



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES

“ Z A R A G O Z A ”

P S I C O L O G I A

**HIPNOSIS: SU HISTORIA Y APLICACIONES
CLINICAS COMO HERRAMIENTA TERAPEUTICA
DEL PSICOLOGO CLINICO**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGIA**

P R E S E N T A

MARIA DEL ROCIO MARGARITA CERVANTES JIMENEZ

MEXICO. D. F.

1987



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INDICE

	PAG.
CAPITULO I	
HISTORIA DE LA HIPNOSIS	
1.1. ASPECTOS GENERALES.....	1
1.2. LOS PODERES MAGNÉTICOS DEL HOMBRE.....	7
1.2.1. Emigración de Mesmer.....	8
1.2.2. El Tratamiento Mesmérico.....	11
1.3. La Comisión.....	12
1.4. Las Nuevas Ideas.....	17
1.5. Braid.....	21
1.6. La Escuela de Nancy y Salpetriere.....	24
1.7. La Era Moderna; el Siglo XX.....	29
CAPITULO II	
ASPECTOS TEORICOS DE LA HIPNOSIS	
2.1. ALGUNAS DEFINICIONES DE LA HIPNOSIS.....	34
2.2. TEORIAS DE LA HIPNOSIS.....	39
2.2.1. Teoría Atávica.....	40
2.2.2. Teoría del Sueño Modificado.....	41
2.2.3. Teoría del Condicionamiento.....	42
2.2.4. Teoría de Juego de Roles.....	42
2.2.5. Teoría de la Disociación.....	43
2.2.6. Teoría Pavloviana.....	44
2.2.7. Teoría Desarrollo-Interactivo.....	46
2.2.7.1. Propositiones, Desarrollo Men- tal (Proposición - D).....	48

II

2.2.7.2.	Proposición D - 2.....	48
2.2.7.3.	Proposición(D - 3, D - 4, D - 5).....	48
2.2.7.4.	Proposición D - 6.....	50
2.2.7.5.	Proposición D - 7.....	50
2.2.7.6.	Proposición Interacción - I.....	51
2.2.7.7.	Proposiciones I-1, I-2, I-3.....	51
2.2.7.8.	Proposición I-4.....	52
2.2.7.9.	Proposición I-5.....	53
2.2.7.10.	Proposición I-6.....	53
2.2.8.	Proposición del Estado Hipnótico.....	54
2.2.8.1.	Proposición E-1.....	54
2.2.8.2.	Proposición E-2, E-3, E-4.....	54
2.3.	CONSIDERACIONES TEORICAS DE DAVISON Y GOLEMAN.....	55
2.4.	UNA CONSIDERACION ACERCA DE LAS TEORIAS.....	57
2.5.	QUIENES SON HIPNOTIZABLES.....	58

CAPITULO III

TECNICAS DE LA HIPNOSIS

3.1.	TECNICAS DE LA HIPNOSIS.....	61
3.2.	CONSIDERACIONES PRELIMINARES.....	62
3.3.	NIVELES DEL TRANCE.....	69
3.4.	SISTEMAS DE PUNTAJES DE DAVISON Y HUSBAND PARA DETERMINAR LA SUSCEPTIBILIDAD.....	71
3.5.	TECNICAS GENERALES DE INDUCCION.....	75
3.5.1.	Generalidades de la Sugestión.....	76
3.5.2.	Ley de la Sugestión.....	76
3.6.	TECNICAS DE INDUCCION.....	77
3.6.1.	Prueba del Péndulo de Crevreul.....	77
3.6.2.	Prueba del peso del brazo.....	78
3.6.3.	Hipnoscopia.....	79

III

3.6.4.	La mano de Faraday	80
3.6.5.	Fijación de la Vista	80
3.6.6.	Método de Fijación de la Vista con Distracción	81
3.6.7.	Técnica de Relajación	82
3.6.8.	Técnica de los 80 segundos	82
3.6.9.	Técnica del Apretón de Manos	83
3.6.10.	Técnica de la Catalepsia Sorpresiva	84
3.6.11.	Técnica de la Moneda	85
3.7.	TECNICAS DE PROFUNDIZACION	86
3.7.1.	Técnicas de Profundización con Relajación	86
3.7.2.	Profundización por Pesadez del brazo	87
3.7.3.	Técnicas de Profundización por Catalepsia..	88
3.7.4.	Profundización por Rigidez	88
3.7.5.	Técnica de los Movimientos Automáticos.....	89
3.7.6.	Técnica de Imaginación Guiada	90
3.8.	DESPERTAR AL PACIENTE	91
3.9.	TECNICA COMPLETA DE HIPNOSIS	92
3.10.	TECNICA COMPLETA DE LOS 80 SEGUNDOS CON INDUCCION PROFUNDIZACION Y SALIDA DE LA INDUCCION	94
3.11.	TECNICA COMPLETA DE CONTEO	97
3.12.	TECNICA DEL APRETON DE MANOS DE TEITELBAUM	100
3.13.	TECNICAS ESPECIALES	103
3.13.1	Autohipnosis	103
3.13.2	Autohipnosis en Niños	105
3.13.3	Las Técnicas de Erickson.....	108

CAPITULO IV

APLICACIONES CLINICAS DE LA HIPNOSIS

4.1.	COMENTARIO INTRODUCTORIO	110
4.1.1.	Caso de un Niño que padecía convulsiones ..	111

IV

4.1.2.	Caso de la Sra. Emmy	111
4.1.3.	Un Caso de Neurofibromatosis	113
4.1.4.	Caso de Insomnio	113
4.2.	DESORDENES AUTOINDUCIDOS O ADICTIVOS	114
4.2.1.	Alcoholismo	114
4.2.2.	Tabaquismo	116
4.2.3.	Obesidad	121
4.3.	DESORDENES SOMATICOS	124
	ENFERMEDADES PSICOSOMATICAS	
4.3.1.	Asma	125
4.3.2.	Neurodermatitis	127
4.3.3.	Verrugas	128
4.3.4.	Cefáleas	128
4.3.5.	Enfermedad de Raynaud	129
	4.3.5.1. Tratamiento Médico	131
	4.3.5.2. Tratamiento Psicológico	131
	ENFERMEDADES DE ORIGEN ORGANICO	
4.3.6.	Cáncer	132
4.3.7.	Lupus Eritomatoso	135
4.3.8.	La Hipnosis en la Cirugía	138
4.3.9.	Problemas Neuromusculares	141
4.3.10.	Ictiosis	142
4.3.11.	Quemaduras	143
4.3.12.	Aumento de Volumen de las Glándulas Mama- rias	145
4.3.13.	Parto	146
4.3.14.	Ptialismo	148
4.4.	DESORDENES SEXUALES	148
4.4.1.	Exhibicionismo	152

4.5.	APLICACIONES GENERALES EN PSICOTERAPIA	154
4.5.1.	Fobias y Ansiedad	154
4.5.2.	Enuresis	157
4.5.3.	Sonambulismo	158
4.5.4.	Insomnio	159
4.5.5.	Tartamudez	162
4.5.6.	Depresión	164
4.6.	COMENTARIO FINAL	166
	CONCLUSIONES	167
	BIBLIOGRAFIA	172

INTRODUCCION

Dentro de la psicología contemporánea una de las razones que justifican éste trabajo es que para resolver los problemas de salud humana no sólo se cuenta con los procedimientos médicos tradicionales como es el caso de los tratamientos farmacológicos que a menudo se aplican a padecimientos de origen psicológico y que por consiguiente sus resultados no son satisfactorios, por ejemplo en los problemas de insomnio, cefaleas y estados de stress en los que la mayoría de las veces la "enfermedad" tiene un origen psicológico. Una interactuante que tiene mucho que ofrecer a la mejora de la salud es la psicología que cuenta con una variedad de técnicas psicoterapéuticas como el Análisis Experimental Aplicado, la Retroalimentación Biológica, el Psicoanálisis etc. Todas estas técnicas psicológicas han demostrado su efectividad en mayor o menor grado en el tratamiento de problemas emocionales, enfermedades psicósomáticas y aún en enfermedades de origen orgánico.

El presente trabajo intenta analizar una vía alternativa de manejo terapéutico, se tratará de juzgar que las técnicas hipnoterapéuticas ofrecen perspectivas positivas, que se han -- aprovechado poco en nuestro país. No obstante que resulta necesario continuar investigando mucho estos campos, la presente revisión bibliográfica intenta dar un primer peso a la valoración de la hipnosis como una psicoterapia para el manejo de problemas psicósomáticos y somáticos, cabe señalar que éste trabajo se limita a un enfoque psicológico y psicoterapéutico.

A través de la historia, las teorías y las aplicaciones de la hipnosis se intentará mostrar un cuadro aproximado de lo que es realmente la hipnosis, despojada de su investidura --

VII

mágica. Se intentará mostrar como la hipnosis no es más que un proceso psíquico explicable, real, común en nuestra vida cotidiana y una herramienta terapéutica más del psicólogo clínico - surgida del conocimiento psicológico, basada en las investigaciones y la experimentación clínica.

En éste trabajo se ha empleado el método de revisión-- bibliográfico de libros y artículos publicados en revistas especializadas en hipnosis, la aplicación de técnicas y resultados- en nuestro país no es muy frecuente. Hay que señalar que la mayoría de las publicaciones son extranjeras, principalmente de países anglosajones.

CAPITULO I HISTORIA DE LA HIPNOSIS

1.1 ASPECTOS GENERALES

Muchos fenómenos se han venido presentando desde hace miles de años, aunque el hombre no se diera cuenta de ellos o se presentaran cotidianamente. Al principio muchos fenómenos que observaba eran inexplicables para él y los atribuía a fuerzas o espíritus superiores. Esto sucedió en todas las culturas, países, y regiones del mundo; pero poco a poco, paso a paso a través de la observación, de la experimentación, del método científico y su principal característica; la autocorrección, a través de la confirmación y corrección de sus hipótesis y teorías el hombre ha ido desentrañando algunos de los secretos de la naturaleza haciendo a un lado las explicaciones místicas y sobrenaturales. Lo mismo ha sucedido con la hipnosis, éste estado ha sido asociado con la religión y la práctica mística, la hipnosis se originó en la magia, en la misma forma que la quimica surgió de la alquimia y la astronomía de la astrología.

La práctica de la hipnosis la podemos encontrar en culturas como la egipcia, griega, romana, caldea, babilónica, persa, hindú y china. Las ceremonias esotérico-religiosas han pasado de padres a hijos, se pueden observar métodos y técnicas específicas de hipnosis en ritos mágicos, pinturas y esculturas prehistóricas y de la antigüedad. En parte lo que conocemos como hipnosis fue retrasado por su empleo con fines ocultos, conservándose como secreto de los sacerdotes, gobernantes, cabalistas, talmutistas, yogas, faquires, etc.

En la cultura egipcia la hipnosis se practicó en los templos de dos formas distintas, una para la clase baja y otra aplicada a las clases altas; en la primera se aplicaban prácticas mágicas que eran más bien maniobras sugestivas, en los papiros se habla ya de la imposición de manos, mientras en la segunda clase, la clase alta, se practicaba la hipnosis en una forma más individual, ejerciendo una acción terapéutica en la que se modificaban los estados de conciencia del individuo por medios psíquicos y en un escenario propicio. En representaciones artísticas del culto a los dioses aparecen personajes en actitud de estar hipnotizando a un paciente. En los templos egipcios del sueño fue donde se sugerían las curas ultraterrenales para los que sufrían; estos templos se hicieron tan populares que se esparcieron a través de Grecia y Asia Menor.

En la cultura griega y romana la palabra tenía un po-

der curativo, como se ha manifestado en la Iliada, para colaborar en la curación, y tanto en la medicina sagrada como en los cultos pueden encontrarse numerosos fenómenos, no simples sugerencias, sino verdaderas hipnosis, en las que producían verdaderas reducciones del campo de la conciencia. Los griegos - - practicaron la sugestión heredada de los egipcios y en sus santuarios las curaciones eran cotidianas, la hipnosis, asimismo - fue de bastante importancia para la práctica adivinatoria (Montserrát V; 1978).

Los hechiceros iraquíes hipnotizan a los enfermos graves diciendo "Oh Dios de la vida, salva a éste héroe cuya fiel esposa está implorando por su cuerpo enfermo"; mientras utilizan un espejo para reflejar la luz en la cara del paciente. Los iraquíes además usan en estas ceremonias campanas, pipas, máscaras, instrumentos mágicos, invocaciones, etc.

En las culturas hindúes los fenómenos hipnóticos y sugestivos son aceptados, favorecidos y utilizados en grado mucho mayor que entre nosotros e incluso como ocurre con los sacerdotes hindúes y tibetanos son objeto de prácticas docentes para alcanzar un estado de mayor perfección y de más intensidad en las vivencias religiosas. Los hindus practicaban la autoconstrucción hasta lograr la autohipnosis una práctica corriente de los faquires. La técnica empleada es la concentración de la mirada y la atención en la punta de la nariz al mismo tiempo que retienen y controlan su ritmo respiratorio o el mirar un punto fijo - mientras rítmica y constantemente hacen sonar un pequeño tambor (Montserrát, V, 1978).

En el tálmod se menciona la hipnosis en relación con ciertas lagartijas, escorpiones y serpientes para protegerse de estos animales venenosos. La transformación de una vara en serpiente, de las que se encuentran varias descripciones en la Biblia, se ha atribuido a fenómenos catalépticos producidos en tales animales, un golpe repentino o la presión ejercida en la nuca de la cobra, cuando está enderezándose, es suficiente para ponerla en un estado hipnótico de inhibición reactiva, en estos momentos se puede hacer que adopte una postura rígida de manera que parezca un palo o bastón. Desde la antigüedad la serpiente ha sido considerada como una criatura sagrada en relación con los métodos de curación y procesos mágicos de encantamiento. El bastón de Esculapio con una serpiente enroscada, símbolo del médico, es bien conocido; pero existe también el bastón de Hermes o Mercurio, el cual tiene una serpiente a cada lado que fijan su mirada entre sí. En la Odisea se comenta que éste bastón tenía poderes mágicos y con su ayuda, mediante ciertos movimientos se podía fácilmente dormir a los hombres y a los animales y luego despertarlos. (Hartland, 1971).

En la Edad Media la práctica mágica, la que se supone

es fundamentalmente sugestiva, aunque esto era desconocido por sus autores, se extendió bastante, basta recordar el florecimiento de adivinos, la creencia en el mal de ojo y el gran problema de la brujería que dominó durante siglos enteros y constituyó una de las partes más oscuras de la humanidad. Los síntomas que padecían estas personas eran provocados por la histeria o por la autosugestión, mecanismos reforzados por la acción cultural y por los perseguidores que les atribuían poderes diabólicos; como un factor adicional que aumentaba el efecto de la sugestión, estaban las eventuales aplicaciones de pomadas o ingestas de drogas que podían producir fenómenos alucinatorios. Si observamos los estigmas diabólicos de las brujas veremos que son modificaciones corporales mediante la hipnosis o que pueden aparecer espontáneamente en la histeria (Montserrat, 1978).

En esta época se pensaba que las curaciones milagrosas eran efectuadas por las estatuas milagrosas, arroyos curativos, fragmentados de la cruz y de huesos de santos. Muchas de las curas hechas por santos se deben probablemente a la hipnosis (Hartlan, 1974). Muchas religiones incorporaron a su práctica la curación mediante la imposición de manos y la plegaria; durante la edad media a la imposición de manos se le dió una connotación real, ya varios monarcas de Inglaterra y Francia desde el siglo quinto hasta el diecinueve se les atribuyó el poseer cierto poder de cura por la imposición de manos, a esto se le conoce como el "Toque del mal del Rey" o "el toque real"; éste método fue instituido en Inglaterra por Eduardo el confesor y en Francia por Francisco I (Kroger W, 1974; Hartland, J. 1974; Montserrat, 1978). Entre estos monarcas estaba Jaime I de Inglaterra de quien se decía por su toque santificado una tripulación completa fue curada. Una vez que Eduardo el confesor introdujo el toque real permaneció como parte oficial de la ceremonia de la iglesia hasta principios del siglo XVIII, el rey tocaba al paciente pero Dios era quien lo curaba.

Entre algunos de los médicos medievales más famosos está el italiano Geronymo Cardona (1501-1576) quien además de ser médico, filósofo y matemático podía ponerse en un estado de trance inconsciente semejante al sueño, fijando su mirada durante un tiempo prolongado sobre un objeto brillante.

Phillipus Aureolus Theophrastus Bombastus Paracelsus (1493-1541) llamó a su método curativo "curación por simpatía magnética" y buscaba la fuerza de la vida en el material magnético inherente a los cuerpos humanos y animales al cual designó "mumra". De acuerdo con sus teorías el hombre forma parte del macrocosmos, el universo como un todo y así, aún su propio microcosmos está en cualquier momento controlado por el "magnetismo sideral", es decir, por influencias que emanan de las estrellas. El "Mumra" que está escondido en el cuerpo humano no actúa como un "magneto del microcosmos" y atrae del caos un

versal diversas enfermedades así como del cosmos atrae rayos magnéticos curativos. Paracelsus describió a unos monjes de un monasterio que curaban a los enfermos de las áreas vecinas dejándolos fijar su mirada sobre una bola de cristal hasta que se dormían. También se interesó mucho en la conducta de los "lunáticos", así como en el sonambulismo espontáneo o inducido artificialmente; Paracelsus muestra un ejemplo del sonambulismo; la encargada de una taberna había acusado a sus sirvientes durante muchos meses de que le robaban sus ingresos diarios, un día encontró sangre en sus sábanas y en la mesa, donde también había pedazos de vidrio, entonces descubrió que su segundo yo, como sonámbula hurtaba su propio dinero, el cual su yo original encontró más tarde escondido intacto en el tejado. El yo original no podía recordar nada de esta actividad. Paracelsus también describió como aprendices de herreros se vengaron de un compañero pendenciero; mientras dormía reflejaban con un espejo la luz de una vela sobre sus párpados, incitándolo a seguir dormido; pero que se levantará y siguiera la luz, llevaron así a su compañero descalzo al patio lodoso, donde le despertaron con carcajadas (Volgyesi F. 1978).

Agrippa, Heinrich Cornelius de Nettesheim (1486-1535), describió en su trabajo "filosofía oculta" un sistema mágico, en éste mezcló las enseñanzas de la Iglesia con nociones neoplatónicas y místicas, aunque él era médico en jefe de la corte de Francisco I y Luis de Saboya, fue apresado de 1530 a 1531 por conjurar y hechizar a hombres y animales, también fue acusado por su segundo trabajo "La incertidumbre y la ineffectividad de las creencias", fue puesto en libertad porque durante su estancia en la prisión había efectuado con éxito curaciones por medios magnéticos, es decir actividad hipnótica, Agrippa no sólo se burlaba irónicamente de la creencia del siglo XVI sino que fue quien esclareció más la verdadera naturaleza del hipnotismo y sus incontables fenómenos así como los procedimientos asociados a él. Agrippa afirmaba que las emociones fluctuantes de la psique originadas en la fantasía no sólo influyen en nuestro cuerpo sino también tienen un efecto intenso sobre otros, dado que las fluctuaciones son suficientemente fuertes, de tal modo que pueden producir la curación de otro o inducirle enfermedades mentales y psíquicas; una psique superior bendecida por una imaginación vivida puede producir tanto salud como enfermedad en su propio cuerpo o en el de otro. Con respecto al hechizamiento y la fascinación estableció claramente: "tal como un hombre quien ha reforzado grandemente su psique en sus poderes naturales y en la gracia celestial, puede cautivar almas más débiles y convertirlas en sirvientes obedientes y admiradores, en la misma forma puede reducirlos a la esclavitud y a la enfermedad; pero también inducirlos hacia la autoseguridad, confianza, amor, respeto, temor, terror, docilidad y convicción. La

escencia de tal poder de encantamiento está arraigada en el deseo poderoso e inadvertido de la psique de obtener tales fines con la ayuda del cielo.

Kircher padre jesuita realizó varios experimentos de hipnosis con animales, en 1646 publicó un libro titulado "experimentos asombrosos del Padre Kircher sobre el hechizamiento de aves de corral". Kircher colocaba una gallina oprimiéndola contra el piso posteriormente trazaba una línea del pico en línea recta o zig zag y el animal se mantenía en esa posición inmóvil e inmóvil, de acuerdo con las ideas de su tiempo pensaba que en sus experimentos se ejercían maravillosos efectos magnéticos. En Francia los escolares se divertían con cierto juego para molestar a los granjeros, ellos hechizaban los pavos de la granja, después de capturar las aves les metían la cabeza bajo sus alas y las mecían varias veces, los pavos quedaban inmóviles por un buen rato pareciendo estar muertos. Los experimentos de Kircher fueron de interés desde un principio para quienes estudiaban los problemas psicológicos y los experimentos adquirirían significado especial para la fase de desarrollo de la psicología (Volguyesi, 1978).

A Kircher no se le tomó realmente en cuenta pues sus principios y creencias eran muy incompletas. Posteriormente de gran importancia para la influencia sobre Mesmer fueron el padre jesuita y famoso astrónomo Maximiliano Hell profesor de la Universidad de Viena (1720-1792) y el padre Johann Gassner (1727-1779) ordenado sacerdote católico en 1750. Estos dos personajes curaron las dolencias físicas usando varias prácticas que ya habían existido varios siglos antes.

Gassner comenzó como un oscuro cura católico afamado por un breve período por la práctica catártica como medio de tratamiento para las enfermedades, su cura catártica consistía en el derecho de exorcismo de la iglesia católica, mientras la aproximación de Hell se basaba en la creencia de que el cuerpo humano tenía propiedades magnéticas y que el magnetismo podía ser la cura de las enfermedades, Mesmer mezcló estas dos posiciones.

Gassner padeció algunos desórdenes psicósomáticos, severos dolores de cabeza, mareos y otros disturbios agrabados cuando desempeñó las obligaciones del sacerdocio, al decir la misa, escuchar confesiones y predicar, Gassner llegó a sospechar de la intervención del diablo. Los métodos de curación de Gassner por exorcismo mostraron una remarcada similitud con los métodos de Mesmer, vestía una túnica roja, a la vez que se hacía rodear por nubes de incienso. Su exorcismo se efectuaba mediante crisis convulsivas, colocaba al paciente de rodillas ante él, le preguntaba su nombre y le pedía describir su enfermedad. Habiendo averiguado que el paciente tenía completa fe-

en Jesús, precondition necesaria y esencial para el éxito del tratamiento, Gassner acordaba con el paciente que cualquier cosa que él ordenara tenía que suceder, habiendo obtenido el consentimiento Gassner pronunciaba en latín las siguientes palabras: "Si existe cualquier cosa sobrenatural o inexplicable ordeno en el nombre de Jesús que se manifieste inmediatamente". El paciente experimentaba convulsiones bastante severas, lo cual era prueba para Gassner que la enfermedad se debía a espíritus malignos. Gassner demostraba su poder sobre esas fuerzas malignas dirigiendo las convulsiones a varias partes del cuerpo, habiendo dominado la presencia del diablo terminaba el tratamiento, sacándolo del cuerpo por las yemas de los dedos o por los dedos de los pies. En una ocasión un contemporáneo de Gassner el Abad Burgeoir preguntó a uno de los pacientes de Gassner, una monja que había sido exorcizada, si había experimentado dolor; ella contestó que tenía solo un recuerdo vago de lo que había sucedido y que no sufrió (Elleberg, 1970).

La otra vieja creencia que influiría en Mesmer fue la de los poderes curativos del imán. El uso de anillos magnéticos en el cuello y los brazos, de talismanes y de cajas magnéticas fueron de uso común para curar enfermedades, gradualmente se fueron desarrollando teorías para explicar los efectos del magnetismo; se razonó que si el magnetismo podía curar debía ser porque el cuerpo humano tenía propiedades magnéticas. Uno de los más notables investigadores en esa área fue el padre Hell, él creyó que las curas más eficaces por medios magnéticos podían obtenerse por placas metálicas magnéticas que eran hechas para ser colocadas apropiadamente cerca de la parte enferma del cuerpo; esto es, en lugar de utilizar la vara "mágica", fijaba imanes de acero en las partes afectadas como los riñones, el estómago, el corazón, los pulmones etc., logrando un porcentaje de éxito en el 60 al 70% de sus pacientes. Hell se estableció en Viena en 1774 siendo nombrado profesor de astronomía. Mesmer conoció a Hell y le pidió que hiciera varias placas para ser aplicadas en diferentes partes del cuerpo, inmediatamente después Mesmer empezó a tratar a sus pacientes por medios magnéticos, ante esta situación se desarrolló una disputa con Hell quien afirmaba que Mesmer había robado sus descubrimientos y trabajos, decía que él había hecho una mejor investigación, aseguraba que la confección de sus imanes adaptados al cuerpo de manera que coincidieran con el vértice magnético obtenían el éxito no logrado en otros lugares donde se experimentaba, como en Inglaterra, Alemania y Francia a causa de sus imanes poco perfeccionados. En defensa de su posición Mesmer procedió a demostrar que los imanes por sí solos no tenían efectos. Para demostrar que los imanes no eran el elemento crucial en la cura, demostró que casi cualquier otro metal, papel, lana, seda, vidrio y agua podrían conducir la fuerza magnética. Estas doctrinas magnéticas ortodoxas sobre la creencia de las fuerzas magnéticas generales y en los efectos curativos

de las crisis forman los principios de la posterior práctica de Mesmer. Como se ve las ideas de Mesmer no fueron nada nuevas; pero modificó y proporcionó las dos teorías juntas (Harland, 1971).

1.2 LOS PODERES MAGENTICOS DEL HOMBRE

La hipnosis no había podido expandirse y no se tenía un conocimiento ni siquiera aproximado de estos fenómenos, atribuyéndolos siempre a fenómenos sobrenaturales. No fue sino hasta los tiempos de Franz Antón Mesmer (1733-1815) cuando se mostró un gran interés y se intentó dar una explicación natural a los fenómenos hipnóticos. Franz Antón Mesmer nació en Viena hijo de un cazador de la corte, su padre había decidido que Mesmer sería teólogo. En una ocasión observó como un árbol al caer le fracturó la pierna a un leñador, en éste incidente el joven Mesmer se percató de que al acercarse al hombre herido, cuyo músculo sangraba profundamente, la hemorragia se suspendía y que inmediatamente que se retiraba comenzaba de nuevo con mayor intensidad, la hemorragia cesaba tan pronto pasaba su mano sobre la herida. Desde entonces comenzó a preocuparse por fenómenos similares (Volgyesi, 1978).

Mesmer se recibió de médico en 1766 en la Facultad de Viena, para recibirse presentó una tesis titulada; "la influencia de los planetas" (De Planetarum Influxus) que según Gorsky y Gorsky (1981) fue un plagio de los trabajos de un tal Ricardo Mead, originalmente publicado en 1704 y traducido al inglés en 1748, se tituló "Un tratado relacionado a la influencia del sol y la luna sobre los cuerpos humanos y las enfermedades". El trabajo de Mead refleja la influencia de Isaac Newton y es un estudio prestigiado el cual intenta usar leyes naturales para explicar la función de sistemas vivos de una manera racional. En trabajos vagos y confusos Mesmer añadió a las teorías de Mead la idea de una gravitación animal, una idea que él más tarde agrandaría hasta desarrollar su teoría del magnetismo animal.

