la presencia de ansiedad clínicamente significativa como respuesta a la exposición de situaciones u objetos temidos, lo que suele dar lugar a comportamientos de evitación (Sassaroli, 2000), el sujeto teme el estar bajo observación (real o

imaginaria) de otras personas (comer en público, estar en frente de un público, relaciones laborales o escolares) (Huapaya, 2000). Aunque este trastorno frecuentemente se confunde con timidez, no son lo mismo. Las personas tímidas pueden sentirse muy incómodas cuando están con otras personas, pero no experimentan la extrema ansiedad al anticipar una situación social y no necesariamente evitan circunstancias que las haga sentirse cohibidas. En cambio, las personas con una fobia social no necesariamente son tímidas.

Pueden sentirse totalmente cómodas con otras personas la mayor parte del tiempo, pero en situaciones especiales, como caminar en un pasillo con personas a los lados o dando un discurso, pueden sentir una intensa ansiedad. La fobia social trastorna la vida normal, interfiriendo con una carrera o con una relación social. Por ejemplo: un trabajador puede dejar de aceptar un ascenso en su trabajo por no poder hacer presentaciones en público. El miedo a un evento social puede comenzar semanas antes y los síntomas pueden ser muy agotadores (Emilce, 1991).

### **Fobia Específica.**

La fobia específica constituye, al igual que la compleja, un tipo de trastorno de ansiedad, que puede definirse como un temor intenso y persistente, que es excesivo e irracional, desencadenado por la presencia o anticipación de un objeto o situación específicos (Rosa, 1997; Sassaroli, 2000), antiguamente los psiquiatras se entretenían poniendo nombre a los diferentes tipos de fobias dependiendo del objeto temido así teníamos ofidio fobia (temor a las serpientes), en la actualidad esto ya no sucede, ahora todas se encuadran dentro de un mismo trastorno con expresiones peculiares en cada persona, agrupándolos en subtipos que presentan una serie de rasgos comunes, como el inicio, la evolución o la limitación que suponen para el sujeto, así tenemos cuatro grupos: Fobia animal, ambiental, sangre - heridas - daño, relacionadas con situaciones específicas (por ejemplo, transportes) y variados (Gándara, 1999) a continuación se presentan descritos cada uno de los grupos obtenidos del DSM IV (1994):

**Tipo animal:** El miedo hace referencia a animales o insectos. Este subtipo suele iniciarse en la infancia.

**Tipo ambiental:** El miedo hace referencia a situaciones relacionadas con la naturaleza y los fenómenos atmosféricos como tormentas, precipicios o agua. Este subtipo suele iniciarse en la infancia.

**Tipo sangre-inyecciones-daño:** El miedo hace referencia a la visión de sangre o heridas, o a recibir inyecciones u otras intervenciones médicas de carácter invasivo. Este subtipo presenta una incidencia marcadamente familiar y suele caracterizarse por una intensa respuesta vasovagal (por Ej. descenso de la presión arterial y/o desmayo).

**Tipo situacional:** El miedo hace referencia a situaciones específicas como transportes públicos, túneles, puentes, ascensores, aviones, coche o recintos cerrados. El inicio de este trastorno sigue una distribución bimodal, con un pico de mayor incidencia en la segunda infancia y otro a mitad de la tercera década de la vida.

**Otros tipos:** El miedo hace referencia a otro tipo de estímulos, entre los que se incluyen las situaciones que pueden conducir al atragantamiento, al vómito, a la adquisición de una enfermedad; fobia a los "espacios" (es decir, el individuo tiene miedo de caerse si no hay paredes u otros medios de sujeción) y el miedo que los niños tienen a los sonidos altos o a las personas disfrazadas.

Los contenidos varían en función de muchos factores, como las condiciones de vida de la persona, la cultura, el país o incluso la zona geográfica. Por otra parte la incidencia en cada sexo es variable, aunque globalmente sea más frecuente en las mujeres (Gándara, 1999).

Realizando un pequeño resumen acerca de la fobia específica se puede mencionar que:

- Es un temor excesivo e irracional ante objetos o situaciones específicas.
- La exposición al estímulo provoca ansiedad.
- Reconocimiento del miedo como excesivo.
- Existe ansiedad anticipatoria al imaginar la situación o el objeto fóbico.
- Conductas de evitación.

Cuando tenemos alteraciones fóbicas, estaremos siempre tratando de evitar la "situación" o la experiencia que se nos presenta, como un medio de resolver nuestro problema de inseguridad, generalmente es una actitud silenciosa y aparece como "gusto o preferencia" y nos ayuda para diluir la ansiedad que nos producen: pensamientos inquietantes, la realidad es que están escondiendo situaciones que nos producen una inexplicable inseguridad y miedos (Sauri, Jorge J. 1976).

Esta alteración de nuestra conducta es más frecuente de lo que pudiéramos imaginar y nos causa serios problemas y vergüenzas en nuestra vida de relación frente a la sociedad.

Como se puede advertir, la fobia a la que hacemos referencia en este trabajo se encuentra en esta categoría, pero antes de hacer referencia de ella, se pretende dar una descripción de las teorías acerca del surgimiento de las fobias, ya que como se ha mencionado, la psicología tiene diferentes enfoques y maneras de interpretar la vida y este caso no es la excepción.

### **2.3. TEORÍAS ACERCA DE LAS FOBIAS.**

Varias son las explicaciones que las diversas escuelas psicológicas han dado al surgimiento de una fobia, en este caso hay que dar reconocimiento a Freud, que dejó de catalogar a las fobias como enfermedades y buscó su origen en la cuestión del significado psicológico (Sassaroli, 2000).

Se hace referencia a continuación de las teorías más importantes sobre el origen de las fobias, haciendo hincapié, que la teoría en la cual se sustenta este trabajo, que es la cognitivo conductual.

### **Psicoanálisis.**

Pues bien, siguiendo con el tema del psicoanálisis y de Freud, diremos que para esta teoría una manifestación fóbica surge como un mecanismo de defensa contra la amenaza producida al emerger las pulsiones del Ello. La evitación de ciertas circunstancias sirve para huir de conflictos inconscientes que aquellas situaciones reactivan y el concepto clave es el de “desplazamiento” así la angustia se desplaza de un objeto originario al objeto que posteriormente será el fóbico, formando una cadena asociativa que le permite al sujeto expresar la angustia sin entrar en contacto con el objeto original reprimido, que normalmente son de carácter sexual (Sassaroli, 2000). Un ejemplo que propone Huapaya (2000) en el cual menciona que una joven reaccionaba con terror cuando escuchaba el ruido de un chorro de agua; un día se encontró a una tía que no había visto en muchos años, la tía le dijo que nunca había dicho nada como lo prometió, la chica recordó que durante un día de campo con la tía se escapó, cayendo en unas rocas en una caída de agua causándole terror. La tía le prometió nunca decir nada a nadie. Es un ejemplo muy claro de lo que se denominó “desplazamiento”.

### **Conductismo (Teoría del aprendizaje).**

Por otra parte la teoría a la que se hace referencia a continuación considera que el temor anormal es producido a la asociación de un estímulo condicionada y una situación amenazadora. Posteriormente el miedo de la situación, del animal u objeto, persiste en ausencia del susto original (Huapaya, 2000). El conductismo se centro especialmente en el estudio de las fobias simples dando muy buenos resultados, la idea básica es como ya se mencionó que el sujeto aprende a evitar un acontecimiento debido al aprendizaje, ya que este acontecimiento en algún momento le causó un daño real al sujeto (Sassaroli, 2000).

### **Teoría cognoscitiva evolucionista.**

Huapaya (2000) hace referencia a esta teoría, la cual considera al temor patológico como una reacción anacrónica basada en un mecanismo de supervivencia de la especie, que fueron útiles en épocas prehistóricas y aún siguen siendo útiles en sociedades primitivas, en animales y en situaciones de peligro en el hombre civilizado. Durante la evolución se han formado en el individuo esquemas cognoscitivos de protección y reacciones fisiológicas de alarma que pueden ser activadas en un momento que simbólicamente recuerden el peligro inicial, pero que en realidad exigen mecanismos de acción más adecuados.

### **Teoría cognitivo conductual.**

El *cognitivismo* se desarrolló a partir del *conductismo*, con diferencia en que el hombre ya no es visto como receptáculo de los estímulos ambientales, sino que se hace activo constructor de los significados que constituyen su mundo. Así el hombre no viene determinado por su mundo, sino por el modo de inventarlo e interpretarlo a través de sus hipótesis y comprobaciones, por lo tanto las fobias surgen a partir de la interpretación de un evento por parte del sujeto, interpretación muchas veces irracional, ante el verdadero peligro que representa el estímulo que desencadena la respuesta de ansiedad, surgiendo pensamientos automáticos no funcionales, que entorpecen el buen funcionamiento del sujeto. Así la ansiedad producida en lugar de ser un modo adaptativo se convierte en un modo que no permite la adaptación.

Un dato interesante es el que menciona Hillyard (1999, Cit. Simó, 2000) el cual argumenta que un grupo considera que la aracnofobia tiene un componente cultural, que tiene que ver con las especies que habitan en una determinada región y la tradición cultural que sobre el tema se tiene. Por ejemplo menciona, se ha visto que en regiones donde no existen arañas peligrosas el índice de aracnofóbicos es menor; lo mismo ocurre en aquellas culturas donde las arañas son fuente de alimento, como es el caso de los indios de la Amazonia.

Las fobias y su origen tienen varias explicaciones que van desde las más complejas, como la del psicoanálisis, hasta las más sencillas como el conductismo, en este trabajo, como se ha venido mencionando, se apuesta por la explicación que ofrece la teoría cognitivo conductual, ya que con ésta, el universo de significados puede ser indagado, conocido, discutido y, por lo tanto, modificado (Sassaroli, 2000). Para poder trabajar en el rubro de la aracnofobia es necesario hacer referencia a su significado y hablar un poco de su determinación, el siguiente apartado está enfocado en estos puntos.

#### **2.4. DEFINICIÓN Y DETERMINACIÓN DE LA ARACNOFOBIA.**

La fobia específica constituye un tipo de trastorno de ansiedad, que el DSM – IV (1994) delimitó en 4 subgrupos, dentro de los cuales se encuentra la fobia animal. A su vez otros investigadores (Ware, Jain, Burgess Y Davey, 1994; Cit. Rosa, 1997) refieren que esta podría incluir el miedo a los animales de tipo depredador y a pequeños animales no depredadores pero repugnantes, como las arañas o las serpientes.

Al referir este trabajo a la aracnofobia se hace referencia a un miedo persistente e irracional a una araña, Sassaroli (2000) menciona, que el sólo pensarse e imaginarse la situación de enfrentamiento con el estímulo fóbico provoca niveles de ansiedad muy altos.

Un caso serio de aracnofobia es muy diferente a quien dice que no le gustan las arañas. Muchas personas quienes temen a las arañas tienen sentimientos de pánico en cualquier situación en donde estén presentes arañas. Los síntomas que pueden presentar los sujetos incluyen un excesiva sudoración, respiraciones rápidas, aumento del ritmo cardíaco, náuseas y vómito (Wiederhold, 2000).

La determinación o diagnóstico de la aracnofobia está basada en el DSM – IV, ya que es una fobia específica, esta evaluación consiste en una entrevista

clínica abierta, en donde se pregunta a los pacientes sobre su fobia, con el fin de determinar si se reúnen los criterios diagnósticos que a continuación se presentan (Gunnar, 2002).

Criterios para el diagnóstico de fobia específica (DSM – IV, 1994. Pág. 420-421).

**A.** Temor acusado y persistente que es excesivo o irracional, desencadenado por la presencia o anticipación de un objeto o situación específicos (por ejemplo, volar, precipicios, animales, administración de inyecciones, visión de sangre).

**B.** La exposición al estímulo fóbico provoca casi, invariablemente, una respuesta inmediata de ansiedad, que puede tomar forma de crisis de angustia situacional o más o menos relacionada con una situación determinada. *Nota:* En los niños la ansiedad puede traducirse en llantos, berrinches, inhibición o abrazos.

**C.** La persona reconoce que este miedo es excesivo o irracional. *Nota:* En los niños este reconocimiento puede faltar.

**D.** La(s) situación(es) fóbica(s) se evitan o se soportan a costa de una intensa ansiedad o malestar.

**E.** Los comportamientos de evitación, la anticipación ansiosa o el malestar provocados por la(s) situación(es) temida(s) interfieren acusadamente con la rutina normal de la persona, con las relaciones laborales (o académicas) o sociales, o bien, provocan un malestar clínicamente significativo.

**F.** En los menores de 18 años la duración de estos síntomas debe haber sido de seis meses como mínimo.

**G.** La ansiedad, las crisis de angustia o los comportamientos de evitación fóbica asociados a objetos o situaciones específicos no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental, un trastorno obsesivo-compulsivo (por ejemplo, miedo a la suciedad en un individuo con ideas obsesivas de

contaminación), trastorno por estrés postraumático (esto es, evitación de estímulos relacionados con un acontecimiento altamente estresante), trastorno de ansiedad por separación (cita, evitación de ir a la escuela), fobia social (como la evitación de situaciones sociales por miedo a que resulten embarazosas), trastorno de angustia con agorafobia, o agorafobia sin historia de trastorno de angustia.

Especificar tipo:

*Tipo animal.*

*Tipo ambiental* (por ejemplo, alturas, tormentas, agua) *Tipo sangre-inyecciones-daño.*

*Tipo situacional* (por ejemplo, aviones, ascensores, recintos cerrados).

*Otros tipos* (por ejemplo, evitación fóbica de situaciones que pueden provocar atragantarse, vómito o adquisición de una enfermedad; en los niños, evitación de sonidos intensos o personas disfrazadas).

Además del DSM – IV existen otras formas de determinar la aracnofobia por ejemplo encontramos el cuestionario de miedos el cual mide el grado de ansiedad y de temor con respecto al objeto fóbico (araña) así muestra los valores de ansiedad de rechazo y de confrontación (Gunnar, 2002).

Existen otros modos de evaluación más específicos como por ejemplo el cuestionario de miedo a las arañas (FSQ: Szymanski & O`Donohue, 1995. Cit. Teachman, 2003, Pág. 100), el cual consta de 18 ítem los cuales piden al sujeto una respuesta lo más acercada posible a lo que haría en una situación de contacto con una araña, por ejemplo: Sí tu te cruzas con una araña ahora, “yo dejaría el cuarto”.

Así existen varias formas de diagnosticar y evaluar cualquier tipo de fobia específica, lo que se ha encontrado en la bibliografía es que, ninguna de las

formas de evaluación especializadas en la aracnofobia esta en español o adaptado a la población mexicana, lo cual abre un campo amplio de investigación.

## **2.5 CONSECUENCIAS SOCIALES DE LA ARACNOFOBIA.**

Para comenzar este apartado se hace conveniente decir que las fobias específicas son muy comunes: más de un 10 % de los seres humanos padecen alguna forma de fobia a algo concreto. Aunque en realidad muy poca gente llega a pedir ayuda psicológica y psiquiátrica (Gándara, 1999), pero ya que ésta ha llegado a estas instancias y ha sido evaluada y determinada, la fobia específica, en este caso la aracnofobia, uno puede dar cuenta de las implicaciones que tiene este problema para la persona que lo padece, Sassaroli (2000) nos dice que una persona que padece una fobia sufre mucho, por una parte, porque ha experimentado un intenso malestar en una o más situaciones y aunque varias personas digan que sólo es una ansiedad, que no es grave, la persona lo vive como una catástrofe que se hace inminente e ineludible de su cuerpo y que se maravilla cada vez que sobrevive a ella.

El principal problema social que trae el padecimiento de algún tipo de fobia y en este caso la aracnofobia es la evitación, ya que al evitar que esta situación antes mencionada se repita, prefiere restringir progresivamente su mundo, su espacio vital, trasformando su vida en una constante huida ante posibles peligros encerrándose en un mundo súper reducido; Así por miedo a vivir, renuncia a su vida, esto por supuesto sería en el caso que el sujeto se encuentre en constante relación con el estímulo fóbico, ya que nos dice Gándara (1999) que las personas que lo padecen y les supone leves sufrimientos e incapacitaciones no suelen consultar al psicólogo, así como el contacto con arañas puede ser esporádico y fácilmente evitado el sujeto aracnofobico no suele acudir a atenderse.

Se puede observar que al padecer aracnofobia en grados extremos, reduce el mundo del sujeto hasta quedar encerrado en una pequeña jaula, en alguno otros

casos, en donde el sufrimiento no es tan grande y el contacto con el estímulo fóbico es esporádico, el mundo se le presenta levemente reducido pero la ansiedad que surge ante la expectativa es muy grande e incomoda para el sujeto, el que ocurra esta situación en un lugar concurrido puede causar vergüenza ya que él mismo sabe que su miedo es irracional y pueda parecer “tonto” ante la mirada de otros, por esto se hace necesario que el sujeto busque ayuda aunque su relación con el estímulo fóbico sea muy limitada, pues tan sólo el superarlo le permitirá al sujeto sentirse dueño de su vida.

En el siguiente apartado se hace referencia a los modos de tratamiento y de las intervenciones que se han utilizado y han dado los mejores resultados, para de ahí pasar a lo que sería el tratamiento por medio de la hipnosis en fobias de tipo específico a la cual pertenece la aracnofobia.

## **2.6. FORMAS DE TRATAMIENTO DE LA ARACNOFOBIA.**

Al realizar una revisión de los estudios que informan sobre los tratamientos psicológicos aplicados a las fobias relacionadas con las arañas, se observa la utilización únicamente de dos procedimientos derivados del enfoque de terapia de conducta, y estos son: la exposición y el modelado. La eficacia de cada técnica se halla en función de la variante empleada: modelado en vivo, modelado en imaginación, desensibilización sistemática por contacto, desensibilización sistemática mediante movimientos oculares, desensibilización sistemática en vivo. Gunnar (2002) menciona que el principio de exposición es importante en cualquier tipo de terapia de fobias, parece ser que la exposición a la situación que causa el temor es la más eficaz en las fobias específicas.

### **Terapia cognitivo conductual y las fobias.**

La terapia conductual se ha empleado, del mismo modo, en el tratamiento de la fobia a las arañas. La desensibilización sistemática mediante movimientos

oculares, se aplicó en 3 investigaciones (De Jong, Andrea y Muris, 1997; Muris, Merckelbach, Holdrinet y Sijsenaar, 1998; Muris, Merckelbach, Van Haften y Mayer, 1997; Cit; Rosa 1997. Pág. 2), comparándola con otros procedimientos. Siguiendo las indicaciones del protocolo de Shapiro (1995. Cit; Rosa 1997. Pág. 2), se inducían movimientos sacádicos en el niño mediante el seguimiento ocular de los desplazamientos laterales del dedo del terapeuta a escasos centímetros de su cara, al tiempo que se visualizaban mentalmente escenas de arañas. La técnica alcanzó óptimos resultados al aplicarse, junto a una desensibilización sistemática en vivo, a una muestra de 22 sujetos (Jong, 1997.Cit; Rosa 1997. Pág. 2). Del mismo modo, redujo la fobia a las arañas en niños y adolescentes de 9 a 14 años, aunque los resultados alcanzados fueron menores que los logrados por la exposición en vivo.

Muris (1998.Cit; Rosa 1997. Pág. 2) compararon la eficacia de la desensibilización sistemática en su variante en vivo, mediante movimientos oculares y con la presentación de los estímulos de forma audiovisual. En ésta última condición se utilizó un programa de ordenador que permitió la exposición del niño a arañas de diversos tamaños y características (una araña con apariencia apacible, una araña que sube y baja de una cuerda, una tarántula), siguiendo una jerarquía graduada en función del temor que suscitaría a los sujetos. A pesar de constituir una alternativa motivadora para los niños, la desensibilización sistemática asistida por ordenador no se mostró superior al resto de modalidades, alcanzando el procedimiento en vivo los mejores resultados.

En un estudio posterior (Dewis, Kirkby, Martin, Daniels, Gilroy y Menzies, 2001. Cit; Rosa 1997. Pág. 2) se aplicó tratamiento psicológico a 28 niños y adolescentes. El diseño contemplaba 3 condiciones, desensibilización sistemática enriquecida con dibujos del animal, modelado simbólico asistido por ordenador y una lista de espera. En el grupo al que se aplicó el modelado, se utilizó un programa de ordenador en el que el niño debía guiar a un personaje, que manifestaba fobia a las arañas, por las dependencias de una casa, observando

como éste interactuaba con el estímulo temido, presentado en forma de dibujo, como una araña de plástico, una araña muerta y una araña viva.

A pesar de que los participantes en el juego consiguieron reducir su fobia a las arañas, la mejoría fue menor que cuando los estímulos se presentaban mediante dibujos. No se observó cambio alguno en el grupo control que permaneció en lista de espera. Por otra parte el trabajo de Gunnar (2002) que está enfocado en el tratamiento de la aracnofobia, consiste en mezclar la exposición en vivo, exposición mediante una simulación (imaginación) y exposición en video a lo cual se ha denominado exposición rotativa activa la cual según el autor ha dado muy buenos resultados.

Huapaya (2000) menciona que desde la concepción cognoscitivista se puede dar una mejor comprensión de lo que son las fobias ya que se encuentran en relación con los pensamientos automáticos, menciona que la utilización la técnica derivada de la teoría del aprendizaje denominada desensibilización sistemática en combinación con la hipnosis facilita la eficacia a tal grado intenso de concentración durante este estado.

Una reciente innovación es el tratamiento de la fobia específica en una sola sesión, esta se le presenta al paciente con una jerarquía de estímulos temidos durante una sola sesión, que puede tomar varias horas, Ost y col. (1991; cit. Tomasini 1998) y la reportaron con resultados óptimos. Así, Cottaux (1993) concluye diciendo que la psicoterapia conductual, a través de la exposición in vivo, es el tratamiento de preferencia para la fobia simple (o específica según el DSM-IV) (Tomasini, 1998).

Existe otro método que se aplica en el orden psiquiátrico que es el uso de medicamentos, Sassaroli (2000) menciona que el uso de fármacos ha dado buenos resultados, por supuesto, siendo administrados de una forma controlada, hay que recordar que los medicamentos y su efecto pueden crear dependencias de tipo emocional y fisiológico.