La noción de que los planetas ejercían un influjo en la vida del hombre y los descubrimientos de la ciencia de su tiempo que había descubierto recientemente ciertas fuerzas invisibles como la gravedad y la electricidad influenciaron en gran medida el pensamiento de Mesmer, estas fuerzas parecían no menos mágicas y no menos naturales que sus teorías. Mesmer desarrolló la hipótesis de que las dos mitades del cuerpo humano actuaban como el polo de una clase de magneto animado.

En su trabajo de tesis planteaba su teoría donde postulaba que existía un fluido universal, una especie de gas invisible e impalpable dentro del cual todos los cuerpos estaban inmersos, el fluido tenía propiedades como las de un magneto y

podía ser retirado por la voluntad humana de un punto y concentrado en otro (Nolberg L. 1948). Si el fluido era bloqueado, resultaba una enfermedad; pero si el fluido era redirigido convenientemente, la cura se realizaba. Creía que las enfermedades resultaban cuando el flujo y reflujo normal del fluido -- eran interrumpidos, por tanto creyó que la salud podía restaurarse produciendo en el paciente crisis convulsivas, el bloqueo entonces se eliminaba y el fluido actuaba adecuadamente, el sujeto estaría nuevamente en armonía con la naturaleza y así se curaría. Por tanto la salud se alcanzaba por el establecimiento armónico de los fluidos magnéticos, sustancia a la cual Mesmer llamó Magnetismo Animal; Volgyesi (1972) aclara que el término magnetismo animal debe aplicarse a todas las criaturas que respiran pues la palabra animal viene del latín "animus" -- que significa respiración.

Inicialmente Mesmer pensó controlar las fuerzas del fluido por el uso de magnetos los que aplicaba al paciente directamente sobre el cuerpo o haciendo pases. Así fue como empezó a tratar a sus primeros pacientes. Fraulein Osterline -- fue uno de ellos, tenía 29 años y sufría un mal convulsivo, -- acompañado de otros síntomas como severos dolores de dientes u oídos, delirios, vómito, agresividad y desmayos. Mesmer intentó modificar su incidencia por medio de un conjunto de placas magnéticas que al establecer una corriente magnética dentro -- del cuerpo alteraría la condición del paciente; cuando Mesmer -- observó que los ataques disminuían, le dió a tomar una preparación que contenía hierro y posteriormente puso imanes en su estómago y en sus piernas. El sujeto experimentó sensaciones -- extrañas, sintió dentro de él corrientes dolorosas que caminaban -- hacia las partes bajas del cuerpo produciéndole crisis convulsivas a las que Mesmer denominó benéficas. y así Mesmer consideró a estas "crisis benéficas" como causa de la cura (Shehan, P. 1976).

Posteriormente surgió en Mesmer la creencia de que el magnetismo animal podía ser almacenado en botellas, esto es podía ser transferido a un objeto animado o inanimado el cual poseería poderes mesméricos (magnéticos). El magnetismo animal podría ser controlado a voluntad humana por lo que él poseía -- ese magnetismo y lo podría controlar. De esta manera el magnetismo fluía de las manos del operador directamente hacia el interior del paciente, Mesmer creía que éste extraño fluido -- podía ser reflejado por espejos y que también podía ser visto. Se suponía que los sujetos podían observar fluyendo de los -- ojos y manos del magnetizador tal fuerza (Wolberg L., 1948 ; Hull C., 1935).

1.2.1 Mesmer Emigra

Mesmer tuvo mucho éxito en Viena y de pronto se vió se

guido por una multitud de individuos que buscaban su ayuda; pero empezó al mismo tiempo a tener serios problemas con sus colegas médicos por lo que se vió en la necesidad de emigrar a París en 1778 y permaneció allí por más de 7 años. Se estableció y rápidamente buscó colaboradores para publicar su teoría en la forma de 27 proposiciones. Estas sonarán raras hoy día y tienen de hecho muy poca o ninguna relación con el hipnotismo como ahora lo conocemos. Hull (1933) enumera algunas de ellas en su libro para que podamos constatar lo lejano de la teoría de Mesmer con lo que ahora se considera acerca del hipnotismo. Algunas de las proposiciones de Mesmer fueron las siguientes:

- a) Existe una influencia responsiva entre los cuerpos celestiales, la tierra y los cuerpos animales.
- b) Un fluido universal difundido y continuo no admite vacío, éste fluido es muy sutil y susceptible de ser recibido, propagado y se relaciona a todo disturbio motor.
- c) Es una acción recíproca sujeta a leyes mecánicas con las cuales aún no estamos familiarizados.
- ch) Sus efectos resultan de una acción que puede considerarse como un flujo o reflujo.
- d) El reflujo es más o menos general, más o menos especial, más o menos compuesto, de acuerdo a la naturaleza de las causas que lo determinan....
- e) Sus propiedades son análogas a las de un magneto, particularmente en el cuerpo humano, en el cual podemos distinguir polos opuestos y diferentes, estos pueden comunicarse, destruirse y reforzarse.
- g) La experimentación demuestra que existe una materia lo suficientemente fina para penetrar todos los cuerpos sin ninguna pérdida considerable de energía.
- h) Su acción toma lugar a distancia remota sin la ayuda o intervención de ninguna sustancia intermedia.
- i) Como la luz, puede ser aumentado y reflejado por medio de espejos.
- j) Se comunica, propaga e incrementa por medio del sonido.
- k) Esta esencia magnética puede almacenarse, concentrarse y transportarse....

- l) Estos hechos muestran, de acuerdo a las reglas prácticas - que estoy estableciendo que estos principios curan enfermedades nerviosas y de otros tipos.
- n) El médico puede usar esta fuerza para proporcionar una mejor ayuda, provocando y dirigiendo las crisis curativas, - logrando un control completo de estas.
- r) Finalmente esta doctrina capacitará al médico para resolver la salud de cada individuo y para detectar la presencia de las enfermedades a las que puede estar expuesto el paciente. Así el arte de la cura puede producirse con absoluta perfección.

Durante su estancia en París Mesmer se hizo merecedor de una gran fama por toda Europa. La fama ganada en Francia -- puede atribuirse a su personalidad dominante, a la naturaleza del fenómeno que trataba a los factores sociales por los que pasaba Francia y el mundo en ese momento; se sentaban las bases para la revolución francesa y la aparición de Napoleón. En ese momento en Francia y en otras partes del mundo existían ciertos rasgos los cuales hacían un ambiente favorable para las doctrinas magnéticas; surgieron importantes ideas científicas - en éste período. Las ideas de Newton sobre la gravedad ignoradas por la ciencia francesa fueron dadas a conocer a través de los esfuerzos de Voltaire. El descubrimiento de la electricidad por Benjamin Franklin hizo populares las demostraciones públicas. Los globos de helio de los hermanos Charlieri y Montgolfiere. Lavoisier también participó en estas demostraciones públicas al comprobar que el agua estaba compuesta por dos elementos; hasta entonces se consideraba que estaba compuesta por 4 elementos. Todos estos descubrimientos incrementaron la confianza del público en las fuerzas del magnetismo animal. Los descubrimientos científicos se convirtieron en fuerzas invisibles que el hombre podía aprovechar y que influenciaban la vida humana (Danton, 1968). Estos eventos sucedían cuando se enfatizaba la razón en oposición a la superstición y la tradición, el proceso fue acelerado por la ciencia al demostrar que podía aprovechar las fuerzas invisibles. Las fuerzas invisibles habían sido monopolio de la iglesia la cual nunca fue capaz de dominarlas, declaraba sólo que las conocía mejor que otros y -- que podía negociar la intervención divina sin ninguna garantía de éxito. En éste período la iglesia sufría el deterioro de la credibilidad debido a las innovaciones científicas. Por estas razones Gassner y Hell fueron olvidados debido a que sus teorías se basaban en premisas religiosas, mientras Mesmer -- recibía reconocimiento.

Se demostró que la electricidad (una fuerza invisible) podía ser controlada y que el helio podía elevar un globo por-

tanto era totalmente razonable creer que una fuerza magnética - animal podía existir y ser capaz de curar enfermedades físicas.

Mesmer intentaba demostrar la validez de sus teorías - por medio de las indudables curas que realizaba; pero esto tan solo ilustra que el éxito de una terapia no demuestra necesariamente la teoría que la sustenta. (Hartland, 1971).

1.2.2 El Tratamiento Mesmérico

Inicialmente los tratamientos de Mesmer eran individuales; pero ante el rápido crecimiento de la población de pacientes, a los pocos años de haber llegado a París, tuvo la necesidad de desarrollar un tratamiento mediante métodos de grupo, - para tal fin inventó entre otros el Baquet de grupo. Rápidamente compró un hotel llamado Bultron e instaló 4 tinas (baquets), una de ellas era para los pobres y el tratamiento era gratuito. Mesmer entraba al cuarto vestido extravagantemente, aparecía en una túnica de seda morada y algunas veces llevaba una varita. El cuarto tenía gruesas alfombras y cortinas, música suave y luz tenue (Gorsky y Gorsky, 1981; Davison y Neals, 1968; Wolberg L. 1948).

Los métodos de Mesmer sobre la magnetización usando la tina (Baquet), son de interés no solamente por el fenómeno, sino por las conductas que se dan ahí y que no fueron reconocidas sino hasta mucho tiempo después. El baquet era un barril de encino de 12 a 18 pulgadas de altura, de tamaño suficiente para que unas 30 personas se pudieran sentar alrededor, en el fondo de la tina yacían vidrios y botellas con limadura de hierro. La tina tenía una tapa con agujeros, de los hoyos sobresalían varillas metálicas móviles, colocadas de tal forma que fuesen aplicables a diferentes partes del cuerpo. Los pacientes se sentaban alrededor de la tina en varias hileras, los de la primera hilera estaban en contacto directo con la tina por medio de las varillas metálicas, para transferir la fuerza a todo el grupo, los pacientes se conectaban unos a otros por medio de cordones colocados alrededor de sus cuerpos y tomándose unos a otros por los dedos índice y pulgar. Puesto que las proposiciones i y j de las declaraciones de Mesmer de 1779, establecían que el magnetismo podía ser transmitido y aumentado por espejos y sonido, los espejos estaban estratégicamente colocados alrededor del cuarto y la suave música la hacían instrumentos de aire, un piano y una armónica. Los pacientes yacían sentados en silencio, este procedimiento en ocasiones era suficiente para producir una crisis en alguno de ellos y posteriormente eran llevados a un cuarto adjunto acolchonado donde podían convulsionarse sin dañarse.

Para otros la aproximación de Mesmer y de sus asisten

tes era necesaria para que las crisis se manifestaran por sí mismas. Mesmer los tocaba en las partes deseadas con su vara, los podía magnetizar por la fijación de la vista o por medio de otros métodos muy controvertidos, como masajes en la zona hipofisaria u ovárica. Algunas mujeres jóvenes seguían a Mesmer a través del salón, decían que eran fuertemente atraídas por su magnetismo.

Cuando la tina para los pobres fue insuficiente con respecto a la demanda existente, Mesmer introdujo la magnetización de los árboles para el uso colectivo, (Shehan, 1976).

1.3 LA COMISION

Desde su llegada a París Mesmer buscó obtener el reconocimiento científico oficial de las Sociedades Médicas; (de la Academia de Ciencias, de la Sociedad Real de Medicina y de la Facultad de Medicina) pero en todas fracasó.

En busca de ser reconocido, Mesmer creó junto con algunos de sus pacientes ricos, un plan en el que desarrolló un curso sobre los principios y prácticas del magnetismo animal donde revelaría los secretos de sus descubrimientos, en este curso cada estudiante tenía que pagar 2400 libras. Con este dinero desarrolló una serie de sociedades magnéticas, primero en París y más tarde en todas las provincias de Francia. Estas sociedades se denominaron "Armonía" y florecieron rápidamente; se piensa que varios de estos grupos se convirtieron en grupos revolucionarios durante la revolución francesa. Las actividades de estos grupos fueron el factor decisivo para el rey de Francia en 1784 para instituir las comisiones que investigarían el magnetismo animal. Se pensaría que la monarquía francesa sólo lo quería averiguar la verdad dentro del debate científico; pero existe un reporte secreto de la policía francesa donde se dice que algunos magnetistas introducían políticas radicales en sus discursos públicos. Esta parece haber sido la causa principal del interés oficial (Darnot, 1968).

El 12 de marzo de 1784 el rey de Francia nombró las comisiones investigadoras del magnetismo animal. La principal de ellas estaba formada por 9 miembros, 5 de la Academia de Ciencias y Representantes Médicos de la Facultad de Medicina. El grupo de la Academia de Ciencias fue representado por algunos de los científicos más distinguidos de este período histórico; Benjamín Franklin quien era embajador de Francia, Lavoisier, Bailly (astrónomo), Leroy (Director de la Academia) y De Bony quien murió poco después de iniciar la investigación. Los representantes médicos fueron Majault, Sallin, D'Arcet y Guillo-tin; el famoso inventor del eficaz aparato para decapitar, tan popular en la Revolución Francesa y del cual él mismo fue víctima. La segunda comisión fue seleccionada de la sociedad Real de Medicina quien realizó sus investigaciones casi al mismo

tiempo que la primera comisión. Ambas comisiones mostraron sus conclusiones 5 meses después de iniciar sus trabajos (Shehan, - 1976)

El objetivo que planteó la comisión investigadora fue: "investigar la existencia y utilidad del magnetismo", poniendo especial énfasis en su existencia, se hizo el programa experimental el cual se basó en 4 puntos principales:

- a) El efecto del magnetismo en ellos mismos.
- b) Estudiar el magnetismo en otros, (con 14 personas enfermas).
- c) Examinar el fenómeno magnético. Esto lo hicieron observando a Jumelin quien producía efectos idénticos a los de Mesmer; pero no distinguía los polos magnéticos en el cuerpo humano.
- d) Usar gente con los ojos vendados de tal manera que no se dieran cuenta de que habían sido magnetizados.

En la fase inicial se investigó, si la tina contenía propiedades eléctricas y/o magnéticas, por medio de un electro metro, llegando a concluir que la tina no tenía ninguna propiedad.

Los primeros tres puntos de observación se realizaron principalmente, en observaciones naturalistas bajo condiciones de control pobre. Desde aquí se convencieron de que el principal ingrediente en la práctica magnética era la imaginación, sin embargo no pudieron repetir estos primeros estudios.

Los experimentos de mayor importancia fueron los del punto d realizados con sujetos con los ojos vendados, el propósito de este grupo era examinar el efecto del magnetismo en sujetos que no sabían que habían sido magnetizados o que no sabían cual era la supuesta fuente magnetizada. Se usaron los sujetos de Deslón, que predeterminadamente eran susceptibles al magnetismo. Una gran parte de los estudios de los comisionados se basó en la observación hecha a Charles Deslón cuyos principios y práctica era la misma de Mesmer (Bramwell, 1930).

Los comisionados se sorprendieron cuando se dieron cuenta de que las crisis no ocurrían a menos que los sujetos supieran que estaban siendo mesmerizados. En los experimentos realizados al observar a Jumelin se dieron cuenta de los siguientes hechos; una mujer quien era muy sensitiva sintió calor cuando se aproximaba la mano de Jumelin a su cuerpo, luego se le vendaron los ojos, y se le informó que sería magnetizada y experimentó la misma sensación; pero cuando fue magnetizada -

sin ser informada de ello no experimentó nada. Muchos otros pacientes fueron afectados fuertemente cuando no fueron magnetizados y no experimentaron nada cuando se efectuó la magnetización (Mull, 1933). Se efectuaron otros experimentos de suma importancia para la comisión, tales experimentos se efectuaron con Deslón; se ponían a los sujetos con los ojos vendados ante diferentes árboles, uno de los cuales había sido previamente magnetizado, o se les hacía beber de diferentes tazas de agua de las cuales solo una había sido magnetizada. Los sujetos frecuentemente padecían crisis mesméricas cuando estaban de pie ante el árbol equivocado o bebían agua totalmente natural; ante esto Delson trató de explicar diciendo que todos los árboles del jardín, debido a su naturaleza habían participado en los efectos magnéticos que sucedieron (Bramwell, J. 1930).

Los comisionados no se impresionaron por la explicación de Delson e insistieron en que las crisis mesméricas sucedían porque los sujetos creían que estaban frente a un árbol magnetizado. La clave del mesmerismo parecía ser el poder de la imaginación. Otra explicación ofrecida al fenómeno fue la compresión; ciertos pases mesméricos que incluían la aplicación de las manos sobre el estómago, servían para irritar y comprimir el estómago, el diafragma y el útero, lo que daba algunas crisis. De la presión sobre el diafragma se originaban los suspiros, la furia y la expresión de alegría; el cólico y el desmayo podían resultar de la compresión de las víceras del bajo vientre en combinación con la imaginación. La imaginación después de todo era lo fundamental en el mesmerismo.

Ante tales condiciones la comisión no tuvo alternativa y tomó la decisión de declarar en contra de la existencia del magnetismo animal como una fuerza física. No se le dió la importancia que merecía al fenómeno psicológico, sólo importaba la demostración observable, la cual no encontraron y en consecuencia la primera comisión se vió obligada a decir que: habiendo demostrado finalmente mediante experimentación, que la imaginación sin magnetismo produce convulsiones, y que el magnetismo sin la imaginación no produce nada, se ha llegado a la conclusión con respecto a la existencia y utilidad del fluido animal, que tal fluido no existe y por tanto no puede ser útil y que los efectos observados en pacientes bajo tratamiento público se deben al contacto, a la excitación de la imaginación y a la imitación mecánica que involuntariamente nos impulsa a repetir tales hechos (Zax y Cowen, 1983).

Por su parte la Sociedad Real de Medicina hizo un reporte similar al de la primera comisión:

Desde un punto de vista curativo el magnetismo animal no es nada, solamente es el arte de hacer convulsionar a la gente; des-

de un punto de vista curativo el magnetismo animal es inútil y peligroso.

Los reportes de la comisión hicieron que la popularidad de Mesmer disminuyera notablemente, hasta que Mesmer quedó casi en el olvido. A pesar de todo Mesmer siguió insistiendo en lo natural y física del fluido, se vió imposibilitado para aceptar la naturaleza psíquica de tal fenómeno; pero Deslón -- fue más capaz que su maestro para reconocer la potencialidad de una "medicina de la imaginación", una medicina psicológica; Deslón dijo que la imaginación es un fluido el cual abunda en el ser humano. No fue sino hasta mediados del siglo XIX que la idea de una medicina psíquica fue aceptada.

La medicina del tiempo de Mesmer se empezaba a ver -- así misma como una ciencia racional, no como el arte curativo místico, esta nueva concepción de la medicina no podía aceptar que por medio de los procesos mentales pudiera venir o desaparecer una enfermedad, y el pensar en esto les parecía una regresión a una forma primitiva de pensamiento; pero irónicamente, después de un siglo se empezaría a reconocer lo significativo e importante de los procesos mentales.

Lo criticable de los reportes de los comisionados -- fue la poca atención prestada a los fenómenos diferentes al -- magnetismo, un hecho que consideraban físico. No observaron -- que pudiera existir otro tipo de fluido como lo dijo Deslón que sería tan real como el fluido magnético que buscaban, como la -- ciencia médica "reformista" de su tiempo, se vieron cegados y -- no fueron capaces de observar lo que estaba atrás de todo esto. Su atención se enfocó totalmente en la existencia del fluido -- magnético, olvidándose de las curas realizadas por los métodos -- mesméricos y por consiguiente dejando a un lado el cuestiona -- miento que podían haberse hecho con respecto a si existían -- otros procesos que pudieran haber sido los causantes de las curas, su conclusión fue algo simplista; "Si no existe el fluido magnético por lo tanto las curas tampoco pueden ser reales".

A pesar de la condena oficial del mesmerismo tildándolo de fraude, no científico, tratamiento peligroso a la moral -- "especialmente peligroso para la moral femenina por el acercamiento entre paciente y terapeuta", y a pesar de la prohibición del gobierno francés a los médicos, para ejercer cualquier práctica que tuviera alguna relación con el mesmerismo y entablar explicaciones con otros médicos o legos bajo pena de perder sus licencias para ejercer, hizo muy poco la condena -- oficial para evitar la continua discusión, práctica e intereses sobre el fenómeno. Tanto los practicantes, como algunos -- pacientes escribieron manuales del magnetismo, incluyendo téc-

nicas de inducción y el tema de la relación paciente-terapeuta. La práctica se seguía realizando pero con la advertencia que si el paciente deseaba ser tratado con ésta técnica debía guardar silencio acerca del tratamiento ya que no se permitía tal práctica. (Gorsky & Gorsky, 1981).

Después de la derrota de Mesmer y de su regreso a Alemania como ya se ha dicho, muchos de sus alumnos y seguidores continuaron luchando contra el descrédito, descubriendo nuevos principios, dando nuevas explicaciones y formulando nuevas teorías para entender el fenómeno, de tal manera que poco a poco se fueron considerando nuevas observaciones que antes no se habían tomado en cuenta, y así aproximándose a aquellas nociones erróneas. Pero que algo tenían de verdad, a lo que hoy conocemos como hipnosis y que ha aportado y desarrollado una buena parte del conocimiento psicológico.

Uno de sus alumnos de Mesmer fue Armando Marie Jacques de Chastened, marqués de Puysegur (1751-1825), quien pertenecía a una de las familias más distinguidas de la nobleza. Fue uno de los estudiantes que pagó 2400 libras en 1884, para aprender las técnicas de Mesmer. Puysegur pensaba que no había comprendido los secretos de Mesmer y decidió retirarse de su familia, partiendo de París a un lugar llamado Buzcancy a unas 150 millas de París, donde procedió a experimentar variaciones de los métodos mesméricos con los campesinos de la localidad (Spanos y Barner, 1974). Cuando Puysegur comenzó su entrenamiento magnético le disgustaba que los pacientes se convulsionaran en la tina o en otras formas grupales como la de los árboles magnetizados. Pensaba que en tales circunstancias era difícil vigilar al paciente si las crisis se hacían más extremas, además el magnetizador no podía guiar y tranquilizar al paciente. Al inicio de sus prácticas trató a dos mujeres que padecían fuertes dolores de muelas, el tratamiento lo proporcionó sin las desagradables crisis, y los resultados de su tratamiento tuvieron mucho éxito al aliviar rápidamente los padecimientos de las pacientes, así Puysegur repitió su práctica varias veces y confirmó su creencia de que las crisis no eran necesarias.

Mesmer no trataba de incluir un trance inicial como ahora se hace, este procedimiento hipnótico fue descubierto accidentalmente por Puysegur cuando inició su práctica. En una ocasión visitó a Victor un joven campesino de 23 años quien había sufrido de problemas pulmonares durante 4 días. Puysegur logró bajarle la fiebre y posteriormente lo magnetizó, su sorpresa empezó cuando Victor empezó a hablar en forma adecuada a pesar de que tenía dificultades para ello, parecía no estar consciente de lo que sucedía, pero fue a realizar su trabajo (era pastor) como si fuera un sonámbulo, al despertar de su estado no podía recordar nada de lo que sucedió durante ese período

do. En otro momento que Puysegur volvió a someter al estado de sonambulismo a Victor, éste le dió a guardar a Puysegur un documento de suma importancia, al día siguiente Puysegur encontró a Victor buscándolo preocupadamente aquel papel del que no recordaba cual era su paradero. A éste trance o sueño se le denominó sonambulismo artificial por su similitud con el sonambulismo.

Muchos de los fenómenos observados por Puysegur ocurrían en las tinas de Mesmer pero nunca se les prestó atención ni se les dió la suficiente importancia como parte del fenómeno que Mesmer creyó se debía a un fluido magnético. En las tinas se presentaba el olvido de los sucedido durante la sesión magnética.

Puysegur observó 3 hechos que ocurrían en el hipnotismo, entonces llamado mesmerismo. A estas condiciones les denominó "sonambulismo artificial", notó que el sujeto "magnetizado" podía escuchar sólo lo que el "magnetizador" decía y se olvidaba de todo lo demás, que aceptaba las sugerencias sin replicar, y que no recordaba nada de los eventos ocurridos durante el trance cuando se restablecía la consciencia normal (Wolberg, L. 1948). También creyó que el sujeto en trance poseía una segunda visión, podía realizar proezas increíbles como leer mensajes sellados y soportar pinchazos en la piel así como la aplicación de objetos al rojo vivo sin lloriquear.

Durante toda su vida Puysegur se autocalificó de un fiel seguidor de Mesmer, sin embargo sus observaciones del año 1784 llamado sonambulismo lo condujeron a reformular los principios del "magnetismo" difiriendo de las declaraciones de Mesmer, ya en 1785 comenzó a modificar las teorías de Mesmer en favor de la creencia en una forma de transferencia mental del magnetista al sujeto, donde el magnetista era el que tenía el principal poder. Una de las observaciones y diferencias con Mesmer fue la importante consideración de que la tina o Baquetno era el elemento principal en el tratamiento mesmérico. Aunque hubo desacuerdo entre las concepciones del maestro y el alumno también hubo muchos acuerdos como el hecho de considerar que en el hipnotismo había poderes y fuerzas sobrenaturales (Shehan P, 1976).

1.4 LAS NUEVAS IDEAS

Todos los conceptos vertidos hasta éste momento podemos considerarlos como pertenecientes a un período en la historia de la hipnosis que podría llamarse prehistórico, aunque por eso no deja de tener mucha importancia. En éste período el hombre empezó a ocuparse de un fenómeno primero considerado totalmente sobrenatural usado por brujos y adivinadores. A partir

de ese momento cuando gente como Kircher, Hell, Grasner y principalmente Mesmer intentan dar una explicación científica y/o natural al fenómeno que hoy llamamos hipnótico, éste comienza a separarse de lo sobrenatural, e intentan darse explicaciones físicas a eso que sucedía. Esto es precisamente la fundamental de este período y la importancia de Mesmer. No podemos juzgarlo por lo erróneo de sus teorías como las de sus contemporáneos sino por el interés puesto sobre este fenómeno psicológico y por el intento de explicar lo que sucede; la ciencia se hace así, se plantea el problema, se desarrollan hipótesis y teorías que no necesariamente son ciertas y que posteriormente se pondrán a prueba, la ciencia no se da sin pasar por estos pasos. Eso fue lo que se hizo en este lapso de tiempo. Mesmer planteó el problema, las hipótesis y teorías y las intentó comprobar por la experiencia clínica. Luego Puysegur hace lo mismo y da pequeños pasos, pero importantes para continuar con el desarrollo científico de lo que estudiamos aquí.

Las condiciones de investigación puestas por el gobierno francés, también tuvieron aciertos y errores. Tuvieron aciertos al verificar lo falso de algunas partes de la teoría magnética; pero también cometieron errores al perder de vista los muchos logros terapéuticos de Mesmer y sus seguidores, y el más grave error fue no considerar que si bien no existe el fluido magnético si puede existir otro tipo de fluido como el pensamiento y otros procesos mentales que pueden influir verdaderamente en la conducta, la fisiología y la salud - enfermando logrando la cura de ciertos problemas. Las comisiones investigadoras como se verá más adelante continuaron apareciendo apoyando o atacando la realidad del hipnotismo.

A partir de 1815 aparece una nueva figura que revolucionó el pensamiento de la época con respecto al tema que nos ocupa. El personaje a quien nos referimos es el Abad José Fustodido Difaria quien según Perry (1978) nació en Goa Portugal en 1755 o 1756 y murió en 1819, el año en que se publicó su libro "Sobre las Causas del Sueño Lúcido", Faria llegó a París en 1813 llevando consigo el conocimiento del hipnotismo practicado en el Oriente. Su pensamiento era muy adelantado a su época y explicó que el fenómeno no se debía a fenómenos magnéticos sino a efectos psíquicos. El denominó al magnetista el concentrador, al paciente magnetizado, "el que se concentra" y al proceso magnético (hipnótico), "concentración o sueño lúcido".