Se han mencionado algunas de las formas más comunes de intervención para el tratamiento de la aracnofobia, se ha visto como la técnica de la desensibilización sistemática, ya sea en vivo o en imaginación, da buenos resultados, como también la reestructuración cognitiva que propone Huapaya (2000), así las terapias cognitivas representan el método más eficaz y económico para la psicoterapia de trastornos de ansiedad fóbica (Sassaroli, 2000). Bermejo (2000) propone que la hipnosis cataliza estas técnicas, en el ámbito de la Psicología Clínica, el siguiente capítulo se hace referencia a algunos trabajos en los cuales la hipnosis ha sido empleada, ya sea como catalizador o como terapia única en el tratamiento en los desórdenes de ansiedad, poniendo más atención en lo referente a las fobias.

## **CAPITULO 3. HIPNOSIS EN EL TRATAMIENTO DE LOS DESORDENES DE ANSIEDAD.**

En los capítulos anteriores se ha realizado una revisión de lo que implica la hipnosis, así como lo que implican los desordenes de ansiedad, para poder llegar a el tema específico de este trabajo, que es la intervención por medio de la hipnosis en una fobia específica (aracnofobia) y que a continuación, se hace una revisión de la forma para proceder en los diferentes desordenes de ansiedad por medio de la hipnosis, enfocando y desarrollando con mayor amplitud en la intervención en las fobias.

### **Hipnosis y desordenes de ansiedad.**

Los desordenes de ansiedad son muy populares para la utilización de la intervención hipnótica. Desde una perspectiva general, son los tratamientos en los cuales ha sido típicamente usada la hipnosis, en el tratamiento de diversos desordenes de ansiedad: el primero de ellos, bajo hipnosis, es la relajación, el segundo es desensibilización sistemática.

La relajación y la focalización de la atención inherente a un trance hipnótico, implica la oposición a la tensión y los sentimientos de pérdida de control comunes a todos los problemas relacionados con la ansiedad.

El segundo método más común, es el uso de la hipnosis con la reestructuración cognitiva, siguiendo la teoría cognitiva. En este caso el clínico conduce el trabajo básico de la terapia cognitiva con el paciente en el estado hipnótico, lo cual produce una mayor susceptibilidad a la confrontación de ideas irracionales del paciente con las funcionales que propone el clínico (Meyer, 1992).

Un autor que opina lo mismo que Meyer, es Evans (2003) el cual realizó un trabajo que describe las características del trastorno de ansiedad, mencionando que los mejores resultados se han obtenido por medio de la intervención cognitivo conductual, que ha sido potencializada por medio de la hipnosis.

### **Obsesiones.**

Las obsesiones son como síntoma del desorden obsesivo compulsivo o algún otro disturbo psicológico, lo que usualmente dificulta el tratamiento. La hipnosis ha sido usada como un tratamiento adjunto para los pensamientos obsesivos de varias maneras.

En un caso reportado por Taylor (1985; cit Meyer, 1992. Pág. 185) se utilizó la desensibilización sistemática usando hipnosis, su cliente fue una chica de 18 años de edad que tenía pensamientos intrusivos con respecto a cortar la cara de su padre con un cuchillo, la técnica que se utilizó consistió en presentar imágenes de flores y cosas agradables para ella, produciendo una relajación cuando esto sucedía se le mostraba el estímulo (cuchillo) con la relajación decrementaron los pensamientos negativos ante este estímulo, con la adición de imágenes hipnóticas se logró un resultado excelente.

### **Ataques de pánico.**

Los ataques de pánico, al igual que los demás desordres de ansiedad, responden a los tratamientos por medio de hipnosis. En un estudio de estado de trance, en donde se utilizó la relajación, imágenes y la teoría A-B-C-D-E de Albert Ellis (1962) se logró que los ataques de pánico se redujeran hasta casi la extinción (cit. Meyer, 1992).

### **Estrés.**

La hipnosis es una valiosa herramienta en el tratamiento del estrés (Golden, 1987; cit. Meyer, 1992. Pág. 187), ya que la relajación y la focalización representan un muy alto apoyo durante la hipnosis. Lo que implica ser la contradicción de los fenómenos que se dan durante el estrés o tensión.

Yapko (1990) menciona el caso de un cliente, el cual era un administrador en una compañía constructora por lo cual tenía muchas responsabilidades, por otra parte su primer hijo de 14 años tenía problemas de salud y su esposa estaba

embarazada de su tercer hijo. El cliente buscaba la manera de manejar el estrés, de esa manera se le aplicó la relajación progresiva e hipnosis, teniendo como resultado que las sugerencias provocaron sentimientos de bienestar y tranquilidad, el sujeto reportó que el trance era una buena manera de descansar de sus problemas y de la rutina diaria.

### **Estrés postraumático.**

El estrés postraumático es un desorden muy complejo pues incluye reexperiencias del evento traumático por memorias, sueños, o flashbacks. El tratamiento de este tipo de desorden depende de las características que presente el paciente, por lo regular el tratamiento por medio de hipnosis es la regresión o la experiencia del trauma, en otros casos se utiliza por medio de la hipnosis deformar el recuerdo traumático, con lo cual se consiguen buenos resultados (Meyer, 1992).

Por otra parte, Beshai (2004) menciona que por medio de la hipnosis, se puede acceder a pensamientos y recuerdos dolorosos que se repiten y se puede llevar a una resolución lógica de estos con la ayuda del terapeuta. "Se invita al cliente a establecer una reconciliación de los mensajes que están en conflicto", implícitos en fobias y traumas de evitación. Lo que permite reestructurar el significado del trauma.

### **3.1. HIPNOSIS Y LAS FOBIAS**

Como se ha venido mencionado las fobias implican un miedo irracional combinado con conductas de evitación hacia algún objeto o situación. Su tratamiento esta en el aprendizaje de un estímulo que reduzca la ansiedad que se presentaba ante el estímulo evocador (Meyer,1992).

McGuinness (1984) realizó una revisión de la literatura clínica y experimental en el uso de la hipnosis como tratamiento del comportamiento fóbico e indica lo siguiente: (1) la hipnosis puede ser un adjunto de gran alcance a las terapias del comportamiento, particularmente en la técnica de desensibilización sistemática.

La hipnosis se puede también utilizar adjunta en terapia insight-orientada tradicional, aunque esta forma de tratamiento tiende a ser menos eficaz en el tratamiento de comportamientos fóbicos; (2) el resultado del tratamiento será realizado cuando la fobia es específica y singular más bien que cuando la fobia sea de tipo múltiple. La autoconvencimiento y la alta motivación a cambiar son buenos indicadores de la eficacia que se pueda obtener, al igual que un alto nivel de la susceptibilidad hipnótica determinada de cada sujeto y; (3) el éxito de hipnoterapia del comportamiento se puede atribuir a la capacidad realzada de relajar y de producir imágenes vivas, así como a las características de la demanda de la situación de la terapia y de la motivación y de la expectativa aumentadas.

En concordancia con lo dicho por McGuinness, Ben-Shahar (2000) menciona que con el uso de las técnicas tales como: la hipnoterapia y la desensibilización sistemática, el cliente puede mirar adelante a una vida completa y feliz, liberándose de las cadenas que los miedos imponen. Argumenta que la característica básica de cualquier fobia es un conflicto entre los procesos conscientes e inconscientes. Por lo cual la hipnoterapia es un agente eficiente en el tratamiento de las fobias ya que permite la comunicación con estos procesos inconscientes, así la hipnoterapia puede servir como metodología posible del tratamiento, aunque se debe acercarse a cada caso individualmente (Alman y Lambrou, 1996; Cit. Ben-Shahar, 2000 Pág. 2).

Al igual que los anteriores autores Goode (2002) menciona que la hipnosis puede ser muy eficaz al tratar miedos y fobias. Con hipnosis, la mayoría de los miedos y de fobias, pueden ser tratadas con eficacia, algunos casos pueden durar más que otros, pero los resultados estarán basados siempre en la expectativa del cliente, que necesita ser supervisada y ser manejada para obtener los mejores resultados. Los desórdenes de la ansiedad, tales como miedos y fobias, tienden a responder bien a la hipnosis como el medio terapéutico. La capacidad de sustituir comportamientos y de proporcionar sugerencias posthipnóticas permite a clientes reducir fobias a un nivel aceptable de la ansiedad. Bajo hipnosis es posible permitir al cliente controlar sus propios niveles de la ansiedad en un

ambiente seguro. Goode (2002) argumenta que con la utilización de la desensibilización sistemática en combinación con la hipnosis, se obtienen buenos resultados, así como también en combinación con la terapia implosiva.

La hipnosis se puede, por lo tanto, utilizar en múltiples niveles, teniendo como objetivo varios sistemas, las maneras siguientes son solamente ejemplos de los posibles ángulos para tratar una fobia:

**La relajación** la cual permite el paciente el control del patrón estímulo fóbico = ansiedad ya que la tensión que acompaña los estímulos fóbico y la respuesta fóbica está creando un lazo de regeneración positivo.

**La desensibilización sistemática en vivo**, es un método de la terapia conductual la cual consiste en realizar una lista de estímulos temerosos en donde el terapeuta le muestra el estímulo fóbico al paciente, con lo cual, se espera que el paciente vaya subiendo gradualmente en la escala del estímulo fóbico, mientras que el terapeuta aplica métodos de la relajación, para eliminar metodológicamente la respuesta fóbica. Este método hipnoterapéutico es una manera elegante de utilizar la desensibilización sistemática sin exponer al cliente a los estímulos fóbicos verdaderos. Incluye establecer una jerarquía de estímulos temerosos, de técnicas de la relajación y gradualmente de enfrentar los miedos usando la imaginación, más bien que la confrontación en vivo (Rowley, 1986; Hadley Y Staudacher, 1996; Naish, 1986; Karle Y Muchachos, 1987; Cit. Ben-Shahar, 2000 Pág. 2).

**Regresión de la edad**, algunos discuten que sea beneficioso (Elman, 1964); otros lo consideran innecesario o aún dañino (Alman y Lambrou, 1996; Cit. Ben-Shahar, 2000 Pág. 2). Sin embargo, la regresión de la edad puede ser una manera de abordar los estímulos evocadores de la fobia, y de cambiar las últimas trayectorias de la reacción.

**Auto hipnosis**, la enseñanza al cliente de los principios y de la práctica de la auto hipnosis le permitirá alcanzar un autodomínio, para poder relajar y consolidar

su reacción ante el estímulo fóbico. La auto hipnosis también ayuda a prevenir dependencia hacia el terapeuta (Naish, 1986). En el contexto del tratamiento de la fobia, la práctica de la auto hipnosis permitirá la relajación y el control rápidos sobre la reacción fóbica.

**Reestructuración cognitiva**, Meyer (1992) menciona que la hipnoterapia en el tratamiento de cualquier trastorno de ansiedad es muy efectivo ya que reduce costos y tiempo, menciona que la utilización de la hipnosis en los trastornos de ansiedad es muy común, ya sea como un medio de relajación o combinada como desensibilización sistemática, otro método que se puede aplicar conjuntamente con la hipnoterapia es la reestructuración cognitiva siguiendo la teoría de la terapia cognitiva. Ya que estando en un estado hipnótico las ideas del paciente se vuelven más flexibles ante las sugerencias del hipnotizador pudiendo así cambiarlas.

La hipnosis puede intervenir en cualquier ámbito de la vida humana, como en el tratamiento de las fobias y en este caso la aracnofobia (Romeu, 2002), pero no solamente se puede utilizar para eliminar fobias, sino que también puede ser utilizada para la creación de fobias artificiales y así poder evitar conductas no deseadas. Un ejemplo claro son los trastornos de la conducta alimentaria. Así mediante hipnosis se puede conseguir que cada vez que el paciente afecto de bulimia se acerque a la comida en momentos no deseables se desencadene un estímulo artificialmente colocado por el hipnotizador para lograr que el sujeto note una desagradable sensación de asco respecto la comida. Es decir, el hipnotizador consigue mediante sugestión que el paciente relacione las comidas fuera de horario con algo desagradable, con lo que este podrá contener su impulso.

El mismo procedimiento puede usarse para el tratamiento de deshabitación del tabaco y otras drogas (Gindes, 1951). Así las cosas, la hipnosis resulta muy eficaz en combinación de técnicas psicológicas, en especial de las cognitivas conductuales. En el siguiente apartado se hace referencia a casos que se han reportado en donde la hipnosis fue aplicada a pacientes que sufrían de diferentes fobias.

### 3.2. TRABAJOS REALIZADOS; HIPNOSIS Y FOBIAS.

Actualmente se han realizado trabajos utilizando la hipnosis como herramienta terapéutica en el tratamiento de las fobias, un número elevado de estudios evalúan la utilización de la hipnosis en el contexto de una terapia de carácter cognitivo o conductual; en este sentido, destacan trabajos como el de Brown (1998, Cit. Besteiro, 2000 Pág. 557) o el de Crawford y Barabasz (1993, Cit. Besteiro, 2000 Pág. 557), en los que se analiza el uso de la hipnosis en el contexto de una terapia cognitiva para el tratamiento de la ansiedad o de las fobias.

Se pueden encontrar trabajos en los que se analiza la utilización de la hipnosis en el contexto, igualmente, de una terapia cognitivo-conductual; pero comparándola con otros mecanismos de relajación. Trabajos como los de Schoenberger, Kirsch, Gearan y Montgomery (1997) o el de Willshire (1996 cit. Besteiro, 2000 Pág. 557), los cuales analizan el empleo de la hipnosis para el tratamiento de la ansiedad social y del estrés post-traumático, comparando la hipnosis con la terapia cognitivo-conductual, en el primer caso o utilizándola como un enlace entre diferentes estrategias de tratamiento.

Knight (1999) en su trabajo *"You Can Conquer Your Phobia"*, nos menciona que la mejor alternativa que existe para el tratamiento de las fobias es la hipnosis, ya que él logró eliminar la fobia de sus pacientes en sólo tres sesiones, las cuales consistían en lograr en la primera sesión destapar la causa de la fobia, en la segunda lograr en la imaginación acercamientos progresivos y por último dejar una orden pos hipnótica.

En un trabajo más reciente realizado por Sill-Holeman (2000) llamado *"Hypnosis For Anxiety Disorders"*, aclara que la hipnosis no sólo sirve para el tratamiento de las fobias, sino que también funciona para todos los desordenes de ansiedad, utilizando al igual que los anteriores, la técnica de aproximaciones sucesivas. El aprendizaje de técnicas de relajación y de control del pensamiento, al tiempo que la persona va pensando en aproximarse lentamente a la situación

temida. La hipnosis puede ser un auxiliar de primer orden en estos acercamientos. Una vez la persona ha conseguido pensar tranquilamente en la situación temida, se trata de pasar progresivamente a la aproximación real.

Por otra parte en un caso de fobia a volar, Gustafson (2001) menciona que el miedo a volar es un miedo que se ha hecho muy frecuente en estos últimos años, sobre todo a partir de los atentados del 11 de septiembre en EUA, así la frecuencia con la que acuden a su consultorio con este tipo de fobia ha aumentado, la hipnoterapia ha sido una herramienta fundamental para la reducción de tiempo y dar buenos resultados diciendo que la “La hipnosis puede ser extremadamente provechosa y ayuda a menudo a suprimir el miedo totalmente”, la hipnoterapia ayudará ciertamente a desensibilizar el miedo. La imaginación se puede utilizar para crear posibilidades o para restringirle el de hacer algo, así se puede utilizar la imaginación en una diversa manera, por medio de la hipnosis y la imaginación avivada por este estado de concentración se pide a los pacientes que se imaginen, en este caso en vuelo, dando sugerencias de tranquilidad y realizando una Intervención de cambio de pensamiento o reestructuración cognitiva cuestionando las ideas irracionales de volar en avión.

Goode (2002) en ejemplo de la utilización de la desensibilización sistemática en combinación con la hipnosis, propone el caso de un cliente, el cual tenía una fobia a las imágenes de la columna de Nelson, con la ayuda de la hipnosis se logró ubicar el momento en el cual el paciente desarrollo esta fobia, con esto se fue desasociando sucesivamente el sentimiento de náusea del estímulo fóbico, en este caso la columna de Nelson. Lo que se realizó fue un acercamiento progresivo hacia el estímulo fóbico que se realizó en 10 o 12 escenarios en donde con la ayuda del terapeuta se iba acercando más al estímulo, dando al mismo tiempo sugerencias de confianza y tranquilidad.

Otro trabajo propuesto por Goode (2002) refiere el caso de un cliente en el cual utilizó la terapia implosiva en combinación con la hipnosis. Por medio de la hipnosis se determinaban lugares en la memoria del paciente en los que se

sintiera seguro y tranquilo, en el cual sería posible colocar una araña pájaro en la palma de la mano del aracnofóbico, así el miedo irracional se desplomaría eventualmente, por lo que la hipnosis y la terapia implosiva permite la relajación adicional y el cliente se aclimata a la araña temida, si el cliente no puede entonces se podría relajar e ir a su lugar seguro y tranquilo para aliviar la ansiedad y después intentarlo otra vez.

Lupu (2002) trabajó en el caso de un cliente con hidrofobia (fobia al agua) desde el modelo cognitivo conductual al igual que Goode (2002), en el cual la hipnosis, la autohipnosis en combinación de técnicas de desensibilización sistemática en vivo al igual que el modelamiento, técnicas que fueron utilizadas con un adolescente de 15 años que había tenido miedo a lavarse las manos durante 8 años. La terapia fue conducida, a través de las cinco sesiones, por un terapeuta y por un cooterapeuta. Eventualmente, el adolescente manejó superar su miedo del agua, con las cartas recordativas de tres meses y anuales demostrando ventajas mantenidas.

En otro trabajo del mismo año, que realizó, Williamson (2004 ) se utilizó la hipnosis en un caso de fobia a conducir. Éste es un estudio de caso de una mujer (la señora T), que desarrolló una fobia a conducir, la cual surgió de un incidente traumático sucedido dos años atrás, donde ella era pasajera de un automóvil. El entrenamiento consistió en la autohipnosis, instituyendo un ancla de calma y el uso de las imágenes disociativas, usando la técnica del cine junto con un ensayo mental positivo. Los resultados obtenidos mostraron una resolución total del problema en dos sesiones.

El uso de la hipnosis y el tratamiento de alguna fobia puede servir en otras áreas de la salud, un ejemplo, es el trabajo de Gow (2004), que consistió en el tratamiento de una fobia a las agujas en el contexto del dentista. Este caso ilustra la eficacia del tratamiento a corto plazo de la hipnosis para una fobia dental de la aguja en una mujer 48 años. Caso en el cual resulta significativo la historia dental del paciente y el efecto de muchos años de esto en sus fobias dentales y de cómo

hipnosis podía rápidamente quitar este. Con lo que consiguió poder asistir de nueva cuenta al dentista.

Otro trabajo semejante, en el cual, se utilizó la intervención de la hipnoterapia en otra área de la salud, es el de Kraft (1993) que menciona el caso de una fobia a la quimioterapia desde un acercamiento integrativo. Describe a mujer de 38 años con la enfermedad de Hodgkin que desarrolló una fobia severa a todos los aspectos de la quimioterapia. La refirieron para el tratamiento debido a su denegación para continuar con las drogas citotóxicas. El empuje inicial de su tratamiento consistió en un acercamiento del comportamiento diseñado para combatir su terror de jeringas, agujas, de las inyecciones y de la quimioterapia. La hipnosis fue utilizada para realzar el procedimiento de la desensibilización. Cuando ella podía reasumir su quimioterapia, el énfasis cambió de puesto hacia factores subyacentes en su niñez que pudo haber contribuido al desarrollo de la fobia.

La mayoría de los trabajos expuestos hasta ahora, han dado cuenta de fobias específicas, ya que como se había mencionado, la intervención de la hipnosis da sus mejores resultados en este tipo de casos. Otro ejemplo de esto, es el trabajo realizado por Morgan (2001) este estudio de caso describe el uso de la hipnosis en el caso de una mujer de 47 años, que experimenta una fobia específica, tipo circunstancial, para conducir y ser un pasajero de un vehículo de motor. Ya que la hipnosis era eficaz en facilitar la desensibilización, permitió aumentar en el cliente la imaginación que se utilizó para recrear la situación en circunstancia agradables para el cliente.

Las fobias van cambiando conforme a las circunstancias y al contexto social en el que se desenvuelva el sujeto, un ejemplo claro es, el trabajo realizado por Stanton (1996) que esta enfocado en el tratamiento de una fobia al teléfono que fue tratada en una sola sesión. Esta fobia en otro tiempo no hubiera podido existir ya que no habría teléfono al que temer.

Otro trabajo es el realizado por Kraft (1994) el cual estuvo enfocado en el tratamiento de una mujer de 60 años con una fobia a los globos. Él usó la hipnosis en combinación de la desensibilización en vivo en el tratamiento, lo que resultó acertado. Su tratamiento anterior estuvo enfocado en la técnica de la desensibilización en vivo el cual había fracasado. Se realizó el procedimiento cuidadosamente, se le pidió que imaginara los globos bajo hipnosis y entonces se le pidió repetir el procedimiento usado durante la desensibilización in vivo. La mejora fue significativa, el siguiente paso fue que la señora podría hacer frente a los globos cuando eran estallados.

Al igual que los anteriores el trabajo propuesto Scignar (1981) hace mención a una fobia que es consecuencia del mundo industrializado. Describe a 2 pacientes obsesivo-obligatorios con fobias hacia la contaminación, en específico de lavarse las manos. La psicoterapia psicoanalítica había dado lugar a pequeño cambio. Las técnicas de la terapia del comportamiento de paro de pensamiento, de la desensibilización sistemática, de la relajación progresiva, de la reestructuración cognoscitiva fueron utilizadas primero, dando por resultado una cierta mejora subjetiva, pero ningún cambio en la tarifa de lavar las manos. La hipnosis, acentuando la relajación, la sugerencia positiva y la información correctiva, proporcionó la mejora subjetiva temporal adicional, pero provocó un pequeño cambio en los rituales obligatorios. La hipnosis, combinada con la terapia del comportamiento, produjo la mejora rápida. Los pacientes mantuvieron la mejora en 7 y 2 años.

Existen otros tipos de fobias de las cuales ya se había hablado, estas son las fobias sociales, de las cuales se han encontrado pocos trabajos en este rubro, uno de ellos es el realizado por Lipsett (1998), este informe ilustra el uso de la hipnosis en el tratamiento de un cliente masculino de 26 años con una fobia social. Se buscó en primer lugar nominar una meta específica y se eligió una cierta terapia cognoscitiva, seguido por un ensayo de la desensibilización (ambos en hipnosis en vivo con la relajación hipnóticamente condicionada) con lo cual se obtuvieron resultados muy pobres con respecto a la meta seleccionada. La desensibilización

adicional permitió el logro de la meta específica, pero el cliente solicitó ayuda adicional.

O'Brien (1981) trabajó en un caso de fobia a las serpientes, el cual fue tratado por medio de la desensibilización sistemática y la sugerencia de sueños posthipnóticos agradables con el objeto desencadenante. Los resultados fueron muy buenos 7 de 9 sujetos pudieron tocar a la serpiente después de 5 sesiones. La relación existente entre la fobia a las serpientes y a la fobia a las arañas es muy grande.

Como se ha podido percibir en todos los casos anteriores la hipnosis se encuentra enfocada en el modelo cognitivo conductual, lo cual da cuenta de la importancia y los buenos resultados que se han obtenido desde este modelo, pero no es el único método para tratar las fobias, a continuación se hace referencia a trabajos en los cuales se consiguieron resultados positivos con otro tipo de técnicas y orientación teórica.

Hay que recordar que los fenómenos que se pueden conseguir durante un estado hipnótico son diversos, uno de estos fenómenos es la regresión, Jarmon (1994) utilizó este fenómeno en la intervención de un paciente femenino de 15 años de edad que desarrolló un caso de orniphobia, específicamente una fobia a los búhos. Su fobia demostró cólera y el resentimiento junto con miedo, sin causa evidente de la precipitación. Se encontró en la regresión que la paciente había tenido un evento traumático en el cual estuvo a punto de ahogarse junto con un compañero mientras que un búho apacible estaba observando. Después del tratamiento, no se demostró ninguna otra muestra de la fobia.

Otro trabajo en el cual se utilizó la regresión hipnótica fue el realizado por Ginsberg (1993) se utilizó la hipnosis adjunto a la amplia psicoterapia del espectro. La paciente fue una mujer de 43 años de edad, diagnosticada con un desorden de ansiedad (fobia simple). El tratamiento acertado destaca la eficacia de la hipnosis, particularmente el uso de la regresión de la edad, en tratar un desorden ansiedad-

relacionado. Las aplicaciones de la farmacología, la autohipnosis, dieron buenos resultados en el caso.

Por último, Huapaya (2000) menciona que desde la concepción cognoscitivista se pueden dar una mejor comprensión de lo que son las fobias, pues se encuentran en relación con los pensamientos automáticos, menciona que la utilización la técnica derivada de la teoría del aprendizaje denominada desensibilización sistemática en combinación con la hipnosis facilita la eficacia debido al grado intenso de concentración durante este estado.

Hay que recordar que el tratamiento de las fobias por medio de la técnica hipnótica al igual que cualquier otro método puede tener algún contratiempo, Paulsen (2003) menciona el caso de Jacqueline, la cual fue tratada con hipnosis, pero su terror a las aves y a las plumas siguió igual. Lo cual da un ejemplo de que en ocasiones la utilización de la hipnosis, al igual que otras técnicas de intervención psicológica, no dan los resultados deseados, ya sea por la gravedad del problema o por la forma de utilización de la técnica por parte del psicólogo.

Se puede observar de este modo, que los trabajos hasta ahora mencionados con la utilización de la hipnosis hacen referencia a las fobias, pero no se han encontrado trabajos enfocados a la aracnofobia, pero, divido a que la aracnofobia es una fobia específica como las anteriormente mencionadas, se cree, que los tratamientos empleados pueden servir como modelos de intervención por analogía. Por medio de la hipnosis se pueden provocar cambios con relación a la ansiedad sufrida en un trastorno fóbico. Por lo que en los siguientes capítulos se presenta una investigación realizada bajo control con características de observación no manipulada, en donde se trata de descubrir el fenómeno de la hipnosis y su influencia en el tratamiento de la aracnofobia, para así contribuir a engrosar investigaciones acerca de dicho fenómeno, que dicho sea de paso son pocas.

## **CAPITULO 4. REPORTE DE INVESTIGACIÓN**

### **4.1 OBJETIVO GENERAL.**

Describir los efectos que se pueden producir en un estado hipnótico y posthipnótico en personas que presentan fobia a las arañas.

### **4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.**

Observar la utilidad práctica de la hipnosis en personas con fobia a algún tipo de araña al estar presente el insecto.

Observar los cambios que se producen en los niveles de ansiedad en una persona con fobia a las arañas durante un estado hipnótico.

Observar los cambios que se producen en los niveles de ansiedad en una persona con fobia a las arañas durante un estado posthipnótico.

### **4.3 HIPÓTESIS.**

Si una persona con niveles de ansiedad muy altos producidos por una araña se le induce a un estado hipnótico entonces es posible reducir los niveles de ansiedad.

### **4.4 VARIABLES.**

*Variable dependiente.*

- Cambios producidos en los niveles de ansiedad ante la araña.
- Variable independiente
- La aplicación de la hipnosis con sugerencias de disminución de ansiedad hacia la araña.

## 4.5 MÉTODO.

### **Sujetos.**

Se trabajó con 5 personas del sexo femenino, que reportaron niveles de ansiedad altos ante la presencia de algún tipo de araña. El nivel educativo de los participantes fue de licenciatura, con un nivel socioeconómico medio, de edades que variaran entre los 18 y 45 años de edad. Fueron 6 las sesiones de la investigación con periodicidad semanal, con una duración 45 minutos por sesión.

### **Materiales:**

Se empleó una entrevista basada en el DSM IV de determinación de fobia específica (ver anexo 1).

- Se utilizó una araña viva;
- Una araña de plástico;
- Un bote de plástico;
- Imágenes de arañas en cartulinas las cuales serán diferentes en cada fase (ver anexo 2);
- Se empleó la computadora con secuencias diferentes para cada fase sobre arañas.
- Hojas de registro (ver anexo 3), un reposit, una grabadora de audio.

### **Escenario.**

Consultorio de la C.U.S.I. IZTACALA.

### **Diseño experimental.**

El diseño que se empleó en este caso es el experimental, en su modalidad intrasujeto, en el cual, el tratamiento es aplicado al mismo grupo de sujetos, en consecuencia, la comparación entre los diferentes niveles de tratamiento o entre

las distintas condiciones experimentales, se llevó a cabo dentro del mismo grupo de sujetos (Balluerka, 2002).

Antes de comenzar con la intervención se realizó una entrevista en donde se toquen los tópicos del DSM IV para la determinación de una fobia específica, la entrevista se realizo de forma individual.

### **Etapas de la investigación.**

La investigación constó de 3 etapas: la de preevaluación, la de intervención y la de seguimiento. En la primera se llevó a cabo un registro de los niveles de ansiedad antes de la intervención de la hipnosis, la segunda etapa (intervención) esta dividida en tres fases **A, B y A'**, por último la etapa de seguimiento constó de llevar acabo un registro de los niveles de ansiedad después de la intervención con la hipnosis.

#### **Primera etapa**

Previo a la intervención enfocada a la hipnosis se realizó una entrevista en donde se tocaron tópicos del DSM IV (ver anexo 1) de determinación de la aracnofobia, enseguida se le mostraron los estímulos registrando el nivel de ansiedad. Después se aplico una sesión de hipnosis para que el sujeto se relacionara con la técnica, durante esta sesión hipnótica no se utilizaron sugerencias referidas a la aracnofobia..

#### **Segunda etapa; intervención (aplicación de la hipnósis).**

El tratamiento consistió en tres fases cada una de las cuales se le aplicará a cada sujeto por separado. El número de sesiones para cada sujeto estuvo en función de los resultados obtenidos con respecto a la ansiedad hacia las arañas.

**A.-** Se realizó un registro de los niveles de ansiedad después de mostrar la araña en imágenes, en la secuencia por computadora, en evocación por medio de

la palabra “araña”, al mostrar la araña de plástico y confrontación con la araña en vivo, antes de someter a los sujetos a un estado hipnótico.

**B.-** Se sometió a los sujetos a un trance hipnótico, se les dieron sugerencias de disminución de ansiedad explicando el verdadero peligro que representan las arañas y se les pidió que imaginen una situación controlada y tranquila para él, se dieron sugerencias directas de disminución de ansiedad y autocontrol en cualquier circunstancia que implique una araña. Se le pidió que abriera los ojos sin despertar mostrándole nuevamente los estímulos de la fase **A** y que reportara de forma verbal los niveles de ansiedad que presenta ante los estímulos. La sugestión posthipnótica consistió en decirle al sujeto que al despertar podría confrontar cualquier situación que involucre una araña como se ha hecho durante el estado hipnótico.

**A’.-** Posteriormente se despertó al sujeto del estado hipnótico y se le pidió que denotara sus niveles de ansiedad ante los estímulos en imágenes, en la secuencia por computadora, en evocación por medio de la palabra “araña” y a la confrontación con la araña en vivo llevando a cabo el registro correspondiente.

### **Tercera etapa**

Esta etapa estuvo enfocada en llevar a cabo un seguimiento del caso durante dos sesiones con un espacio de tiempo de 15 y 35 días en relación con la última sesión de intervención.

### **Formas de muestreo y tipos de análisis.**

#### ***Muestreo.***

Para obtener la muestra, se empleó el muestreo estratificado, el cual, depende del azar, pero se combina con otro método calculado para que aumente el grado de representación. Debido a que el método mejora dicho grado representativo, permite el uso de una muestra más pequeñas que el simple muestreo al azar, con una mayor precisión y las consiguientes economías de

tiempo y dinero (Goode, 1977) otra ventaja del muestreo estratificado es el poder llevar a cabo diferentes métodos y procedimientos en cada estrato. Se pegaron propagandas pidiendo que se comunicaran aquellas personas que presentaran un miedo muy marcado hacia algún tipo de araña.

### **Procedimiento.**

En un primer encuentro con el sujeto se aplicó una pequeña entrevista en donde se toquen los tópicos del DSM IV de determinación de fobia específica, entrevista que intentó aclarar el origen y desarrollo del problema. La investigación se aplicó a cada participante por separado. En primer lugar se les mencionó que se les induciría a un estado hipnótico, para conocer si por medio de éste los niveles de ansiedad producidas por la araña pueden reducirse o incluso desaparecer, se aclarará cualquier duda que presenten los sujetos con respecto a la técnica hipnótica.

Durante la fase "A" se aplicaron cinco estímulos (evocación por medio de la palabra "araña", araña en imágenes, en la secuencia por computadora, la araña de plástico y confrontación con la araña en vivo) de características diferentes, pero con el mismo contenido "las arañas"; al mostrar estos estímulos se realizó un registro de los niveles de ansiedad, de modo que se describiera el estímulo que le provoque mayor ansiedad, la escala estuvo graduada de 0 a 10 así el 0 es la mínima ansiedad provocada y el 10 es el máximo de ansiedad.

Después de haber realizado el registro de los niveles de ansiedad se procedió a inducir al sujeto a un estado hipnótico por medio de la fijación de la vista con relajamiento progresivo; para lograr una profundización del trance se utilizó la técnica de levitación del brazo, de la escalera, imaginación de lugares agradables y/o el elevador, técnicas que dependieron de las características del sujeto. Una vez que se encontró en estado hipnótico, se le dieron las siguientes instrucciones: "Muy bien, te encuentras en tu lugar favorito, te sientes muy bien; puedes sentir oler y ver cada parte de ese lugar como si estuvieras ahí, es un lugar muy

agradable. Cada vez que tú lo sientas, entras en un estado hipnótico cada vez mas profundo...”

Después de algunas sugerencias de bienestar y de sensaciones se le pidió que abriera los ojos diciendo lo siguiente: “Muy bien, ahora voy a contar hasta tres, vas a abrir los ojos; pero no despertaras y cuando yo diga la palabra blanco, sentirás comezón en tu mano izquierda, la cual desaparecerá cuando yo diga la palabra rojo, muy bien y cuando toque tu frente cerrarás los ojos cayendo en un sueño hipnótico aún más profundo”. En cada número se dieron sugerencias relacionadas con la comezón y el cese de ésta, después se le cerraron los ojos al hipnotizado diciendo lo siguiente: “Muy bien ahora vas a despertar voy a contar del 1 al 9, cuando termine tu estarás despierto, alerta con mucha energía, seguro de ti mismo, muy bien, escúchame bien, sólo cuando yo te toque la frente caerás en un sueño hipnótico igual o más profundo del que te encuentras ahora, te sentirás muy fuerte y capaz de enfrentar todo lo que se te interponga”. Se comenzó a contar recordando el bienestar y lo agradable que se encuentra el hipnotizado hasta despertar.

Durante la fase “B” se sometió al sujeto a un estado hipnótico, en el cual, se atendió con sugerencias directas el problema con las arañas, el guión consistió en lo siguiente: “Muy bien, estas en un lugar muy seguro, el lugar que más te gusta, te sientes cada vez más tranquilo en ese lugar, te sientes tan relajado, cada cosa que ves y sientes te permite entrar en un estado hipnótico cada vez más profundo. Ahora ya te encuentras tan profundamente dormido y tu mente ha quedado tan... sensitiva, tan... receptiva a lo que estoy diciendo, todo lo que diga penetrara en tu mente y causará ahí una impresión tan profunda y duradera que nada la quitara de ahí. Así, todo lo que diga quedará grabado de una forma permanente en tu mente, ejerciendo una influencia muy grande sobre la forma en la que piensas, sobre la forma en cómo te sientes y en la forma en la que te comportas... y debido a que estas cosas permanecerán muy fuertemente arraigadas en tu mente, después de que hayas salido de aquí, cuando ya no estés conmigo, continuaran ejerciendo la misma influencia en tu pensamiento, sentimiento y conducta, te sentirás igual de

fuerte, igual de seguro, con igual poder, cuando hayas regresado a tu hogar o en cualquier parte en donde te encuentres como en este momento en este lugar”.

“Ahora te encuentras tan profundamente dormido, que todo lo que diga va a sucederte, para tu propio bien, te sucederá exactamente como yo lo diga. Y todo continuará sucediéndote todos los días, en todas tus labores, sobre todo en tu casa, igual... igual de fuerte... igual de seguro con igual poder, igual que cuando estas conmigo en este lugar. Durante este estado profundo te comenzarás a sentir más fuerte y más seguro de ti mismo capaz de enfrentar cualquier situación en la cual este implicada una araña, dejaras de tener miedo a estos insectos, te vas a sentir capaz de enfrentarlos, tu tienes el control de la situación, las posibilidades de ser mordido por una araña venenosa son muy bajísimas, tu tienes el control de ese pequeño insecto, te vas a sentir cada vez más alerta, más al tanto de lo que sucede a tu alrededor, dejaras de temer a las arañas, dejaras de pensar en función de ellas, tu vida seguirá su rumbo sin tomarlas en cuenta, como antes, tu ansiedad ante cualquier tipo de araña desaparece, tu eres más fuerte y más inteligente que ellas, eres dueño de tu vida, ya no te preocuparas por las arañas, tu estarás mucho menos consciente de estos insectos, mucho menos preocupado por este animal. Cada día tus nervios se volverán más vigorosos y firmes, tu ansiedad desaparece cada vez que pienses o te encuentres con este animal, tu mente, cada día esta mas tranquila y despreocupada, más despejada y calmada”.

“Tú... te volverás capaz de enfrentar cualquier araña en cualquier circunstancia, sintiéndote tranquilo relajado, mucho menos fácilmente alterado. Podrás pensar con claridad ante un encuentro con una araña, podrás concentrarte sin alterarte, sin ansiedad y sobre todo sin miedo, cada vez menos ansiedad y menos miedo, podrás ver las cosas en su verdadera perspectiva, podrás... dar cuenta que las arañas no te están siguiendo y ni están esperando para hacerte daño, lo menos que ellas quieren es encontrarse contigo, las arañas no te pueden hacer daño, ya que la situación la tienes bajo control. Cada día te sentirás mucho más calmado emocionalmente, mucho más relajado, serás mucho menos fácil alterable. Cada día te convertirás y así permanecerás, seguro y relajado ante el

encuentro o pensamiento relacionado con una araña, cada día el temor a las arañas desaparece se extingue, tu ansiedad desaparece estarás cada vez más tranquilo y seguro de ti mismo sin tensión, aunque ya no te encuentres conmigo... y a medida en que presentes menos ansiedad y temor a las arañas te sentirás con mucha más confianza en tu habilidad para enfrentarte a cualquier araña, sin temor, sin inquietud”.

“Muy bien, voy a contar del 1 al 3 vas a abrir los ojos pero no despertarás, te vas a sentir muy tranquilo y seguro como en este momento, estas en un lugar muy seguro, no te causan ningún efecto las arañas, te voy a pedir que cada que escuches la palabra araña o veas una de ellas te sentirás más relajado y tranquilo seguro de ti mismo, tu miedo y ansiedad han desaparecido, muy bien cuando te toque la frente volverás a caer en un sueño profundo”, se le preguntó “si las instrucciones quedan claras”, sí es sí, se comenzó a contar y en cada número, se dieron sugerencias de tranquilidad, seguridad y bienestar, de la ausencia de ansiedad ante las arañas.

Una vez que abrió los ojos se le mostraron la imagen de una araña diferente a la de la fase “A”, registrando el nivel de ansiedad que el sujeto reportó, se le pidió que denotara su ansiedad ante la palabra araña, se le presentó de nueva cuenta la secuencia en la computadora, la araña de plástico, y por último se le presentó la araña en vivo en la caja de acrílico. Se le cerraron nuevamente los ojos al hipnotizado.

Finalmente (fase A´) se le dijo lo siguiente; “voy a contar del 1 al 9 y vas a despertar, recordando que te sientes muy tranquilo y seguro aún en la presencia de cualquier tipo de araña, eres capaz de confrontar todas las situaciones que hemos manejado, tienes el control de la situación, las arañas no te pueden hacer daño, eres muy fuerte, más grande y mucho más inteligente que ellas, te sientes cada vez más fuerte y seguro en presencia de las arañas. Cada día te sentirás más y más fuerte más capaz de confrontar a las arañas y cada día con menos ansiedad, dejarás de pensar en ellas, cada día sentirás una sensación más grande

de bienestar personal, una sensación más grande de seguridad personal y de confianza, de la que hayas sentido desde hace ya algún tiempo, te sentirás tan seguro de estar en casa y en cualquier lugar, y debido a que todas estas cosas comenzaran a suceder, exactamente como yo digo, que van a suceder más y más rápidamente, poderosamente y completamente, con cada sesión te sentirás mucho más feliz, porque ya no tienes miedo a las arañas, mucho más contento, más optimista”.

La orden posthipnótica fue la siguiente: “muy bien, te voy a pedir que sólo con mi voz y en mi presencia, cuando yo te toque la frente, volverás a caer en un estado hipnótico como en el que te encuentras”. Se empezará a contar y en cada número se le darán sugerencias de tranquilidad y seguridad y de una gran capacidad para confrontar a las arañas. Una vez que abrió los ojos se le aplicaron los estímulos de la fase “**A**” para comprobar si existió algún cambio en los grados de ansiedad reportados por el sujeto en las fases anteriores.

### **Análisis.**

En los diseños caso único o intrasujetos se suele utilizar un análisis gráfico de los datos, donde se procura preservar lo más posible el dato original, se realiza una comparación entre el pre y post adjudicándole los cambios a la intervención de la variable independiente (Hernández, 2001).

## CAPITULO 5. RESULTADOS

Debido a la naturaleza de la investigación, los resultados que se presentan se analizaron de forma personalizada, es decir, sujeto por sujeto, en las diferentes etapas, haciendo una descripción general, pero detallada de lo obtenido, no solamente en los registros de los niveles de ansiedad, si no también sobre los aspectos que en al intervención se presentaron.

Se describirán todas las fases en todas las sesiones, remarcando aspectos que parecieron, a juicio personal del terapeuta importantes, que salen de los objetivos de la investigación.

La intervención consta de 6 sesiones en las cuales se aplicaron las diferentes etapas como se muestra en la siguiente tabla:

<b>SESIONES</b>						
<b>Sujetos</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>
<b>1</b>	<b>Evaluación</b>	<b>hipnosis</b>	<b>hipnosis</b>	<b>hipnosis</b>	<b>Seguimiento 15 días</b>	<b>Seguimiento 35 días</b>
<b>2</b>	<b>Evaluación</b>	<b>hipnosis</b>	<b>hipnosis</b>	<b>hipnosis</b>	<b>Seguimiento 15 días</b>	<b>Seguimiento 35 días</b>
<b>3</b>	<b>Evaluación</b>	<b>hipnosis</b>	<b>hipnosis</b>	<b>hipnosis</b>	<b>Seguimiento 15 días</b>	<b>Seguimiento 35 días</b>
<b>4</b>	<b>Evaluación</b>	<b>hipnosis</b>	<b>hipnosis</b>	<b>hipnosis</b>	<b>Seguimiento 15 días</b>	<b>Seguimiento 35 días</b>
<b>5</b>	<b>Evaluación</b>	<b>hipnosis</b>	<b>hipnosis</b>	<b>hipnosis</b>	<b>Seguimiento 15 días</b>	<b>Seguimiento 35 días</b>

**Tabla 1. Cronograma de intervención.**

La investigación inició por hacer referencia a los datos demográficos de los sujetos; entrevista que habla acerca de la etiología del problema, así como de las características de respuesta ante las arañas durante su vida cotidiana y cómo puede afectar ésta. Se continuó por hacer una evaluación de los niveles de

ansiedad antes de utilizar la hipnosis, enseguida se aplicaron una sesión de hipnosis como práctica, sin utilizar sugerencias dirigidas a la aracnofobia esto ocurrió durante la fase de preevaluación.