Faria innovó los procedimientos de inducción y reemplazó los elaborados rituales de los mesmeristas con métodos magnéticos más simples; solicitaba al sujeto que cerrara los ojos y fijara su atención en el sueño, después de un corto período le decía al sujeto "duerma", éste procedimiento se basó en la experimentación con más de 5 000 personas. En contraposición a los magnetistas creía que el fenómeno hipnótico dependía casi

exclusivamente de la habilidad de concentración de los sujetos hipnotizados y se interesó en el papel de la sugestión en el ámbito clínico (Perry, C, 1978).

El libro de Faria "sobre el sueño lúcido", el cual sólo era la primera parte del proyecto de un gran tratado y que fue interrumpido por la súbita muerte de su autor, categóricamente rechazó las teorías magnéticas. Faria decía que no era capaz de concebir como la especie humana puede ser tan mística -- que busques la causa de éste fenómeno en una tina con fuerzas extrañas, en un fluido magnético, en el calor de los animales y en muchas otras extravagancias de esta naturaleza, cuando lo su cedido en el sueño lúcido es común para la naturaleza humana. --

Faria se dió cuenta de las diferencias individuales hecho ya visto por Mesmer y Puysegur; pero al que no le habían -- prestado importancia, principalmente Mesmer; pues Puysegur incluso consideró de suma importancia para el procedimiento del "sonambulismo artificial", la relación y confianza paciente-terapéutica, Faria creía que algunas de las causas que producían estas diferencias en los sujetos al aplicar sus técnicas eran el clima, el temperamento del cliente y su alimentación. Pensaba que el flujo de sangre periférica podía ser más o menos abundante y que en las arterias siempre era abundante, tal pensamiento correspondía a la creencia de la medicina contemporánea. Faria creía que la escasez de sangre era una condición prerequisite -- para una gran susceptibilidad hipnótica. Para apoyar su declaración reportó que pudo modificar la habilidad hipnótica en sujetos difíciles extrayéndoles sangre y rehipnotizándolos 24 horas más tarde. También observó que las mujeres eran más susceptibles que los hombres, que los sujetos que habían sido hipnotizados alguna vez eran más susceptibles que los que nunca lo habían sido, que son más susceptibles las personas que duermen con facilidad así como aquellas a las que fácilmente les sudan las manos.

Como se puede observar en las líneas anteriores aquí -- comenzaron los problemas de Faria, al considerar el paralelismo entre el sueño hipnótico y el fisiológico, empezó a prestar mucha atención a los efectos fisiológicos de la hipnosis conforme a algunas teorías y concepciones médicas erróneas de la época. -- No fue sino hasta que se usaron los métodos electroencefalográficos aproximadamente por 1950, que se mostró la diferencia entre el sueño hipnótico y el fisiológico. (Shehan, 1976)

A pesar de sus últimas consideraciones sentó bases firmes para considerar la hipnosis o "sueño lúcido" -- principalmente como un fenómeno psíquico, que era efectivo por los poderes de concentración del sujeto otorgándole al terapeuta el papel de guía del paciente y despojándole de los poderes personales -- que en algunas ocasiones se le habían atribuido.

La mayoría de las observaciones de Faria se han ignorado o ha sido atribuido a su contemporáneo Alexander Bertrand. Perry (1978), se ha preocupado por dar honor a quién honor merece, en su obra sobre Faria "una figura olvidada en la historia de la hipnosis" y ahí describe que 4 años después de la muerte de Faria, cuando se publicó su libro "sobre la causa del sueño lúcido" Bertrand aún defendía las doctrinas magnéticas, como la del poder del paciente para ver el interior del cuerpo humano y su habilidad (debido a la mesmerización) para predecir la evolución que tendría una enfermedad. Bertrand creía que lo sucedido en el fenómeno era una percepción intuitiva de los procesos orgánicos algo así como la construcción de nidos o los instintos migratorios de los pájaros. No fue sino hasta la publicación del libro de Faria que Bertrand repudia la doctrina magnética de una fuerza externa y atribuye el "magnetismo" al poder de la imaginación. Un discípulo de Faria el Gral. Noizet declara que se convenció de la veracidad de la posición de su maestro y entonces pasó sus observaciones a Bertrand. La noción de Bertrand del papel psíquico como el principal responsable de la hipnosis, expresa una doctrina más sofisticada que la de Faria, sin embargo las ideas fueron originalmente de Faria y Bertrand contribuyó a impulsirlas.

Noizet y Bertrand repitieron sus experimentos de 1819 a 1823 aproximadamente, gracias a su trabajo lograron el nombramiento de una nueva comisión por la academia médica de París en 1826 para examinar los problemas del "magnetismo animal". La comisión investigó el tema por algunos años considerando el problema como algo serio, aunque no pudieron convencer a los académicos franceses y alemanes de la importancia del asunto. Después de muchos trabajos la comisión declaró que por lo que había visto algunos resultados dependían solamente del llamado "magnetismo", donde había fenómenos fisiológicos bien documentados terapéuticamente. Observaron algunas características del sujeto hipnotizado como estupor, somnolencia, inconsciencia de algunos ruidos externos, pérdida de la sensación de olor y tacto y en general la modificación de las percepciones y las facultades del individuo. Los que estudiaban la hipnosis aclamaron éste reporte con gusto pero la academia en turno nunca lo publicó (Gorsky & Gorsky, 1981).

Después de 6 años de la realización del informe se hizo un segundo reporte, el que argüía que el primero tenía poca rigidez científica, la discusión no terminó aquí ya que más tarde los críticos señalaron el segundo reporte como inadecuado y basado en experimentos llenos de obvias evidencias de prejuicios por parte de los comisionados. Como antes, ahora los comisionados pedían pruebas de milagros de la habilidad de los sujetos para leer con los ojos cerrados o la predicción del futuro, antes que los efectos limitados del "magnetismo". En gran medida éste ha sido el principal problema del "magnetismo", los que propo-

nian el "Magnetismo animal" comprendido como las primeras concepciones de Hell, Grasper o Mesmer, intentaban en ocasiones en contrar evidencias de lo sobrenatural, algunos de estos magnetistas se perjudicaron al exagerar las curas, la percepción extrasensorial o la segunda visión. En el segundo reporte realizado aproximadamente en 1837 por la Academia de Ciencias, posterior al de la Academia, se declaró el magnetismo de humanos como un proceso sobrenatural, indigno de interés por tanto, en 1840 la Academia de Ciencias prohibió a sus asociados experimentar y discutir sobre el tema.

1.5 BRAID:

La Academia había prohibido a sus asociados experimentar con el hasta entonces llamado "magnetismo" así que un miembro de la academia tuvo una idea para no verse comprometido y ofreció una recompensa de 3000 francos a quién pudiera demostrar el "magnetismo" bajo condiciones experimentales. Hubo algunas respuestas al ofrecimiento pero el premio nunca se entregó.

Mientras el movimiento "mesmérico o magnético" se apagaba en Francia, en otras partes del mundo continuaba el dilema y el interés por el tema, aunque siempre con escepticismo. En Inglaterra el Dr. James Braid Médico de una compañía minera y oftalmólogo, nacido en Inglaterra en 1795 y muerto en 1860, era uno de esos escépticos. Braid asistió en una ocasión a una exhibición del magnetizador francés La Fontaine en Manchester 1841, Braid tenía la intención de descubrir y mostrar el fraude pero no encontró nada, se dio cuenta que en la inducción los sujetos tenían temblores en los párpados, que los globos oculares giraban hacia arriba y que luego se relajaban y finalmente dormían. Presenció la sesión una segunda vez y después de hacer exámenes al sujeto magnetizado se convenció de que el fenómeno era genuino, se entusiasmó y finalmente se involucró los más que pudo con el "Magnetismo animal" y experimentó por su propia cuenta. Influidado por su práctica como oftalmólogo buscó la naturaleza del magnetismo animal en la fatiga del ojo interno o psíquico como lo llamó.

Los experimentos que realizó lo condujeron a negar la existencia de propiedades magnéticas, la acción de cualquier fluido, la existencia de cualquier cosa externa sobre el sujeto magnetizado, la causa del fenómeno no era el fluido que pasaba del cuerpo del mesmerista al sujeto. En sus estudios se dio cuenta de que los fenómenos del mesmerismo no eran de origen físico, aunque le faltaban los conocimientos de la medicina y psicología moderna, definió el mesmerismo en términos modernos; como la influencia hecha en el sistema nervioso por medios físicos y psíquicos.

Braid introdujo una terminología nueva para todos aquellos fenómenos que antes se habían conocido como "mesmerismo" -- "magnetismo animal" y otros nuevos términos como los introducidos por Puysegur; "sonambulismo artificial" o Faria "sueño lúcido". Este nuevo término fue HIPNOSIS basado en la palabra griega Hypnos que significa sueño (Shehan, 1976).

Braid desarrolló una técnica especial para inducir el trance, un método que aún se usa. El que consistía en la fijación de la vista, también conocido como braidismo. Cuando comenzó podía a sus pacientes que vieran un corcho que tenían -- puesto sobre la frente, fue desarrollando sus procedimientos -- hasta que posteriormente hacia que sus pacientes vieran fijamente un objeto brillante, el objeto podía ser una vela, su estuche de bisturí, un cristal al que reflejaba una luz; el objeto se colocaba cerca y ligeramente arriba de los ojos en tal forma que los músculos oculares padecían tensión hasta que los ojos -- por si solos se fatigaban, sucedía lo mismo con el ojo interno, el de la mente y el sujeto caía en un estado parecido al del -- sueño. Su técnica finalmente se convino con sugerencias verbales, aunque al principio las desdenó y finalmente vio la importancia que jugaban en el proceso. En sus trabajos de 1855 enfatizó el papel de la sugestión en el fenómeno hipnótico, entonces sugirió que se usara el término "psicofisiológico" para denominar generalmente el fenómeno de la hipnosis, la cual es la acción recíproca del cerebro y la materia. En estos trabajos -- demostró que los reclamos de los mesmeritas acerca de los sujetos mesmerizados veían colores brillantes y flamas que salían -- de los magnetos y manos de los mesmeristas eran realmente el resultado de alucinaciones hipnóticas y no el fluido mesmérico -- (Darnot R, 1968).

Poco después de examinar y trabajar sobre la hipnosis -- Braid se dió cuenta que obtenía muy buenos resultados al aplicar sus técnicas en el tratamiento de algunas enfermedades y en procedimientos quirúrgicos.

Las aplicaciones de la hipnosis a la cirugía no fueron nada innovadoras en Braid, ya por los años de 1830 John Elliotson empezó a interesarse en el uso del mesmerismo como anestésico empezando con la cirugía bajo hipnosis. Los reportes de estos trabajos se hacían en la revista "Lancet" que al principio lo apoyó pero súbitamente esa revista y otras lo empezaron a -- criticar. Los que atacaron a Elliotson pensaban como lo hizo -- la primera comisión francesa encabezada por Franklin; si no hay fuerza física no hay fluido magnético, entonces las curas y cirugías magnéticas son un engaño. Al perder el apoyo de la "Lancet", junto con algunos seguidores fundo la "Soist", revista dedicada al mesmerismo y a la fisiología cerebral. Bajo la influencia de Elliotson se fundaron instituciones de hipnosis en -- varias partes de las islas británicas, en uno de esos institu-

tos se reportó que habían mesmerizado a 1200 personas realizando 20 operaciones quirúrgicas sin dolor (Darnot R., 1968).

En 1843 el Dr. Ward seguidor de Elliotson presentó un trabajo, en la Sociedad Real de Medicina y Cirugía en Londres, de cirugía ejecutada para amputar un muslo bajo trance hipnótico, la sociedad no lo aceptó, algunos médicos sugirieron que el paciente mentía por lo que se consideró suspendida el acta como si nunca se hubiera reportado nada, ante los gritos de descrédito de la Sociedad Real Elliotson respondió publicando un folleto al que tituló "Numerosos casos de operaciones quirúrgicas sin dolor en estado hipnótico", estos reportes deberían haber sido acogidos con júbilo pues entonces no se conocía ningún método anestésico pero no fue así debido a que la ciencia médica oficial no podía concebir que algo no tangible fuese real y eficiente en la terapéutica.

Más tarde alrededor de 1850 un amigo personal de Braid James Esdaile reportó la realización de 75 operaciones bajo hipnosis efectuadas en el hospital de Calcuta en la India; pero nunca se le dió crédito a lo realizado, entonces decidió recolectar más datos para nuevamente ponerlos a disposición del gobierno y cuando acumuló un ciento de operaciones presentó sus resultados y un comité de investigación puesto por el gobernador de Bengala declaró exitosos sus experimentos. Esdaile continuó con sus trabajos y antes de abandonar la India acreditó un ciento de operaciones menores y 300 operaciones quirúrgicas mayores, llevadas a cabo bajo la influencia de la Hipnosis (Wolberg L. 1948).

Por estas fechas se abrieron numerosas clínicas donde se practicaba la hipnosis a causa de la prohibición impuesta a los hipnotistas de trabajar en clínicas regulares. Lo que frenó el esparcimiento de la cirugía bajo hipnosis fue el desarrollo de los anestésicos, al esparcirse el uso de los anestésicos descubiertos en las primeras décadas del siglo XIX, decayó totalmente el interés del uso de la hipnosis como anestésico. Elliotson arguía con un sentimiento de victoria moral, que la hipnosis había demostrado la posibilidad de la cirugía sin dolor y que a ella se le debía el haber aumentado el interés en los anestésicos químicos.

Otro contemporáneo de Braid fue Charles Rad Clyffe Hall, quién en 1845 intentó definir los límites entre el dormir, la vigilia y las fases del sueño. Para Hall la mente tenía una tremenda influencia sobre el cuerpo, explicaba el efecto analgésico de la hipnosis debido a la concentración de la mente en las sensaciones indicadas sobre un órgano, impidiendonos notar lo que sucede sobre otro, el entregarnos a la concentración nos causa el desatender las sensaciones de los sentidos, por lo que algunos estímulos pueden actuar en nuestros sentidos sin que los hagamos conscientes y por tanto sin convertirse en sensación.

nes. (Gorsky y Gorsky, 1981).

El período de Braid no pasa sin contradicciones, de hecho sus mismos contemporáneos lo atacaron, Elliotson por medio de su revista "Zcist" atacó a Braid ya que él aún creía en los principios del mesmerism y Braid continúa con la línea de Faria, esto es la orientación psicológica a la que en esa época se le tenía muy poca fe y que más adelante daría como resultado la escuela de Nancy que continuaría con la posición psicológica y opuesta a un fluido.

1.6 LA ESCUELA DE NANCY Y SALPETRIERE.

En 1859 el Dr. Eduard Azam vió a un paciente con desdoblamiento de la personalidad, una parte de la paciente era moral y correcta, su otro yo era inmoral, como consecuencia de su desequilibrio tuvo un hijo, ella no recordaba nada de su yo inmoral y al tener un hijo su confusión fue total. Azam vió este caso durante 25 años, hasta que sus colegas Bazin y el conocido neurólogo Broca le informaron la existencia de los trabajos de un tal Braid quien había usado un método llamado hipnosis para curar casos similares al de su paciente, puesto que ningún tratamiento había tenido éxito Azam adquirió los trabajos de Braid logrando así la cura de su paciente e introduciendo nuevamente a Francia, el hipnotismo.

Los conceptos de Faria y luego de Braid de que en el hipnotismo no había una fuerza especial o magnética; sino que la causa determinante estaba en el mismo sujeto, penetró en Francia por medio de Azam y siendo amigo de éste el Dr. August-Debeault nacido en 1823 y muerto en 1904, continuo la herencia de Faria y Braid con su orientación psicológica de la hipnosis, considerándola principalmente causada por la influencia psíquica o sugestiva, como Braid la llamó (Hull, 1933).

Liebeault fue un médico humilde quien empezó su práctica en el campo en 1850, empezó el estudio del hipnotismo en 1860 rechazando totalmente la teoría del fluido magnético y se estableció en Nancy en 1864, practicando el hipnotismo entre los pacientes pobres que asistían a su clínica. Debido a la mala reputación de la hipnosis en Francia, durante este período Liebeault convenía con sus pacientes que si los trataban con medicina ortodoxa les cobraría; pero que si era por medios hipnóticos no le pagarán, así Liebeault tuvo mucha práctica aunque muchos lo consideraban un tonto por no cobrar sus honorarios.

Poco después de llegar a Nancy, Liebeault empezó a escribir un libro sobre hipnosis "el sueño y el estado análogo, consideraciones Especiales de la Acción de la Moral en la Psicología" el libro lo terminó después de un año de trabajo, sin embargo cuando se publicó sólo se vendió una copia; pero Liebeault prosiguió su labor gratuita entre los pobres por más de 20 años y por un accidente su notable trabajo fue reconocido finalmente

Hypolyte Bernheim un profesor de la escuela de medicina de Nancy trató durante seis meses sin éxito un caso de ciática la cual tenía seis años de duración. El paciente fue rápidamente curado por hipnosis administrada por Liebeault. Esta sorprendente cura condujo a Bernheim a investigar "el nuevo método" de tratamiento, su incredulidad inicial se transformó rápidamente en entusiasmo y admiración. Bernheim publicó un libro en el que hablaba del trabajo de Liebeault, entonces, después de 20 años de haber sido escrito el libro de Liebeault se vendieron sus copias restantes, el humilde médico fue reconocido finalmente. Doctores de todo el mundo se reunieron en Nancy para estudiar sus métodos. En su práctica diaria, al aplicar sus técnicas Liebeault explicaba a sus pacientes que el no ejercía ni poseía ningún poder misterioso y que todo lo que hacía era simple y capaz de explicación científica. Liebeault no daba ningún tipo de droga.

Bernheim consideró la hipnosis como cambios fisiológicos que conducen a un decremento en la participación del yo, vio la hipnosis como un estado de conciencia alterado y como una manifestación normal (Weitzenhofer, 1978).

Gracias a la coincidencia de la relación Liebeault y Bernheim y a los trabajadores que continuaron elaborando en Nancy nace la primera escuela de hipnosis, considerándola como un método oficial de tratamiento en la clínica general, y en neurología, desarrollando una forma simple de psicoterapia. Los logros de Liebeault-Bernheim y la constitución de la escuela de hipnosis de Nancy atraerán poderosamente la atención de Jean-Martin Charcot.

Jean Martin Charcot nació en 1825 y murió el 16 de Agosto de 1893 a la edad de 68 años. Desde que era estudiante de medicina de la escuela de Salpêtrière siempre se interesó en el pabellón de enfermedades nerviosas al paso del tiempo se convirtió en un gran neurólogo, convirtiéndose en el director del pabellón de su especialidad. Charcot fue ante todo un clínico, pensaba que para hacerlo no bastaba con la teoría y que era fundamental la observación y la práctica. Daba una conferencia por semana, el aula donde daba sus conferencias estaba adornada por una pintura de Pinel liberando a los dementes de la Salpêtrière. Cuando Charcot se equivocaba o no encontraba el diagnóstico de algún caso confesaba su error y desconocimiento. Estudiaba las enfermedades nerviosas orgánicas y finalmente se dedicó casi exclusivamente a la histeria, la más enigmática enfermedad nerviosa para la cual no había nada estable. (Freud 1).

(1) Freud S. Obras Completas. Madrid: Biblioteca Nueva, 1981, - Tomo I.

Al dedicarse a la hipnosis advertido de las extravagancias anticientíficas de los magnetizadores de mala fama, Charcot presumía de que sus experimentos serían anticientíficos y técnicamente estarían por encima del reproche. Hull (1933), señala que a pesar de la petulancia de Charcot, ninguno cayó en errores tan graves o ha estado tan extraviado en su método experimental como Charcot. Siempre temió mucho el ser engañado por sus pacientes por lo que buscó signos de influencia "magnética" que no pudieron ser simulados. Hull también señala que parece ser que Charcot nunca hipnotizó a nadie sino que dependía de sus asistentes para hipnotizar a sus sujetos, sus sujetos fueron principalmente tres mujeres histéricas, con estos tres sujetos con patologías mentales buscó los signos "objetivos" característicos del sueño hipnótico. Aplicó los mismos métodos que recientemente había aplicado con éxito al estudio de las ataxias y esclerosis cuando estimulaba a sus sujetos, sus músculos parecían mostrar reacciones que sugerían algunas leyes.

Charcot pensaba que la hipnosis podía examinarse con las mismas ideas y métodos de sus trabajos previos. El mismo martillo podía usarse para examinar los reflejos. Como siempre lo había hecho, las demostraciones hipnóticas podían hacerse ante un admirable círculo de alumnos, para Charcot esto era irresistible pensaba que el método de demostración frente a sus alumnos era infalible y siguiendo este método reportó numerosos supuestos descubrimientos.

Según Charcot el hipnotismo mostraba tres estados:

- a) Letárgico: Caracterizado por el Cierre de los Ojos, la imposibilidad de escuchar y hablar, al oprimir ciertos nervios se presentan notables contracturas.
- b) Cataléptico: Cuando los ojos del sujeto se abren al estar en estado letárgico, entonces el sujeto pasa al estado cataléptico en éste los miembros del sujeto permanecen en cualquier posición que se les coloque y el sujeto permanece sin poder oír o hablar.
- c) El sonambulismo: Si se fricciona la tapa de la cabeza o se presiona la zona escapular entonces el sujeto pasa a estado sonambulista, donde el sujeto además de lo ya dicho puede hablar y oír (Shehan, 1976).

En ocasiones las contracturas y otras manifestaciones hipnóticas aparecen en un lado del cuerpo, en tal caso si acercamos un gran imán en la parte del cuerpo afectada, el síntoma desaparecerá e irá al otro lado del cuerpo; a este fenómeno lo llamó Transferencia.

Las observaciones de Charcot estaban totalmente en con

traposición a los hallazgos de la escuela de Nancy. En 1882 -- Charcot declaró ante la Academia Francesa de Ciencias, que la hipnosis era evidencia de anormalidad, de patología que sólo se presentaba en las histéricas. Tampoco creía que la hipnosis se debiera a influencia psíquica; la influencia de éste neurólogo fue de mucha importancia para la hipnosis, no por sus erróneos trabajos, sino por el gran prestigio de que gozaba dándole gran peso al estudio de la hipnosis y obligando a la Academia Francesa a escuchar las discusiones acerca del fenómeno, con éste cambio en la expectativa de la Academia muchos otros científicos se involucraron en el estudio de lo que una vez fue llamado mesmerismo y ahora libre de prejuicios se llamó hipnosis. Al cambiar el pensamiento que rechazaba totalmente todo lo que tuviera que ver con hipnosis, casi por la misma fecha del reporte de Charcot, en 1882, se fundó una organización para la investigación psíquica, donde se investigó el uso terapéutico de la hipnosis entre los miembros estaban William James, Bernheim, Stanley Hayll, Liébeault y Janet. La asociación Médica Británica en 1891, también puso una comisión para investigar el valor terapéutico de la hipnosis. Los reportes que publicaron contenían la opinión de que como agente terapéutico la hipnosis es efectiva en el alivio del dolor, procura el sueño y alivia muchos padecimientos funcionales (Darnot R. 1968).

Las observaciones de Charcot fueron erróneas y totalmente contrarias a la escuela de Nancy la que demostraría la falsedad de las declaraciones de la Salpêtrière, al paso del tiempo y de la investigación le daría la razón a la escuela de Nancy

Provocado por las declaraciones de la Salpêtrière representada por Charcot, Bernheim publicó un libro basado en 700 pacientes y más de 6000 tratamientos efectuados por Liébeault donde demostraba la falsedad de las declaraciones de Charcot con respecto a la condición de anormalidad de la hipnosis.

Las declaraciones de Charcot son muy débiles pues lo que dijo se basó en la observación de unas cuantas histéricas (al parecer tres) ¿Como puedo afirmar que sólo en las histéricas se presentaba la hipnosis si nunca trabajo, como lo hicieron en la escuela de Nancy con sujetos normales?. Por otro lado es sorprendente el retroceso de Charcot al mesmerismo propiamente dicho, el cual retrocede al creer en la influencia de los ímanes en el cuerpo. Es increíble como Alfred Binett alumno de Charcot y continuador de las creencias de su maestro se convirtiera luego en figura importante para la psicología desarrillando los exámenes de inteligencia.

Binett creía que si se acercaba un magneto a un sujeto fuese en estado de vigilia o dormido, éste agitaría los brazos y las contracturas de un lado pasarían al contrario dándose así la transferencia.

Según Binett trataría de demostrar la influencia magnética de la que hablaba Charcot y de la que Bernheim dijo tratar se solo de la expectación e influencia psíquica (sugestión) - ejercida sin darse cuenta por el medio producido por el hipnotista Binnett trató de eliminar la sugestión y la expectación con los siguientes controles:

- a) Como la investigación de éste tópicó es nueva para los investigadores no podrá preverse lo que sucederá y por tanto no puede haber sugestión por parte de los investigadores.
- b) Los sujetos serán nuevos, no tendrán experiencia hipnótica.
- c) El magneto se ocultará.
- d) El magneto se hará invisible mediante sugestión.
- e) Se usará un magneto falso de madera.

Según Binetty y colaboradores bajo las condiciones c) y d) si se producía la transferencia en al condición e) no sucedía nada, por lo que consideraban probar sus reclamos.

Berrheim inmediatamente respondió a estos controles y resultados inadecuados. Mencionaba que cuando el sujeto escuchaba la descripción de lo que sucederá y tal idea es captada por el sujeto no sólo sucederán los efectos clásicos del magnetismo sino también todas la variedades de la "transferencia". Bernheim replicó el experimento de Binett pero después de la primera aplicación del magneto lo substituyó por una variedad de objetos sin que el sujeto se diera cuenta y en todos los casos se dio la transferencia.

A los reclamos de Charcot de la existencia de 3 fases en el hipnotismo Berrheim le respondió que si en sus investigaciones nunca tomaron en cuenta esas 3 fases fue por que nunca las encontraron y que ellos no podían asegurar que los ojos abiertos o cerrados de los sujetos o el frotarles el vértex modificaría la hipnosis. (Hull, 1933).

El mismo Freud dijo:

"Sólo aquellos adversarios del hipnotismo que encubren su falta de experiencia en esta materia remitiéndose a las opiniones de cualquier autoridad, continúan fieles a la teoría de Charcot y gustan de alegar una afirmación de sus últimos años, que niega toda significación a la hipnosis como medio terapéutico". (Freud 1)

(1) IDEM.

El mismo Charcot, un año antes de su muerte en 1892, al realizarse el segundo Congreso Internacional de Psicología y al empezar a caer tanto sus teorías de la hipnosis como de la histeria, empezó a revisar sus opiniones pero la muerte lo sorprendió (Blum, G. 1967).