Se prosiguió en aplicar la intervención en la que se hace una medición antes de la hipnosis, durante la hipnosis y después de llevar cabo la hipnosis, para terminar, se realizó una medición de seguimiento. Como se muestra en la tabla 1 la intervención estuvo distribuida en 6 sesiones, a saber: 1 de evaluación, 3 de intervención y 2 de seguimiento; seguimientos que se llevaron acabo con un espacio de tiempo de entre 15 y 35 días de la última sesión de intervención. Los resultados fueron los siguientes:

### **SUJETO 1:**

#### **Datos demográficos:**

Sexo: Femenino.

Edad: 18 Años.

Ocupación: Estudiante de la Carrera de Psicología.

Grado Escolar: 2do. Semestre.

Nacionalidad: Mexicana.

En un inicio se aplicó la entrevista (ver anexo 1), donde el sujeto reportó que su miedo era *irracional e injustificado* del peligro real que representaba la araña, el cual, según recuerda, surge en su infancia debido a que su hermano le aventaba arañas. Aclaró que puede enfrentar a las arañas cuando no hay nadie cerca, la manera en que lo hace es tapándola o aventándole un zapato. Dentro de la

entrevista mencionó que la distancia entre la araña y ella es muy importante ya que si está lo bastante lejos siente una leve molestia, pero si se acerca, la molestia se acrecienta.

Una de las molestias que refirió, es que no puede sentarse en el aula de clases, si es que hay una araña en el techo. Tiene que cambiarse de lugar; otra molestia es que cuando hay una araña en su habitación tiene que llamar a alguien para que la mate o la saque. Además tiene que mover la organización de su habitación constantemente para evitar que haya arañas. Mencionó que al salir de campo se cuida de las arañas; suele taparse con sudaderas, chamarras y gorros, si sabe que puede haber una de ellas “aunque haga calor”.

El terapeuta intentó aclarar que las arañas no le pueden hacer daño, de dar una idea verdadera, ajustada más a la realidad, del auténtico peligro que corre al enfrentarse con una araña común; así se le llevó a cuestionar sus ideas acerca de las arañas, lo cual propició un cambio positivo ya que se dio cuenta de que no le podían hacer daño.

Este sujeto en la fase **A** tuvo niveles de ansiedad altos en la mayoría de los estímulos (ver grafica 1). El estímulo que más ansiedad desencadenó fue la araña en vivo, ante el cual reportó una gran molestia, no pudo manipular el estímulo en la caja de plástico.

Con la sesión de hipnosis que se aplicó como entrenamiento en la fase **A**, se demostró que el sujeto tiene un gran nivel de sugestionabilidad ante las indicaciones del terapeuta. Se le dio la orden de abrir los ojos y presentar comezón cuando se le dijera la palabra blanco, lo que sucedió sin cuestionamiento, mostró respuesta galvánica poniéndosele roja la piel de la zona indicada, al decir la palabra rojo se redujo este enrojecimiento y ceso por completo la comezón. El nivel imaginativo que presentó durante este estado le permitió al sujeto poder recordar los olores del lugar en donde estaba (un convento de monjas) así como las texturas.

Al aplicar la fase **B** de la investigación se observó un descenso en los niveles de ansiedad para todos los estímulos, incluso en algunos, la respuesta de ansiedad desapareció (ver grafica 1). En el caso de la araña en vivo el sujeto fue capaz de manipular el estímulo en la caja de plástico. Cuando se le mostraron los estímulos la expresión del sujeto fue de sorpresa ya que su ansiedad se había reducido.

Durante la fase **A'** se observó un descenso del nivel de ansiedad para casi todos los estímulos, llegando incluso a 0 en tres de ellos (palabra, imagen y araña de plástico), en otro hubo un descenso (Sec. Computadora). Por otra parte en el estímulo de la araña en vivo su ansiedad no se redujo se mantuvo igual (ver grafica 1), pudo manipular la araña en la caja de plástico

Así pues, el sujeto reportó que se había sentido bien y que había dejado de pensar un poco en las arañas, de hecho ya no les temía a las que llegaba a ver en su habitación, hasta que un ratón entró en su casa y su temor volvió a acrecentarse, menciona que a partir de este evento volvió a sentir ansiedad por las arañas. Se aclaró que esto era un proceso y que no tenía nada que ver una araña con un ratón, que si su ansiedad estaba desapareciendo no tenía porque reaparecer.

Se aplicaron nuevamente las tres fases de intervención en donde se reportó lo siguiente: en la fase **A**; se le mostraron los estímulos observándose que los estímulos de la araña de plástico, la imagen y la palabra araña continuaron en 0, ocurriendo lo contrario para el estímulo de la secuencia de computadora en donde se obtuvo un decremento de los niveles de ansiedad. Por otra parte en lo que se refiere al estímulo en vivo se incrementaron los niveles de ansiedad (ver grafica 1) pudo manipular la araña en la caja de plástico.

Después de mostrar los estímulos se procedió a la fase **B**; en donde se utilizó la técnica de la escalera para la profundización del trance (ver anexo 4), los niveles de ansiedad para todos los estímulos fue de 0 grados de ansiedad, se observó un cambio para los estímulos: de la secuencia en computadora y la araña

en vivo, originándose un decremento en la respuesta de ansiedad (véase grafica 1) en esta ocasión, incluso, fue capaz de manipular el estímulo sin la caja de plástico, se le colocó la araña en la palma de su mano.

Cuando se le despertó reportó que imaginó la sensación de una araña en su cara durante el trance, conforme se fueron dando las sugerencias de ausencia de ansiedad comenzó a declinar, le dejó de causar molestia, lo cual, se reflejó en los resultados obtenidos durante la fase **A'**. En donde Tres de los estímulos se mantuvieron en 0 grados de ansiedad, la palabra, la secuencia en computadora y la araña de plástico. Ocurrió lo contrario con los otros dos estímulos, tanto en la imagen, como con la araña en vivo, ya que se incrementaron los niveles de ansiedad en comparación con la fase anterior, el sujeto respondió con 1 grado de ansiedad para ambos (ver gráfica 1), aunque mencionó que podría ser de .5 en el caso de la araña en vivo. Pudo manipular el estímulo sin problemas fuera de la caja de plástico. Estaba muy sorprendida de que había podido coger la araña en su mano.

Posteriormente el sujeto comentó que había podido enfrentar arañas pequeñas que ha llegado a encontrar en su casa y mencionó que ahora ya puede sentarse en el salón aún cuando hay arañas en el techo, ya no es necesario que se cambie de lugar, se mostraba muy contenta con lo conseguido. Mencionó que la hipnosis le parece una técnica excelente que se sintió muy relajada gracias a ésta.

Siguiendo con la dinámica de intervención, el terapeuta intento mostrar nuevamente los estímulos (fase **A**) a lo cual respondió que “no, ya para que”, ya que era capaz de agarrar la araña lo demás no era complicado, a pesar de este comentario se le mostraron los estímulos, a lo cual respondió que no sentía ansiedad, excepto con la araña en vivo en donde mencionó que era de 4 (ver grafica 1), con la diferencia en que en esta ocasión pudo agarrar la araña y dejó que le caminara por el brazo mostrando sólo un poco de molestia.

Se prosiguió con la fase **B**, se le pidió que tomara asiento, se le tocó la frente al sujeto y este calló en estado de hipnosis, se comenzó con el guión, se le pidió que abriera los ojos, se le preguntó como se sentía y comentó que sentía ganas de agarrar a la araña, se le mostraron nuevamente los estímulos no reportó ansiedad (ver grafica 1), se le pidió que tomara a la araña en su mano, y dejó que caminara por su brazo, reportando, que no sentía ninguna molestia. Se le quitó la araña de la mano, se le pidió que cerrara los ojos, se le tocó la frente de nuevo y se comenzó con las sugerencias pertinentes.

Se despertó al sujeto del trance y se le aplicó la fase **A'**, en donde no reportó grados de ansiedad, negó la existencia de ansiedad aún cuando tomó a la araña en su mano. Se notaba muy contenta por el logro obtenido mencionando que "ahora ya no tengo que hablarle a nadie para que las mate", salió muy satisfecha del consultorio.

El seguimiento se llevó a cabo, y se pudo observar que la conducta no sufrió cambios. Se mantuvo una pequeña plática con el sujeto con respecto a su temor a las arañas, mencionó que ya no sentía ansiedad cuando veía a cualquiera tipo de araña. Comentó que unos días atrás había estado limpiando una construcción en su casa en donde hay muchas arañas, argumentando que se sintió muy bien, que pudo limpiar sin problemas, comentó que ha dejado de pensar en ellas, ya no se fija en el techo antes de dormir, también mencionó que no solamente ha causado efectos sobre el temor a las arañas, ya que se ha sentido muy contenta y con muchas ganas para realizar sus actividades.

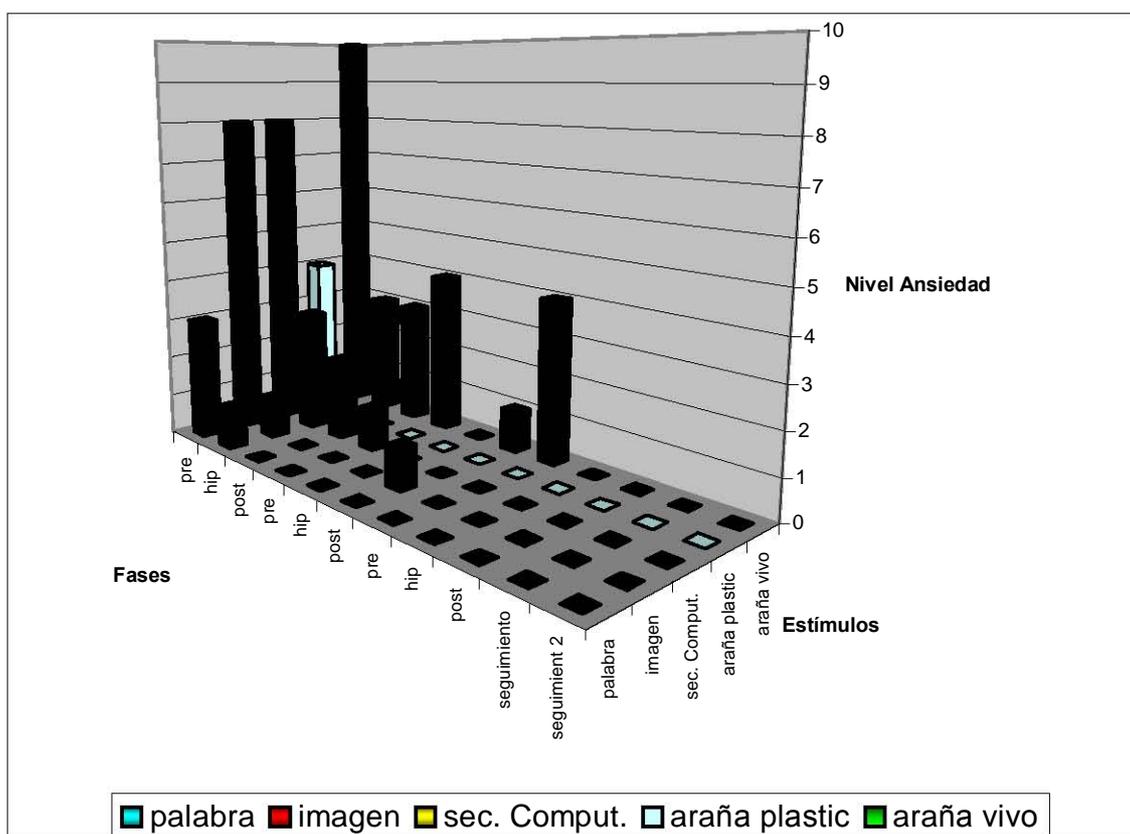
Después de haber tenido esta plática se procedió a aplicar las tres fases, en donde los resultados obtenidos mostraron 0 grados de ansiedad (ver grafica 1), ya no sentía problemas al tomar la araña en su mano, comentó que todo había salido muy bien, que no esperaba que los resultados fueron tan buenos y tan rápidos lo cual le agradó.

Para no perder el control del caso y saber si en efecto el impacto del tratamiento perdura se llevó a cabo un segundo seguimiento. En esta ocasión el

sujeto no fue inducido a trance hipnótico ya que reportó que se sentía sin ningún problema con respecto a confrontar a las arañas. Mencionó que se había sentido muy bien, que las arañas ya no le eran significantes en su vida cotidiana, que ha dejado de pensar en ellas.

Debido a que no se sometió a trance hipnótico, se le mostraron los estímulos directamente, en donde reportó 0 grados de ansiedad (ver grafica 1) para todos ellos, se le pidió que tomara la araña en su mano y lo pudo realizar sin ningún problema. Se notó muy sorprendida y aclaró que ella jamás se había imaginado tomar la araña ya que le provocaba mucho miedo y ahora no siente nada cuando las ve, “ya ni me acuerdo que les tenía miedo a las arañas”.

**GRAFICA SUJETO 1.**



**Grafica 1. Resultados obtenidos en cada fase de la investigación.**

En resumen este sujeto mostró una mejoría total en cuanto a la reducción de la ansiedad producida por las arañas, que no solamente se presentó en el consultorio, sino que se generalizó a otros contextos y actividades de su vida cotidiana. Así pues el objetivo principal de la investigación se cumplió satisfactoriamente. Lo cual es evidente en la gráfica 1, cabe hacer notar que todos estos cambios se dieron con mayor fuerza durante el estado hipnótico, y fueron más efectivos y constantes cuando el sujeto logró tomar la araña en su mano sin problemas.

## **SUJETO 2:**

### **Datos demográficos:**

Sexo: Femenino

Edad: 45 Años

Ocupación: Ama de Casa

Nacionalidad: Mexicana

En un principio se aplicó la entrevista (ver anexo 1) en donde el sujeto reportó que su miedo era irracional, que ella lo sabe, pero no sabe qué hacer. Este miedo comienza a partir de un evento traumático, esto es, relacionado con la muerte de un familiar por la mordedura de una araña (*araña reclusa parda*). Menciona que su miedo se ha generalizado a todas las arañas molestándole en cada momento, ya que no puede estar en casa sin la preocupación de la araña que la pueda matar.

La intervención en este caso estuvo más enfocada en eliminar esos pensamientos poco funcionales, el terapeuta confrontó las ideas del sujeto, intentó

mostrarle el verdadero peligro que representan las arañas. Se habló acerca de lo que le sucedió a su familiar, un caso aislado, “rarísimo”, de los cuales no ocurren en la ciudad de México, se intentó una reestructuración cognitiva con respecto a sus ideas irracionales de lo acontecido, lo cual dio un resultado positivo ya que desde entonces se notó más tranquila.

No se mostraron los estímulos en un principio ya que la paciente se notaba muy nerviosa y ansiosa, se decidió comenzar por llevar a cabo la hipnosis de manera general sin enfocarse en el tratamiento de la aracnofobia. El sujeto reaccionó de manera muy satisfactoria, aunque al principio se resistió un poco a cerrar los ojos, una vez cerrados mostró una gran distensión de los músculos de la cara, se aplicó la técnica de la escalera para profundizar en el trance, mostró una gran sugestionabilidad ante las intenciones del terapeuta, se le pidió que abriera los ojos se le dijo la palabra blanco con lo cual sintió comezón en la mano izquierda y al tocarle la frente callo nuevamente en un sueño hipnótico. Al despertar reportó que había podido oler y sentir el lugar en el que estaba (su casa), se sintió muy segura y tranquila en este lugar, “hace mucho que no me sentía así en mi casa” reportó. Pudo oler y sentir el lugar como se le sugirió.

Cuando se incorporó mencionó que se sentía rara, como que caminaba raro, su cara se veía muy relajada, por lo cual se le pidió que se sentara un momento más hasta que se sintiera bien.

El terapeuta cuestionó al sujeto acerca de como se había sentido después de la plática que se sostuvo con ella y de la sesión de hipnosis que se llevó a cabo, a lo cual respondió que “bien”, que después de la sesión se sintió muy relajada por unos días, que estuvo más tranquila, pero que por momentos comenzaba a surgir la ansiedad que en ocasiones no le deja dormir “cierro los ojos y veo a las arañas” “pero hay momentos en los que no me acuerdo de ellas”.

Se aplicaron las tres fases de intervención, en donde se obtuvieron los siguientes resultados. En la fase **A** el sujeto reportó niveles altos de ansiedad en estímulos como la palabra araña, mencionando que sentía como vació en el

estomago y que se imaginaba a las arañas, con la imagen reportó un nivel de ansiedad aun más alto. En los subsecuentes estímulos fue decreciendo este nivel de ansiedad, en el ultimo estímulo; la araña en vivo, reportó una gran molestia pero un nivel de ansiedad menor a la imagen (ver grafica 2). Lo que ella mencionó es que le causa más ansiedad el imaginar cualquier encuentro con una araña “el pensar en ella me provoca mucha ansiedad” “incluso hay días que cierro los ojos y las veo” reoportando que le dan miedo lo que le puedan hacer. Además de esto el sujeto mencionó que suele atrapar a las arañas en frascos para que cuando lleguen sus hijas le digan si se trata de la araña a la cual teme tanto.

Después se aplicó la fase **B**, se tocó la frente del sujeto con lo cual cayó en trance hipnótico, para la profundización del trance se empleó la técnica de la escalera (ver anexo 4), en esta sesión fue mucho más rápido y sencillo que el sujeto alcanzara un trance profundo. Se le pidió que abriera los ojos sin despertar, que reportara su ansiedad ante los estímulos, se mostró una disminución muy marcada en los estímulos: la palabra araña, la imagen y la araña de plástico, en donde los niveles de ansiedad alcanzaron su nivel más bajo 0; con los otros dos estímulos secuencia en computadora y araña en vivo su ansiedad disminuyó casi hasta llegar a 0 (ver gráfica 2). Pudo manipular el estímulo la araña en vivo en la caja de plástico.

En la fase **A'** reportó una consistencia en sus niveles de ansiedad para los siguientes estímulos: la palabra, la araña de plástico, manteniéndose en 0. Por otra parte, en la secuencia en la computadora se anularon los niveles de ansiedad, ocurriendo lo contrario con la imagen en donde la ansiedad se presentó de nuevo pero con un nivel muy bajo El estímulo de la araña en vivo se mantuvo estable con respecto a la fase anterior reportando 1 (ver gráfica 2). Pudo ser manipulado por el sujeto dentro de la caja de plástico. En esta sesión no reportó ningún tipo de molestia.

Así pues, el sujeto se notó muy diferente en su aspecto, se apreciaba más calmada, se le pregunto que como se sentía, a lo que respondió que mucho mejor,

que ya puede dormir y descansar, que ya no revisa la cama para ver si hay arañas, “ya no estoy tan preocupada por las arañas”. También mencionó que ya puede enfrentarlas y cuando se llega a encontrar una puede matarla sin sentir tanta ansiedad. Mencionó que estaba muy contenta, que ya ha dejado de pensar tanto en ellas, que en ocasiones se le olvida por completo. Ya no le molesta estar en casa se siente de nuevo segura en su hogar.

Después de esta pequeña platica se aplicaron las tres fases en donde los resultados fueron los siguientes, en la fase **A**, los niveles de ansiedad para algunos de los estímulos se mantuvieron estables (la palabra araña y araña de plástico). Mencionó que ya no piensa en ellas, ya no siente ese malestar en el estomago. Por otra parte los niveles de ansiedad para la imagen, secuencia en computadora y la araña en vivo aumentaron; cuando se le mostró la imagen argumentó que sentía ansiedad ya que la araña estaba fea. Cuando se pasó a la secuencia en la computadora reportó que la ansiedad surge cuando el insecto se mueve y por ultimo cuando se le mostró la araña en vivo no menciono nada, pudo manipularlo sin problemas dentro del bote (ver gráfica 2).

Después de esto se procedió a la fase **B**, se utilizó la técnica de inducción de levitación de la mano, a lo cual no reaccionó satisfactoriamente, por lo siguiente se cambio la técnica y se utilizó la de la escalera (anexo 4). Una vez en estado hipnótico se le leyó el guión programado, aumentando las sugerencias de capacidad para tener la araña en su mano sin molestias, cuando al sujeto se le pidió que abriera los ojos, pero que no despertara, reportó que se sentía como flotando y un poco mareada, se le pidió que se quedara sentada y que se tranquilizara.

Se le mostraron de nueva cuenta los estímulos presentándose que los niveles de ansiedad en cuatro de los estímulos desaparecieron reportando que no sentía nada ante los estímulos. Lo contrario ocurrió con el estímulo la araña en vivo, en el cual hubo un aumento (ver gráfica 2), pero en esta ocasión fue capaz de tomarla en su mano.

Se le tocó la frente al sujeto (fase **A'**) con lo que volvió al estado hipnótico, se le despertó, enseguida se le mostraron los estímulos su respuesta, fue consistente a la de la fase anterior con 0 grados de ansiedad. En el estímulo en vivo se presento un descenso de 2 puntos en los niveles de ansiedad, pudo tocarlo y ponerlo en su mano de nueva cuenta (ver grafica 2). Para terminar el terapeuta le pregunto al sujeto acerca de su sentir con lo obtenido, a lo que respondió que estaba "muy satisfecha por todo", que se ha sentido muy bien por lo que pudo hacer, estaba sorprendida de haber agarrado a la araña.

Posteriormente el sujeto reportó que se había sentido muy bien, que ha dejado de pensar en las arañas. Mencionó que ahora puede dormir sin ningún problema, se pone la ropa sin tener que revisarla ya no la sacude, ahora puede meter las manos en los cajones de la ropa sin preocupaciones, la estancia en su casa le es agradable, ya no revisa los sillones ni piensa en las arañas, ya que según ella tiene muchas otras cosas que hacer. Los resultados que se pudieron obtener fueron los siguientes: se aplicaron las tres fases; durante la fase **A** se le mostraron los estímulos al sujeto a los cuales respondió con 0 grados de ansiedad (ver grafica 2), pudo tomar la araña en sus manos sin ningún problema.

Después de esto se procedió a la fase **B**, se le pido al sujeto que tomara asiento y que se pusiera cómodo, se le toco la frente dos veces, con lo que cerró los ojos mostrando una relajación intensa en los músculos de su cara, por lo que se procedió directamente con las sugerencias del guión. Se despertó al sujeto y respondió que ya no sentía ansiedad (ver grafica 2), ante la presencia de los estímulos, pudo tomar la araña de nueva cuenta en su mano, sin ninguna dificultad.