Finalmente el conflicto sobre la hipnosis estaba resuelto había triunfado la escuela de Nancy. El triunfo cristalizó e incluso continuaron las ideas de Nancy cambiando y modificándose en algunos aspectos, pero manteniendo los conceptos primordiales eso fue lo que sucedió en lo que se conoció como la escuela "Neo-Nancy". Esa escuela la desarrolló Emile Cové empezó a estudiar la carrera de medicina; pero por problemas económicos nunca la terminó trabajando sólo como farmacéutico. Cové fue amigo de Liebeault, por tal razón se inició en el estudio de la práctica de la hipnosis en 1910, siguiendo el ejemplo de su amigo, Cové puso una clínica en su casa y dió gratuitamente sus servicios de sugerencias curativas. La diferencia esencial con la escuela de Nancy fue que su método consistía en la autosugestión en cambio el método de Nancy no se enfocaba esencialmente a la autosugestión, sino lo que podría llamarse heterosugestión; sugerencias o influencia psíquica hecha por el terapeuta donde también podría haber la del paciente.

Entre los alumnos y seguidores de Charcot hubo muchos de gran importancia para la psicología. Entre ellos están Breuer y Freud.

1.7 LA ERA MODERNA; EL SIGLO XX:

Poco antes del inicio de este siglo la hipnosis se fortaleció y tomo importancia en los medios científicos y de la Salud, se atribuyeron grandes propiedades terapéuticas al hipnotismo como por ejemplo, el poder curar el sonambulismo, dolores corporales, insomnio, parálisis funcionales, problemas menstruales, anorexias, tartamudes, blefaroespasmos, mareos, enuresis, ataques de tos, etc.

Muchas de estas aplicaciones son válidas actualmente como se verá en el capítulo correspondiente a "Aplicaciones Clínicas de la Hipnosis".

Breuer alrededor de 1830, introdujo una importante innovación en la hipnoterapia. Cuando trataban a una paciente histerica Ana O, a quien se le había precipitado una enfermedad por el estado de gravedad en el que estaba su padre, Breuer estaba confundido pues a pesar de todos los esfuerzos que había realizado mediante hipnosis, para curar a Ana, sus síntomas cada vez se hacían peores. Accidentalmente Breuer descubrió que cuando Ana era inducida a un estado hipnótico y se le dejaba hablar libremente, se observaba una profunda emotividad. Con

tal método Ana experimentó el alivio de su problema; Ana la hablaba de sus experiencias pasadas, experiencias reprimidas que hacían surgir el síntoma, después de que Ana regresaba al pasado a la experiencia traumante el síntoma desaparecía. Al poner lo reprimido bajo la consciencia se hacía innecesario transformar esa energía reprimida en síntoma. A esta técnica Breuer le llamó "método catártico".

El método catártico siguió siendo usado por Sigmund Freud (1856, 1939), dejó tras de sí una gran obra conocida por todos; el psicoanálisis. Freud conoció los trabajos de Charcot en 1885, los de Liebeault y Biernheim entre 1888 y 1889. Cree mos que Freud le debe mucho a la hipnosis, ya que por medio de ella empezó a descubrir el inconsciente que desembocaría en su gran obra.

Realmente lo que se dice de Freud respecto a la hipnosis es un poco controvertido. En algunos textos como Kroger (1963) o el de Gorsky y Gorsky (1931); y algunos más se menciona que Freud abandonó la hipnosis por su incapacidad de inducir trances suficientemente profundos y se arguye que por ello decidió cambiar su técnica al descubrir lo que llama "asociación libre" que consistía en poner al paciente recostado en un diván y digera todo lo que le viniera a la mente asociando libremente.

Se asegura que Freud se mostraba entusiasta cuando comenzó a conocer la hipnosis. En el prólogo de Freud al libro de Bernheim se ve muy convencido de la hipnosis, inclusive se dice que es a partir del estudio de este libro cuando pasa el interés de Freud de la fisiología a la psicología siendo éste prólogo el primero de sus escritos publicados en el terreno de la psicología.

Se opuso al punto de vista de la Salpetriere declarando en ese prólogo de 1888-1889 que: "el considerar a la hipnosis como peligrosa a la salud es totalmente injusto y que quienes informan sobre sus efectos nocivos son quienes menos práctica y conocimiento tienen en ella". Estableció también que la hipnosis es inocua siendo un procedimiento digno de todo médico-psicólogo (Freud 1)

Freud trató a varios pacientes con el método que nosotros conocemos como hipno-catártico, con excelentes resultados, como el caso de una mujer imposibilitada para amamantar a sus hijos presentando vómito, anorexia, fuertes dolores en los senos y otros síntomas; que le cedieron al tratamiento lográndose

(1) IDEM.

una cura total sin presentarse recaídas.

Finalmente en el mismo prólogo mencionado (1888-1889), al libro de Bernheim, Freud manifiesta la posición que mantiene ante las teorías de la hipnosis, la que consideramos progresista pues no está ni con la Salpetriere ni con la de Nancy; sosteniendo que "en el hipnotismo hay tanto fenómeno psíquicos como fisiológicos, pudiendo provocarse la hipnosis de una u otra manera". (Freud 1)

Sea como fuese Freud se inició para la psicología en la hipnosis y cualquiera que haya sido la razón por la que dejó la hipnosis como técnica terapéutica no implica su ineficiencia verdaderamente. Supuestamente Freud arguyó que el quitar el síntoma no era la verdadera cura de la psique y que el síntoma regresaría o sería sustituido por otro síntoma. El gran apogeo que tuvo Freud y sus teorías hizo que nuevamente se olvidara la hipnosis en cierta medida recuperándose nuevamente a partir de la primera y segunda guerra mundial, pero de eso hablaremos más adelante, pues en estos momentos debemos ocuparnos de que por ningún motivo debe pasar desapercibido en éste campo, nos referimos a otro revolucionario de la psicología aunque con una perspectiva muy diferente del que ahora dejamos. El es Ivan Pavlov, que proporciona simultáneamente a Freud una nueva corriente del pensamiento psicológico.

Pavlov Iván Patrovich quien nació en Rusia en 1849 y murió en 1936, inició una nueva época para la fisiología, la psicología y la psicoterapia. Entre 1876 y 1884, se dedicó al estudio de la fisiología del corazón y la circulación, de 1884 a 1903 se dedicó al estudio de la vida psíquica y somática recibiendo por ello el Premio Nobel. Desde 1913 hasta su muerte se dedicó principalmente al estudio de la hipnosis, el sueño, la esquizofrenia, la histeria, la neurosis, etc. La orientación de Pavlov era conductual y fisiológica dedicándose a la experimentación, Pavlov realizó experimentos con animales para intentar explicar el fenómeno hipnótico. El explicaba la hipnosis como un fenómeno de inhibición cortical, en sus trabajos trató de demostrar la relación entre sueño, vigilia e hipnosis. Explicó la sugestión como un estímulo condicionado, ésta sugestión no era lo mismo que la hipnosis, ni la hipnosis era equivalente al sueño (Völgyesi, 1969).

Pavlov uno de los maestros del conductismo no fue el único representante de ésta corriente psicológica que se dedicó al tópico que tratamos, Clark Hull un destacado conductista nacido en 1884 y muerto en 1952, a quien se le ha considerado uno de los más grandes teóricos, metodólogos y experimentadores de

la psicología (Barrat, 1981). Hull fue dentro del conductismo de los que más se preocuparon por la formulación de teorías. Un científico de tal importancia no podía dejar de estudiar la hipnosis, dedicándose a ella por más de 30 años aplicándole métodos experimentales rigurosos. Una de las principales aportaciones de Hull dentro de este campo es precisamente la que fue su principal preocupación, él demostró que la hipnosis puede ser observada bajo una metodología rigurosamente objetiva. Hull pensaba que no había dudas de que el fenómeno fuese genuino y sus aplicaciones clínicas extensas; pero como buen metodólogo su interés fundamental, fue la investigación de laboratorio sobre hipnotismo.

A partir de que Freud abandonó la hipnosis y tomó auge el psicoanálisis, la hipnosis casi se olvidó a pesar de los trabajos, como el de Pavlov que en realidad poco se conoce sobre ellos con relación a la hipnosis; pero como Pierre Janet lo predijo (un psicólogo como muchos escépticos a la hipnosis - un principio) habrá un crecimiento de esta técnica. Siempre ha habido ciclicidad en la aceptación o rechazo de esta materia.

Durante la primera guerra mundial nuevamente se recuperó la hipnosis. Aparecieron numerosos pacientes con parálisis, amnesia, contracturas y muchos otros síntomas causados por los traumas de la guerra, se necesitaba una forma de terapia rápida y fue entonces cuando se redescubrió la hipnoterapia utilizándose para eliminar directamente el síntoma o por el método hipnocatártico, haciendo revivir nuevamente la experiencia traumante reprimida; se hacía al paciente retroceder en el tiempo y revivir los eventos y liberar las emociones, a esta técnica se le llamó hipnoanálisis. El tratamiento de las neurosis de guerra fue exitoso atrayendo el entusiasmo por la hipnosis. Se repitió nuevamente el crecimiento de reportes de curas hipnóticas a problemas como, disociación de la personalidad, dermatitis, verrugas, hipertensión, amnesia, etc. etc. (Wolberg L. 1948).

Gracias a la demostración de su eficacia durante la primera y segunda guerra mundial, la hipnosis fue reconocida por varias asociaciones. En 1955 la Asociación Médica Británica aprobó la hipnoterapia para el tratamiento de las neurosis y la hipnoanestesia en cirugía y obstetricia. En 1958 el Colegio de Salud Mental de la Asociación Americana recomendó el incluir la enseñanza de la hipnosis en las escuelas de medicina y en los centros de post-grado. En 1961 el Consejo Superior de la Asociación Médica Americana de Salud Mental recomendó el adiestramiento hipnótico por 144 horas en un lapso de 9 a 12 meses en los cursos de estudiantes y graduados. (Kroger, 1974, tomo I, Pág. 24-25, Hartland, 1971).

También se han realizado varios Congresos Internacionales de Hipnosis Terapéutica y Experimental. El primero fue en París en 1889, se realizó un tercero denominado, Congreso Internacional de hipnosis y Medicina Psicosomática en 1965, también en París y el último de ellos, el 7o. Congreso Internacional de Hipnosis llevado a cabo en Philadelphia, E.E.U.U., en 1976 (Frankel y Zamansky, 1973).

CAPITULO II ASPECTOS TEORICOS DE LA HIPNOSIS

2.1. ALGUNAS DEFINICIONES DE HIPNOSIS

Freud tuvo una perspectiva de la hipnosis muy amplia, ya en 1888-89 en el prólogo a Bernheim discute lo declarado de éste y Charcot. En éste manuscrito Freud proporciona algunas de las definiciones relacionadas al fenómeno hipnótico. Los que estaban en contra de la hipnosis la definían como "una psicosis experimental provocada". A la sugestión la consideraban una "idea compulsiva".

Bernheim definió a la hipnosis como: "una condición --innocua de sugestión incrementada, estrechamente conectada con la imaginación la cual hace al cerebro más susceptible de sugestión" (Araos, 1982). Esto es, el sueño hipnótico es la consecuencia de la sugestibilidad normal del ser humano cuando se cita la expectación de dormir. Según Freud (1888-89) la sugestión es algo diferente a otras formas de influencia psicológica como la orden, la comunicación o la instrucción; porque en su caso se despierta en un cerebro ajeno una representación que no es examinada en cuanto su origen, sino que es aceptada como si hubiera surgido espontáneamente en dicho cerebro. También definió la sugestión en "una psicología para neurólogos" (1895) como la aceptación de una idea debido a la inhibición de áreas --consciente y representaciones internas.

En cambio Charcot dice que la hipnosis es un estado fisiológico alterado anormal; es decir un desplazamiento de la --excitabilidad en el sistema nervioso sin participación de los sectores de la consciencia (Freud, 1888-89).

Gorsky y Gorsky (1981) conciben la hipnosis como: "un estado de conciencia alterado el cual difiere del estar despierto y del estar dormido".

En la revista Diners, una tal Jones (1969) menciona -- que la hipnosis es algo así como: "dormir con un ojo abierto. -- Es un estado psicológico especial de conocimiento inconsciente o subconsciente".

Weitzenhoffer (1978) describe el concepto de hipnosis --fundamentado en Bernheim, como una condición específica de sugestibilidad aumentada a través de una acción ideodinámica. La hipnosis es: "una serie de cambios fisiológicos que conducen a un decremento en la participación del Yo y el incremento de automatismos complejos". Resumiendo, la hipnosis es un estado de

consciencia alterado.

Buelna y Penella (1980) definieron a la hipnosis como: "una condición de aislamiento sensorial durante el cual pueden inducirse alteraciones en las percepciones".

Brenman y Gill (1961) son tal vez los principales representantes de la corriente psicoanalítica que intentan explicar la hipnosis. Consideran que los conceptos que clasifican más el fenómeno hipnótico son la transferencia y la regresión - el servicio del yo. En el proceso hipnótico la monotonía fomenta las conductas automáticas y el yo se hace menos autónomo con respecto al medio ambiente y a las fuerzas internas del sujeto, aunque no pierde del todo su orientación a la realidad, tan sólo se fragmenta.

Brenman y Gill consideran que la hipnosis es:

- a) Un intento adaptativo del sujeto para relegar el control al hipnotista, gracias a lo cual del contenido inconsciente se hace más asequible.
- b) Un fenómeno transferencial que se desarrolla a partir de una regresión parcial que asemeja interacciones sociales tempranas.
- c) La construcción de un subsistema yoico que podrá mantener el control gracias a la energía que toma de las defensas psicológicas.

Desde el punto de vista experimental Wadden y Anderton (1982) definieron la hipnosis desde dos perspectivas, la primera considera a tal estado como una variable antecedente que está en función de las relaciones del hipnotista con el paciente donde se da una inducción tradicional consistente de sugerencias; la segunda perspectiva considera al estado hipnótico como una variable dependiente en la cual la atención se centra en la susceptibilidad del sujeto, esto es una característica estable que lo conduce fácilmente a la hipnosis.

Cobos (1983) cita la definición de Wolberg según la cual la hipnosis es: "una completa reacción psicósomática provocada por factores fisiológicos y psicológicos". Desde el punto de vista fisiológico se producirá una inhibición de los centros corticales más altos, teniendo así, que durante el estado de trance, de manera funcional se desconectaron las porciones cerebrales dominantes (las del razonamiento y la crítica), comenzando a funcionar aquellas zonas alternas no accesibles a la mayoría de los sujetos en estado de vigilia.

Desde un punto de vista personal podríamos definir la-

hipnosis como: "una técnica psicológica aplicable a la clínica y la experimentación que consiste en el manejo de las percepciones, la atención, las sensaciones, la imaginación y las emociones, así como el manejo de las dinámicas de la personalidad para producir un estado alterado de consciencia donde el individuo es capaz de percibir y/o alterar sus sensaciones y procesos fisiológicos-cognitivos que en el estado normal de consciencia le son difíciles o imposibles de percibir y alterar".

Cómo se puede ver la definición de lo que es la hipnosis ha sido y es un verdadero problema, por lo general en la literatura sobre el tema se dan definiciones muy someras y en algunos casos definitivamente se da por entendido que es la hipnosis y para tratar de resolver éste problema, es describir las características y los fenómenos que se dan en éste estado. Por si fuera poco existen aún más términos que se usan en éste campo que es necesario intentar definir al menos para tener una idea de lo que es la hipnosis.

Si consideramos el origen del estímulo que produce la hipnosis, parecería que deberíamos considerar dos fuentes de origen; "el otro: y "el sí mismo". En éste paradigma la hipnosis es un evento o un conjunto de eventos que pueden ser experimentados con la ayuda de otras personas a esto se le conoce como Heterohipnosis o sin ella; Autohipnosis, pero el observar a los niños vemos como no son dos fuentes de hipnotizabilidad, sino tres; así que la autohipnosis se puede dividir en dos. La autohipnosis generada totalmente por uno mismo, específicamente la realizada por el niño, y la autohipnosis que ha sido precedida y guiada de alguna forma por heterohipnosis como un período transicional en el cual se ha aprendido la autohipnosis. Para hacer una distinción entre estos dos procesos llamaremos a "hipnosis inducida por uno mismo" a la hipnosis sin ayuda la cual ha sido precedida por heterohipnosis, en éste caso a "hipnosis inducida por uno mismo" es realmente heterohipnosis autoaplicada; el terapeuta facilita el uso del talento hipnótico -- quién se vuelve su propio guía. Denominaremos "Autohipnosis" a una experiencia hipnótica sin ayuda la cual ocurre espontáneamente sin ningún entrenamiento heterohipnótico previo, (Gardner 1981).

Otro concepto que no se podía dejar sin definir es el de hipnoterapia que consiste en el uso de las técnicas hipnóticas, para la eliminación de los síntomas, para ayudar al paciente a ajustarse a la realidad aceptando aquello que no puede ser cambiado, para efectuar un cambio en la conducta aceptable para el individuo, la sociedad y la cultura, para ayudarlo a entender, elevar y resolver sus problemas (Berenice, 1982).

Una descripción más sencilla y general es la expuesta por Cardeña y Penella (1980). La hipnoterapia es el uso de la hipnosis en el tratamiento psicológico.

Como se ha mostrado a pesar de la larga historia de la hipnosis aún es difícil especificar exactamente que es. Lo mismo pasa con muchos estados psicológicos que son difícilmente definidos sin un ejemplo familiar de esto. Esto lo podemos observar fácilmente en la definición de hipnosis de Hartland (1974): "La hipnosis es un estado especial de la mente que por lo general es inducido en una persona por otra. Este es un estado en el cual las sugerencias no sólo son aceptadas con más facilidad que en el estado de vigilia, sino que actúan en forma más poderosa que la que sería posible en condiciones normales". La definición de Hartland tal vez no nos diga mucho sino agregamos los conceptos de consciente e inconsciente. Hartland realmente quiere decir que la hipnosis es un fenómeno donde el estado consciente es suprimido para dejar escapar el inconsciente del sujeto y esto lo explica con algo que nos hace más familiar tal suceso. Recordemos algo que a todos en alguna u otra forma nos ha sucedido cuando estamos entretenidos en una lectura, viendo algún programa de televisión, una película o alguna otra actividad que requiera de la concentración de nuestra atención (yo); en ese momento viene algún familiar, nos pide prestado el auto y respondemos afirmativamente; dejamos de hacer nuestra actividad y nos disponemos a salir pues tenemos una cita; pero cuales nuestra sorpresa al ver que no está el auto; nos mostramos enojados, cancelamos la cita y al regreso de nuestro familiar le pedimos una explicación a lo cual nos replica diciendo que se lo prestamos. Este es un ejemplo de lo que sucede en el estado hipnótico y por más que nos esforzamos en recordar cuando prestamos el auto no lo recordamos. Según Hartland esto sucede por que nuestra mente está disociada, mientras nuestra conciencia se ocupa de la lectura o la T.V. nuestro inconsciente respondía a nuestro interlocutor. Este es sólo un ejemplo de como en ocasiones tenemos que recurrir a ejemplos cotidianos para entender en alguna medida los fenómenos psicológicos.

De esta forma Hilgard (1965) realiza un resumen de las características descriptivas del estado hipnótico que explican más claramente que muchas definiciones lo que es la hipnosis. En ella se puede observar:

- a) Una disminución de la función de la planeación: el sujeto hipnotizado pierde la iniciativa y le falta el deseo de hacer y realizar planes por sí mismo. Esto claro es relativo ya que el sujeto hipnotizado tiene la habilidad de iniciar la acción, hablar, reír etc., sólo basta un poco de deseo de hacerlo, por tanto la función de planear no se pierde totalmente sino que se cede en gran medida al hipnotista de una manera voluntaria presentándose en el sujeto un estado-

de disgusto o enojo cuando se le otorga la responsabilidad de lo que está haciendo.

- b) Una redistribución de la atención: establecer que la atención es redistribuida, es una forma de decir que ésta es selectiva, que no atendemos por igual todos los aspectos del medio ambiente y que bajo hipnosis la atención es inatención selectiva y va más allá del rango usual.

El sujeto pone muy poca atención al medio ambiente y la enfoca en lo que el hipnotista le dice. La inatención selectiva dentro de la hipnosis se muestra en varias formas, por ejemplo cuando el sujeto puede oír la voz del hipnotista y no oír ni responder a otras voces; cuando puede ver unas de espadas como una carta en blanco; pero sí percibimos el as de bastos. Cuando se tiene una alucinación positiva, el sujeto puede anular del cuarto los objetos que interfieren con tal alucinación.

- c) Una disponibilidad de recuerdos visuales del pasado y el aumento de la habilidad para la producción de fantasías: en la técnica de regresión de la edad se pide al sujeto que regrese al pasado y viva nuevamente las experiencias pasadas y entonces el sujeto siente que realmente está viviendo el pasado. Así los recursos pueden facilitarse y dar imágenes visuales. Bajo hipnosis parece ser que al estimular la memoria, las imágenes visuales son más vividas que en el estado de consciencia usual.

La producción de fantasías puede tomar varias formas, entre estas están los sueños hipnóticos, los cuales son ocasiones mucho mayores que los sueños nocturnos y las alucinaciones. Los recuerdos del pasado pueden ser tan vividos como la experiencia real, así las fantasías pueden ser tan reales como las alucinaciones.

- d) Una reducción del examen de la realidad y tolerancia a la distorsión de la realidad: el examen de la realidad sucede en la vida diaria pero no nos percatamos de ello porque es para nosotros algo muy familiar, aunque una vez que se nos llama la atención sobre ello lo notamos fácilmente y revisamos nuestra orientación volteando, rascándonos, viendo a nuestro alrededor, fijándonos en el tiempo, ajustándonos la ropa etc. Necesitamos de estímulos que mantengan la localización de nuestro cuerpo y sus límites en relación al medio ambiente.

El examen de la realidad se reduce en la persona hipnotizada parcialmente como resultado de las manipulaciones del hipnotista con el énfasis en la relajación, la concentración y la distracción. La reducción del examen de la --

realidad conduce a la aceptación de la distorsión en la realidad. Las deformaciones de todos tipos pueden aceptarse sin crítica en el estado hipnótico, animales alucinados que hablan, el tiempo que pasa más lenta o rápidamente, cambios en nuestra propia personalidad etc.

- e) Un incremento de la sugestibilidad: la teoría de la sugestibilidad de la hipnosis es tan ampliamente aceptada que la hipnosis y la sugestibilidad es para algunos autores casi lo mismo, Araos (1982) tiene una fórmula para describir la hipnosis; $H = S_2 I$; donde S significa sugestibilidad e I -- imaginación.
- f) Un Rol conductual: las sugerencias que un sujeto acepta no se limitan a percepciones o actos específicos, acepta el papel sugerido y lo realiza activamente. El sujeto se entrega al papel específicamente si le es simpático y agradable.
- g) Amnesia de lo sucedido durante el estado hipnótico: desde su descubrimiento por el Marqués de Puységur la amnesia posthipnótica es una de las manifestaciones más confiables concomitantes de la hipnosis y se ha usado como el indicador de una susceptibilidad hipnótica alta, a estos sujetos se les considera "sonambulistas". Aunque no es un aspecto esencial de la hipnosis, ya que a los sujetos que presentan amnesia posthipnótica espontánea se les puede decir que recordarán todo lo sucedido durante el trance y lo recordarán.

Los testimonios de la investigación de más de 150 años confirman el fenómeno hipnótico a pesar de las dificultades de su definición; pero espero que lo descrito aquí halla descrito lo suficiente a este fenómeno como para al menos dar una idea somera de este importante campo en la investigación y la clínica en psicología.

2.2 TEORIAS DE LA HIPNOSIS

Una teoría puede servir a varios propósitos y puede establecerse a varios niveles de generalidad; una teoría descriptiva trata de establecer lo que acontece en ese fenómeno, ir reduciendo lo poco familiar hasta hacerlo familiar a nosotros, mientras que las teorías explicativas o reduccionistas tratan de encontrar la explicación de un nivel del fenómeno a través de eventos a un nivel menor. Así una técnica que establece que la hipnosis es puramente atención o sugestión aumentada la describe como algo supuestamente más familiar y menos explicativo, mientras que una teoría que explica la hipnosis en términos de inhibición cortical es un esfuerzo de reducir y explicar los factores psicológicos sobre neurofisiología; pero existe una tercera clase de teoría que establece una serie de postulados --

o teoremas que hacen una serie de relaciones y eso constituye - la teoría. Algunas teorías tan sólo se concretan a describir - lo observado, otras enfatizan las características motivaciona- les del estado hipnótico, lo relacionado a las primeras etapas del desarrollo, la orientación a la realidad y el rol que juegan el hipnotista y el sujeto. La forma teórica reduccionista puede ejemplificarse cuando la hipnosis se asimila a una teoría ya establecida como la adaptación de la hipnosis a la teoría psi coanalítica. Todas las teorías sin embargo son de importancia legítima y cada una de las explicaciones que proporcionan nos - acerca más a la comprensión de la hipnosis. A continuación des cribimos algunas de ellas de las cuales considero la más impor- tante la de Pavlov descrita por Hoskovec (1969) en el Primer -- Symposium Internacional de los Mecanismos Psicofisiológicos de la Hipnosis realizado en Francia en Octubre de 1967; la de -- Hilgard (1965) y la de Davison (1977).

2.2.1 Teoría Atávica*.

Sugiere que el comportamiento o respuesta hipnótica - puede haber sido imprescindible en alguna época de la existencia humana, como un mecanismo protector de defensa para alejar el - miedo o el peligro. Se ha observado que los animales permane- - cen inmóviles para evitar ser descubiertos y que éste mecanismo tal vez evolucionó hasta la forma actual a través del desarro- llo filogenético. La hipnosis ha sido comparada con la catalep sia o inmovilidad tónica conocida en los animales, a pesar de - que la inducción en los animales se efectúa un tanto diferente, es producida principalmente por factores físicos e instintivos. En el hombre, es producto de la interacción de esos mecanismos con la significación simbólica de la palabra. La hipnosis huma na y la animal se diferencian en que la inducción repetitiva en el animal disminuye la hipnotizabilidad, mientras que en el -- hombre la aumenta. En general todo estímulo poderoso como el terror provoca en animales y algunos hombres la petrificación - (Kroger, 1974). Dentro de las teorías atávicas una bastante -- significativa es la de la "regresión atávica" de Meares que con sidera el concepto de que la hipnosis es un regreso a una forma primitiva de funcionamiento mental. El término regresión se -- aplica generalmente a un tipo anterior de comportamiento; la -- hipnosis se ha considerado por algunos como una relación de pa- dres a hijo que se desarrolla entre el hipnotizador y el sujeto donde la regresión es un retorno a los patrones de comportamien to infantil. La teoría atávica de Meares requiere que la regre

* Atávico: que tiene relación con lo ancestral, con las prime- ras especies.

sión sea aplicada, no en el campo del comportamiento, sino en el campo de la función mental.

2.2.2 Teoría del Sueño Modificado

Se dice que la hipnosis es una especie de sueño modificado, pero en realidad no es probable que sea cierto pues en el sueño natural queda suspendida la consciencia, en tanto que en la hipnosis está presente sin importar la profundidad que tenga. Se ha encontrado que desde el punto de vista fisiológico los dos estados no tienen mucho de semejanza. En el sueño natural se registra un descenso de la presión arterial, una disminución del ritmo cardíaco, una reducción en la secreción urinaria y relajación muscular. Uno de los principales indicadores fisiológicos del sueño es el ritmo electroencefalográfico en el que se observan las siguientes etapas en el sueño:

- a) Cuando se empieza a presentar la relajación y la somnolencia, el ritmo electroencefalográfico (EEG) en el estado de alerta, alfa y beta, empieza a ser reemplazado por un ritmo más lento (cinco-siete hertz) y de mayor voltaje (50-60 Mv) conocido como teta.
- b) En la segunda etapa del sueño, o la del sueño ligero, aumenta la amplitud y la aparición de espigas teta.
- c) En el sueño medio aumenta la amplitud de delta, disminuyen su frecuencia y aparecen usos espontáneos de alfa denominados, usos K.
- d) En la cuarta etapa o de sueño profundo aparece el ritmo delta, ritmo lento de (cinco-tres hertz) y de voltaje alto (20-200 hertz).
- e) La quinta fase es la conocida como MOR (movimiento ocular rápido) o paradójico por su semejanza al estado de despertar; aparecen nuevamente ritmos rápidos y bajos voltajes (beta), movimientos oculares, aumento de tono muscular, aceleración irregular cardíaca, erección del pene, sueños, etc., (Stevens, 1974).

De todas las características mencionadas atrás la hipnosis no posee ninguna similar a los primeros cuatro incisos. Sólo podrían observarse las características de la fase MOR, pero ésta fase es similar a la del estar despierto y por si fuese poco es la fase donde se descansa más, ya que se ha encontrado que al despertar a los sujetos en esta etapa, durante el día se sienten somnolientos y cansados.

Bauer y McCanne (1980) encontraron que los sujetos hipnóticos decrementaban la tasa cardíaca, conductancia de la piel,

actividad electrodermal y tasa respiratoria; características de un estado de relajación y de somnolencia, pero también observaron que no había cambios en el principal indicador del sueño, aumentando la actividad EEG alfa, antes y después de la hipnosis y la beta durante la hipnosis, indicador de la actividad mental.

En la hipnosis profunda en algunas ocasiones se presenta una actividad común a la de la fase quinta del sueño, los movimientos oculares. Aunque existen algunas semejanzas las diferencias son notables entre la hipnosis y el sueño natural. Es necesario hacer notar que se desconoce mucho acerca del sueño normal, por ejemplo la función exacta del sueño paradójico y -- por que ocurre este drástico cambio entre la fase MOR y el patrón EEG presente antes de MOR. Tal vez una posición teórica que de un poco más de luz sobre el sueño sea la teoría psicoanalítica tan controvertida, por consiguiente es muy difícil afirmar con certeza que no existe algún elemento común de importancia (ya sea puramente psíquico o fisiológico) entre estos dos fenómenos; por ejemplo del sueño se puede pasar a la hipnosis y viceversa; si cumple con las sugerencias pasa del estado de sueño al de hipnosis. Sucede a la inversa en ocasiones puede pasar del estado de hipnosis al de sueño normal, aunque ese no es el propósito de la hipnosis (como en el caso del tratamiento del insomnio) se trataría del fenómeno de resistencia.

2.2.3 Teoría del Condicionamiento.

Se considera que la hipnosis es un estado psicológico producido por un condicionamiento realizado a través de toda la vida, en el cual ciertas palabras actúan como estímulo condicionado, logrando a través de asociaciones repetidas de las palabras, sueño, pesadez, cansancio y relajado con las sensaciones y acciones correspondientes de tal manera que la repetición constante de estas palabras producen el estado hipnótico. No hay duda que el condicionamiento desempeña una importancia en la inducción; pero esto está lejos de ser todo lo que sucede en ese estado, además esta teoría supone la similitud entre el sueño y la hipnosis que aunque pueden tener algo en común son bastante diferentes (Hartland, 1974).

2.2.4 Teoría del Juego de Roles.

Según esta posición la hipnosis debe considerarse como un esfuerzo intencionado dirigido a un fin, siendo su objetivo el comportarse como una persona hipnotizada ya que esto lo determinó el operador y lo acató el sujeto; se sugiere y aclarar al sujeto lo que se espera que haga y parece que debido a la relación que existe, parece que se esfuerza por desempeñar el papel que se le ha otorgado. Su motivación parece ser la sumisión a las órdenes del operador (Hartland, 1974).

Contra estos reclamos existen muchas pruebas que demuestran que aunque hubiese algo de esto, no se puede por medio de las suposiciones del desempeño de un papel controlar las respuestas fuera del control voluntario. Cuando bajo hipnosis se ilumina una fuente de luz, la pupila del sujeto se contrae; cuando se realiza la regresión de la edad hasta una edad muy temprana en ocasiones se presenta el reflejo de Babinski. Algo que tampoco explica esta teoría es como se logra la analgesia para resistir estímulos punitivos que en el estado normal son insoportables.

2.2.5 Teoría de la Disociación.

Esta es una de las teorías más aceptadas que consideran a la hipnosis como un estado de conciencia disociada artificialmente, o sea una mente dividida en la que se pueden efectuar cambios. La disociación implica el registro de la información a un nivel de análisis relativamente bajo pero que puede influir las cogniciones, el afecto o la conducta sin que la información sea percibida en el nivel de la consciencia (Bowers, 1978). En las investigaciones sobre analgesia hipnótica se ha encontrado que el dolor no se percibe a nivel del reporte consciente sin embargo con técnicas especiales se encuentra algo de dolor a nivel cubierto o subconsciente, estas observaciones han creado el concepto metafórico de la existencia de "un observador oculto" como una de las divisiones de la consciencia. La parte oculta representa datos que son procesados y no percibidos conscientemente y que aún pueden convertirse en accesibles a la consciencia. Actualmente la teoría disociativa moderna, llamada neodisociación, propone que hay numerosos sistemas de control cognitivo y de control que no están integrados a nivel de consciencia superior y que pueden separarse por completo a través de los procedimientos hipnóticos. Su explicación aun no es completa y requiere de elaboraciones e investigaciones futuras aunque algunas corrientes neurológicas son prometedoras en este campo.

El concepto de disociación conduce a la idea de profundidad o niveles en la mente (consciente, inconsciente, pre-consciente), por ejemplo puede compararse un iceberg, donde la parte visible de éste es la consciencia y toda aquella otra gran masa que permanece oculta bajo el agua es la inconsciencia que en el estado hipnótico emerge ocultando a la consciencia, tal y como si penetráramos el iceberg hasta la profundidad. Otra forma de describir la mente es comparandola con un árbol, donde la parte consciente es el tronco y las hojas visibles sobre la tierra, mientras que las raíces están en lo profundo, que son las que nutren aquello que vemos. Alternativamente la mente puede pensarse como dividida en partes, como un departamento, el cual hay una unidad al todo. El conocimiento de la mente es siempre parcial; como ver diferentes departamentos en la unidad depen-

diendo de la puerta por la que se entrase. Estas analogías son los diferentes puntos de vista acerca de la mente en las teorías de la disociación; profundidad o niveles de la mente (Hilgard. 1978).

Algunos apoyan más una posición que otra como, Fourie y Lifschitz (1982) quienes intentaron demostrar que la idea de profundidad en la hipnosis es un simple concepto y no una realidad. La profundidad en el inconsciente se infiere a través de conductas verbales y vocales, por ejemplo el lograr la anestesia en gente sería un indicativo de trance medio profundo. Esto según Fourie y Lifschitz (1982) es una interacción entre hipnotista y sujeto que nos habla de la extensión de la hipnosis, de lo amplio del fenómeno en la relación hipnótica pero no de profundidad.

2.2.6 Teoría Pavloviana.

En la postura de Pavlov era un hecho que todas las funciones psíquicas resultaban de la actividad cerebral. Se aproximó a la hipnosis desde esa perspectiva por medio de la observación en animales. Sus experimentos se desarrollaban más o menos de esta forma: se presentaba a un perro una nota de flauta desencadenando el reflejo de orientación, después de un tiempo se repetía el sonido en forma monótona (una nota cada 5 seg), las áreas "analizadoras" de la corteza reconocían la "insignificancia" (inocuedad) de la señal y se establecía la "inhibición cortical" (ya no se presentaba el reflejo de orientación). Al cesar el reflejo mencionado el animal reaccionaba primero con indiferencia, luego con somnolencia y finalmente se dormía. Al repetirse el tono en alguna otra ocasión desencadenaba el mecanismo de sueño (hipnótico) al primer sonido. Para corroborar lo encontrado en éste estudio se le extirpó a un animal el prosencéfalo, que al perder las áreas analizadoras inhibitorias, no pudo amortiguar el estímulo monótono y continuó con el reflejo de orientación presentando miedo y huida con la misma intensidad hasta quedar totalmente agotado. Esto quería decir que una estimulación determinada inhibía ciertas áreas corticales produciendo la hipnosis (Volgyesi, 1978).

Hoskovec (1969) realiza una descripción detallada de la teoría Pavloviana, empezando por aclarar algunos conceptos hipnóticos básicos usados por los fisiólogos de la actividad nerviosa superior y los psicólogos de la escuela Pavloviana:

- a) Excitación: se considera como un proceso manifestado en la iniciación o intensificación de alguna función del organismo.
- b) Inhibición: en un marco pavloviano se refiere al proceso opuesto, involucrando decremento o cese de

la función. En éste contexto se postulan esencialmente procesos del sistema nervioso central y más específicamente procesos corticales.

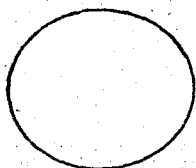
- c) Inducción: se refiere a la influencia de un centro cortical sobre otro u otros centros corticales. Esta influencia puede ser excitatoria, la cual se asocia con inducción positiva o inhibitoria que se asocia con el proceso de inducción negativa.

Desde la perspectiva Pavloviana "el punto de observación" más o menos es un centro de excitación concentrada, aislado de las regiones corticales por medio de inducción negativa. Para hacer más clara su teoría hipnótica postula que:

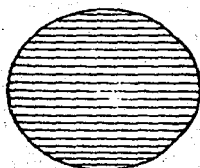
- a.- La hipnosis es un sueño incompleto; un sueño acompañado por conciencia parcial. La sugestión causa una concentración de excitación en parte de la corteza, mientras otras áreas son inhibidas por inducción negativa. Esto disminuye el efecto de influencias que de otro modo tenderían a contraatacar la sugestión. La teoría de Pavlov implica que debe presentarse algún grado de inhibición después de un período de sugestión y que la suma de inhibiciones determinará en alguna medida la respuesta a la sugestión. Pavlov estableció que, precisamente como aprendemos a dormir cuando cerramos los ojos, así también un individuo puede ser enseñado a entrar en el estado hipnótico como un reflejo condicionado al estímulo apropiado, también señaló la influencia de la respiración. La sugestión la definió como una excitación concentrada en un punto o área limitada del cerebro, inducida por una palabra como un estímulo condicionado en el marco del señalamiento de segundo orden.
- b.- La disociación de las funciones cerebrales es considerada como una característica del estado de hipnosis. En otras palabras hay una subdivisión de los hemisferios cerebrales dentro del sueño y la conciencia, en estos existe una "zona de observación", un centro más o menos confinado de excitación concentrada aislado de las regiones restantes de la corteza por inducción negativa. De acuerdo a la escuela pavloviana, ésta "zona de observación" representa el fundamento psicológico del rapport hipnótico, para los pavlovianos, es la facultad específica de un sujeto hipnotizado para percibir, selectiva y exclusivamente, las palabras del hipnotista sin mantener ningún contacto con el resto del mundo externo. Los pavlovianos señalan que ésta no es propiedad exclusiva del estado hipnótico y que algunas veces también se observa en el sueño normal.

El siguiente diagrama, en el cual las áreas sombreadas representan la inhibición y las áreas blancas la excitación, in

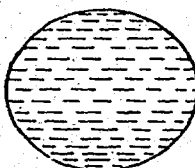
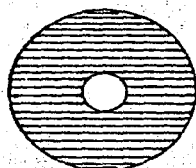
tenta ilustrar esquemáticamente; a) el sueño, b) el sueño según una errónea interpretación que popularmente se hace de la teoría pavloviana; la posición pavloviana real. De tal suerte que es necesario distinguir entre el concepto de una irradiación completa de inhibición espaciada sobre toda la corteza (concepto erróneo prevaleciente en algunos lugares) y las áreas disociadas de excitación rodeada por áreas irradiadas de completa inhibición.



Con_ciencia



a) sueño

b) punto de -
vista de -
la inhibi-
ción par-
cial de la
hipnosis.c) punto de -
vista de -
la hipno-
sis de la
excita-
ción inhi-
bición di-
sociada.

Esta teoría como todas tiene sus limitaciones y aunque es muy fructífera requiere de la exploración de la intervención de variables, no fisiológicas como por ejemplo, variables de personalidad, expectancia del sujeto, etc.

2.2.7 Teoría Desarrollo-Interactivo.

La teoría de Pavlov es una orientación psicológica más bio-fisiológica que es de suma importancia, pero no hay que dejar de reconocer que le falta integrar algunos elementos para describir más claramente lo sucedido en el fenómeno que nos ocupa.

Una teoría un tanto ecléctica es la de Hilgard (1965) que cubre una serie de consideraciones hechas aisladamente por otras teorías incluso involucra el elemento bio-fisiológico aunque no lo explica tan claramente como otros elementos de su teoría a la cual llamó "Desarrollo interactivo". Su punto de vista se basa a su vez en otro investigador, Shor (1962) (citado -

por Hilgard) cuya posición es ecléctica y enfatiza la "profundidad hipnótica" vista en tres dimensiones, a) la profundidad relacionada a las estructuras cognitivas y motivacionales que - - caen en la obediencia consciente y voluntaria; pero que se hacen inconscientes, esto es lo relacionado al rol que se toma, - b) la segunda dimensión se define por el desvanecimiento de la realidad-orientación generalizada dentro de la conciencia no - funcional, c) lo relacionado a las primeras etapas del desarrollo, el reconocimiento regresivo de la hipnosis. Esta teoría propone que la hipnosis se puede lograr por cualquiera de esos tres medios, pero Hilgard (1965) critica que esa teoría no explica las diferencias individuales observadas en los sujetos hipnóticos por lo que propone su teoría.

La teoría Desarrollo-Interactivo consta de tres proposiciones. Las primeras son proposiciones de "Desarrollo mental" -- (proposiciones-D), el cual tiene que ver con las experiencias a lo largo de la vida que producen personas que pueden o no entrar en estado hipnótico y que son más capaces de producir un fenómeno hipnótico y no otro. Aquí se busca la explicación por la habilidad de renunciar a la realidad-orientación, para envolverse en un rol y para aceptar regresiones (a las primeras etapas de desarrollo). El segundo conjunto de proposiciones se denomina "interactivo" (proposiciones-I), tiene que ver con lo que pasa dentro de la inducción a la hipnosis y dentro del establecimiento del estado hipnótico: entre el sujeto y el hipnotista sucede una importante interacción. El carácter de esta interacción depende de la clase de personas que son, de los roles que asumen y de la manipulación que emplea el hipnotista. Estas proposiciones son contemporáneas o históricas y como tales corresponden a muchas de las proposiciones de la psicología que enfatiza la interacción con el medio ambiente, entre la gente y las reacciones frente a la demanda. El tercer conjunto de proposiciones comprende proposiciones relacionadas al estado hipnótico, llamadas "proposiciones del estado hipnótico" (proposiciones-S), este conjunto de proposiciones corresponden a los correlatos fisiológicos de la conducta hipnótica. ¿Cómo puede surgir una ampolla después de haberse sugerido una quemadura? se hace necesario que alguna teoría explique como se lleva a cabo ese efecto somático.

Proposiciones Desarrollo Mental (proposiciones -D)

2.2.7.1 Proposición D-1.

Todos los infantes nacen con el potencial para desarrollar la habilidad para las experiencias hipnóticas profundas. La proposición asume que la habilidad hipnótica no ha sido aprendida, sino que puede perderse. Lo difícil no es saber por qué algunas personas pueden lograr el estado profundo sino porque no son capaces de hacerlo. Se acepta que la hipnosis es heredada en la cual difiere la gente. Mientras no haya evidencias para negar que se herede, ni evidencias de semejanzas en la habilidad entre sujetos de una familia o en estudios de gemelos, se considerará que la hipnosis es tan natural como el dormir; si alguien padece de insomnio no es porque haya nacido así. Las personas no susceptibles se hacen no nacen. Gardner (1981) apoya de alguna manera lo dicho por Hilgard en ésta proposición él menciona que la hipnosis es un proceso natural de ocurrencia normal el cual ocurre desde el nacimiento. Con respecto al tamaño de la familia, Query (1981) intentó observar la relación familiar, esto es si el hijo era único, si era el primogénito, o el orden de nacimiento y el número de hermanos (tamaño de la familia), con relación a la susceptibilidad hipnótica. Encontró que cuando las familias eran más grandes los sujetos eran más susceptibles y no encontró relación entre orden de nacimiento; pero no pudo replicar lo que encontró; esto confirma que es necesario realizar más estudios sobre las relaciones familiares y la hipnosis ya que no se sabe exactamente como la familia modela la hipnotizabilidad.

2.2.7.2 Proporción D-2

La habilidad de un niño para evadirse de la realidad, orientación e involucrarse muy profundamente en la fantasía y la aventura puede preservarse si se estimulan suficientemente experiencias de éste tipo por medio del ejemplo, si se recompensa y toleran.

2.2.7.3 Proposición D-3

Probablemente halla un período crítico durante el cual estas conductas serán sostenidas o perdidas, el período situado entre adquisición del lenguaje y el inicio de la adolescencia. Hay evidencias de que los cambios en dirección positiva después del inicio de la adolescencia con respecto a las condiciones antecedentes de susceptibilidad no promueven susceptibilidad a menos que hallan sido favorables las primeras experiencias. El curso del decline de la habilidad hipnótica en la influencia, el cual empieza algo así como entre los ocho y los diez años, sugiere que el decline es un fenómeno preadolescente.

Proposición D-4.

Una vez que un antecedente favorable sostiene la capacidad natural, nuevas experiencias pueden injertarse sobre éste antecedente reforzando las habilidades aprendidas. Se presume que el niño que se siente bien en un rol flexible, en la fantasía, en la aventura, en la creación sin crítica intensa, puede más tarde aprender a absorberse en nuevos intereses tales como el leer, la música, o el buceo y encontrar satisfacciones de estas nuevas experiencias las cuales lo llevarán en la adolescencia y la edad adulta a vivir la habilidad de ser hipnotizado de otros que ya la han perdido.

Proposición D-5

Las influencias parentales e identificaciones son muy importantes para preservar y extender o reducir y destruir la susceptibilidad hipnótica; Algunos datos muestran relaciones complejas en la identificación parental:

- a) La semejanza temperamental al padre del sexo opuesto es favorable a la susceptibilidad hipnótica tanto en sujetos masculinos como femeninos, sin importar si tal padre sea hipnotizable o no.
- b) La semejanza al padre del mismo sexo es favorable a la susceptibilidad dado que el padre es hipnotizable, sin embargo es muy desfavorable para la susceptibilidad por la semejanza temperamental si se considera al padre como hipnotizable.
- c) Los sujetos muy hipnotizables tienden a identificarse con sus padres susceptibles a la hipnosis con respecto a sus actividades recreativas antes que en el trabajo. No hay tabú en contra de ser como el padre del sexo opuesto con relación a los intereses recreativos.
- d) Si un sujeto no se identifica con cualquiera de los padres en algún aspecto, en el trabajo o en las actividades recreativas, es poco probable que sea susceptible a la hipnosis.

En las primeras etapas de la vida se forman aspectos importantes de la estructura de la personalidad, cuando las influencias parentales son grandes. Las identificaciones de importancia van más allá de la identificación del rol sexual con el padre del mismo sexo; ambos padres contribuyen a través de identificaciones a la formación de la personalidad del niño. El padre del sexo opuesto puede ser importante en la hipnosis porque ésta es una conducta como de juego que puede copiarse sin contradicción al tipo de rol sexual.

2.2.7.4 Proposición D-6.

No todas las actividades parentales "favorables" desde el punto de vista de higiene mental conducen a la susceptibilidad; contrariamente no todas las "infavorables" la inhiben. Hay que tener cuidado para evitar los valores de juicio que hagan de la susceptibilidad hipnótica "buena" o "mala". En general es fácil considerar un caso como "bueno" porque la gente cae a la vez de un rol conductual flexible, de relacionarse intensamente y con regresiones no amenazantes es por lo general interesante y creativa. Al mismo tiempo hay mucha gente interesante, productiva y dedicada que no es susceptible. Probablemente tengan actividades competitivas con la hipnosis de las que están orgullosos. Gente ligada, sujeto a la realidad, vigilante, gente que se esfuerza por no convertirse en un sujeto hipnótico al menos que alguna parte de esos se ajuste a otras características.

Por otro lado hay sujetos susceptibles menos favorables o con respecto a la opinión de la salud mental; como niños solitarios, que para cubrir la soledad crean un compañero, imaginario, o se absorben en lecturas que lo ayuden a evitar esa soledad. Tal vez éste sujeto se abre al adulto buscando de quién depender, haciendo la hipnosis más fácil.

Se ha visto que los antecedentes tanto favorable como desfavorables a la salud mental pueden conducir a la susceptibilidad.

2.2.7.5 Proposición D-7.

Las experiencias individuales de diferentes clase pueden producir respuestas selectivas dentro de la susceptibilidad hipnótica. Se sabe que los sujetos con el mismo nivel de susceptibilidad tienen perfiles de hipnosis, esto es pueden tener éxito en diferentes patrones hipnóticos. Es muy difícil predecir exactamente la ejecución que se dará. ¿La muchacha relacionada al Ballet encontrará más fácil que otros realizar los actos musculares pedidos por el hipnotista porque está acostumbrada a las respuestas motoras automáticas debido al dominio del ballet? ¿La persona absorta en la música de ballet realiza mejor que otros las alucinaciones sensoriales? ¿el estudiante de teatro realiza las tareas posthipnóticas más rápido o más fácilmente que otros? Estas proposiciones parecen tener algo de ciertas.

Las proposiciones "D" expuestas ven al lado de las relaciones entre la conducta fuera y dentro de la hipnosis para determinar las primeras experiencias, identificaciones, patrones imitativos, actitudes contagiadas y conductas aprendidas que producen las diferencias en los sujetos.

2.2.7.6 Proposición Interacción (Proporciones - I)

Las proposiciones "D" proporcionan una historia natural de la susceptibilidad hipnótica, muestran porque unas personas son más hipnotizables que otras y el porque de susceptibilidad puede tomar formas individuales. Esas proposiciones no nos dicen como la relación hipnotista-juguete altera el estado de conciencia a fin de incidir sobre la susceptibilidad y producir el fenómeno específico de la hipnosis. Algunos investigadores han resuelto el problema teóricamente al diferenciar entre inducción y el trance establecido. La fase de inducción se rompe pero a medida que el trance se establece el yo ejecuta un acto de síntesis, por el cual se construye una subestructura. De punta a punta el ego mantiene su realidad no hipnótica relacionada al hipnotista; sólo parcialmente el subsistema está bajo el control del hipnotista. Otros se refieren a la autoexclusión del funcionamiento del yo al entrar en el sueño, o en otra forma, al entrar en hipnosis. De tal manera que algunas cosas suceden en la vida cotidiana antes de que el fenómeno hipnótico las mostrara. En las proposiciones "I" el propósito no es describir lo que sucede en general, sino lo que está pasando específicamente en relación a la historia de desarrollo de los sujetos.

Proposición I-1.

En pocas sesiones un sujeto susceptible aprende a entrar al trance mucho más rápido que como lo hacía inicialmente; pero esto no significa que la profundidad del trance se incrementa. Aparentemente entrar en trance tiene características de aprendizajes y puede estudiarse como tal. Es un error suponer que el sujeto aprende a entrar en un trance más profundo con la práctica. La experiencia dice que se alcanzan algunos ajustes de nivel, pero la meta se alcanza rápidamente y se rompe sólo con muchas dificultades.

2.2.7.7 Proposición I-2.

Proporcionando un ambiente propicio para la hipnosis, no que evoque confianza, la respuesta inicial a la inducción hipnótica depende muy poco de las características personales del hipnotista. Se ha visto que aunque se cambie de sesión a sesión de hipnotista, todo sigue bien, en términos teóricos el sujeto trae consigo la disposición para experimentar la hipnosis y por tanto puede ser hipnotizado por cualquier persona responsable y preparada técnicamente. Haciendo referencia a la transferencia aquí se encuentra lo conocido como "disposición a la transferencia".

Proposición I-3.

Con las inducciones repetidas por el mismo hipnotista resulta una transferencia diferenciada, y las características individuales del hipnotista y el sujeto en su interacción se hacen más importantes que lo que lo fueron inicialmente. El rapport de la inducción inicial, el cual es muy generalizado y bastante impersonal, probablemente se haga mucho más individual con las inducciones repetitivas y por tanto aparecen las reacciones de transferencia tanto positivas como negativas. Las cualidades específicas del pasado del sujeto, hasta extenderse a lo que el hipnotista le recuerda de personas significantes de sus primeras experiencias.

Así como en la terapia las reacciones interpersonales entre el terapeuta y el paciente constituyen un elemento muy importante, así también la relación entre el hipnotista y el sujeto son relevantes. Aquí se enfatiza la transferencia, específicamente se encuentra en la relación hipnótica. El sujeto como en las primeras etapas del desarrollo, tiene el deseo de complacer al hipnotista y de proyectarse en él. Estos aspectos denotan una motivación del sujeto ante los eventos del trance (Sheehan, 1980).

Sheehan (1980) intentó describir la importancia del rapport en la hipnosis a través de 5 experimentos que consistían en someter a un grupo de sujetos ante situaciones desagradables (no propicias al rapport.) durante el establecimiento de la hipnosis y posteriormente pasaron a una situación donde se favorecían el rapport encontrando que durante esta segunda fase los sujetos mostraron una ejecución hipnótica mucho mejor.

2.2.7.8 Proposición I-4.

La interacción hipnótica se da mejor en áreas libres de conflicto; si una área de conflicto está ligada a la interacción hipnótica; las defensas pueden interferir con la hipnosis. Las defensas que son estimuladas bajo hipnosis también lo son en el estado consciente. En la hipnoterapia la hipnosis puede tener las mismas dificultades que la psicoterapia consciente. Las reacciones de vigilancia pueden ser estimuladas, entonces el sujeto se pone en guardia y el trance probablemente se debilita. Ocasionalmente el sueño interviene como un escape; poniendo al sujeto fuera de contacto y haciéndolo inaccesible al problema. En esos conflictos pueden ocurrir reacciones psicósomáticas, como aceleración de la tasa cardíaca, respiración agitada o cefaleas, cuando esto es muy intenso puede despertar al sujeto de la hipnosis. Una forma de activar en la hipnosis las defensas en forma de represión es la amnesia.

2.2.7.9 Proposición I-5.

Las experiencias disociativas activadas por inducción hipnótica y por sugestión dentro de la hipnosis se correlacionan con las experiencias específicas de desarrollo. Los perfiles de susceptibilidad muestran que entre sujetos muy susceptibles hay grandes diferencias. Es necesario porque algunos sujetos pueden tener alucinaciones positivas y no negativas, por que algunas reaccionan con contracturas musculares y no con amnesia posthipnótica. Tal vez la respuesta o lo que explicaría esto sean las experiencias del desarrollo. Algunas de las experiencias que son de relevancia en la disociación hipnótica son:

- a.- La magia parental en la infancia puede producir efectos similares a los solicitados bajo hipnosis, por ejemplo una madre dice "ven aquí", yo te sobare la cabeza y el chichón ya no te molestará".
- b.- La palabra no siempre está subordinada al examen de la realidad. Los padres pueden estar contando un cuento de hadas en tanto el niño está embebido de esas fantasías viéndolas como reales; de pronto los padres pueden decir "eso es todo por hoy a lavarse los dientes y a la cama". En ese momento regresan a la realidad.
- c.- La amnesia tiene las cualidades de la represión activa y de la inatención. Se dice que el sujeto tal vez no atiende lo suficiente, que sólo efectúa lo que el hipnotista le indica, que no está memorizando sino que está en un aprendizaje pasivo incidental. Hilgard (1965) cree que la amnesia puede deberse a la distribución y pone un ejemplo; cuando uno lee un libro y está absorto en el tema, el primer capítulo puede tratar de la vida adulta de un personaje, otro posterior puede hablar de la infancia del héroe, mientras hacemos esto nos olvidamos de la vida adulta del personaje. Lo mismo se hace en la hipnosis, se maneja la inatención y la atención selectiva.
- d.- Los estilos defensivos y competitivos son desarrollados en la infancia, de tal forma que un niño racionaliza, otros proyectan y otros reprimen.