Al terminar con esto se le tocó la frente de nueva cuenta con lo cual cerró los ojos comenzando con la fase **A'**. Durante esta fase, el sujeto reportó que se sentía un poco mareada después de despertar se le mostraron los estímulos en donde no reportó ansiedad (ver grafica 2) con ningún estímulo, la manipulación de la

araña se le hacia muy fácil, no mostraba ningún rastro de la ansiedad presentada ante la araña que existía en un principio de la investigación.

Para terminar, el sujeto recordó, que en días anteriores cuando se iba a dormir sentía una gran relajación “me voy, como que me pierdo” lo cual le provocaba ansiedad y tenía que despertar un poco sobresaltada. El terapeuta le comentó que esa era un orden posthipnótica que se le había asignado, que sirvió para que ella pudiera descansar bien en cuanto tocara la cama, por lo que se sentía tan relajada, se le recomendó que se relajara y que lo disfrutara que no corría peligro, con lo cual estuvo de acuerdo.

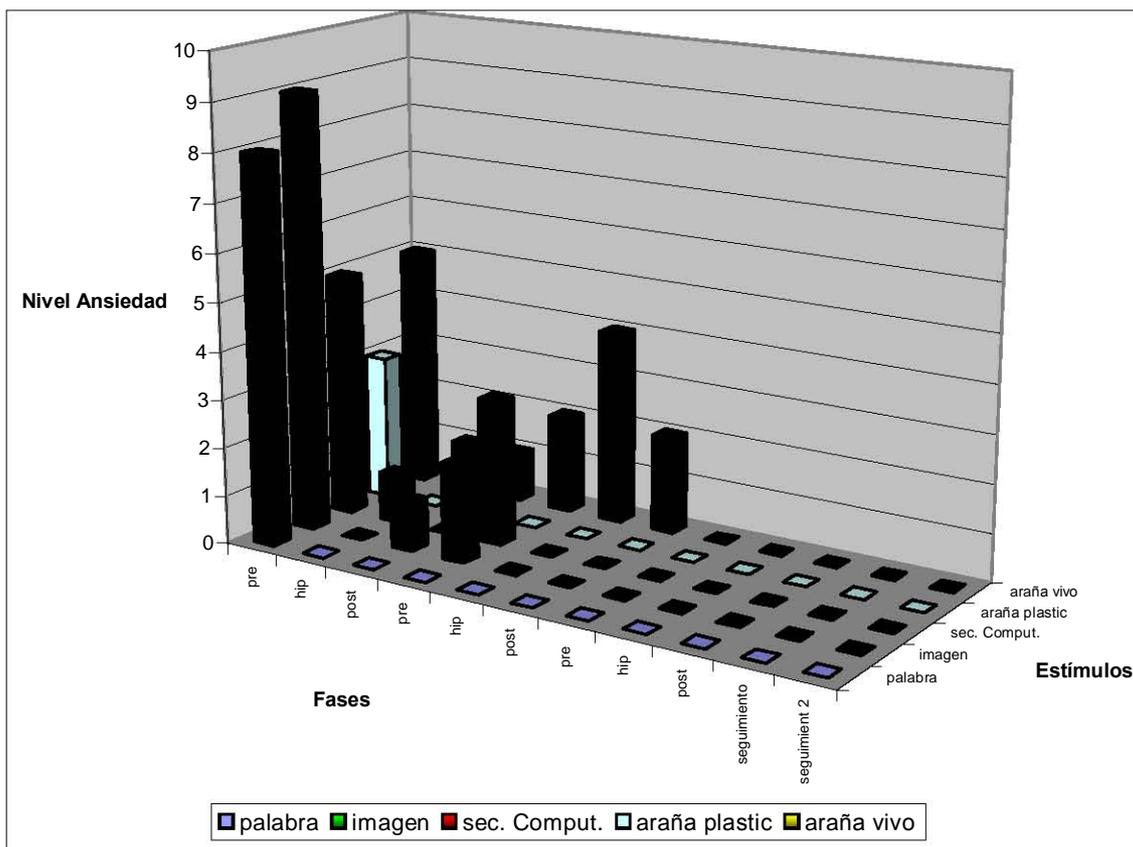
Para corroborar que el cambio se había producido se dio un seguimiento, en donde el sujeto reportó que ya se sentía muy bien, que no había tenido ningún problema con su temor a las arañas, que los cambios han sido muy evidentes y que han sido muy satisfactorios, mencionó que en un principio no podía ponerse la ropa sin tener que revisarla por lo menos 10 veces y sacudirla otras tantas, además de que no podía mantener la ventana de su casa abierta, ya que imaginaba que las arañas iban a entrar. Otro cambio que se pudo observar es que ya se puede subir al microbús sin tener molestias y sin revisar los asientos. Se refirió a una situación en la que pudo desenvolverse muy bien la cual consistió en ir al patio trasero, en donde suelen haber arañas, sin tener miedo.

Después de esto se procedió a aplicar las tres fases de intervención en donde los resultados fueron los siguientes: en todos los estímulos el reporte de grados de ansiedad fue de 0 (ver gráfica 2), ya sea durante estado prehipnótico, en hipnótico y en estado poshipnótico, cuando se sometió al sujeto al estado hipnótico fue suficiente con tocarle la frente. Fue capaz de manipular la araña fuera del frasco sin problemas en todas las fases.

Con la finalidad de corroborar los cambios en la conducta fóbica del sujeto se llevó acabo otro seguimiento. El sujeto reportó que se había sentido muy bien, que no tiene problemas con las arañas, que sus hijas están tranquilas. En esta ocasión

como se ha venido realizando, no se sometió al sujeto a hipnosis, los resultados obtenidos fueron 0 grados de ansiedad para todos los estímulos.

### GRAFICA SUJETO 2



**Grafica 2. Resultados obtenidos en cada fase de la investigación.**

En resumen, los resultados obtenidos con el sujeto número 2 muestran que la ansiedad presentada ante los estímulos y ante cualquier otra araña en un contexto diferente al consultorio desapareció. Así pues, el objetivo principal se cumplió satisfactoriamente. Fue muy claro que durante las fases hipnóticas los niveles de ansiedad lograron reducirse drásticamente hasta desaparecer, lo cual es evidente en la gráfica 2.

**SUJETO 3:****Datos demográficos:**

Sexo: Femenino

Edad: 21 Años

Ocupación: Estudiante

Grado de estudios: 6to. Semestre de la carrera de psicología F.E.S. Iztacala

Nacionalidad: Mexicana

En un principio el terapeuta le aplicó la entrevista (ver anexo 1) al sujeto 3, en donde mencionó que no sabe como surgió su miedo, ya que ni uno de sus familiares lo presenta, ni ha tenido experiencias negativas con arañas. Esta consciente que su miedo es irracional con respecto al verdadero peligro que representa, pero no puede evitarlo.

Sus actividades cotidianas se ven poco afectadas, pero menciona que si sabe que hay una araña en su cuarto le es difícil dormir, además de que no le gusta salir de vacaciones porque le da miedo encontrarse con una araña en algún hotel. Mencionó que su nivel más alto de ansiedad fue provocado por una araña que se desprendía del techo en su telaraña quedando enfrente de su cara, a lo que reaccionó gritando, quedándose estática.

El terapeuta platicó con el sujeto al respecto del miedo a las arañas, el cual, se quedó de acuerdo esta basado en una idea irracional, ya que las arañas no representan un verdadero peligro. El sujeto aun sabiendo esto, menciona que las

arañas siguen causándole ansiedad, cuando se le mencionó que las arañas no estaban esperando para hacerle daño menciono, que “quien sabe”.

Los resultados obtenidos durante la fase **A** mostraron niveles de ansiedad muy altos para algunos de los estímulos: la imagen, la secuencia en la computadora y la araña en vivo. Por otra parte sus niveles de ansiedad para la palabra araña y la araña de plástico fueron muy bajos (ver gráfica 3).

Al ser hipnotizada en la fase **A** mostró buena capacidad y disposición para ser hipnotizada, aunque en un principio se resistió ya que no cerró los ojos con facilidad, además que mostraba muecas de risa en su expresión. Por otra parte, cuando se le dieron sugerencias referidas a sed y tener la boca seca, los labios se secaron, su forma de tragar saliva se modificó, cambiando cuando se le pidió que tomara agua dentro del trance. La respuesta galvánica también fue evidente, ya que mostró enrojecimiento ante las sugerencias de calor. Las ordenes posthipnóticas consistieron en que al decir la palabra rojo, el sujeto presentaría comezón en la mano izquierda y al decir la palabra azul esta desaparecería. Todas las sugerencias dieron resultado sin mostrar resistencia, de hecho, cuando se le mencionó la palabra rojo comenzó a rascarse sin saber la causa, sólo lo empezó a hacer y cuando dije la palabra azul dejó de hacerlo. No presentó ninguna molestia, por el contrario, reportó que se sentía muy bien, muy relajada.

Al aplicar la fase **B** y **A'** los resultados fueron los siguientes: se indujo a un estado hipnótico utilizando la técnica de levitación de la mano, (fase **B**) se le pidió que abriera los ojos sin despertar, se le mostraron los estímulos, se observó un descenso en los niveles de ansiedad de hasta de un 50% para todos, incluso en uno de ellos la ansiedad dejó de reportarse (palabra araña) (ver gráfica 3). Cabe señalar que en esta fase pudo manipular la araña dentro de la caja de plástico, con algunas molestias, algunos gritos y muecas de repulsión, algo parecido ocurrió con el estímulo de la secuencia en computadora.

Para la fase **A'**, se despertó al sujeto del trance se le dieron sugerencias de amnesia “vas a olvidar todo lo realizado en esta sesión” lo cual tuvo gran impactó,

ya que no recordaba nada de lo que se había realizado durante la sesión. Se le mostraron los estímulos de nueva cuenta, el resultado fue un aumento en los niveles de ansiedad para tres de ellos: la palabra araña, imagen y secuencia en computadora; en los otros estímulos (palabra araña, araña de plástico y araña en vivo) se mantuvo el nivel de ansiedad semejante al de la fase anterior (ver gráfica 3). Cabe mencionar que cuando se le presentó el estímulo la araña en vivo, no pudo manipularla. Cuando el terapeuta le mencionó que la había podido manipular en el estado hipnótico, no lo podía creer ya que había olvidado todo lo de la sesión.

El sujeto refirió que se ha sentido bien, que ha estado más tranquila que en otras ocasiones, cuando se le preguntó con respecto a las arañas mencionó que ha dejado de pensar tanto en ellas y de preocuparse por estas. Cuando estaba comentando esto mencionó que tuvo un encuentro con una araña a la entrada de su casa, ante lo cual reaccionó sin gritar sin pasmarse y sobre todo como ella lo refiere, pudo entrar a su casa sin tener que hablarle a alguien para que la quitara de su camino, por lo que se sentía muy bien, argumentando que el tratamiento si esta funcionando. Mencionó que no recordaba nada de la sesión pasada, además de que aun no creía que había podido agarrar el bote que contenía a la araña. Se prosiguió a aplicar las tres fases, en donde los resultados fueron los siguientes:

En la fase **A**, el sujeto reportó una reducción de la ansiedad ante el estímulo de la palabra araña, reportando que no existía; los niveles de ansiedad para el estímulo de la imagen también disminuyeron. Por otra parte, los estímulos secuencia en computadora, araña de plástico y araña en vivo provocaron una respuesta igual a la de la fase anterior (ver gráfica 3). Cuando se le mostró la araña dentro del bote, en esta ocasión pudo tomar en bote en sus manos por un momento.

Después de haber medido su ansiedad ante los diferentes estímulos, se continuo con la fase **B**, el terapeuta le pidió que se pusiera cómoda en el reposit, le tocó la frente, con lo que se consiguió que cerrara los ojos y se relajara

entrando en un estado hipnótico, para que el sujeto entrara en un estado más profundo utilizó la técnica de la escalera (ver anexo 4), ya que el sujeto se encontraba en un estado más profundo se le pidió que abriera los ojos, cuando esto sucedió se le mostraron de nueva cuenta los estímulos. El estímulo, la palabra araña y la araña de plástico continuó sin provocar ansiedad en el sujeto. Por otra parte se presentó un descenso de los niveles de ansiedad para los otros estímulos (secuencia en computadora, imagen y araña en vivo) llegando a niveles muy bajos, reduciéndose hasta en un 70% en comparación con la fase anterior, (ver gráfica 3). Cabe mencionar que cuando se le mostró la araña en el bote, pudo tomarlo sin mostrar molestias, se le preguntó si podía tomar a la araña con la mano fuera del bote, a lo que respondió que “sí”, se sacó la araña del bote el terapeuta primero le pidió que la tocara, después se le colocó en su mano, no mostró molestias, se notaba muy relajada, aletargada en sus movimientos y articulación de palabras.

Se le pidió que se acomodara, se prosiguió con la fase **A'**, el terapeuta tocó la frente del sujeto, con lo que volvió a un estado hipnótico, se le dieron las sugerencias programadas y se le despertó. Cuando el sujeto abrió los ojos no podía parar de reír, mencionando que se sentía muy contenta e impresionada por lo que había hecho, que no lo podía creer. Se le mostraron nuevamente los estímulos, no presentó ansiedad en ninguno de ellos, en todos los estímulos reportó 0 grados de ansiedad (ver gráfica 3), se le pidió que tomara a la araña en su mano, lo cual realizó sin ningún problema, al final de la sesión mencionó que estaba muy contenta y satisfecha por lo que se había logrado.

Posteriormente el sujeto reportó que su ansiedad hacia las arañas ya no estaba, una muestra de esto es que ya no ha pensado en ellas, ya no se preocupa por encontrarse con ellas, el cambio más evidente es que la araña de la puerta de su casa ya no le provoca ansiedad, comentó que sus familiares no le creyeron que ya era capaz de agarrar las arañas y enfrentarlas. Después de estos comentarios se procedió a aplicar las fases del programa, en la fase **A** no reportó ansiedad en ningún estímulo, lo mismo que ocurrió durante la fase **B** y la fase **A'** (ver grafica 3),

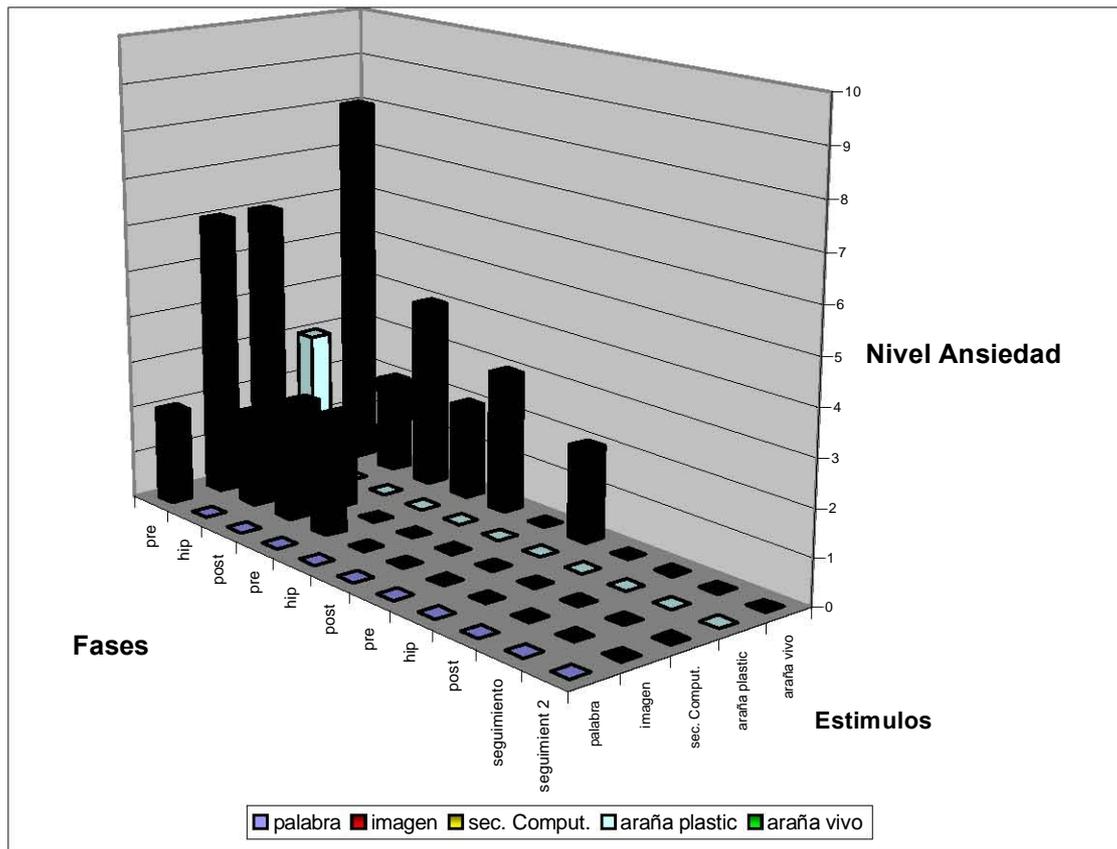
se notó muy contenta por los resultados, ya que mencionó, que nunca se imaginó que iba a lograr, lo que ha logrado, que se han rebasado sus expectativas. La hipnosis le pareció una herramienta muy efectiva y muy agradable, ya que los días que llegaba a estar un poco estresada y presionada por sus actividades diarias la sesión de hipnosis le permitía bajar esos niveles de estrés.

El seguimiento se realizó sin mostrar cambio en la conducta del sujeto, se aplicaron las tres fases en donde se obtuvieron 0 grados de ansiedad en todos los estímulos. Reportó que no se había enfrentado con ninguna araña pero que se había sentido muy bien. Que su ansiedad ya no existía que se había dado cuenta de que las arañas no le pueden hacer daño, que tiene el control sobre la situación, que es mejor mantenerse relajada que alterada ante el encuentro con una araña.

Para no perder el control del caso y observar si la conducta se mantiene se llevo acabo un segundo seguimiento. El sujeto reportó que su miedo ya no existía que se había sentido muy bien que no se había topado con ninguna araña, pero que se sentía capaz de enfrentar cualquier situación cuando se presentara. No se aplicó la hipnosis, se procedió a mostrar los estímulos, en donde el sujeto reportó que no sentía ansiedad para ninguno, se le colocó la araña en la mano y la pudo manejar sin problemas. Comentó que se sentía muy bien por lo obtenido además de estar muy interesada en la técnica de la hipnosis.

En resumen los resultados obtenidos muestran una mejoría del 100% ya que la ansiedad desapareció para todos los estímulos presentados en el consultorio conducta que se generalizó a otros contextos y aspectos de la vida cotidiana de este sujeto. Los mejores resultados en cuanto a la reducción de la ansiedad se obtuvieron durante todas las fases hipnóticas, los cambios comenzaron a suceder más rápido a partir de que el sujeto toma la araña con la mano. Esta reducción de los niveles de ansiedad reportados por el sujeto son muy claros en la grafica 3.

**GRAFICA SUJETO 3**



**Grafica 3. Resultados obtenidos en cada fase de la investigación.**

**SUJETO 4:**

**Datos demográficos:**

Sexo: Femenino

Edad: 20 Años

Ocupación: Estudiante

Grado de estudios: 4 to. Semestre de la carrera de psicología F.E.S Iztacala

Nacionalidad: Mexicana

Durante la entrevista (ver anexo 1) el sujeto mencionó, que su temor en ocasiones es excesivo e irracional, ya que hay momentos en las que puede enfrentar las arañas, sobre todo cuando esta con sus hermanas, ya que dice que le da pena reaccionar con demasiada ansiedad. Menciona que en su casa convive continuamente con arañas, las cuales llegan a estar en la ropa y que estas situaciones le llegan a incomodar, ya que su ansiedad se hace manifiesta cuando se topa con alguna de ellas. Aclaró que reconoce que su miedo llega a ser irracional ya que no tendría porqué temerle a las arañas, que son pequeñas y no son peligrosas. Las situaciones que trata de evitar están referidas a su casa, como hacer limpieza, ya que implica mover muebles y teme encontrarse con alguna araña. Los comportamientos de evitación no interfieren acusadamente con su vida cotidiana, pero en algunas circunstancias si llega a ser molesto, como por ejemplo, salir de casa y quedarse en algún lugar extraño, dándole miedo por la noche.

Para terminar, mencionó que sus hermanas también le tienen miedo a las arañas, que no sabe cuando comenzó con su miedo, pero que su mamá le cuenta que fue a partir de que la asustó con una araña grande, ya que menciona, que antes agarraba los insectos sin problemas, lo que preocupaba a su mamá, esto ocurrió como a los 5 años de edad. Su máximo de ansiedad reportado fue cuando vio a una araña del tamaño de su mano salir de una maleta, ante lo que reaccionó quedándose pasmada. Según lo reportado ha tenido malas experiencias con este insecto, ya que refiere que su perro murió por una picadura de araña, pero este dato no fue confirmado. Estas ideas fueron confrontadas por el investigador ya que dan cuenta de pensamientos irracionales absolutistas.

Después de la entrevista se llevó a cabo la fase **A**, en donde los resultados dan cuenta de que los niveles de ansiedad para algunos de los estímulos son altos (imagen, secuencia en computadora y araña en vivo). Por otra parte los estímulos, palabra araña y araña de plástico desencadenaron niveles de ansiedad bajos (ver gráfica 4). Cuando se le mostró la araña en vivo, no pudo tomar el frasco en las manos. La sesión de hipnosis fue muy rápida, ya que el sujeto demostró una gran habilidad para esta técnica, se utilizó la técnica de levitación de la mano, lo cual realizó sin problemas, su respuesta ante las sugerencias de comezón y el cese de esta fueron excelentes, lo hizo sin poner trabas. Cuando despertó mencionó haber sentido el calor de la playa y la arena en sus pies.