2.2.7.10 Proposición I-6.

Hay múltiples vías dentro de la hipnosis que pueden ser activadas a través de la inducción, si cualquiera de estas existe con suficiente fuerza como una subestructura (o sistema de hábitos) dentro de la personalidad, la inducción puede comunicarse con ésta y así conducir al estado hipnótico. Hay varias vías para entrar a la hipnosis, por ejemplo la fantasía y la aventura; el grado de hipnotizabilidad no correlaciona con un evento-

específicamente; no son igualmente hipnotizables los que fantasean o los que se dejan llevar por la aventura, ni son más fácilmente hipnotizables por una alta ejecución en las dos vías. Se podrían esperar diferentes conductas hipnóticas cuando la hipnosis se logra por diferentes vías, sin embargo se ha visto que las conductas se sobreponen:

2.2.8 Proposición del Estado Hipnótico (Proposiciones - E)

Estas proposiciones intentan completar la teoría de la hipnosis indicando algunos elementos de la naturaleza del estado hipnótico.

2.2.8.1 Proposición E-1.

El trance puede ser por sí mismo un producto de la sugestión y puede considerarse separadamente de la responsabilidad a las sugestiónes dadas dentro de éste estado. Esta proposición refuta la definición de la hipnosis como un estado de hipersugestibilidad. La hipnosis no es necesariamente un estado de hipersugestibilidad, uno puede estar hipnotizado y no responder a sugestiónes ordinarias, si se acepta ésta proposición entonces se pueden reconocer diferentes clases de estados de trance.

2.2.8.2 Proposiciones E-2.

Aunque hay algún incremento en la sugestibilidad después de la inducción del trance, es relativamente ligera y no suficiente para definir la susceptibilidad. Entonces uno puede preguntarse ¿por qué son útiles los exámenes de susceptibilidad basados en la sugestión?, Hilgard responde a la pregunta argumentando que para hacer uso de ese pequeño incremento de la susceptibilidad y para verificar la cooperación del sujeto; así como respondió a las inducciones objetivas de sugestibilidad, así también responderá a las sugestiónes que lo harán entrar en hipnosis.

La respuesta de Hilgard, desde el punto de vista de quién escribe esto, no es muy válida ya que se ha visto que las pruebas de susceptibilidad no son muy confiables al predecir lo susceptible de un sujeto y su ejecución bajo hipnosis.

Proposición E-3.

La hipnosis no se identifica con la sugestibilidad en general. Hay varias subvariedades de sugestibilidad de las cuales la mostrada por las personas susceptibles a la hipnosis representan tan sólo un conjunto limitado.

Proposición E-4.

El estado hipnótico se caracteriza por varias disociaciones parciales probablemente con el paso del tiempo y la investigación aparezcan proposiciones que establezcan las correlaciones fisiológicas de la hipnosis. Hasta el momento las evidencias sobre esto son muy contradictorias y las investigaciones sobre ésta línea están en sus primeras etapas. Lo que actualmente se puede decir se debe enunciar en forma negativa; la hipnosis no es dormir, ni tampoco una decorticación funcional.

La teoría ecléctica de Hilgard apoya y refuta como todos, algunos aspectos del fenómeno hipnótico aunque los toma en cuenta, por ejemplo considera que los roles que se juegan dentro de la hipnosis son importantes pero estos elementos por sí solos son incapaces de explicar la hipnosis. También critica la teoría analítica de Gill y Bremman de la disociación y la regresión. El manejo del término regresión es muy vago y está bastante trillado. Si uno se atiene a éste concepto cualquier acto que realizamos es regresivo ya que nos remite a hábitos adquiridos en el pasado. Por otro lado el manejo, como se hace en esta teoría del término; "regresión al servicio del ego" implica salud mental y si es así como se explicaría la hipnotizabilidad de neuróticos y psicóticos, con respecto a la teoría del aprendizaje admite que fue muy inespecífico y que prácticamente no describió estos mecanismos en sus proposiciones pero que es muy evidente que los procesos de aprendizaje estén involucrados en la hipnosis aunque según él no hay muchos estudios que lo confirmen.

Hay que reconocer que el intento ecléctico de Hilgard (1965) por explicar la hipnosis fue un muy buen ejemplo de como se puede abordar considerando varios aspectos que por sí solos dan una perspectiva parcial. También evita el sectarismo científico donde sólo un punto de vista es el válido.

2.3 CONSIDERACIONES TEORICAS DE DAVISON Y GOLEMAN

Siguiendo un poco la perspectiva de Hilgard (1965) Davison y Goleman (1977) describen una serie de factores que influyen a la hipnosis. Tienen algunas semejanzas aunque estos últimos teóricos son más breves y enfatizan en alguna medida, o al menos más claramente la importancia de lo psicobiológico.

Empiezan arguyendo que el cerebro está entrelazado a las operaciones mentales y que cualquier cambio en el evento mental necesariamente implica un cambio concomitante neural.

El modelo que presentan Davison y Goleman (1977) con tres períodos temporales básicos en todo cambio de consciencia. Estos tres períodos pueden etiquetarse como; "Antes", "Durante",

"después".

Antes: se refiere a los patrones psicobiológicos de un individuo antes de experimentar un estado alterado de conciencia. Se refiere a la predisposición, la personalidad y otras diferencias individuales que facilitan el ser receptivo y abierto a la hipnosis, o los convierten en antagonistas a ella. Se incluyen en este rubro la historia genética, las experiencias aprendidas (incluyendo cultura y aprendizaje condicionado) así como el medio ambiente individual y social.

Durante: se refiere a los efectos de una vía o vehículo particular. Los efectos son una función de la interacción del vehículo o vía para alterar la conciencia con variables predisposicionales, por ejemplo, los efectos del estado de hipnosis parecen estar en función de la interacción del procedimiento hipnótico con un amplio rango de variables predisposicionales y situacionales. Se sabe que hay evidencias de que la variación en la susceptibilidad hipnótica puede atribuirse a factores genéticos los cuales interactúan significativamente con la primera historia del individuo y con una variedad de factores situacionales así como también con aspectos específicos de la inducción hipnótica.

En suma, un estado alterado es el producto interactivo de la que paso antes y la vía o vehículo empleado para la alteración de la conciencia. Esto es, el antes es un determinante potencial de la conciencia; la predisposición moldea los efectos del estado. Aquí son los efectos relativos al estado inducido por una determinada técnica.

Después: constituye a los efectos característicos de la práctica. Se sugiere que la vía o vehículo es una determinante crítica de este período. En el después o efecto característico de la práctica se observan las consecuencias experienciales y biológicas que pueden controlarse, hacerse persistentes y resistentes a través del aprendizaje. Los eventos neuronales reflejan un estado de conciencia del organismo; un cambio en los procesos psicobiológicos resulta en un cambio en el modo de procesamiento de información. Estos cambios son o están en función del vehículo o vía adoptada. Un elemento fundamental en este modelo de la hipnosis es el efecto de la retroalimentación sobre las variables predisposicionales. Este proceso de retroalimentación puede describirse así; el después es el antes para lo que sigue. En otras palabras, los efectos de un vehículo para alterar la conciencia cambian la matriz predisposicional, lo cual a su vez afecta al estado elicitado. Este proceso de retroalimentación ocurre sobre los procesos biocognitivos, como en la atención, en función del aprendizaje y la práctica del vehículo.

2.4. UNA CONSIDERACION ACERCA DE LAS TEORIAS

En todo fenómeno psicológico por lo general siempre están presentes dos puntos de vista; el bio-fisiológico y el socio-simbólico. Cuando se hace referencia la explicación de los sueños, la conciencia, las enfermedades mentales, la personalidad, la psicoterapia etc, siempre están presentes aquellos dos puntos de vista, unos lucha encarnizadamente por sostener una u otra posición sin contemplar o malentendiendo la posición y argumentos de su contraparte teórica. En la psicoterapia se ha observado que tanto una como otra tendencia tienen resultados positivos, por ejemplo en el tratamiento de cefaleas tanto la aproximación psicoanalítica como la conductual han obtenido resultados positivos en mayor o menor grado. Desde nuestro punto de vista la psicología es una ciencia limítrofe entre la sociología (entendida como las introyecciones dadas por las reglas sociales; las relaciones familiares e interpersonales así como la influencia del medio ambiente) y la biología. Nuestra opinión es que mientras sigamos observando los fenómenos psicológicos desde uno u otro polo no comprenderemos totalmente la psique humana. Con respecto a la hipnosis ocurre lo mismo, se plantean teorías que en ocasiones excluyen totalmente a las otras y eso no es lo peor sino que los intentos para entender quedan con una u otra sin tratar de integrarlas, tal vez porque creen que el ser ecléctico no es ser científico, creencia por demás irreal. En la ciencia no se trata de hacer bandos sino de atenerse a la comprobación empírica de lo que teorizamos.

Freud se daba cuenta de esto, ya en el prólogo al libro de Bernheim en 1888-89, criticaba a éste por no considerar los aspectos bio-fisiológicos de la hipnosis, como a Charcot por no considerar el punto de vista más psicológico de Bernheim. Ahí mismo cuando Freud describe la hipnosis desde el punto de vista de Bernheim como consecuencia de la sugestión, Freud arguye que aunque está de acuerdo con su colega, en otras ocasiones para ser distinto. Dice Freud; "quién haya hipnotizado habrá encontrado sujetos que difícilmente pueden ser hipnotizados solamente mediante la palabra y cuando se les hace fijar la vista responden fácilmente. (Freud) La hipnosis puede ocurrir tanto por autosugestión como por fatiga y ejemplifica su aceveración con una interacción entre un médico y un paciente en la cual el médico pone en hipnosis al paciente sin ser esta su intención; por ejemplo cuando se realiza un examen oftalmológico el sujeto observa una lámpara y se presentará el sueño hipnótico. Lo mismo sucede al mecer a un niño. Por consiguiente ya desde Freud se

(1) Freud, Obras Completas, Madrid, Biblioteca Nueva, 1981, -- Tomo 1.

sabía que en el hipnotismo había tanto fenómenos psíquicos como bio-fisiológicos, pudiéndose provocar la hipnosis de una u otra forma.

La teoría de Pavlov se considera muy importante pero requiere de otros elementos, como por ejemplo las cogniciones, las relaciones terapeuta-paciente etc. Para explicar en un contexto más amplio lo que es la hipnosis.

Un ejemplo que se debe seguir en la postura de Hilgard (1965) y la de Davison y Goleman (1977) en la que obviamente dan mayor importancia o al menos enfatizan más unos puntos que otros, están conscientes de que para comprender éste fenómeno se debe estar alerta a las nuevas investigaciones, se debe estar dispuesto a intentar comprender al menos otros puntos de vista y se debe estar consciente que la hipnosis no es un fenómeno (como muchos otros) unifactorial.

2.5 QUIENES SON HIPNOTIZABLES

Se sabe que el grado de hipnotizabilidad difiere de su sujeto a sujeto y que diferentes variables intervienen. Algunos opinan que si bien la mayoría es hipnotizable algunos no lo son, pero respecto a esto existen muchas controversias. Frankel (1981) cree que la personalidad y el sexo tienen que ver muy poco con la hipnotizabilidad del sujeto.

Botto, Fisher y Soucy (1977) encontraron que los sujetos a los que deliberadamente se les había presentado un modelo que les dificultaba la hipnosis, ya que era masculino, las mujeres, a pesar del tal modelo, fueron más susceptibles que los hombres. En cambio en las situaciones de buen modelamiento no se encontraron diferencias entre hombres y mujeres. Esto habla de una probable intervención en la hipnosis de las variables de personalidad y sexo.

Nuestra postura es que la hipnosis es modificable dado que como explican Hilgard (1965), Gardner (1981), la hipnosis es una habilidad con la que se nace. Si bien ésta habilidad se puede perder, nadie ha explicado porque no puede volverse a adquirir, hasta ahora no sabemos que exista ninguna razón para negar que un sujeto se haga más susceptible, al contrario hay muchos indicios que indican que la hipnotizabilidad es modificable. Eso se concluye cuando se revisa a Davison y Goleman (1977) y se encuentra que lo que hagamos (en él durante y después), se convertirá en el antes para lo que sigue. También afirman que se ha encontrado que el entrenamiento en los procesos de atención está asociado con el incremento en la hipnotizabilidad, Baver y McCanne (1980), concluyeron que la hipnosis se caracteriza por atención incrementada. Suponemos que si un sujeto presenta déficit en la atención, primero hay que trabajar-

en esa área para lograr un buen nivel de hipnosis. También se ha encontrado que el instruir a sujetos quienes tenían dificultades en la relajación, logran un mejor estado hipnótico, por otro lado, si se considera la teoría pavloviana y la conductual no hay razón por la cual no se puedan manejar los estímulos sensoriales y producir inhibiciones corticales. En ciertas pruebas de susceptibilidad no son muy útiles ya que en ocasiones hay sujetos que no pueden ser hipnotizados; pero cuando tienen alguna necesidad interna o externa, como el eliminar un dolor entonces si es posible. Gibson (1979) y Baker (1983) plantean el manejo de la resistencia, de tal forma que si un sujeto tiene dificultades en la hipnosis se debe encontrar lo que está impidiendo la susceptibilidad. Baker (1983) encuentra en algunas ocasiones que cuando el terapeuta duda de la eficacia de su técnica y de si el sujeto está realmente en hipnosis, ésta desconfianza se hace evidente al paciente dificultando su hipnosis.

Otro punto de controversia en la susceptibilidad es la aplicación de la hipnosis a los psicóticos. Mi posición aquí es explicar que los psicóticos son hipnotizables exactamente igual que los sujetos normales aunque tiene sus limitaciones. Algunos como Cobos (1983) creen que los psicóticos no son hipnotizables mientras que Kroger (1974) considera que son difíciles de hipnotizar por su falta de atención y concentración; pero no imposible.

La cara contraria de la moneda es Pettinati (1982) quien hace una revisión bibliográfica sobre la hipnosis en los psicóticos y encuentra en base a una multitud de reportes de investigación que los psicóticos son tan hipnotizables como los normales, por ejemplo reporta que en un estudio realizado en 1963 se encontró que sólo el 10% de pacientes psicóticos de la muestra no pudieron ser hipnotizados; en 1944 se encontró que los pacientes psicóticos sometidos a tratamiento hipnótico mejoraron su habla y actitud motora. Otros investigadores encuentran que los psicóticos pueden ser hipnotizados aunque su capacidad hipnótica es menor que en los normales.

Pettinati (1982) concluye que numerosas investigaciones atestiguan el hecho de que la distribución de la hipnotizabilidad en pacientes psicóticos no difiere sustancialmente de la de los individuos normales, al pobre contacto con la realidad, el deterioro mental y la falta de cooperación. Estos problemas los encontramos en cualquier forma de psicoterapia, por ejemplo, en la retroalimentación biológica se observan los mismos inconvenientes, un paciente que no coopera, que no pone atención y esta fuera de la realidad es imposible que sea ayudado con retroalimentación biológica. Hay que considerar que los pacientes psicóticos no están el 100% del tiempo fuera de la realidad, en estados de alucinación o con delirios persecución.

La hipnosis no es un fenómeno del todo o nada, la podríamos comparar con la inteligencia, algunos poseen mucha habilidad y otros pocos pero todos estamos entre estos dos extremos. Erikson (citado por Pettinati, 1982) informa que con cooperación cualquier sujeto puede ser hipnotizado ya sea normal, histérico o psicótico.

La técnica hipnótica de Araos es diferente a las técnicas tradicionales, él usó lo que podría llamarse "hipnosis sin trance". Araos denomina a su técnica "la nueva hipnosis". Aún que su técnica es un tanto diferente a la hipnosis tradicional, sus consideraciones son muy importantes. Araos (1983) asume -- que un individuo normal tanto intelectual como emocional puede experimentar la hipnosis. Se está de acuerdo con su aseveración con respecto a que todos los individuos pueden, experimentar la hipnosis. Esta conclusión no es nada nuevo, ya desde hace un siglo según reporta Pettinati (1982) se sospechaba de la hipnotizabilidad de pacientes psicóticos.

Araos (1983) considera la hipnosis como una habilidad que cualquier persona "normal" puede aprender.

CAPITULO III

3.1. TECNICAS DE HIPNOSIS

En éste apartado se intentará hacer un repaso general de las técnicas hipnóticas sin pretender agotarlas totalmente. El pretender semejante labor implicaría una labor desmesurada, casi inagotable considerando que la técnica es el resultado de las teorías ya mencionadas anteriormente y de la experiencia de cada hipnoterapéutica. De ésta manera podemos encontrar a través de una ardua búsqueda, muchas técnicas con el mismo membrete o nombre; pero con bastantes diferencias de un operador a otro, adaptándose cada una de ellas a su manera de ser a sus características de personalidad y a sus experiencias. Por otro lado conociendo los elementos teóricos fundamentales cada operador puede crear sus propias técnicas y someterlas a prueba en su práctica privada y en las investigaciones. Esto es posible para aquellas que tienen un amplio conocimiento de la hipnosis, tanto teórica como práctica lograda a través de años de experiencia y arduo trabajo. Por otro lado está el principiante, aquel que se está empezando a involucrar con esta área de la psicología al cual además de proporcionarle las herramientas teóricas indispensables, también deben dársele las técnicas fundamentales para involucrarse en el trabajo y la experiencia práctica. La experiencia muestra que la psicología es un campo aplicado y práctico, más práctico de lo que muchos piensan, tan práctico y teórico como se desee o como lo quieran quienes dirigen la enseñanza y la formación de los nuevos psicólogos.

Por consiguiente éste capítulo tiene la función de proporcionar una guía al principiante mostrándole un marco general de las técnicas hipnóticas para que al menos tenga una idea más clara de ellas y para que de sus primeros pasos hacia la práctica de la hipnosis.

Con la hipnosis como con la respuesta galvánica de la piel, en psicología todos hablamos de ella pero pocos conocemos o al menos tenemos una idea clara de lo que es y si no lo creen pregunten a algún estudiante de psicología, de medicina o psiquiatría e incluso al profesional activo, en que consiste la R.P.G. (respuesta galvánica de la piel). Al no tener una idea clara de un proceso, fenómeno o técnica se crean fantasías que nos conducen al fracaso y al rechazo. Para que no suceda esto además de la guía proporcionada aquí el principiante deberá remitirse a las fuentes originales y una vez que esté seguro de que maneja la teoría y técnica fundamental debe abocarse a su práctica gradual y sistemática. Si hace esto seguramente no --

fracasará en su intento.

3.2. CONSIDERACIONES PRELIMINARES

A nuestro entender la práctica hipnoterapéutica debe ajustarse a los procedimientos generales de psicoterapia. Es importante el establecimiento de la primera comunicación telefónica mostrándose interesado por el problema del sujeto; la recepción y el establecimiento del rapport, una vez que se ha dado esto se procede a una entrevista clínica completa y a un estudio psicológico tan profundo como lo requiera el caso. Una vez que se han establecido los antecedentes necesarios para plantearse los objetivos y vías alternativas de tratamiento dentro de las mismas técnicas de hipnosis, proponiéndola como una técnica de tratamiento o como técnica de apoyo a otra orientación terapéutica como puede serlo la terapia racional emotiva, la psicoanalítica o alguna técnica breve, se procede a informar al paciente que se le ayudará por medio de la hipnosis y se le deja como tarea para la siguiente sesión, que piense en lo que cree que es la hipnosis y plantee todas las preguntas y dudas que tenga sobre ella, indicándole al despedirlo que la hipnosis ha demostrado ser útil en la solución de problemas como el suyo y que seguramente se obtendrán muy buenos resultados.

En la siguiente sesión debe empezarse resolviendo todas las dudas del paciente ya que si tiene ideas erróneas de la hipnosis o si está tenso y preocupado por lo que sucedería es muy probable que fracace nuestro intento. Respecto a esto existe un artículo de Havens (1977) donde se planteó la contrastación de un modelo 3 x 3, bajo las siguientes condiciones. De un total de 117 sujetos estudiantes del bachillerato se formaron al azar tres grupos que fueron sometidos a diferentes tratamientos; a) el primer grupo estuvo bajo la condición reforzamiento de la conducta hipnotizable, b) el segundo grupo: se sometió a la condición modelamiento castigante y, c) el tercer grupo: no se le dió modelamiento. Cada sujeto sin importar al grupo que pertenecía se sometió al azar a una nueva condición formando tres nuevos grupos, la nueva experiencia se proporcionó por medio de un texto programado; a) en la primera condición el texto contenía información a la que se denominó información positiva ya que daba información que deshinibía a los sujetos, reducía su ansiedad al explicarles que la hipnosis es útil, agradable, que todo mundo puede ser hipnotizable cuando se es dispuesto a ello, que ellos tienen un papel importante en la acción. También se describieron las posibles respuestas a sugerencias así como se aclararon frecuentes ideas erróneas: temor a permanecer hipnotizado, b) el segundo tipo de texto diseñado para provocar inhibición, ansiedad e información realista. El texto mantuvo el guión del primero pero con palabras y palabras como hacer en lugar de no hacer, de-se invirtiera su significado; c) y el tercer tipo de temas poco relacionados a la hipnosis.

fracasará en su intento.

3.2. CONSIDERACIONES PRELIMINARES

A nuestro entender la práctica hipnoterapéutica debe ajustarse a los procedimientos generales de psicoterapia. Es importante el establecimiento de la primera comunicación telefónica mostrándose interesado por el problema del sujeto; la recepción y el establecimiento del rapport, una vez que se ha dado esto se procede a una entrevista clínica completa y a un estudio psicológico tan profundo como lo requiera el caso. Una vez que se han establecido los antecedentes necesarios para plantearse los objetivos y vías alternativas de tratamiento dentro de las mismas técnicas de hipnosis, proponiéndola como una técnica de tratamiento o como técnica de apoyo a otra orientación terapéutica como puede serlo la terapia racional emotiva, la psicoanalítica o alguna técnica breve, se procede a informar le al paciente que se le ayudará por medio de la hipnosis y se le deja como tarea para la siguiente sesión, que piense en lo que cree que es la hipnosis y plantee todas las preguntas y dudas que tenga sobre ella, indicándole al despedirlo que la hipnosis ha demostrado ser útil en la solución de problemas como el suyo y que seguramente se obtendrán muy buenos resultados.

En la siguiente sesión debe empezarse resolviendo todas las dudas del paciente ya que si tiene ideas erróneas de la hipnosis o si está tenso y preocupado por lo que sucedería es muy probable que fracase nuestro intento. Respecto a esto existe un artículo de Havens (1977) donde se planteó la contrastación de un modelo 3 x 3, bajo las siguientes condiciones. De un total de 117 sujetos estudiantes del bachillerato se formaron al azar tres grupos que fueron sometidos a diferentes tratamientos; a) el primer grupo estuvo bajo la condición reforzamiento de la conducta hipnotizable, b) el segundo grupo: se sometió a la condición modelamiento castigante y, c) el tercer grupo: no se le dió modelamiento. Cada sujeto sin importar al grupo que pertenecía se sometió al azar a una nueva condición formando tres nuevos grupos, la nueva experiencia se proporcionó por medio de un texto programado; a) en la primera condición el texto contenía información a la que se denominó información positiva ya que daba información que deshinibía a los sujetos, reducía su ansiedad al explicarles que la hipnosis es útil, agradable, que todo mundo puede ser hipnotizable cuando se está dispuesto a ello, que ellos tienen un papel importante en la inducción. También se describieron las posibles respuestas a las sugerencias así como se aclararon frecuentes ideas erróneas con el temor a permanecer hipnotizado, b) el segundo tipo de texto fue diseñado para provocar inhibición, ansiedad e información poco realista. El texto mantuvo el guión del primero pero cambiando ideas y palabras como hacer en lugar de no hacer, de tal forma que se invirtiera su significado; c) y el tercer tipo que hablaba de temas poco relacionados a la hipnosis.

La condición de reforzamiento de la conducta hipnótica consistió en una situación de modelamiento donde los sujetos -- presenciaban una inducción hipnótica que iniciaba con la presentación de un profesor universitario el cual era un experto en hipnosis que en ocasiones es hipnotista y otras sujeto, en ésta ocasión sería sujeto. Bajo ésta condición cada vez que el sujeto lograba un ítem de la escala de susceptibilidad hipnótica de Harvard forma A. (HSHS: A) el operador decía "excelente" y "muy bien".

Bajo la segunda condición el operador castigaba de una forma sutil al sujeto ridiculizándolo cuando respondía a un ítem de la HSHS: A, mientras los sujetos observaban. La ridiculización en ocasiones provocaba risa entre los observadores.

Los resultados confirman la práctica clínica cotidiana, mostrando diferencias estadísticamente significativas entre el grupo reforzamiento y el castigo, así como también entre la condición de información positiva e información facilitadora (de la hipnosis) o negativa. Aunque las diferencias estadísticas entre el grupo sin modelamiento y los grupos modelamientos reforzados y castigante no fueron significativas, las diferencias fueron notables. Lo mismo sucedió con la condición de información. Son muy interesantes los cambios de la factorial 3 x 3, encontrando que los sujetos bajo reforzamiento e información positiva obtuvieron la mayor puntuación mientras que los sujetos bajo castigo e información negativa obtuvieron la puntuación -- más baja.

La experiencia de castigo vicario presentada en el trabajo de Havens (1977) es totalmente leve en comparación a las presentadas por medio de la T.V., el cine o en espectáculos teatrales. Lo mismo sucede con la información negativa proporcionada a través de la fantasía del espectáculo. De aquí la importancia de la charla preliminar donde deben aclararse todos estos puntos.

Por otra parte se demostró experimentalmente que al reducirse la ansiedad por medio de la observación real y estimulante del fenómeno hipnótico así como por medio de una adecuada información se incrementó significativamente la puntuación de la HSHS: A. Sin embargo el no dar información no decremента la hipnotizabilidad siempre y cuando no hallan existido los elementos negativos ya mencionados. Por consiguiente siempre hay que proporcionar la situación facilitadora y censurar o evitar la información y las experiencias negativas. Por ésta razón el hipnoterapeuta siempre debe repudiar las exhibiciones teatrales de hipnosis así como el dar exhibiciones públicas siempre que se pueda y hacerlo sólo en situaciones de absoluta seriedad.

Tal vez cuando un sujeto está temeroso o ansioso succ-

da lo que observó Wolberg (1948), cuando se daba al sujeto una-sugestión posthipnótica para que pudiera entrar nuevamente al trance reportaba que le era imposible entrar en trance pues una vez que intentaba la inducción miles de pensamientos entraban en su mente. Cuando se está ansioso es imposible concentrarse y restringir la conciencia, una serie de pensamientos entran en nuestra mente impidiendo la concentración. Es como cuando tenemos que leer un texto y tenemos otra preocupación por más que -dirijamos nuestra concentración en la lectura nuestro pensamiento vuela hacia otros confines o simplemente la tensión física nos impide comprender lo que leemos.