Así pues, el sujeto reportó que se había sentido muy bien a partir de la sesión de hipnosis, reportó que durante la semana sólo tuvo contacto con una araña, con la cual pudo jugar, aclarando que no la tocó, “solo con unos palitos”. Se aplicó la fase **B**, se le pidió al sujeto que tomará asiento y se pusiera cómoda, el terapeuta le tocó la frente y cerró los ojos inmediatamente, se le dieron instrucciones de mayor relajación y como técnica de profundización se utilizó la técnica de la escalera (anexo 4). Después se aplicó el guión, enfatizando las sugerencias de ausencia de ansiedad. Se le pidió que abriera los ojos, se le mostraron los estímulos encontrando que los niveles de ansiedad decrecieron para todos, incluso en dos de ellos dejó de reportarse ansiedad (palabra araña y araña de plástico) (ver gráfica 4). Cuando se le presentó la imagen, la pudo tomar sin dificultad. Ante la secuencia en la computadora se notó muy tranquila, e incluso llegó a reír un poco. Cuando se le dio el frasco con la araña, lo pudo manipular sin molestias, observó la araña con detenimiento, diciendo que estaba muy fea. Se le pidió que cerrara los ojos tocándole la frente, el terapeuta le despertó dando las sugerencias correspondientes, se contó del 1 al 9.

Una vez despierta se volvió a presentar los estímulos fase **A'** en donde se mantuvieron constantes los niveles de ansiedad para tres de los estímulos, la palabra araña la secuencia en computadora y la araña de plástico. Para el estímulo de la imagen se obtuvo un decremento de 1 grado de ansiedad. Por otra

parte ante la araña en vivo su respuesta aumento, fue de 4 grados de ansiedad, pudo manipular el frasco con la araña con facilidad, por lo que se le pidió que manipulara la araña fuera del frasco. Se colocó la araña en la tapa del frasco y ella la tomó con algunos problemas.

Así, el sujeto se notaba muy entusiasta, se platicó con respecto al problema con las arañas, comentó que hace unos días tuvo un encuentro con una araña grande a la cual pudo enfrentar sin sentirse tan nerviosa. Se platicó un poco acerca del verdadero peligro que representa una araña con las que normalmente se convive en las casas de México, se coincidió en que las arañas no son peligrosas si uno sabe como controlarlas, sin tener miedo o ansiedad. Después de esta pequeña plática se procedió a la fase **A**, en donde los resultados fueron los siguientes: cuando se le mencionó la palabra araña no reporto ansiedad lo mismo que ocurrió para la secuencia en computadora y la araña de plástico. Al presentarle la imagen en la cartulina su grado de ansiedad fue el mismo de la fase anterior. Por último se le mostró la araña en vivo fuera del frasco y pudo tocarla con algunos problemas reportando un nivel de ansiedad de 2 (ver gráfica 4).

Se le pidió que tomara asiento y que se pusiera cómoda (fase **B**), se le tocó al frente, reportó querer cerrar los ojos pero no los cerro, se le pregunto que sentía y ella mencionó que sentía como cuando su papá la arropaba para dormir, después de este comentario se procedió al método de la fijación del vista para lograr el trance, utilizando la técnica de la escalera para profundizar, se le dio el guión y se le pido que abriera los ojos. Se le mostraron nuevamente los estímulos y los resultados fueron que los niveles de ansiedad para los estímulos palabra araña, imagen, secuencia en computadora y araña de plástico desaparecieron no existió respuesta de ansiedad. Cuando se llegó a la araña en vivo, se le pidió que la tomara en su mano, lo cual realizó con ciertos problemas, reportando un nivel de ansiedad de 3 grados, se le pidió que se pusiera cómoda. se le tocó la frente y se le despertó.

La fase **A'** dio los siguientes resultados, reportó ausencia de ansiedad para todos los estímulos, lo cual le trajo alguna confusión, comenzó a ponerse nerviosa y se notaba confundida, el terapeuta le preguntó que le pasaba, pero no supo exponer lo que estaban sintiendo o pensando, así que se le pidió que para la próxima sesión lo explicara.

Esta sesión estuvo enfocada en el malestar que el sujeto reportaba, mencionó que había estado mal toda la semana que sus amigos le habían estado diciendo que ella veía la vida en rosa y los comentarios que se le realizaron le molestaron por eso ya que se le cuestionó acerca de su manera de ver la vida, al estar diciendo esto comenzó a llorar mencionando que ella creía que ya estaba bien ya que estaba asistiendo a un taller de autoestima y en un grupo religioso, se le cuestionó del porque de su asistencia a estos lugares, mencionó que había intentado suicidarse varias veces, argumentando que se sentía mal consigo misma, así fue como decidió estudiar psicología “para ayudar a las personas”.

Se le cuestionó acerca de su relación con sus padres, mencionó que su relación era mala, especialmente con su madre ya que en presencia de ella fue su primer intento de suicidio que fue a los 7 años “por berrinche” esta relación ha ido cambiando desde que entro a la universidad. La relación con el padre fue buena hasta los 13 años, fue un buen padre y que nunca le había fallado que lo quería mucho, el terapeuta preguntó al sujeto si había sufrido algún abuso por parte de algún familiar a lo que respondió que no, se le insistió un poco pero negó cualquier tipo de abuso. Por otra parte mencionó que sus hermanas son muy queridas para el “puedo dar la vida por ellas”. Después de esto el terapeuta aclaró que la fobia que ella esta presentando podría estar tapando algo, que era por eso que sentía muchas dudas “parecería que no quieres dejarla” a lo que respondió que no “no me protege de nada”. Entonces se le comentó que la vida esta llena de cambios, que no hay nada estático, que las cosas que no sirven hay desecharlas como ocurre con el miedo a las arañas, que esta era una buena oportunidad para enfrentar esos pensamientos, esa resistencia la cambio, si que se saco la araña del frasco y se le pidió que la tomara en su mano, lo cual realizo con ciertos

problemas pero después ya no se notaba ansiosa, no reporto ansiedad. Se notó muy tranquila se le comento que si ella quería podía superar cualquier obstáculo y que lo mejor era hacerlo sin ansiedad y sin temor con lo que estuvo de acuerdo.

Posteriormente el sujeto reportó que se había sentido mejor que se le aclararon muchas dudas con respecto a su manera de ver la vida. Después de este paréntesis mencionó que ya no sentía el temor hacia las arañas, que no había tenido enfrentamientos pero que se sentirá bien para el momento en que suceda, así se le mostraron los estímulos (fase **A**) en donde el sujeto no reportó ansiedad para los estímulos: palabra araña, imagen, secuencia en computadora, y araña de plástico. Por otra parte cuando se le puso la araña en la mano reportó un poco de molestia ya que la araña subió por su brazo (ver grafica 4).

El terapeuta le pidió que se pusiera cómoda le tocó la frente con lo que cerro los ojos se dieron la sugerencias pertinentes (fase **B**). Se le pidió que abriera los ojos el sujeto, reportó que no sentía ansiedad ante ningún estímulo (ver grafica 4), pudo manipular la araña sin molestias aun cuando volvió a subir por el brazo.

Se le despertó y se procedió a la fase **A'** en donde el sujeto reportó que su ansiedad había desaparecido que ya no se sentía mal aun en la presencia de la araña en vivo (ver grafica 4). Pudo manipular la araña sin ningún problema, ante esto, el sujeto se notaba un poco sorprendido y reportó que se sentía muy contenta por lo que se había logrado.

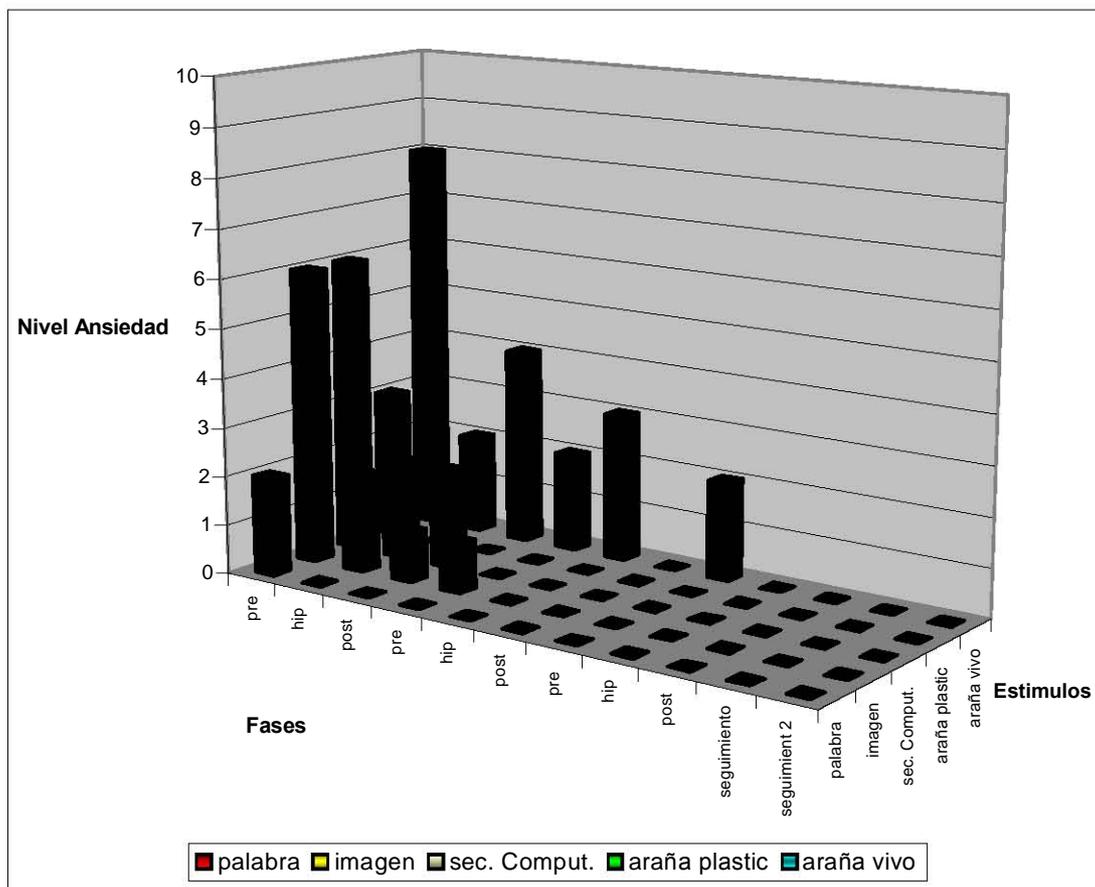
El sujeto durante esta sesión de seguimiento mencionó que se sentía bien aun en presencia de las arañas. Cuenta que fue capaz de quitar con una escoba unas arañas que estaban encima de su cama, por lo que se sentía muy bien. Se llevaron acabo las tres fases en donde los resultados fueron de 0 ansiedad para todos los estímulos (ver grafica 4). Pudo manipular la araña sin problemas.

Para corroborar el cambio obtenido durante las sesiones se realizó un segundo seguimiento en el cual, el sujeto reportó que su ansiedad ya no existía que las arañas ya no le causaban problemas ni ningún tipo de miedo, siguiendo

con la dinámica de los anteriores sujetos no se aplicó hipnosis y los resultados ante los estímulos fueron de 0 ansiedad para todos ellos (ver gráfica 4).

En resumen los resultados obtenidos para este sujeto fueron que, la ansiedad desapareció en un 100%, los reportes de menor ansiedad se dieron durante las fases hipnóticas, el sujeto reportó fenómenos hipnóticos referidos a recuerdos pasados durante estas fases. Se recurrió a la intervención de reestructuración cognitiva sin utilizar la hipnosis como herramienta adjunta, con lo cual se obtuvo un cambio en la manera de pensar, sentir y comportarse del sujeto con respecto a las arañas.

**GRAFICA SUJETO 4**



**Grafica 4. Resultados obtenidos en cada fase de la investigación.**

## Sujeto 5

### Datos demográficos:

Sexo: Femenino

Edad: 21 Años

Ocupación: Estudiante

Grado de estudios: 4 to. Semestre de la carrera de psicología F.E.S Iztacala

Nacionalidad: Mexicana

Durante la entrevista (ver anexo 1) el sujeto se notaba un tanto renuente al contestar, sus respuestas eran cortas y en ocasiones no se ajustaban a las preguntas que se le realizaban, dentro de todo esto mencionó que no sabe como surge su miedo hacia a las arañas, no lo considera excesivo, la respuesta de ansiedad se presenta con cualquier araña en cualquier circunstancia, el imaginar una situación con una araña provoca ansiedad por lo que llega a evitar situaciones en las que se pueda topa con una de ellas. La intervención directa con su vida cotidiana no es muy marcada solo reporta que le llega a molestar cuando se llega a encontrar a una araña y tiene que llamar a otro para que se encargue de ella. El sujeto reportó que su mayor grado de ansiedad fue cuando encontró una araña en su zapato, después de la entrevista se procedió a realizar el registro de los niveles de ansiedad ante los estímulos. Al aplicar la fase **A**, el sujeto respondió con ausencia de ansiedad para dos de los estímulos, la palabra araña y la araña de plástico. Por otra parte ante el estímulo de la imagen mostró un nivel de ansiedad de 2 grados causándole molestia el tomar la imagen. Los estímulos que desencadenaron mayor ansiedad fueron la secuencia en la computadora y la araña en vivo este último fue el que más ansiedad provocó en (ver gráfica 5) el sujeto pudo manipular el frasco con cierta molestia.

Durante la hipnosis el sujeto se mostró muy nervioso se resistió a cerrar los ojos, una vez que los cerró, se utilizó la técnica de la escalera, se dieron sugerencias referidas a una playa a calor y sed las respuestas galvánicas mostraron enrojecimiento de las mejillas y los labios se secaron y cuando se le dijo que esto desaparecía todo volvió a la normalidad, se le pidió que abriera los ojos sin despertar, cuando se dijera la palabra azul sentiría calor y cuando se dijera la palabra negro este desaparecería y que cuando se le tocara la frente cerraría los ojos, sugerencias que no dieron el efecto deseado ya que cuando se le dijo la palabra azul mencionó que no sentía nada solo que le sudaban las manos y cuando se le decía la palabra negro este sudor desaparecía. Cuando se le tocó la frente no cerró los ojos, no sentía nada, se reportó aturdida, se le pidió que cerrara los ojos a lo cual se negó ya que no se sentía mal. Después el terapeuta le preguntó si ella en su forma comportarse tenía problemas con las reglas y con las leyes a lo que respondió que sí, que es muy necia, muy renuente, que le gusta que se hagan las cosas como a ella le gusta, se le recomendó que cambiara un poco su actitud para las sesiones a lo que respondió afirmativamente.

El terapeuta comentó con el sujeto lo que había sucedido la sesión pasada y se le pidió que cooperara más, ya que así los resultados serían mucho más rápidos. Se platicó acerca del origen de su temor a las arañas dando cuenta de que es inespecífico ya que sus familiares no le pudieron dar cuenta y ella no lo recuerda, después de esto se le pidió que se pusiera cómoda y relajada. Se procedió a aplicar la fase **B** al igual que la sesión pasada le costó un poco cerrar los ojos pero fue más rápido que la anterior, se aplicó la técnica de la escalera (ver anexo 4) para profundizar, se siguió con el guión, el cual se realizó un poco más lento y más repetitivo que en los demás sujetos debido a las características del caso. Se le pidió que abriera los ojos sin despertar, se le mostraron los estímulos, a los cuales respondió con los mismos niveles de ansiedad que en la fase anterior, excepto por el estímulo de la imagen, el cual se redujo ya que no provocó ansiedad en el sujeto. En esta ocasión se mostró muy tranquila y relajada. Se le pidió que se pusiera cómoda se le tocó la frente cerró los ojos se le contó del 1 al 9 para despertarla, se utilizó la amnesia posthipnótica para saber si el trance había

sido efectivo, la amnesia dio resultado ya que olvido todo lo realizado durante el trance.

Se procedió a aplicar la fase **A'** en donde se observó una reducción en los niveles de ansiedad para los estímulos de la secuencia en computadora y la araña en vivo de 1 y 2 grados respectivamente. En lo que respecta los demás estímulos se mostraron consistentes ya que no desencadenaron respuesta de ansiedad en el sujeto (ver gráfica 5). Pudo manipular el frasco con la araña sin molestias pero no quiso que se sacara a la araña del frasco. Para terminar se platicó un poco acerca del peligro real que le podía presentar una araña llegando a la conclusión que no había peligro, ya que ella tenía el control de las situaciones. El terapeuta felicitó al sujeto, ya que esta sesión había sido muy fructífera, se alcanzó un trance mucho mejor que en la anterior sesión.

Así pues, el sujeto reportó que tiene muchas tareas debido a que se acerca el final del semestre, por lo que se notaba un poco apurada. Se acordó que la sesión iba a ser rápida, enfocada en el problema, así que se le preguntó acerca de cual era el motivo verdadero de su temor a las arañas, respondió que son feas y que se siente feo que caminen por el cuerpo, ante esto el terapeuta le preguntó ¿si alguna vez había tenido una araña en el cuerpo? El sujeto respondió que no, ante esta respuesta se le cuestionó acerca de este pensamiento y se llegó a la conclusión de que no tiene fundamento. Después de esta pequeña platica se aplicó la fase **A**, se le presentaron los estímulos, palabra araña e imagen ante los cuales reportó que no sentía ansiedad, lo mismo que ocurrió al presentarle la araña de plástico. Por otra parte se observó una disminución de los niveles de ansiedad para el estímulo de la secuencia en computadora y un aumento de los niveles de ansiedad para el estímulo de la araña en vivo (ver gráfica 5) el terapeuta sacó el estímulo del bote, el sujeto logró tocarle una pata, ante lo cual el terapeuta le preguntó si la molestia era tan grande como ella cría, a lo que respondió "no se siente nada".

Después, se le pidió que se pusiera cómoda se le tocó la frente (fase **B**) pero no reportó ninguna sensación de sueño, por lo que se procedió a utilizar el método de fijación de la mirada y relajamiento progresivo, para profundizar la técnica de la escalera, una vez en trance se prosiguió con el guión de intervención. El sujeto despertó bruscamente, se notaba un poco alterado, se le preguntó que ocurría entonces, llevó la mano la bolsillo del pantalón y saco su celular, el cual estaba sonando, lo contesto, sus palabras no estaban bien articuladas después de unas cuentas comenzó ha hablar bien. Se le preguntó que como se sentía, respondió que bien que ya no se sentía dormida que estaba bien, se le tocó la frente pero no cerró los ojos, por lo que ya no se le indujo al trance por cuestiones de tiempo.

Se procedió a aplicar la fase **A'** en donde los resultados mostraron un descenso en los niveles de ansiedad para los estímulos, de la secuencia en computadora y para el estímulo de la araña en vivo, siendo más marcado en este ultimo. Por otra parte, los demás estímulos se mantuvieron constantes, sin desencadenar respuestas de ansiedad en el sujeto (ver gráfica 5). En esta ocasión el terapeuta saco la araña del frasco y le pidió que la tocara, en un principio se mostraba un poco renuente, pero después de tocarla la primera vez comenzó ha hacerlo repetidamente, se le preguntó si quería tomarla en su mano, respondió con cierta duda que no, se notaba muy animada no dejaba de tocar a la araña.

Posteriormente el terapeuta, cuestionó al sujeto acerca de su estado con respecto a las arañas, a lo que respondió que se había sentido muy bien, que incluso había tenido un encuentro con una araña en la casa de un amigo, la araña iba pasando por debajo de sus pies, y que esta situación no le había provocado la ansiedad que anteriormente le provocaba, aclara que ya no brinco, ni grito, ni trato de huir de ese lugar que si sintió un poco de molestia pero nada que no pudiera controlar. Después de esta recopilación de datos se procedió a aplicar las tres fases de la investigación; se aplicó la fase **A** en donde los resultados obtenidos fueron de ausencia de ansiedad para los primeros cuatro estímulos, se observó un decremento en el estímulo de la araña en vivo llegando al nivel más bajo 1, se le pidió que la tomará en su mano a lo que respondió que no podía, así que se le

pidió que la tocara lo cual realizó. Se le pidió que se pusiera cómoda y se continuó con la siguiente fase.

Durante la fase **B** se aplicó la técnica de fijación de la mirada y para profundizar la técnica de la escalera, una vez en trance se dieron las respectivas sugerencias. Se le pidió que abriera los ojos sin despertar, se le mostraron los estímulos, ante los que respondió con 0 grados de ansiedad exceptuando el estímulo en vivo, en donde reportó 1 grado de ansiedad. Cabe resaltar que en esta ocasión pudo tomar la araña en su mano y manipularla sin problemas notándose muy tranquila, se le puso cómoda el terapeuta le tocó la frente, no cerró los ojos, así que le pidió de manera directa que los cerrara lo cual realizó y se procedió a despertarle.

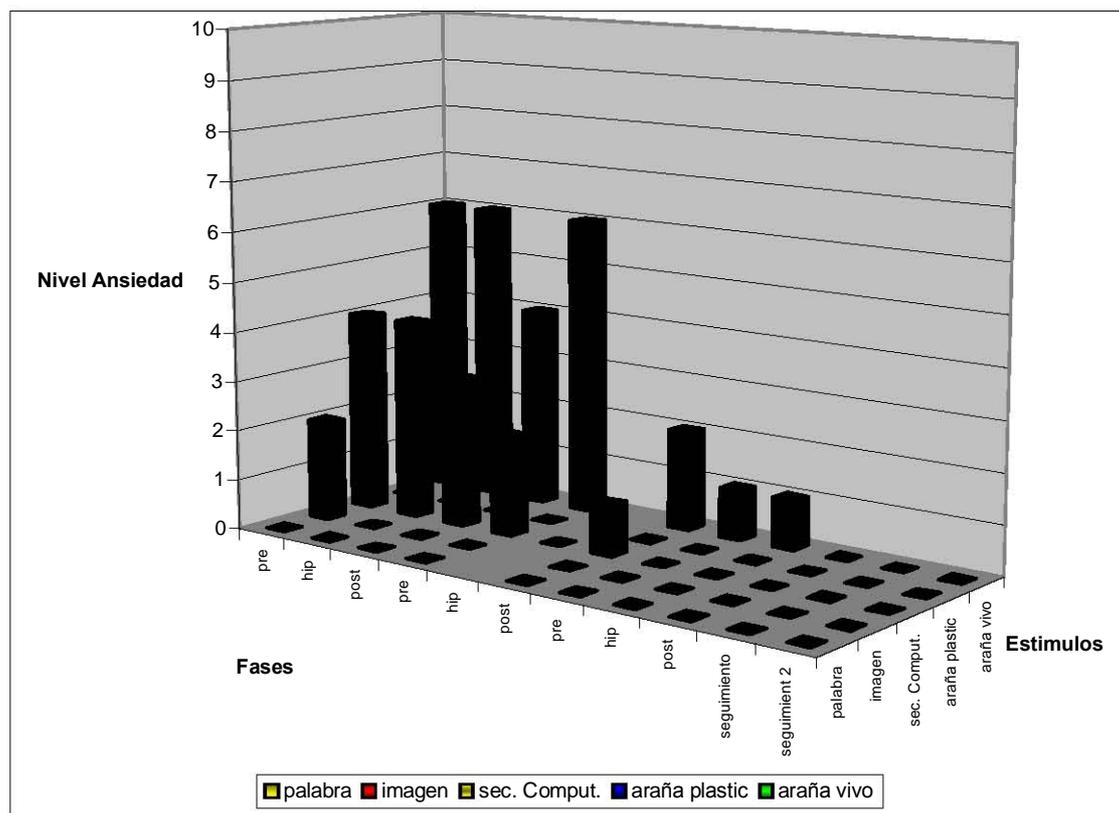
Durante la fase **A'** la ansiedad que aún desencadenaba la araña en vivo desapareció, pudo manipular la araña sin problemas, se notaba muy satisfecha y sorprendida por lo que estaba haciendo "nunca me imaginé esto" se le mencionó que el tratamiento había terminado que se darían seguimientos a lo cual respondió afirmativamente, comentó que los resultados le habían satisfecho.