La función de la discusión en ésta sesión deberá enfocarse a erradicar cualquier concepto erróneo, el miedo, la ansiedad, y cualquier prejuicio que pueda existir. En la discusión también debemos motivar al sujeto pues la motivación es un elemento fundamental como en cualquier práctica terapéutica, un sujeto que no está motivado no coopera activamente y la hipnosis es un trabajo de conjunto, donde el hipnotista es el guía y sin la cooperación del sujeto la tarea será muy difícil.

Muchos de estos temores y fantasías son en gran parte el logro literario de una época. Gorsky y Gorsky (1984) dedican un capítulo entero al tratado de los mitos y la literatura nos ha influido a tal grado esa información que nuestro lenguaje ha sido influenciado, quién no ha escuchado decir a alguien en una conversación o en un discurso, "tiene una personalidad magnética" o su "mirada es magnética". La hipnosis se ha asociado a la dominación y al daño. Este tal vez sea el legado de la novela Trilby (Sevengali Trilby o la victoria del diablo), donde Sevengali hipnotiza con la mirada a una mujer la cual se convierte en su esclava saliendo del trance hasta la muerte de Sevengali. Al "despertar" la mujer no recuerda lo sucedido durante todos esos años. La novela acaba cuando la mujer ve el retrato de ese hombre en una pared, mirándola a los ojos y con la mirada perdida entra automáticamente en hipnosis.

Los temores más comúnmente presentados son el temor a ser dominado, a no despertar, aunque si se es hipnotizado esto sea un indicio de debilidad mental o de la voluntad, a que se le perjudique de alguna manera o a que se le obligue a decir o hacer cosa que no quiere e incluso a no poder ser hipnotizado. Otra dificultad que hay que despear es la creencia de que la hipnosis es igual al dormir.

Es necesario que expliquemos que no se trata de dominación que sin su voluntad y cooperación activa no se podrá lograr nada o muy poco. Una gran parte de lo que sucede en hipnosis se deberá a él mismo.

Con respecto a no despertar debemos explicarle que en-

el momento que lo desee podrá hacerlo, que estará consciente de todo lo que suceda, que la hipnosis es algo muy diferente al sueño normal, en el cual no escucha ni sabe lo que sucede a su alrededor, en cambio en hipnosis escuchará todo lo que sucede a su alrededor de no ser así sería difícil la comunicación con el terapeuta y sería de poca utilidad el tratamiento.

Cuando el sujeto cree que quienes son hipnotizables -- son débiles mentales les explicamos que se ha encontrado que -- los sujetos con un coeficiente mental bajo o con los débiles -- mentales es muy difícil o imposible aplicar la hipnosis. Que -- la hipnosis requiere de una buena capacidad de concentración y -- atención y aquellas inteligencias normales o superiores son los -- más fáciles de caer en estado hipnótico por su gran capacidad -- de atención y concentración.

Algunas personas temen que se les obligue a hacer o decir lo que no quieren a estos se les indica que no dirán lo que no deseen y que no se les puede obligar a hacer actos que no estén dentro de sus convicciones morales. Otro tipo de individuos se preocupan sobremanera porque quieren ser hipnotizados y temen no poder hacerlo, a estos basta con indicarle que aunque tengan algo de miedo es posible que sean hipnotizados, pero que si se relajan y no intentan seguir las sugerencias con demasiado empeño seguramente serán hipnotizados, que dejen que suceda lo que sea sin esforzarse para lograrlo. Con estos pacientes -- debemos tomar todo el tiempo necesario para despejar sus dudas -- y si es necesario utilizar mayor tiempo para entrenarlos en relajación. (Kroeger; 1974)

Hace algún tiempo me encontraba reunida con un grupo -- de amigos profesionistas y estudiantes universitarios que entre -- otras actividades se dedican al teatro. Por lo regular antes -- de una presentación hay que estar presentes dos horas o más -- antes de la función. Durante este tiempo se dan los últimos -- toques a la escenografía, a la utilería y al vestuario mientras -- los actores repasan sus diálogos, se preparan física y psicoló -- gicamente. En ocasiones la tensión previa y los problemas -- personales del actor le provocan algún malestar psicósomático como -- la cefalea tensional. En una ocasión un miembro femenino del -- grupo declaró enfáticamente; "que no hay aquí un médico acupun -- turista que me ayude con mi dolor de cabeza". Recibiendo res -- puesta a sus declaraciones. "No hay médico acupunturista; pero -- si una hipnoterapéutica". Esta persona reaccionó con temor -- evidente en sus gestos y su reacción de vida controlada. Antes -- de que pudiera retirarse y ante su negativa de ser tratada por -- ese medio la hipnoterapeuta la invitó a sentarse entablado una -- charla sobre el tema, iniciandola tocando el punto del motivo -- de su negativa. La joven dijo que le daba mucho miedo que a -- la mejor no podría despertar del trance.

Paciente: No quiero ser tratada con ese método, que tal si no puedo despertar del trance.

Terapeuta: No te preocupes por eso el método para despertar a una persona del trance hipnótico es muy sencillo -- además si alguien no obedece la orden de despertar inmediatamente lo hace porque el sueño hipnótico le parece tan agradable, descansado y placentero que no tiene ganas de salir de ese estado tan cómodo. -- Aunque el terapeuta no hiciera nada después de un tiempo breve, tal vez de hasta 1 hora, el sujeto -- despertaría por sí sólo, pero si el terapeuta lo desea lo despierta inmediatamente sin ninguna dificultad.

Paciente: Bueno, pero que tal si mientras estoy hipnotizada -- me duermo tan profundamente que no oigo nada de lo que sucede y estoy completamente inconsciente, porque yo duermo profundamente.

Terapeuta: ¿Tu crees que el sueño hipnótico es como el sueño -- normal?

P: Claro que si.

Terapeuta: Cuando una persona es hipnotizable escucha todo lo que sucede a su alrededor e incluso tal vez persiva más cosas que cuando está despierta. El estado hipnótico es totalmente diferente al dormir natural. -- Si estuvieras dormida como en el sueño normal no podrías escucharme y seguramente la comunicación entre nosotros sería muy difícil.

P: Siempre pensé que sería como dormirme y yo me duermo como piedra. ¿Pero con eso de la hipnosis hacen cosas raras no?

T: ¿Por qué dices que raras? (él hermano de la joven -- es mago y ella su ayudante).

P: Siempre he pensado que eso de la hipnosis es como -- lo que hago con mi hermano, realizamos un acto que se llama la mujer eléctrica donde yo me subo en una plataforma y supuestamente mi hermano domina mi voluntad y hace fluir en mi una energía. Entonces tomo una especie de bastones lo que al contacto con mis manos se encienden provocando un ambiente de magia y luces.

T: La hipnosis real no tiene nada que ver con lo que -- haces con tu hermano. No tiene nada de sobrenatu--

ral y es totalmente científico y explicable. En la hipnosis no tiene que ver el dominio de la voluntad, al contrario es necesaria tu cooperación sin la cual es muy difícil hacer algo útil con la hipnosis. Al contrario tu voluntad es muy importante en cuanto que en la hipnosis se requiere una buena capacidad de concentración, la que es más común en sujetos de inteligencia promedio y superior. Con las personas de inteligencia inferior y con los retardados mentales es imposible o muy difícil lograr algún estado hipnótico.

La hipnosis es algo totalmente normal que no tiene nada de raro ni de sobrenatural, es algo totalmente científico y explicable. Se ha encontrado que en tu problema así como en el tratamiento de otros problemas como en el cáncer ha demostrado ser muy efectiva. En el cáncer funciona ayudando a eliminar o reducir el dolor que muy frecuentemente los medicamentos no pueden controlar o que en ocasiones provocan un estado de intoxicación que impiden al sujeto disfrutar de los momentos de vida que le quedan.

Sin quererlo propositivamente se tocó un punto muy importante para la paciente, ya que su madre había muerto de cáncer en medio de dolores muy fuertes hacia alrededor de 1 mes. La paciente se lamentó por no haber sabido que se podía haber ayudado a su madre por éste medio. Siguió habiando acerca de lo acontecido y que desde entonces padece cefaleas con alguna regularidad.

Aunque no se le indujo en trance a causa de que faltaban pocos minutos para comenzar la función la paciente quedó muy motivada hacia la hipnosis, desapareciendo el temor y la angustia que le probocaba el pensar al menos en someterse a semejante tratamiento. Su concepto cambia radicalmente.

Si con ésta persona se hubiese intentado una inducción así como así seguramente hubiesemos fracasado, sin embargo después de ésta charla en cualquier momento que se intente la inducción será exitosa.

Es importante considerar las características y el lugar donde se realizará la inducción aunque no es algo esencial. En cualquier lugar y casi bajo cualquier circunstancia puede realizarse la inducción pero siempre debemos realizarla bajo las mejores condiciones posibles, de esta manera tendremos menor posibilidad de fracazar.

Las condiciones del ambiente son importantes en las primeras inducciones y principalmente para el principiante. El experto sin embargo también cuida esos factores.

Lo principal es que la atmósfera ayude a restringir el campo de conciencia del sujeto. Algunos de los factores a considerar son el ruido, la iluminación, el calor, el olor y la comodidad del paciente.

Debemos evitar en la medida de lo posible los elementos distractores, principalmente en la primera inducción. Es importante controlar y evitar el ruido externo. El mirar a más de un objeto, tener más de un pensamiento y el escuchar varios sonidos evita que limitemos la conciencia, estimulándola.

El que haya más de una luz frente al paciente, que sea muy brillante puede causar problemas aunque la iluminación no tiene que ser necesariamente baja. Una luz no muy brillante y constante no distrae.

El color de la habitación no es importante siempre que los colores no sean tan brillantes que distraigan al sujeto.

Se sabe que en estado de trance se tiene una conciencia sensitiva más grande que mientras se está despierto, esta conciencia causa que el sujeto sea más sensitivo a cambios de temperatura. Si el ambiente es demasiado frío el hipnotizado puede despertarse súbitamente o dificultando la profundización. El calor también puede molestarlo.

Para hipnotizarlo no es necesario que esté acostado, puede estar parado, sentado o en cualquier otra posición siempre y cuando no sea demasiado incómoda. Una posición incómoda puede provocar molestias distrayéndolo y haciendo la inducción difícil o sacándolo súbitamente de la hipnosis. Siempre hay que procurar que esté lo más cómodo posible. Particularmente preferimos que el sujeto esté sentado o acostado.

También es de interés mencionar que se ha encontrado en algunas investigaciones que aquellos que acaban de comer o de realizar ejercicio son más difíciles de hipnotizar. Para explicar tal acontecimiento se han dado diferentes teorías, una de ellas dice que la dificultad para ser hipnotizados bajo esas circunstancias se debe a la distribución del flujo sanguíneo dándose un mayor aporte de sangre al estómago cuando se ha comido o en los músculos cuando se ha realizado ejercicio físico. Existe otra explicación más probable que plantea que esos procesos físicos distraen su atención dificultando la hipnosis (Teitelbaum M. 1978).

Los sujetos de inteligencia baja son difíciles de hipnotizar y los retardados son imposibles por su baja concentración, baja imaginación así como su baja capacidad de seguimiento de instrucciones. Un niño menor de 5 años es casi imposible de hipnotizar. Es necesario conocer estos pasos para no caer -

en el ridículo. En una ocasión una amiga deseaba que se tratara a su hijo de 2 años por chuparse el dedo. Habiendo hecho todo lo que estuvo a su alcance decidió llevarlo al dentista el cual le sugirió lo llevara con alguien para que lo hipnotizara erradicando así el problema. En éste caso lo mejor es explicar al cliente el porque no puede tratarse por ese medio y hacer uso de otra aproximación para resolver el problema.

3.3. NIVELES DEL TRANCE

Cuando se inicia la práctica de la hipnosis una interrogante muy común es ¿a cuantos sujetos podrá hipnotizar? ¿qué profundidad del trance logrará? ¿cómo saber a que nivel se encuentra una vez que está hipnotizado?

Todos los autores dan cifras de hipnotizabilidad basados en su experiencia y en reportes de investigaciones. Al rededor de un 90-95% de todos los sujetos en los que se intenta la hipnosis alcanzan un nivel ligero; del 70-30% alcanzan el estado medio, el 50% puede alcanzar el estado profundo o sonambulístico. Con una técnica apropiada se puede alcanzar hasta un 75% de sujetos en estado sonambulístico. De 2-10% pueden alcanzar un estado hipnoidal. Planteado de otra manera; 5% refractarios, 5% hipnoidales, 30% trance ligero, 30% trance medio, 30% trance profundo. (Datos aproximados en los que coinciden casi todos los escritores sobre el tema, como; Wolberg, 1943; Kroger, 1974; Hartland, 1974; Teitelbaum, 1978 etc., por lo que un hipnotista que maneje bien la técnica sin ser un experto deberá esperar obtener un 90% de éxito y un 10% de fracazo. Es to no quiere decir que el 10% no pueda ser hipnotizado por otro hipnotista. Además dentro de éste 10% la totalidad puede ser hipnoidal o al menos un 5%. El estado hipnoidal se considera nulo terapéuticamente. A pesar de esas consideraciones mantenemos que la susceptibilidad es modificable, basándonos en artículos de investigación ya mencionados en el capítulo anterior y en artículos como el de Diamont (1977) donde postula que indudablemente en la hipnotizabilidad intervienen muchos factores como las características individuales del sujeto, las habilidades aprendidas, las actitudes y aptitudes, concluyendo que para modificar la hipnotizabilidad es necesario conjugar factores del aprendizaje, las actitudes y las estrategias cognitivas. A pesar de todo quedan muchas dudas que deben aclararse a través de nuevas investigaciones.

Para saber que nivel de profundidad ha alcanzado el sujeto, nos valemos de la observación de indicios que pueden servirnos como guía. El determinar la profundidad de un trance no es algo estricto e inflexible, podemos determinar que la persona ha alcanzado un determinado nivel; pero eso no quiere decir que no pueda entrar en uno más profundo.

Los niveles de profundidad más comunes reconocidos son:

a) trance ligero, b) trance medio, y c) trance profundo o sonambulístico, pero esta clasificación general a la que casi todo mundo se refiere puede variar como en el caso de Wolberg (1943) en 5 niveles. En ocasiones los niveles no coinciden: Wolberg (1978) considera a un sujeto en trance ligero cuando presenta cierre ocular, relajación física y catalepsia muscular. Esto para Kroger (1974) sería un estado hipnoidal. Wolberg (1940) considera como una característica del estado ligero a los movimientos automáticos, mientras que Teitelbaum (1978) los considera del trance medio. Nuestra experiencia apoya la posición del último autor. Como se puede ver no existe una unidad de criterio en cuanto a algunas características para determinar un estado determinado. Tal vez esto se deba a que en ocasiones clasificamos a un sujeto en un estado ligero; pero ante una emergencia (como por ejemplo un dolor muy severo) puede presentar características de un estado sonambulístico o al revés un sujeto clasificado dentro de un cuadro profundo; pero que en ocasiones no logra amnesia espontánea o la escritura automática. Realmente la clasificación exacta no es tan importante ya que para fines terapéuticos el estado ligero es más que suficiente por lo regular. Claro está que con estados profundos podremos ver cosas sorprendentes como las alucinaciones negativas o positivas.

A pesar de la existencia de desacuerdos como los descritos existen algunas normas de guía. Una de las que nos parecen más descriptivas y genuinas son las de Davis-Husband y la de Lecron Bordeaux, tomadas en su totalidad de Kroeger (1974) descritas a continuación.

3.4. SISTEMAS DE PUNTAJES DE DAVIS Y HUSBAND PARA DETERMINAR LA SUSCEPTIBILIDAD:

PROFUNDIDAD	PUNTAJE	SINTOMAS OBJETIVOS
No susceptible	0	
Hipnoideo	2	Relajación
	3	Pestañeo
	4	Cierre ocular
	5	Relajación física completa
	6	Catalepsia ocular
Ligero Trance	7	Catalepsia de los miembros
	10	Catalepsia rígida
	11	Anestesia (en guante)
	13	Amnesia parcial
Trance Medio	15	Amnesia posthipnótica
	17	Cambios de la personalidad
	18	Sugestiones posthipnóticas simples
	20	Alucinaciones cinestésicas, amnesia completa
	21	Capacidad de abrir los ojos sin interrumpir el trance
Trance Profundo Sonambulístico	23	Sugestiones posthipnóticas de naturaleza fantástica
	25	Sonambulismo Completo
	26	Aceptación de sugestiones post-hipnóticas y de alucinaciones visuales positivas.

SISTEMA DE PUNTAJE LECROM - BORDEAUX PARA INDICAR LA PROFUNDIDAD HIPNOTICA

PROFUNDIDAD	PUNTAJE	SINTOMAS OBJETIVOS
No susceptible	0	El sujeto no presenta reacción alguna
Hipnoideo	1	Relajación física
	2	Apariencia somnolienta
	3	Pestañeo
	4	Cierre ocular
	5	Relajación mental, letargia mental parcial.
Ligero Trance	6	Pesadez de los miembros
	7	Catalepsia ocular
	8	Catalepsia parcial de los miembros
	9	Inhibición de pequeños grupos musculares
	10	Respiración más lenta y profunda, pulso más lento
	11	Fuerte laxitud (dificultad de movimiento, conversación, pensamiento o acción)
	12	Movimientos convulsivos de la mandíbula o la boca durante la inducción
	13	Rapport entre operador y paciente.
	14	Obediencia a sugerencias post-hipnóticas sencillas.
	15	Movimientos convulsivos oculares al despertar
	16	Cambios de la personalidad
	17	Sensación de pesadez en todo el cuerpo.
	18	Sensación parcial de falta de interés

PROFUNDIDAD	PUNTAJE	SINTOMAS OBJETIVOS
Trance Medio	19	Reconocimiento del trance (dificultad para definirlos, pero con conciencia del mismo)
	20	Inhibición muscular completa - - (ilusiones kinestésicas)
	21	Amnesia parcial
	22	Anestesia en Guante
	23	Ilusiones táctiles
	24	Ilusiones gustativas
	25	Ilusiones olfatorias
	26	Sobreagudez a los cambios atmosféricos
	27	Catalepsia completa del cuerpo o extremidades
	Trance Profundo Sonambulístico	28
29		Mirada fija con los ojos abiertos, dilatación pupilar
30		Sonambulismo
31		Amnesia Completa
32		Amnesia sistematizada post-hipnótica
33		Anestesia completa
34		Anestesia post-hipnótica
35		Obediencia a sugerencias post-hipnóticas fantásticas
36		Movimientos incontrolados de las pupilas, pérdida de la coordinación ocular.
37		Sensación de ingravidez, flotación, balanceo o de encontrarse inflados, sentimientos de desinterés.

PROFUNDIDAD	PUNTAJE	SINTOMAS OBJETIVOS	
Trance profundo Sonambulístico	38	Rigidez y tardanza en los movimientos y reacciones musculares.	
	39	Aumento y disminución del volumen de la voz del operador (como en el Fadin radial)	
	40	Control de las funciones orgánicas del cuerpo (movimientos cardíacos, presión, digestión).	
	41	Rememoraciones (hipermnesia).	
	42	Regresión en el Tiempo.	
	43	Alucinaciones visuales post-hipnóticas positivas.	
	44	Alucinaciones post-hipnóticas negativas.	
	45	Alucinaciones auditivas post-hipnóticas positivas.	
	46	Alucinaciones auditivas post-hipnóticas negativas.	
	47	Estimulación de los sueños (en trance o sueño natural).	
	48	Hiperestesis	
	49	Experimentación de sensaciones coloreadas.	
	Trance Total	50	Condición estuporosa en la cual está inhibida toda espontánea. - Puede desarrollarse mediante la sugestión el paso a éste estado desde el sonambulismo.

3.5. TÉCNICAS GENERALES DE INDUCCION

La inducción hipnótica se produce por el manejo repetitivo y monótono de los estímulos sensoriales. Según Erickson (1975) lo representó a través de lo que llamo "Cuatro-Tuple" -- que consiste en el manejo de las experiencias: visuales = V, kinestésicas = k, auditivas = a, olfatorias = o, las referencias experienciales = I. También a través del manejo de los sentidos logramos la concentración del sujeto restringiendo el campo de conciencia.

A través de la fijación de la vista se fija la atención y se logra la concentración. Cuando la persona se concentra en el hecho de que sus ojos están cansados, su vista borrosa y lloros logramos la pasividad de la conciencia del sujeto. Antes se hacía mirar la paciente a un objeto o luz lejana, pero esto hacía que la inducción fuera más prolongada ya que la persona miraba a la distancia a otros objetos evitando la fatiga y la concentración. Cuando se mira a un objeto cercano a unos 10 o 15 cm. los ojos se fatigan rápidamente en unos cuantos segundos. La mirada debe fijarse en un objeto cercano. Se logra un rápido cansancio cuando el objeto se encuentra un poco arriba - del nivel de los ojos.

A través del oído podemos distraer la conciencia, provocar somnolencia y fatiga liberando así el inconsciente. Esto se puede hacer a través de un sonido monótono y constante (como en los experimentos de Pavlov) a través de una música suave, un metrónomo o a través de la voz.

Otro método a seguir para la inducción es la distracción de la conciencia como lo hacen los magos poniendo nuestra atención en una mano mientras con la otra realiza un truco. Por ejemplo cuando el operador aprieta una mano del sujeto mientras mira la otra fijamente y se le dan sugerencias de pesadez y cansancio. El contar de atrás hacia adelante de 300 hacia atrás de uno en uno. La cantidad a partir de la que se resta así como la cifra que se restará se determinará a partir del nivel intelectual o habilidad matemática del sujeto. Con una persona muy versada en los números no serviría de nada restar uno de cien hasta llegar a cero, esto sería preferible para un niño. Para alguien muy audaz lo pondríamos a restar de 500 hacia atrás de siete en siete, hasta 0, por ejemplo; esto hace que la mente consciente esté ocupada en la resta mientras se libera la parte inconsciente.

Un método más es la sorpresa, dejando al individuo desconcertado pudiendo introducir en su mente en ese momento una sugestión que aceptará su inconsciente. La función trabaja en forma similar, la conciencia se debate en un medio incomprensible el cual trata de decifrar aceptando lo poco que entiende.

permitiendo así la introducción de las sugerencias.

3.5.1. Generalidades de la Sugestión.

Algo que nunca debemos de olvidar es que la voz tiene que ser monótona y rítmica; a) el volumen de la voz debe ir de acuerdo a la sugestión que se esté dando, b) enfatizando determinadas palabras, c) pausar adecuadamente entre palabras dándole tiempo al individuo para que acepte la sugestión, d) nunca precipitarse.

Algo que no debemos de olvidar es mantenernos seguros. Volguyesi (1978) comenta que las estadísticas son de poca utilidad en la práctica para indicarnos el tanto por ciento de éxito que deberíamos esperar, si estamos seguros de nosotros mismos - podremos aumentar el éxito hasta el 100% siempre y cuando maneжем las técnicas adecuadamente. En la hipnosis la comunicación es básica. La comunicación no se logra sólo a través del lenguaje. Así de no estar seguros de nosotros mismos transmitiremos nuestra inseguridad disminuyendo el índice de éxito.

5.3.2. Leyes de la Sugestión.

Las leyes que gobiernan la sugestión son (Hartlan, - - 1974):

- a. Siempre debe aunarse el efecto que se desea producir con el que realmente está ocurriendo en el sujeto en éste momento, por ejemplo, cuando el sujeto tiene la palma de su mano sobre la pierna, decir: "sienta la textura de su pantalón, -- ahora puede sentir el calor de su pierna a medida que experimenta esa sensación de calidez empezará a invadir su mano una agradable ligereza".
- b. Es mucho más fácil aceptar una sugestión positiva que una negativa. En vez de quitar directamente una sensación desagradable es mejor inducir primero otra sensación y decir. - A medida que toco su brazo empezará a sentir un agradable sensación, esa sensación se expandirá poco a poco, a medida que se expande desaparecerá cualquier malestar que sienta".
- c. Ley del efecto dominante: una emoción fuerte siempre tiende a desplazar una débil. Una emoción unida a una sugestión - hará a ésta última más fuerte.
- d. La sugestión deberá redactarse en forma clara y sin ambigüedades.
- e. No importa la profundidad del trance, jamás deberá darse -- una sugestión desagradable u objetable.

- f. En la sugestión terapéutica, las más importantes siempre de
berán dejarse hasta el final.
- g. Ley de la concentración de la atención: siempre que se con-
centra la atención en una idea ésta tiende a realizarse es-
pontáneamente.
- h. Las sugerencias deben expresarse de acuerdo a los hábitos y
pensamientos conocidos del individuo.
- i. Efecto de la pirámide: debe partirse de sugerencias muy sen-
cillas o efectos físicos naturales para partir hacia su
gestiones más difíciles. Una vez que se acepta una suges-
tión es más fácil que se acepte la siguiente.
- j. Ley del efecto invertido: entre más intentemos hacer algo -
tanto más difícil es obtener el éxito.

3.6. TECNICAS DE INDUCCION

Una vez que se han despejado todas las dudas del pa- -
ciente, que ha desaparecido el temor y la ansiedad podemos pro-
seguir con la inducción hipnótica, pero antes de describir algu-
nas técnicas de inducción es necesario describir aquí al menos-
alguna de las pruebas de sugestibilidad.

Las pruebas de sugestibilidad son descritas en cual- -
quier texto sobre hipnosis pero por todos es reconocido que se-
ponen sólo como antecedentes y para que si alguien lo desea - -
practique con ellas. Realmente son de poca utilidad. Antes la
regla era hacer una prueba previa a la inducción para prevenir
el ridículo del fracazo. Actualmente nadie sostiene ésta posi-
ción. Es más importante la preparación previa del paciente y -
la confianza que tenga el operador que la prueba de sugestibili-
dad. Las pruebas más comunes son la prueba del balanceo, la - -
del apretón de manos, la de la levitación de la mano y la del
péndulo. A continuación describiremos la prueba del péndulo y
la de peso del brazo. Si se desea más información se pueden - -
consultar a Wolberg, 1948; Kroeger, 1974; Hartlan, 1974; Teitel-
baum, 1978, etc.

3.6.1. Prueba del Péndulo de Crevreul.

Se coloca al sujeto sentado frente a una mesa sobre la
que hay una cartulina con un círculo de 25 a 30 cm. de diámetro
al cual lo atraviesan por el centro dos líneas en ángulo recto-
dividiéndolo en 4 partes iguales. Se le proporciona al examina-
do un péndulo elaborado a partir de una cuerda de unos 30 cm. -
de largo con un anillo o algún otro objeto pesado en uno de - -
sus extremos. Se le indica que extienda su brazo frente a él -
hasta que el péndulo quede al centro del círculo y que poco a -

poco sin que se proponga moverlo el péndulo empezará a moverse. "No se fije en el péndulo, no haga ningún movimiento voluntario para que se mueva pero tampoco haga algo para impedir que se mueva, deje que las cosas sucedan como quieran. Concentre sólo en el círculo, empiece a recorrerlo con su vista, recorrerá la circunferencia hacia la derecha, siga recorriéndola continuamente con su mirada y poco a poco el péndulo se empezará a mover, concentrese en seguir el círculo, el péndulo empezará a moverse en la dirección que se está concentrando. Luego que el péndulo se mueve alrededor del círculo se le puede indicar lo siguiente. Ahora comiense a seguir con su mirada la línea que atravieza el círculo de arriba a abajo y de abajo hacia arriba; siga recorriéndola con su mirada, concentrese en el movimiento de sus ojos sobre la línea, de arriba a abajo, de abajo a arriba y, notar que el péndulo cambiará (o a cambiado) de dirección ahora se moverá de arriba a abajo, de abajo a arriba". Se puede continuar con el mismo procedimiento con la otra línea y con el movimiento circular contrario al realizado. Si responde a ésta prueba el examinado será un muy buen sujeto.