Durante la sesión de seguimiento el sujeto reportó que se había sentido muy bien, que estaba muy contenta porque ya no le tenía miedo a las arañas. Mencionó que no se había encontrado ninguna de ellas, pero que sentía capaz de enfrentar las sin problemas. Se aplicaron las tres fases de intervención, en todas ellas el resultado fue de 0 grados de ansiedad para todos los estímulos (ver gráfica 5), pudo manipular la araña sin ningún problema, mencionando que cada vez que lo hacía se sentía mucho más segura, incluso mencionó que la sudoración de la mano había desaparecido. Aclaró, que la expectativa que ella tenía al iniciar la intervención no era de tomar la araña en su mano, que había sido rebasada y se sentía muy orgullosa de lo logrado. La conducta se mantuvo hasta este segundo seguimiento ya que el sujeto no reportó ansiedad ante ninguno de los estímulos, se notó muy segura y confiada al tomar la araña en la mano. Hay que recordar que en esta sesión no se utilizó la hipnosis. El sujeto comentó que ya no se

acuerda de las arañas, que ha dejado de notarlas, se siente muy bien con lo conseguido. Da cuenta que la hipnosis es una herramienta eficaz, aun en estado hipnóticos muy leves, se encontró muy interesada en la técnica.

En resumen los resultados obtenidos muestran que el sujeto logró reducir los niveles de ansiedad hasta anularlos, como en los anteriores casos los estímulos más fáciles de manejar fueron, la araña de plástico, la palabra y la imagen; con algunos problemas más la secuencia en computadora. El estímulo que más tardó en que la ansiedad desapareciera fue el estímulo de la araña en vivo, que se mantuvo hasta ultima fase prehipnótica. En este caso los mejores resultados en los descensos de ansiedad no se dieron durante el estado hipnótico, sino durante el estado poshipnótico, a diferencia con los sujetos anteriores, lo cual se puede observar perfectamente en la grafica 5.

**GRAFICA SUJETO 5.**



**Grafica 5. Resultados obtenidos en cada fase de la investigación.**

En general se observó que los sujetos redujeron su ansiedad en un 100%, las características individuales marcaron la pauta para el modo de proceder del terapeuta. Durante las fases hipnóticas los resultados mostraron una mejoría en casi todos los casos. La generalización del pensamiento, sentimiento y conducta se dio en todos los casos, fueron capaces de controlar su ansiedad aún sin el control y la seguridad que ofrece el terapeuta y el consultorio. Todos los sujetos reportaron sus mayores niveles de ansiedad ante el estímulo en vivo, mismo que fue el más difícil de superar.

El siguiente capítulo está enfocado en realizar un análisis de los resultados obtenidos sobre la base de otras investigaciones y anotaciones teóricas de diversos autores.

## CAPITULO 6. DISCUSIÓN

De acuerdo a los datos obtenidos durante la investigación, que considera, tanto testimonios como hechos, se muestra que por medio de la técnica hipnótica es posible reducir los niveles de ansiedad en sujetos con fobia a las arañas, a tal grado que el sujeto puede tomar en las manos el estímulo que se consideraba aversivo.

La hipnosis es una técnica individualizada el proceso con cada paciente tuvo características distintas. Así se tiene, que en cuanto al sujeto 1 el proceso terapéutico se vio beneficiado por la disposición que mostró desde un principio, sobre todo en las intervenciones hipnóticas, disposición que funge como un catalizador para obtener buenos resultados (Vera, 1999). Otra característica que permitió niveles de hipnosis medio y profundos fue el aprendizaje previo que el sujeto tenía relacionado con la hipnosis, factor que se cree influyó en los buenos resultados ya que como menciona Meyer (1992), la inducción al trance hipnótico es ciertamente una habilidad que se va desarrollando con la práctica.

La técnica que se utilizó con este sujeto para la inducción hipnótica fue la de fijación de la mirada con relajación progresiva, técnica que se solamente se utilizó en la primera sesión ya que la orden posthipnótica de dormir al toque de la frente quedó muy bien implantada desde un principio. Fenómeno que no solamente es atribuible al sujeto sino también a la habilidad del terapeuta para que el paciente entre en un nivel adecuado para que las sugerencias tengan mayor mella en el comportamiento del sujeto, en especial cuando se trata de sugerencias posthipnóticas (Hartland, 1979).

La disminución de la ansiedad producida por la araña se dio desde la primera sesión de hipnosis, niveles que fueron decreciendo en cada una de las intervenciones hipnóticas y que se fueron extrapolando a las otras fases, cambio atribuible a las sugerencias posthipnóticas. Los niveles de ansiedad alcanzaron

sus niveles más bajos en la segunda sesión de hipnosis en donde fue capaz de tomar la araña en su mano.

La intervención con el sujeto número 2 tuvo algunas similitudes con este anterior sobre todo en la disponibilidad, ya que desde un principio se notó muy cooperativa con el terapeuta mostrando una gran capacidad de sugestibilidad que quedó clara en la primera sesión de hipnosis. Cabe aclarar que este sujeto no tenía ninguna experiencia en el ámbito de la hipnosis ni de terapia psicológica, luego entonces esta capacidad es atribuible a un rasgo personal del sujeto tal y como lo menciona Hartland (1979), si el paciente es una persona que en su vida cotidiana es muy analítico y se resiste a las leyes y ordenes nos será más difícil conseguir que entre en un estado hipnótico medio o profundo, pero si es muy dócil y acata ordenes será más fácil conseguirlo, claro que la práctica y la consistencia permiten que se haga más fácil sesión con sesión. Así se hipotetiza que este sujeto al ser religioso, le implica tener fe y cuando la fe existe, la expectación ha de sobrevenir, aunque el sujeto este completamente desprevenido en cuanto a que esperar, algunas personas esperan caer en un profundo sueño, por lo tanto el sujeto deposita su fe en el terapeuta (Gindes, 1951).

Contrario a lo que menciona Meyer (1992) este sujeto no mostró un mínimo grado de inducción en las primeras sesiones por el contrario la inducción logró un estado muy profundo desde un principio, entonces se puede decir que la experiencia no es parte fundamental para conseguir un estado hipnótico profundo, ya que hay que tomar en cuenta al sujeto, sus expectativas, disposición y grado de susceptibilidad, así pues el sujeto puede mostrar un grado muy profundo de hipnosis desde un principio, y no tener que esperar varias sesiones para conseguirlo, por lo tanto la práctica en la técnica hipnótica es importante más no fundamental.

Debido al origen de la fobia, que en este caso fue por un evento traumático, el terapeuta consideraba que iba a ser más complicado debido al impacto emocional, lo cual no sucedió así ya que durante el estado de hipnosis se logró reducir la

ansiedad casi a un 100 % en todos los estímulos superando lo ocurrido con el sujeto 1.

Se puede observar en este caso en particular que la reestructuración cognitiva en combinación con la hipnosis, le permitió al sujeto obtener un alto nivel de concentración favoreciendo así el aprendizaje de ideas funcionales aumentando así la eficacia de la intervención terapéutica (Bermejo, 2000; Hernández, 2001; Huapaya, 2000 y Yapko, 1995), con lo que se consiguió disminuir los niveles de ansiedad rápidamente. Estos pensamientos y sentimientos experimentados por el sujeto de forma desproporcionada traían consigo consecuencias de tipo funcional ya que evitaba cualquier situación en la que pudiera encontrar una araña conducta que la limitaba ya que trataba de protegerse de la ansiedad producida por la araña en cualquier circunstancia (Sassaroli 2000 y Gándara, 1999), conductas que desaparecieron por completo al final de las sesiones.

Por otra parte las sugerencias posthipnóticas tuvieron un efecto semejante a la el sujeto 1 la orden del toque de frente quedo registrada tan fuertemente que aun en las sesiones de seguimiento se conseguía que el sujeto entrara en un estado hipnótico. Debido a esta habilidad, desde el principio de la intervención se manejaron con mayor énfasis las ordenes posthipnóticas para la disminución de la ansiedad ante el estímulo. Así como también para ayudar a disminuir los pensamientos automáticos que surgían durante la noche permitiendo al sujeto conciliar el sueño. Constatando que la hipnosis no solamente trae cambios durante el estado hipnótico sino que estos se pueden extrapolar al estado de vigilia y a otros contextos.

El sujeto 3 durante la fase de preevaluación mostró más resistencia a dejar sus ideas irracionales con respecto a las arañas. Las cosas cambiaron cuando se sometió al trance hipnótico en donde mostró una gran disposición se mostró con gran disposición. La capacidad del sujeto para entrar en el estado, al igual que su aprendizaje previo, permitieron que los niveles de ansiedad disminuyeran en el

estado hipnótico fue capaz de agarrar a la araña en la segunda sesión de hipnosis. La técnica de inducción que se utilizó fue la de fijación de la mirada con relajamiento progresivo método que dejó de utilizarse ya que la orden posthipnótica del toque de frente quedó muy bien implantada aun en las sesiones de seguimiento.

Con este sujeto el terapeuta utilizó la amnesia posthipnótica tratando de que las instrucciones hipnóticas y posthipnóticas tomaran más fuerza ya que se recordara que según los autores Gindes, (1951) y Yapko, (1990), las instrucciones cuando no son recordadas quedan más fuertemente registradas en su inconsciente. Los resultados obtenidos no mostraron esto ya que la conducta de ansiedad aumentó en comparación con la sesión de hipnosis, manteniéndose estable dos fases, hasta la segunda sesión de hipnosis, ocasión en la cual se decidió no utilizar la amnesia posthipnótica observando que los resultados en el estado de vigilia fueron excelentes ya que no reportó ansiedad, lo cual nos habla de que la amnesia posthipnótica en este caso no propició el efecto esperado.

Así pues, se observó que durante todos los estados hipnóticos el sujeto fue capaz de disminuir su ansiedad hasta anularla y que aun más importante fue capaz de mantenerla así en los estados de vigilia, dando cuenta de que en efecto la relajación y focalización de la atención inherente al estado hipnótico implica la oposición a la tensión y los sentimientos de pérdida de control comunes a todos los problemas relacionados a la ansiedad (Meyer, 1992) propiciando un cambio significativo en la reducción de ansiedad y el conocimiento del verdadero peligro que tiene la araña para el sujeto.

Cuando se aplicó la intervención al sujeto 4 éste mostró una gran habilidad para la hipnosis con un alto grado de sugestibilidad incluso reportando sensaciones vividas durante la sesión de práctica de la fase A habilidad que el terapeuta intentó explotar, ya que en la primera fase después de dar las sugerencias posthipnóticas le pidió que tocara la araña fuera del frasco lo cual realizó con algunos problemas. Se pudo observar que la habilidad de

sugestibilidad marca la pauta para obtener buenos resultados en la hipnoterapia, entre más sugestionable es el sujeto, mejores resultados se van a obtener (Meyer, 1992)

Un suceso que llamo la atención del terapeuta que ocurrió cuando se toco la frente del sujeto ya que menciono que recordaba cuando la arropaba su padre, fenómeno que según Yapko (1990) suele ocurrir durante las sesiones hipnóticas ya que todos los fenómenos que se presentan durante la hipnosis dependen de experiencias anteriores y que se pueden revivificar bajo este estado.

Después del estado hipnótico el sujeto reportó que su ansiedad ya no existía lo que le causo un gran impacto, pareciera que no quería dejar la fobia se noto desorientada, una explicación que propone el terapeuta esta basada en otra teoría no tan ajena de este modelo, el psicoanálisis, en el cual se menciona que una manifestación fóbica surge como un mecanismo de defensa contra la amenaza producida al emerger las pulsiones del Ello. La evitación de ciertas circunstancias sirve para huir de conflictos inconscientes que aquellas situaciones reactivan y el concepto clave es el de “desplazamiento” así la angustia se desplaza de un objeto originario al objeto que posteriormente será el fóbico, formando una cadena asociativa que le permite al sujeto expresar la angustia sin entrar en contacto con el objeto original reprimido, que normalmente son de carácter sexual (Sassaroli, 2000). Por lo que el terapeuta en compañía de su asesor hipotetizaron que el sujeto había sufrido algún tipo de abuso sexual, por eso la desorientación y el no querer dejar la fobia que la protegía. Así se procedió a cuestionar al sujeto acerca de este temor a dejar la fobia, se le cuestionó acerca de su funcionalidad, se le preguntó directamente si había existido algún tipo de abuso, a lo que respondió que no, que lo que ocurrió durante la sesión fue a causa de otro tipo de preocupaciones. Como se observa en los resultados en esta sesión se le pido al sujeto que tomara la araña lo cual realizó sin manifestar ansiedad.

Después de esta platica aun cuando ya había podido tomar al estímulo fóbico sin reportar molestias, la ansiedad volvió a aparecer, pareciera que el sujeto no

estuviera convencido de dejar esta fobia, poniendo resistencia, no fue sino hasta la tercera sesión de hipnosis que desapareció la ansiedad, pudo tomar el estímulo en las manos sin molestias. Este caso da cuenta que la hipnosis no puede ser utilizada de forma única para tratar cualquier problema de tipo psicológico ya que suelen haber desavenencias en las que si no se tiene la información o la experiencia te puede llevar a problemas mayores. Se estableció que los cambios en la disminución de la ansiedad esta en relación directa con la hipnosis en combinación con la reestructuración cognitiva.

Con datos obtenidos con el sujeto 5 queda claro que las diferencias individuales y las características personales del sujeto pueden beneficiar o entorpecer el proceso, este sujeto debido a sus características individuales, al ser una persona que se resiste a las órdenes y que es de carácter muy analítico precisa de un proceso largo de aprendizaje en la técnica hipnótica (Gindes, 1951) como sucedió en este caso ya que se mostró una resistencia desde la entrevista, cuando se sometió a la hipnosis de aprendizaje mostró mucha resistencia para cerrar los ojos cuando lo realizo sus signos corporales mostraban una ligera tensión sobre todo en su frente. Se le pidió que abriera los ojos y que al toque de la frente fuera a dormir de nuevo, no lo realizo.

La ansiedad que presentaba este no fueron tan elevados como en los otros sujetos, y mucho menos entorpecía su vida cotidiana, de hecho solo algunos estímulos le causaran ansiedad, sobresaliendo el estímulo en vivo, ante estas características parecería que el sujeto no estaba tan interesado en solucionar su problema, se puede decir que la disposición y las expectativas no estaban en función del dejar de tener miedo a las arañas mas bien pueden estar medidas por otros intereses como el conocer la técnica.

Durante la sesión de hipnosis de la fase B el sujeto mostró mejor disponibilidad para entrar en estado hipnótico, durante este estado solo se redujo la ansiedad en uno de los estímulos pero los otros continuaron igual en esta ocasión resulto el toque de frente, para corroborar que el sujeto había alcanzado

un estado medio de hipnosis se dio la orden posthipnótica de amnesia la cual causo efecto. Esperando que la teoría de que el proceso hipnótico de Meyer (1992) tuviera aplicación con este sujeto se esperaba que durante la segunda sesión de hipnosis fuera más sencillo, lo cual sucedió hasta cierto punto, ya que la resistencia que mostró aun entorpecía el proceso hipnótico.

En un intento por superar estas barreras se siguieron las recomendaciones que hace Hartland (1979) acerca de la repetitividad la monotonía y el tono de voz, se observo un nivel más profundo de hipnosis, sólo que este fue interrumpido por un factor externo que despertó súbitamente lo que se pudo rescatar de este contratiempo fue que el sujeto mostraba un claro aletargamiento, una laxitud anormal y dificultad para articular palabras signos claros de un estado hipnótico medio (Gindes, 1951), dando cuenta nuevamente de que la inducción al trance hipnótico no sólo depende del sujeto sino también de la habilidad del terapeuta que en este caso corroboro que las indicaciones de Hartland son muy efectivas en este tipo de casos.

Los resultados obtenidos en el estado de vigilia al contrario de lo que mostraron los otros sujetos fueron los que mejores resultados mostraron estado en el cual los niveles de ansiedad mostraron mayor descenso incluyendo el poder manipular a araña, lo cual confirma que la hipnosis aun en un nivel de profundización muy ligero puede efectuar algún cambio, y que la hipnosis sin las sugerencias posthipnóticas en efecto tiene el mayor valor terapéutico de la hipnosis ya que seria casi desperdiciable sin este tipo de Hartland (1979). Así los resultados obtenidos con este sujeto ponen en duda que las sugerencias posthipnóticas tienen su mayor éxito cuando han sido sugeridas durante un estado profundo como menciona Wolberg (1956) e Hispamap (2003).

Así los resultados obtenidos mostraron un descenso de los niveles de ansiedad de un 100% para todos los estímulos en todos los sujetos, el numero de sesiones empleadas fue para la mayoría de los sujetos excepto para el sujeto numero 4 el cual necesito de una sesión más para lograr tomar la araña en la

mano, siendo este estímulo el que más problemas trajo a los sujetos, contrario a lo que sucedió con la palabra araña y con la araña de plástico, estímulos que durante la primera fase hipnótica se redujeron en todos los casos casi hasta 0. lo cual habla de la efectividad la hipnosis adjunta a la terapia cognitivo conductual, ya que la capacidad de sustituir comportamientos y de proporcionar sugerencias posthipnóticas permite a los sujetos reducir su ansiedad.

Se pudo observar que los mejores resultados para todos los sujetos vinieron después de tocar o tomar la araña en sus manos, lo que concuerda con el trabajo de Goode (2002) ya que al tener el objeto temido bajo control este pierde su fuerza se desploma eventualmente, y al ser este el estímulo más fuerte por ende los otros se desploman por igual “si puedo tomar a la araña lo demás no me causa problemas” fue esto lo que la mayoría de los sujetos argumentó.

Hay que recordar que las diferencias individuales marcan la pauta para el tratamiento es por esto que la mayoría de los sujetos tuvieron diferencias en especial el sujeto 5 el cual mostró las mejoras en la fase posthipnótica y no en la hipnótica como los otros cuatro.

## CAPITULO 7. CONCLUSIONES

Este estudio estuvo enfocado en investigar qué efecto tiene la hipnosis en un tipo de trastorno de ansiedad denominado fobia específica, específicamente y en este caso la aracnofobia. Se estudio si la hipnosis tiene algún efecto, no solamente durante el estado hipnótico, sino que este se pudo mantener en un estado posthipnótico (de vigilia), dicho estudio arrojó las siguientes conclusiones:

Bajo el estado hipnótico fue posible reducir los niveles de ansiedad hasta anularla en casi todos los sujetos a excepción de uno en el cual los cambios se produjeron en el estado posthipnótico (vigilia).

Estos cambios fueron consistentes una vez que los sujetos lograron manipular la araña en el estado hipnótico, conducta que se presentó en los estados posthipnóticos, lo cual da cuenta, que la exposición del estímulo en vivo, concordando con lo obtenido por Jong (1997. cit; Rosa, 1997. Pág. 2) es una manera muy efectiva de producir un cambio en las fobias específicas, a lo cual agregaría que ésta es potencializada por la hipnosis, ya que le es posible al sujeto que el impacto del estímulo en vivo sea menor evitando sobresaltos o inclusive algún problema físico, debido a la relajación tan profunda y por lo tanto el descenso del estado fisiológico del sujeto.

Siguiendo bajo el mismo rubro se puede decir los cambios cognitivos conductuales se ven potencializados con la técnica de la hipnosis, la hipnosis redujo el poder de crítica del paciente permitiendo este cambio de pensamiento y conducta (Vera, 1999). Reduciendo así tiempo y el costo de la investigación en comparación con la terapia cognitiva sin hipnosis.

Se pudo observar que la el autoconvencimiento y la alta motivación a cambiar son buenos indicadores de la eficacia que se pueda obtener, aunada a la buena capacidad de susceptibilidad ya sea en la parte hipnótica o posthipnótica, ya que

como se ha observado existen diferencias debido a características individuales. La sugestión y la sugestionabilidad juegan un papel fundamental en el estado hipnótico, ya sea para poder acceder a él o para llevarlo más allá del consultorio, sin estas sugestiones y sin la sugestibilidad del cliente para llegar al trance hipnótico, no existirían mensajes que nos ayudaran durante un tratamiento terapéutico (Yapko, 1990).

Esta investigación encontró que las sugestiones posthipnóticas no requieren de un estado hipnótico profundo para llevarse a cabo contrario a lo que estipula Wolberg (1956) ya que se puede observar en el sujeto 5 que las ordenes posthipnóticas de reducción de ansiedad ante los estímulos se implantaron de buena forma ya que los resultados indican efectivamente eso, Gindes (1951) menciona que la hipnosis en estados muy profundos puede provocar que el sujeto se desconecte totalmente del terapeuta trayendo como consecuencia que las ordenes posthipnóticas se ignoren .

Queda claro que la hipnosis es una habilidad que se va desarrollando con la practica, aunque en algunos casos como con los sujetos 2 y 4 no fue necesario este aprendizaje, ya que las habilidades además del convencimiento de la persona marca la pauta para llevar a cabo la inducción hipnótica, es por esto que es importante realizar una entrevista, sino a profundidad, por lo menos general de las expectativas del sujeto así como de algunas características importante para llevar a cabo la inducción.

La inducción hipnótica no esta dirigida en un solo eje sino que es una interacción reciproca entre el terapeuta y el sujeto por lo tanto el éxito de la hipnosis no depende únicamente de la habilidad del hipnotizado sino también del terapeuta el cual logra que el sujeto acepte las sugestiones en especial cuando se trata de sugestiones posthipnóticas, esta relación puede potencializar o entorpecer la obtención de buenos resultados durante la intervención.

Los fenómenos que se pueden producir son muy variados y dependen de las características del sujeto y de las necesidades del terapeuta, todo esto bajo un

código ético, todo en beneficio del cliente. En algunos trabajos se ha observado que las conductas antisociales pueden ser provocadas por el terapeuta utilizando artimañas que confunden al sujeto, es por esto que la ética del terapeuta este bien sólida, ya que la sensación de poder, de control sobre el otro puede tentarlo a obtener conductas para su beneficio.

La amnesia contrario a lo que menciona Yapko (1990) no funciona como herramienta posthipnótica para que las instrucciones tomen mas fuerza, por lo menos en esta investigación fue de suma importancia que el sujeto recordara lo logrado durante la fase hipnótica, ya que este era el parámetro para futuras conductas, sirviendo como retroalimentación para el sujeto.

Hay que recordar que el tratamiento de la fobias por medio de la técnica hipnótica al igual que cualquier otro método puede tener algún contratiempo (Paulsen, 2003) y no por eso hay que llegar a la frustración, ya que las condiciones no pueden ser controladas en su totalidad, sobre todo cuando se tratan de ideas y pensamientos que no pertenecen a uno mismo, en los cuales no se tiene control. Es por esto, que la hipnosis es solo una herramienta terapéutica adjunta a las terapias del comportamiento, en este caso a la cognitivo conductual, ya que al estar sustentada en una teoría es menos probable que se dejen aspectos que son muy importantes de lado.

Se puede sostener que la hipnosis sustentada bajo el modelo cognitivo conductual y adjunta a la reestructuración cognitiva permite una mayor susceptibilidad a la confrontación de ideas irracionales del paciente con la funcionales que propone el terapeuta (Meyer, 1992) además de una mayor comprensión de los efectos y contratiempos que se pueden suscitar durante una sesión de hipnosis.

Un claro ejemplo de lo anterior, Se pudo observar con el sujeto 4 en el cual la hipnosis despertó o trajo recuerdos de eventos pasados que este caso no suscitaron mayor problema, ya que se ha encontrado que en ocasiones implican un nivel de complejidad mas elevado.

La reestructuración cognitiva jugo un papel fundamental en esta investigación ya que permitió al sujeto ver las cosas en su verdadera perspectiva, un ejemplo claro es lo obtenido con el paciente número 2 y 4.

Que los sujetos sean del sexo femenino no es una coincidencia ni fue premeditado más bien responde a que las fobias específicas son más frecuentes en las mujeres (Gándara, 1999). Otro punto es la poca afluencia para la investigación que esta relacionada con que las personas que llegan a tener el problema y les supone leves sufrimientos e incapacitaciones no suelen consultar al psicólogo.

Se concluye que la hipnosis es una herramienta muy efectiva en casos de aracnofobia y por lo tanto de las fobias específicas, por supuesto desde el modelo cognitivo conductual, logrando reducir la ansiedad no solo en el estado hipnótico sino en el poshipnótico, que según los seguimientos se mantiene aun sin la intervención del terapeuta.

Debido a las características de la investigación no se pueden generalizar los resultados, aunque se hayan comprobado hipótesis, debido a que se utilizo una muestra muy pequeña, lo cual implica que se llevó a cabo una investigación con una población mayor y con medidas de control más estrictas.

Así mismo es conveniente para futuras investigaciones tomar en cuenta los siguientes aspectos que podrían mejorar la investigación:

- 1.- Prevenir cualquier tipo de interrupción durante la sesión ya que eso puede estropear la investigación.

- 2.- Es necesario llevar a cabo una averiguación de los estímulos referentes a las arañas a los cuales el sujeto tenga miedo y no tener una batería de estímulos pre programada.

- 3.- El estímulo de la araña en vivo debiera de estar adaptado para cada sujeto ya que pude haber diferencias en entre ellos.

4.- Se propone que la próxima investigación se tenga un grupo control en el cual solo se aplique a la reestructuración cognitiva y un grupo experimental en el que se aplique la hipnosis combinada con la reestructuración cognitiva, trabajo que no existe o por lo menos no fue localizado.

5.- Que no solo se tome el reporte verbal de la ansiedad ante el estímulo sino también respuestas fisiológicas (sudoración, ritmo cardíaco) para un mayor control.

Es importante que se realicen investigaciones sobre los alcances y beneficios que se pueden obtener con la hipnosis, para poder quitar el mote de charlatanería y acto de circo, es decir poder mostrar que la hipnosis tiene un sustento y sobre todo que se obtienen beneficios dando una alternativa de solución para los problemas de las personas.

## BIBLIOGRAFÍA

1. A Teachman Bethany (2003). ***Automatic Processing In Spider Phobia: Implicit Fear Associations Over The Course Of Treatment.*** Journal Of Abnormal Psychology. Vol. 112, No. 1, 100-109.
2. Araoz Daniel L. (1999). ***La Nueva Hipnosis: Progreso En La Hipnoterapia.*** Universidad De Long Island, Nueva York. (En Red). Disponible En: [Www.Iztacala.Com.Mx](http://www.iztacala.com.mx).
3. Arnold Wilhelm Eysenck Hans J. Y Meili Richard (1979). ***Sugestibilidad E Hipnosis.*** Madrid: Ed. Rioduero.
4. Ben – Sahar Asaf Rolef (2000). Hypnotherapy And Phobias. Structure And Applications Of Hypnotherapy In The Treatment Of Phobias. Disponible En: [Http://Www.lmt.Co.II/Hypandphobias.Htm](http://www.lmt.co.il/hypandphobias.htm).
5. Bermejo Mercader Alberto (2000). Empleo De Estrategias Hipnóticas En Un Caso De Disfunción Eréctil Desde Una Perspectiva Cognitivo Conductual. Revista De Psicología Iztacala. Disponible En: [Http://Www.Comportamental.Com/Articulos/17.Htm](http://www.comportamental.com/articulos/17.htm).
6. Beshai, Ja. (2004). ***Toward A Phenomenology Of Trance Logic In Posttraumatic Stress Disorder.*** Psychological Reports. Vol 94(2) Apr

- 2004, 649-654. Psychological Reports, Us An: Peer Reviewed Journal:  
2004-95028-039
7. Brian M. Alman Y Lambrou Peter (1992). **Self Hynosis**. New York: Ed. Brunner/Marzer.
  8. Bryan Knight (2000). You Can Conquer Your Phobia (En Red). Disponible En: [Http://Www.Hvynos.Co.Uk/Hvynomag/Articles.Htm](http://Www.Hvynos.Co.Uk/Hvynomag/Articles.Htm). 2002.
  9. Capafons Antonio (1999). **La Hipnosis Despierta Setenta Y Cuatro Años Después**. Anales De Psicología (Murcia España). Vol. 15, No 1, 77-88.
  10. Chauchard Paul (1971). **Hipnosis Y Sugestión**. Barcelona: Ed. Oikostau.
  11. Fromm Erika Y Nash Michael (1992). **Contemporary Hypnosis Research**. New York: Ed. Guilford Press.
  12. Gallego Sáez Luis M (2002). Hipnosis En El Año 2002 (En Red). Disponible En: [Http://Www.Psicologiaonline.Com/Colaboradores/Gallego/Hipnosis2000.2.Shtml](http://Www.Psicologiaonline.Com/Colaboradores/Gallego/Hipnosis2000.2.Shtml)

13. German, Ester (2004). ***Hypnosis And Cbt With Depression And Anxiety.*** Australian Journal Of Clinical & Experimental Hypnosis. Vol 32(1), 71-85. Australian Society Of Hypnosis, Australia An: Peer Reviewed Journal: 2004-15062-005.
  
14. Gindes, Bernard C. (1951). ***Nuevos Conceptos Sobre El Hipnotismo.*** Buenos Aires: Edit. Psique.
  
15. Goode David (2002). ***Fears And Phobias - How Do Phobias And Fears Develop In The First Instance, And How Well Do Such Disorders Respond To Hypnosis As The Therapeutic Medium.*** Disponible En: [Http://Www.Hypnotherapy-Services.Com/Phobias.Htm](http://www.Hypnotherapy-Services.Com/Phobias.Htm).
  
16. Green, Joseph P. (2000). ***Treating Women Who Smoke: The Benefits Of Using Hypnosis.*** American Psychological Association (Pp. 91-117). Washington, Dc, Us.: Xiii, 285 Pp. An: Chapter: 2000-07437-005.
  
17. Green, Joseph P. (1996). ***Cognitive-Behavioral Hypnotherapy For Smoking Cessation: A Case Study In A Group Setting.*** Casebook Of Clinical Hypnosis. (Pp. 223-248). Washington, Dc, Us: American Psychological Association. Xix, 429 Pp. An: Chapter: 1996-98293-011.

18. Gustafson Paul (2001). ***Flying Freedom***. Magazine For Hipnosis And Hypnotherapy. Disponible En: [Http://Www.Hypnos.Co.Uk/Hypnomag/Gustafson4.Html](http://www.hypnos.co.uk/hypnomag/gustafson4.html)
19. Hilgard Ernest Y Hilgard Josephine (1990). ***La Hipnosis En El Alivio Del Dolor***. México: Ed. Fondo De Cultura Económica.
20. Hartland John (1979). ***La Hipnosis En Medicina Y Odontología***. México: Ed. Continental.
21. Hernández Mendo Antonio (2001). ***Investigando Con La Realidad En Psicología Del Deporte: El Uso De Diseños Cuasi-Experimentales***. Revista Digital Ef. Y Deportes (España), Año 8, No. 46. Disponible En : [Http://Www.Efdeportes.Com/Efd46/Invest.Htm](http://www.efdeportes.com/efd46/Invest.Htm).
22. Hernández Mendo Antonio (2001). ***Hipnosis: una estrategia científica de intervención en psicología del deporte***. Revista Digital - Buenos Aires - Año 7 - N° 35 - Abril de 2001. disponible en: <http://www.efdeportes.com/efd35/hipnos1.htm>.
23. H I S P A M A P (2003). ***La Gran Desconocida Que Renace***. Hispanic American Society Of Applied Psychology Hipnosis (En Red). Disponible En: [Http://Www.Hispamap.Net/Hipnosis.Htm](http://www.hispamap.net/hipnosis.htm).

24. Huapaya Luis (2000). ***Hipnotismo Y Psicoterapia De Las Fobias***. Revista De Neuropsiquiatría (Canadá), 63: 37-51.
25. Jenny Sill-Holeman, (2002). Hypnosis For Anxiety Disorders (En Red).  
Disponible En: [Http://Www.Hypnos.Co.Uk/Hvpnomag/Articles.Htm](http://www.hypnos.co.uk/hypnomag/articles.htm). 2002.
26. Jesús De La Gándara Martín (1999). ***Angustia Y Ansiedad Causas Síntomas Y Tratamiento***. Madrid.: Pirámide.
27. K. Gunnar Götestam (2002). ***Tratamiento En Sesión Única De La Aracnofobia En Un Grupo Mediante Exposición Rotativa Activa***. Eur. J. Psychiat. (Ed. Esp.) Vol. 16, No. 3 Zaragoza, España (En Línea).
28. Lerner Marcelo (1964). ***Hipnosis Clínica E Hipnoanálisis Teórica Y Práctica Basada En La Psicoplasia***. Buenos Aires: Ed. Medica Panamericana.
29. Mott, Thurman Jr. (2004). ***Trance And Treatment: Clinical Uses Of Hypnosis*** (2nd Edition). American Journal Of Clinical Hypnosis. Vol 47(2) Oct 2004, 129-131. American Society Of Clinical Hypnosis, Us An: Peer Reviewed Journal: 2004-19594-006.

30. Morgan, William P. (2002). **Hypnosis In Sport And Exercise Psychology**. (Pp. 151-181). Washington, Dc, Us: American Psychological Association. Xxiii, 561 Pp. An: Chapter: 2002-17015-008.
31. Nekane Balluerka Lasa (2002). **Diseños De Investigación Experimental En Psicología**. Madrid.: Prentice Hall.
32. Rhue, Judith W; Lynn, Steven Jay. (1998). **Hypnosis And Storytelling In The Treatment Of Child Sexual Abuse: Strategies And Procedures**. (Pp. 455-478). Washington, Dc, Us: American Psychological Association. Xxv, 765 Pp. An: Chapter: 1998-06062-020.
33. Ríos Ana Maria (2000). Sofrología. Revista Holistica 2000 (En Red). Disponible En : [Http://Www.Holistica2000.Com.Ar/Articulosant22.Htm](http://www.Holistica2000.Com.Ar/Articulosant22.Htm)
34. Robert G. Meyer (1992) **Practical Clinical Hypnosis**. Canada: Edit. Lexington Books.
35. Rojas Soriano Raúl (1997). **Investigación Social Teoría Y Praxis**. México.: Plaza Valdés. Octava Edición.

36. Rolef Ben-Shahar (2002). *Hypnotherapy And Phobias. Structure And Applications Of Hypnotherapy In The Treatment Of Phobias* (En Red). Disponible En: [Http://Www.lmt.Co.11/Hypandphobias.Htm](http://www.lmt.co.il/hypandphobias.htm). 2002.
37. Rosa Alcázar Ana Isabel (1997). ***Una Revisión Cuantitativa De Los Tratamientos Psicológicos En La Fobia A Las Serpientes Y Arañas En Niños Y Adolescentes.*** Revista Electrónica De Motivación Y Emoción (España). Vol. 6 No.13 (En Red). Disponible En: [Http://Reme.Uji.Es/Articulos/Arosaa5580505103/Texto.Html](http://reme.uji.es/articulos/ariosaa5580505103/texto.html)
38. Rosewarne, Pamela (2004). ***Hypnosis And Smoking.*** Vol 32(1) pp. 86-102. Australian Society Of Hypnosis, Australia An: Peer Reviewed Journal: 2004-15062-006.
39. Sassaroli Sandra (2000) ***Miedos Y Fobias.*** Buenos Aires: Ed. Paidós.
40. Spanos, Nicholas P. (1996). ***High Hypnotizability And Dramatic Behaviors.*** (Pp. 29-39). Washington, Dc, Us: American Psychological Association. Xiii, 371 Pp. An: Chapter: 1996-98765-002.
41. Theoharis, Dimitra (2004). ***A Comprehensive Program Design Utilizing Hypnosis In The Treatment Of Obesity.*** Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences & Engineering. Vol 64(8-B), 2004,

4067. Us: Univ Microfilms International. An: Dissertation Abstract: 2004-99004-090.
42. Vargas Flores José De Jesús, Rodríguez García Francisco, Ibáñez Reyes E. Joselina, González Rivera Virginia, Y Ramírez Guerrero E.M. Maricela (1999). ***La Hipnosis, La Motivación Y El Género En El Control Del Dolor.*** Revista De Psicología De Iztacala (En Red) Disponible En: [Www.iztacala.Com.Mx](http://www.iztacala.com.mx).
43. William J, Goode (1977). ***Métodos De Investigación Social.*** México.: Trillas.
44. Wolberg, Lewis R. ***Hypnosis In Alcoholism.*** [References]. Wolberg, Lewis R. (1948). Medical Hypnosis. Volume I: The Principles Of Hypnotherapy. The Principles Of Hypnotherapy. (Pp. 323-342). New York City, Ny, Us: Grune & Stratton, Inc.. Xi, 449 Pp. An: Chapter: 2005-00644-017.
45. Yapko, Michel D (1990) ***Trancework: An Introduction To The Practice Of Clinical Hypnosis.*** E. U. A.: Ed. Brunner And Mazel.
46. Yapko, Michael D. (1998). ***Hypnosis And Depression.*** Handbook Of Clinical Hypnosis. (Pp. 339-355). Washington, Dc, Us: American Psychological Association. Xxv, 765 Pp. An: Chapter: 1998-06062-016.

47. Zor G.M. José (2002). El Comienzo De La Hipnosis (En Red). Disponible  
En: [Http://Www.Hipamap.Net/Informes/Info-Hip.Htm](http://Www.Hipamap.Net/Informes/Info-Hip.Htm).

# **ANEXO 1**

## **Entrevista Basada En El DSM-IV**

**Entrevista basada en el DSM IV de Criterios para el diagnóstico de  
fobia específica (DSM – IV, 1994. Pág. 420-421).**

Fecha:\_\_\_\_\_. Nombre: \_\_\_\_\_.

Edad:\_\_\_\_\_. Grado escolar:\_\_\_\_\_. Sexo:\_\_\_\_\_.

Nacionalidad:\_\_\_\_\_. Teléfono:\_\_\_\_\_.

1.- ¿Consideras que el temor que presentas es excesivo e irracional, y que es desencadenado por la presencia o anticipación de la araña o alguna situación en donde creas que puedes tener una confrontación?.

2.- ¿Cuándo llegas a encontrar una araña, provoca casi invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad?

3.- ¿Llegas a reconocer que tu miedo es excesivo e irracional en comparación con el peligro real que representa la araña?

4.- ¿Tratas de evitar situaciones en donde es probable que te topes con una araña o llegas a estar en la situación estás te sientes incómodo y ansioso porque en cualquier momento pueda suceder.

5.-¿Los comportamientos de evitación, de anticipación ansiosa o el malestar provocados por la situación temida interfieren acusadamente con tu rutina normal, con las relaciones laborales, escolares o sociales?

6.-¿Desde hace cuanto tiempo presentas estas molestias en relación con las arañas.

## **ANEXO 2**

# **Estímulos Visuales Para Las Diferentes Fases De La Investigación.**

Imagen De Araña Correspondiente Fase A



Imagen De Araña Correspondiente Fase **B**



Imagen De Araña Correspondiente A'



## **ANEXO 3**

# **Hoja De Registro De Los Niveles De Ansiedad Ante Los Diferentes Estímulos**

### Hoja de registro

Fecha:\_\_\_\_\_. Nombre: \_\_\_\_\_.

Edad:\_\_\_\_\_. Grado escolar:\_\_\_\_\_. Sexo:\_\_\_\_\_.

<b>Fase A</b>		<b>Nivel de ansiedad</b>
<b>Pre hipnótica</b>	Palabra araña	
	Imagen	
	Secuencia en computadora	
	Araña de plástico	
	Araña en vivo	

<b>Fase B</b>		<b>Nivel de ansiedad</b>
<b>Hipnótica</b>	Palabra araña	
	Imagen	
	Secuencia en computadora	
	Araña de plástico	
	Araña en vivo	

<b>Fase A´</b>		<b>Nivel de ansiedad</b>
<b>Post hipnótica</b>	Palabra araña	
	Imagen	
	Secuencia en computadora	
	Araña de plástico	
	Araña en vivo	

**ANEXO 4**

**Técnica De**

**Profundización Del**

**Estado Hipnótico De La**

**Escalera.**

Esta técnica es similar a la del ascensor, utilizando metáforas de profundización, aunque en este caso se le pide al sujeto que baje una serie de peldaños de una escalera. El número de peldaños también oscila entre 10 y 20. Al final de las escaleras suele pedírsele al paciente que se siente sobre una mecedora amplia, se relaje y, a partir de aquí, se suceden las situaciones que el terapeuta desee presentar (González Ordi, 1998, cit; Hernández, 2001). A continuación se presenta el guión que se utilizó para la profundización del trance hipnótico por medio de la técnica de la escalera.

Muy bien te encuentras tan relajada, tan tranquila, quiero que te imagines una escalera con 10 escalones, puedes verte en el décimo escalón con tu ropa mas cómoda muy segura de ti misma, muy bien voy a empezar a contar del 10 al 0 en cada numero te vas a imaginar descendiendo la escalera entrando en un sueño hipnótico cada vez más profundo y cuando llegue a 0 estarás tan profundamente dormida, tan tranquila y relajada, te sentirás cada vez mejor en un sueño hipnótico muy, muy profundo, tan profundo y tan placentero. A cada paso que das para descender, tu respiración se hace más y más tranquila. A cada paso te encuentras más y más abajo, en un trance cada vez más profundo. Desciendes lentamente, lentamente, más y más lento. Sientes que su corazón late suavemente, tu respiración se apacigua poco a poco. Tu cuerpo esta pesado, mas y más pesado. Sientes tranquilidad y bienestar, calma y bienestar. Te invade el sueño, el profundo relajamiento, estas entrando en un sueño cada vez mas y más profundo. A cada paso que descienes, sientes tu cuerpo tan pesado y cansado que cuando llegue al final de la escalera estarás en un sueño tan profundo, tan relajada.

Muy bien voy a empezar a contar bajaras en cada número un escalón entrando en un sueño cada vez mas profundo y relajada, tan calmada, tan tranquila, muy bien

10, calma y tranquilidad, bienestar y tranquilidad.

9, déjate llevar, estas entrando en un sueño hipnótico cada vez mas profundo.

8, sientes deseos de caer más y más en un sueño más y más profundo.

4, pesado y cansado, más y más cansado.

5, a cada paso que das te sientes cada vez más relajada, más tranquila y más seguro.

6, comienzas a entrar en un sueño muy profundo y muy placentero el profundo sueño.

7, es imposible mantenerse despierto.

8, te encuentras tan relajada tan tranquila, en un sueño hipnótico cada vez más y más profundo, tan profundo, cada vez más y más profundo.

9, más y más profundo y relajado.

10, ahora te encuentras en un sueño hipnótico tan profundo, tan profundo y tan tranquilo, en un profundo sueño, de bienestar y tranquilidad, calma y tranquilidad, déjate ir en un sueño de bienestar y tranquilidad.