3.6.2. Prueba del Peso del Brazo

Se le indica al examinado que levante su brazo derecho a nivel del cuello o pecho con la palma hacia abajo. Extendiendo el dedo índice de la mano izquierda deberá llevarla hacia la mano derecha, colocando el dedo bajo la palma de la otra mano. Que con el dedo índice sostendrá todo el peso de la mano. Después se le dice que relaje el brazo extendido, se le dan varias sugerencias de relajación del brazo. Repentinamente se le dice que quite rápidamente el dedo. El brazo debe caer rápida y libremente, sin titubeos, si cae rectamente indicará que es un muy buen sujeto hipnótico. Si cae con titubeos, si tarda al menos unos segundos, ni se desvía un poco en su caída indicará que el sujeto presentará algunas dificultades, indicará que lo debemos preparar más y que las inducciones serán más tardadas y complicadas.

Las pruebas de sugestión proporcionan un indicio del grado de sugestibilidad que está correlacionado positivamente con la hipnotizabilidad. La prueba es un criterio relativo, el criterio del operador es el que debe predominar para decidir la inducción del trance. Sea cual fuere la respuesta del examinado debemos estimularlo aseverando con seguridad que será un buen sujeto hipnótico.

Habiendose decidido o no a realizar una prueba de sugestibilidad se prosigue a inducir el trance. La inducción tiene esencialmente dos aproximaciones. La "permisiva", evitando la ansiedad del paciente al no sentirse obligado a cooperar bajo la guía estricta del operador. El es el que dirige en gran parte, nada ocurrirá a menos que coopere y de su permiso para que sucedan las cosas. Las sugerencias se hacen discreta y per-

suasivamente. La otra aproximación, la "autoritaria", es una forma más rápida, pero que en ocasiones provoca resistencia. En la aproximación autoritaria el operador toma todo el control y domina al sujeto. Cada aproximación debe adecuarse a la personalidad del paciente.

Las técnicas de inducción fundamentalmente son las de:

- a) Fijación de la vista, como la de mirada directa a los ojos (técnica clásica en películas o novelas, famosa en la nove la sobre Sevengali) o el uso del hipnodisco.
- b) Relajación progresiva. La relajación se acompaña de suger-tiones y nunca se le obliga a hacer nada, de tal manera que todo se atribuye a la relajación, si en alguna sugestión no se tiene éxito se le dice que se debe a que no está lo sufi-cientemente relajado. Un ejemplo de esto es la técnica de Los ochentas.
- c) Métodos de distracción y confusión. Estos son los métodos-escenciales de inducción que ya se habían mencionado.

Las técnicas de inducción se aplican por si solas o en combinaciones formando nuevos métodos; pero en si todos los de-- más surgen a partir de estas tres aproximaciones teniendo todos en común el que tienden a restringir gradualmente la conciencia a través de la manipulación de los sentidos y los pensamientos.

3.6.3. Hipnoscopios

Cuando se usa algún dispositivo mecánico para lograr - el trance se le llama hipnoscopia. Los hipnoscopios a veces - están hechos de espejos que reflejan una luz en los ojos y cara, otras veces son aparatos que emiten sonidos monótonos y rítmi--cos como el metrónomo todavía muy usado. En la clínica de - - - Charcot se precipitaba la hipnosis por el repentino destello ce-gador de una lámpara o el sonido de un gong, Charcot también -- usaba el sonido monótono de un tambor africano para profundizar la hipnósis (Volgyesi, 1978). Uno de los hipnoscopios más cono-cido es el que generalmente consiste en una serie de líneas ra-diales blancas y negras que conducen la vista hacia el centro; - éste puede estar iluminado mientras el resto del lugar esta más oscuro; mientras se mira el disco se le dan suger-tiones de can-sancio y pesadez continuando con un determinado proceso de pro-fundización que una vez logrado el cierre de los ojos puede ser el de relajación progresiva (como se ilustra más adelante). Es-tos procesos no son muy utilizados por los clínicos por su as-pecto mágico. El metrónomo sigue usándose y la luz sobre los - ojos es fácil de usar en el consultorio del dentista ya que - - cuenta con una lámpara en su trabajo cotidiano.

Volgyesi (1978) uso durante varios años un método que involucró un medio mecánico aplicandolo a cientos de sus pacientes los que sobrepasan la cifra de 62 000 en su práctica privada. Este método se denomina "técnica de la mano de Faraday".

3.6.4. La Mano de Faraday

Este hipnoscopio consiste en un aparato que suministra corriente eléctrica que puede ser regulada. El aparato se coloca en un lugar donde no se pueda ver, de preferencia a espaldas de la persona que será hipnotizada. Un electrodo lo toma el sujeto con la mano izquierda y el otro el operador también con la mano izquierda. Se colocó al paciente sentado o recostado cómodamente. Debe fijar la mirada en un punto y mientras el operador da sugerencias de pesadez y cansancio en los ojos toca sus párpados con la mano derecha. (Al tocar al paciente se cierra el circuito y se produce una descarga eléctrica. La descarga debe de ser ligera y agradable) , sugiriendo que a medida que éste hormigué y a medida que esa sensación entre en su cuerpo sus ojos estarán cada vez más cansados y poco a poco se cerrarán, que cuando se cierran entrara en un sueño agradable. Se estimula la frente y el cuello del paciente. Una vez logrado el cierre de ojos se puede profundizar y tratar el problema haciendo uso a través de la sensación producida por la corriente eléctrica.

3.6.5. Fijación de la Vista

Muchos de los métodos descritos serán iguales o muy parecidos a los de Hartlan (1974) pues lo consideramos como nuestro maestro. Sus métodos los hemos usado desde 1982, siendo siempre estos eficientes.

Una vez que se colocó al sujeto en una posición adecuada (sentado o acostado). Se le indica que mueva su cabeza hacia arriba (pero no tanto que le cause incomodidad) mirando un poco hacia atrás, hacia sus cejas, que busque un punto en la pared o en el techo o que mire un objeto, como por ejemplo la punta de un lápiz o pluma que sostiene el operador a una distancia de unos 15 cm. de los ojos del sujeto. Se produce como sigue:

Quiero que mueva su cabeza un poco hacia atrás y mire hacia atrás, hacia sus cejas escogiendo un punto en el techo o en la pared, mirelo fijamente, no desvie la mirada de él. Respire fácil y cómodamente, hacia atrás, hacia adelante, fácil y cómodamente. Relaje todo su cuerpo, relajado, relajado, siga relajando todo su cuerpo, más relajado, poco a poco empezará a sentir que sus ojos están más cansados, más cansados y pesados. A medida que respira cómodamente hacia adelante y hacia atrás - notará que sus párpados están pesados, tan pesados que pronto empezarán a parpadear, más cansados y pesados. A medida que

se relajan sus ojos estarán tan pesados y cansados que empezarán a parpadear más y más (si el paciente parpadea se le indica, vea sus ojos están parpadeando). Los ojos están tan cansados que notará como si la vista se le hublara, empezará a notar que estos comienzan a lloverle. Respire fácil y cómodamente y cada vez que lo haga notará esa sensación de pesadez, como si sus párpados fueran de plomo más y más cansados (se nota que lloran los ojos diga) ve sus ojos están llorando, cada vez parpadean más y más, sus ojos están cansados tan cansados que quieren cerrarse sin que usted haga nada. No haga nada, no los ayude para que se cierren, pero tampoco se los impida. Déjelos que hagan lo que quieran. Están cansados tan cansados que se cerrarán por sí solos, si quieren cerrar, están muy pesados, déjelos que hagan lo que quieran. Cuando sienta que sus ojos se quieren cerrar, déjelos que se cierren solos. Cuando se cierren quedará muy profundamente dormido. Vea se están queriendo cerrar, se cierra, se cierran, cada vez más y más. (En el momento en que se cierran los ojos se le dice). Duerma. Ahora ud está en un sueño agradable y relajado.

3.6.6. Métodos de Fijación de la Vista con Distracción

Este método es igual que el anterior pero con la adición de la técnica de contar. Este es el que generalmente usamos y como lo señala Hartlan, cuando el sujeto no es resistente cae en hipnosis en unos cuantos minutos. Lo primero que se le dice es lo siguiente.

Acomódese cómodamente, lo más cómodamente, como le sea posible y mire fijamente la punta de este lápiz, muy fijamente. Mientras tanto quiero que cuente de 500 hacia atrás de tres en tres (si es un niño o de nivel escolar bajo se le pone a contar de 100 hacia atrás de uno en uno o si esto es muy difícil, puede empezar a contar de uno en uno hacia adelante, el nivel del distractor mental se pone al nivel del sujeto). Hasta que le diga que se detenga cuente mentalmente, para usted mismo, lenta y rítmicamente. Procure escucharme en la medida que le sea posible pero aún así escucharle todo lo que le digo. Sus párpados están muy pesados, cada vez más y más pesados. Respire cómodamente hacia atrás y hacia adelante, respire fácil y profundamente, poco a poco notará que sus párpados están muy pesados, muy cansados, tan cansados que tal vez se nuble su vista, tan cansados que le empiezan a llover (diga esto cuando note esa sensación), cada vez más sus ojos empiezan a parpadear más y más, cada vez más y más cansados, tan cansados que se quieren cansar más. Cuando sienta que se quieren cerrar déjelos que hagan lo que quieran. No haga nada para ayudarlos, pero tampoco impida que se cierren, déjelos que se cierren, déjelos que hagan lo que quieran. Tan pronto como quieran cerrarse déjelos que se cierren, se cierran, cada vez más cerrados, cada vez se cierran más y más (una vez que se cierran). Duerma duerma

ma fácil y cómodamente en éste sueño cómodo y placentero.

3.6.7. Técnica de Relajación.

Se procede a relajar al sujeto progresivamente por el método usual, de la punta de los pies hasta la cabeza. Una vez que la persona está profundamente relajada se le proporcionan sugerencias de la manera siguiente:

Esta tan relajado que siente todo su cuerpo muy flojo, muy pesado, tan pesado, flojo y relajado que lo invade una sensación de somnolencia, cada vez se siente más adormilado, más relajado, -- tan relajado, tan profundamente relajado que cada vez se siente tan somnoliento que siente que sus ojos se le quieren cerrar. -- Esta tan relajado, tan pesadamente relajado que esa sensación de somnolencia invade todo su cuerpo, siente como si alguien jalara sus párpados hacia abajo. Los siente tan pesados, tan pesados, lo envuelve una sensación de somnolencia tan profunda -- que sus ojos se querran cerrar. Tan pronto como quieran cerrar se dejelos que se cierren, que hagan lo que quieran (prosiga como ya se indicó)... cada vez más cerrados, más cerrados más y más. Duerma.

Algo de suma importancia en cualquier técnica es la monotonia y ritmicidad de la voz. No debe olvidarse la acentuación de las palabras claves en cada sugestión que se da y los espacios entre sugestión y sugestión para darlo al paciente tiempo de procesar y realizar la sugestión. Tampoco debe olvidarse la repetición constante de la idea sugestiva.

3.6.8. Técnica de los 80 Segundos

La técnica de los 80 es una técnica de relajación rápida recomendada por Teitelbaum (1978) principalmente para principiantes, en la que intervienen la fijación de la vista, la distracción y la relajación. Es difícil cometer errores con la de los 80, pues el sujeto tiene la impresión de que todo lo que está sucediendo se debe a la relajación, nunca se le reta ni se dice la palabra sueño. Si en alguna parte de la inducción o profundización no se tiene éxito se debe señalar inmediatamente que no se ha relajado lo suficiente... Entonces se le debe relajar más y proseguir.

Se inicia con una ligera relajación general. Entonces se le dice: ¿Desea relajarse más?. Bien, le mostrare como (el operador caminará hacia el lado derecho del sujeto, le levantará la mano derecha con su mano derecha como si lo saludara, mientras le sostiene la mano. El operador extenderá su mano izquierda con la palma hacia abajo, en un plano horizontal para llevarlo a los ojos del sujeto, unos pocos centímetros arriba y a unos 15 cm, aproximadamente de sus ojos). Voy a sostener mi ma

no frente a sus ojos. Quiero que mire mi dedo pequeño y no aparte su mirada de él. En un momento comenzaré a bajar mi mano. Mantenga su cabeza erecta y siga con su mirada el dedo pequeño, comenzará a sentir que jalan sus párpados superiores, gradualmente se cerrarán. Deje que sus párpados se cierren, y déjelos cerrados. Bien (lentamente baje la mano hacia abajo y curvela bajo la barbilla de manera que los ojos sigan el dedo). Los párpados tendrán que cerrarse a medida que el dedo se esconde tras la barbilla). A medida que la mano baje empezará a sentir como se jalarán sus párpados y sus párpados si cierran. En tonces déjelos cerrados. (Coloque la mano derecha que estaba estrechando sobre las piernas del sujeto). Ahora que sus párpados están cerrados quiero que los relaje completamente. Si se relajan completamente no se habrán. Cuando sienta que sus párpados están completamente relajados puede examinarlos y si no se abren sabrá que están completamente relajados. Relaje sus párpados completamente. Ahora examínelos. Ve no se abrirán. Lo está haciendo bien. Ha relajado sus párpados completamente. Ahora voy a mostrarle algunas cosas asombrosas que puede hacer cuando está completamente relajado, a medida que de ja que la relajación de sus párpados se extienda a través de todo su cuerpo.

Como se ilustrará más adelante en la técnica integral-se profundiza con rigidez del brazo, el apretón de manos y por- analgesia inducida.

3.6.9. Técnica del Apretón de Manos.

Este procedimiento de inducción que también puede usar se en la profundización no puede dejarse de describir siendo uno de los tradicionales descritos por todos los que escriben sobre técnicas. En ocasiones el método es descrito en forma exacta de un texto a otro como en el caso de Kroeger (1974) y Wolberg (1948). Volgyesi (1978) muestra datos de que ésta técnica es usada al menos desde 1947.

Con el paciente sentado en una posición cómoda se le dice: cierre los ojos. Ahora entrelace sus manos y mantégalas tan apretadas como le sea posible. (Se utiliza una repetición constante para provocar condicionamiento ideosensorial, de la manera siguiente). Dígase así mismo, me gustaría hacer que mis manos se unan estrechamente. Se repite constantemente ésta frase intercalandola con lo siguiente. Mantenga las manos apretadas hasta que yo le pida que las abra. Imagine que agradable sería desarrollar la relajación. (Cuando las manos se estrechan el operador añadirá). Ahora siente la presión en sus manos a medida que se aprietan más fuertemente, más apretadas, más fuertemente apretadas. (El operador observa las manos, si no se estrechan, espera pues esto indica resistencia. Si las manos están fuertemente estrechadas continuar). Las puntas de

sus dedos se están haciendo insensibles, muy insensibles, sus manos se están pegando más y más, más apretadas. Siente una sensación agradable en los pulgares al apretarse fuertemente. (Cuando las manos están fuertemente apretadas, continuar). Sus manos están unidas tan fuerte que no puede diferenciar los dedos derechos de los izquierdos. Sus manos se sienten como si fueran una pieza sólida de madera. Ahora están pegadas sin ningún esfuerzo visible. No tiene deseo de separarlas. No quiere separarlas (de aquí en adelante si no separa las manos se profundiza el trance).

3.6.10. Técnica de Catalepsia Sorpresiva

Indudablemente Erickson y Hartlan son dos de los más grandes maestros-científicos de la hipnosis. Erickson ha sido un gran maestro del que muchos hemos aprendido. Hartlan también ha sido modelo para muchos entre ellos Mathenson y Grehan quienes en 1979 publicaron una técnica demostrada por Hartlan con la que han trabajado exitosamente desde que la observaron.

El primer contacto que Mathenson y Grehan tuvieron con la técnica demostrada por Hartlan fue en Toronto en una reunión de la sociedad de Hipnosis Clínica en 1972. Esta es una técnica modificada de la técnica cataléptica de Erickson. Es de bastante utilidad con los pacientes resistentes. Conduce a una conducta de trance antes de que pueda desarrollarse la resistencia. El trance puede presentarse, en menos de 60 seg. La principal ventaja de ésta aproximación es la evitación de la resistencia. Su principal desventaja es que requiere prestigio, experiencia y confianza por lo que no es apropiada para principiantes.

El proceso básico de la técnica descansa sobre el establecimiento no verbal de una conducta fuera de la conciencia.

El terapeuta levanta el brazo del paciente por la muñeca y lo sostiene en posición horizontal. El terapeuta lo suelta lentamente hasta que parece que el brazo permanecerá elevado sin ningún soporte físico. Entonces se le sugiere que puede cerrar los ojos y relajar su cuerpo. En ocasiones se notará que no se desarrolla la catalepsia y en vez de ella se observará pesadez del brazo (o rigidez). En este caso del terapeuta tranquilamente cambiará la estrategia y dejará (haciendo las respectivas sugerencias) que el brazo caiga pesadamente sobre las piernas del paciente, felicitándolo por lo bien que logró la relajación. De una u otra forma el terapeuta tiene que usar la respuesta para sugerir la inducción con resultados exitosos.

También sucede que el sujeto pregunta si el brazo permaneció en posición horizontal, si se quedó donde se le dejó. La mejor respuesta en éste caso es desviar la pregunta y asegu-

rarle que todo va bien o darle alguna otra respuesta similar in directa. Debe estarse seguro de que esté cómodo. Se dice lo siguiente:

"Antes de comenzar me gustaría hacer dos señalamientos importantes primero: Lo que importa aquí es que es lo que Ud - hace no qué es lo que yo hago, segundo: por favor no trate de hacer que algo suceda, sólo deje que las cosas sucedan. Voy a levantar su brazo de esta manera. Esta bien, deje que sus ojos se cierren, respire profundamente y cómodamente y a medida que respire cómodamente deje que el resto de su cuerpo se relaje to talmente. Me gustaría que deje que sus ojos permanezcan cerrados hasta que le pida que los abra. Ahora lo primero que notará es que su brazo ha permanecido levantado, donde lo deje, y creo que estará de acuerdo en que está flotando sin un esfuerzo real y consciente de su parte. Como realizó esto, puede estar consciente de que está dormido, en un sueño fácil y cómodo en un estado de trance y que puede profundizarlo más y más". (De - H aquí en adelante se procede con las técnicas de profundización o al tratamiento directo) (Mathenson y Grehan, 1979).

3.6.11. Técnica de la moneda.

La inducción descrita a continuación es muy apropiada para niños aunque en adultos también puede aplicarse con buenos resultados.

El niño está sentado cómodamente en una silla al lado del terapeuta. Con un plumón se dibuja una cara de payaso en la uña de uno de los pulgares dependiendo de la preferencia del niño. Se le coloca una moneda entre el dedo pulgar y el índice y se le dice: sostén la moneda frente a tu cara, pero mira fijamente la cara del payasito (a los adultos se les dice que miren la uña de su pulgar). Mira muy fijamente al payasito, más y más fijamente y a medida que veas al payasito la moneda se hará más y más pesada. Fíjate muy bien en el payasito y a medida -- que lo sigas viendo notarás que poco a poco la moneda se hará más y más pesada, más pesada, tan pesada que se te resbalará y caerá. Cuando esto suceda, cuando caiga la moneda, te sentirás muy relajado, tan relajado que tus ojos se cerrarán. Observa -- muy fijamente al payasito, tienen una capacidad de atención excelente, a medida que lo observas, estas cada vez más y más relajado, cada vez más relajado y la moneda se hace cada vez más y -- más pesada, más pesada, tan pesada que se te resbalará y caerá en el piso, cuando esto suceda no te fijas en que cayó en el pi so sólo relájate y tus ojos se cerrará, cuando la moneda caiga en el piso te sentirás tan relajado, tan somnoliento que tus -- ojos se cerrarán. Cuando esto suceda pon tus manos sobre tus -- piernas. (cuando la moneda caiga y el niño coloque sus manos -- sobre sus piernas se procede a profundizar) (Olness, 1975).

3.7. TECNICAS DE PROFUNDIZACION

Una vez lograda la inducción se inicia el proceso de profundización. Escencialmente depende de la imaginación y creatividad del terapeuta para poner en juego los elementos para seguir disociando la conciencia del sujeto, para conducirlo a un estado de conciencia más alterado, para poner en juego sus cogniciones y su capacidad imaginativa. La comunicación verbal y no verbal entre paciente y terapeuta es piedra angular en todo el proceso hipnótico.

La profundización se logra a través del continuo uso de las leyes de la sugestión. A través de la pirámide de sugestiones más complicadas. Enlazando la acción a la sugestión por ejemplo; "cuando su brazo caiga pesadamente sobre sus piernas - su sueño será más profundo". Haciendo uso del juego de la imaginación y la fantasía, por la pura sugestión. Por la relajación, o del efecto contrario; "si intenta doblar su brazo, más rígido, más rígido, más tenso se pondrá y por medio de la repetición de inducciones en un mismo período de tiempo como la técnica de fraccionamiento de Vogt o en sesiones sucesivas".

3.7.1. Técnicas de Profundización por Relajación.

Cuando no se ha usado la relajación como método inductivo puede iniciarse la profundización con la relajación de esta manera:

Duerma profundamente en un sueño agradable y placentero. Ahora relaje todo su cuerpo. Relaje su cuerpo a medida -- que yo vaya nombrando y a medida que se relaje su sueño será -- más profundo, más cómodo y placentero. Relajese los músculos de sus pies flojos y relajados. Concentrese en cada parte de su cuerpo a medida que valla nombrándolos y relájelos. Relajelos músculos de sus pantorrillas, flojos, relájelos. (Se una -- pausa entre cada grupo muscular que se relaje). Afloje los músculos de sus piernas que estén muy flojos, muy sueltos. A medida que se relaja su sueño será más profundo, más y más profundo. Relaje los músculos en torno a sus sentaderas, muy relajados, -- más relajados, más flojos y a medida que los relaja su sueño será más profundo. (Después de cada sugestión de profundidad se deja una pausa). Los músculos de sus sentaderas están muy flojos y sueltos y su sueño es más profundo. Ahora, relaje los -- músculos en torno a su abdomen que estén flojos y sueltos, relajados, sueltos, más relajados. Que su pecho esté muy flojo y -- relajado, respire fácilmente que el aire circule fácilmente hacia adelante y hacia afuera. A medida que se relaje su sueño -- será más cómodo y más fácil, más relajado. Siga relajándose. -- Relaje los músculos de su espalda, que estén muy flojos y sueltos, más relajados, más y más relajados. Ahora concentrese en -- relajar los músculos de sus hombros. Músculos de sus hombros--

relajados. Entre más relaje su cuerpo su sueño será más y más profundo. Músculos de sus brazos y antebrazos relajados. Afloje los músculos de sus manos, que sus dedos estén flojos y sueltos. Siente como si todo su cuerpo se pegara contra el sillón, como si todo su cuerpo se pegará contra el sillón, como si todo su cuerpo fuera muy pesado tan pesado como un pedazo de plomo. - Concentrese en los músculos de su cuello, que su cabeza caiga pesadamente sobre el respaldo, (suponemos que el sujeto está en un sillón reclinable), tan pesada como un trozo de plomo. Relaje los músculos entorno a su boca, músculos de su boca relajados, que sus quijadas se separen ligeramente, que los dientes de arriba no toquen a los de abajo, que exista una ligera separación, que su lengua esté floja y suelta. Ahora concentrese en su frente, relaje su frente, aflojela, suéltela, y a medida que se relaja su sueño será más profundo, más relajado. Relaje su cabeza, que los músculos de su cabeza estén flojos y sueltos. Relaje todo su cuerpo y a medida que lo relaje su sueño será -- más profundo, más cómodo. Preguntese así mismo ¿en alguna parte de mi cuerpo existe alguna tensión? si es así haga que desaparezca, que desaparezca toda la tensión en cualquier parte donde ésta se encuentra. Que desaparezca toda la tensión. Ahora está tan relajado, tan profundamente relajado que siente como si todo su cuerpo se pegara contra el sillón, está tan relajado que siente como si la fuerza de gravedad jalara a su cuerpo y el sillón se interpusiera. Ahora está tan relajado que su sueño es muy profundo muy cómodo y placentero.

3.7.2. Profundización por Pesadez del Brazo

Ahora voy a tocar su brazo del hombro hasta la muñeca y a medida que lo toque lo sentirá cada vez más pesado. Voy a comenzar a tocar su brazo del hombro hacia la muñeca (se empieza a tocar suavemente el brazo). Su brazo es cada vez más pesado tan pesado como un trozo de plomo. Imagine un trozo de plomo, vealo claramente, Su brazo es cada vez más pesado, más pesado, tan pesado como ese trozo de plomo que está imaginando. - A medida que toco, su brazo del hombro hacia la muñeca su brazo está más y más pesado y su sueño será más profundo. Cuando llegue hasta la muñeca su brazo será muy pesado, tan pesado como el plomo, tan pesado que sentirá como si se pegara contra el -- brazo del sillón (una vez que se llega a la muñeca del sujeto se hace una ligera presión contra ella). Ve ahora su brazo es más pesado y su sueño es mucho más profundo, mucho más relajado. (Se esperan unos segundos y se continúa). Ahora voy a tocar su brazo en sentido inverso, de su muñeca hacia su hombro y desaparecerá toda la sensación de pesadez (se comienza a tocar el brazo en sentido inverso. Conforme lo toco, de su muñeca hacia su hombro su brazo recobrará su peso normal, será como su otro brazo, habrá regresado a la normalidad total como su otro brazo. A medida que lo toco su brazo recobrará su peso normal. (Al llegar al hombro se dice). Ahora su brazo es tan normal --

como su otro brazo y ha desaparecido toda sensación de pesadez y su sueño profundo.

3.7.3. Técnica de Profundización por Catalepsia.

Ahora tocaré nuevamente su brazo del hombro hacia su muñeca pero ahora a medida que lo toque empezará a sentirlo cada vez más ligero, más y más ligero (se empieza a tocarlo). A medida que lo toco lo empezará a sentir tan ligero como una pluma. Imagine una pluma muy ligera. A medida que toco su brazo se empezará a poner cada vez más y más ligero tan ligero que cuando llegue hasta la muñeca lo levantaré, lo tomaré por la muñeca, lo levantaré y se quedará exactamente donde yo lo dejesin que usted haga el más mínimo esfuerzo por sostenerlo (una vez que se llega a la muñeca se dice). Ahora su brazo es muy ligero, tan ligero como una pluma. Es tan ligero que cuando lo levante se quedará exactamente donde yo lo deje. Imagine como si tuviera un globo de gas atado por su muñeca, un globo de gas que flota, un globo muy ligero. Ahora cuando suelta su brazo éste permanecerá exactamente donde yo lo deje, como si estuviera sostenido por un globo de gas. Su brazo ahora es muy ligero (una vez que la respuesta es positiva y el brazo se mantiene -- por si sólo se regresa a la normalidad). Voy a contar del uno al tres cuando llegue al tres cortaré el hilo del globo que tiene atado por la muñeca y su brazo caerá sobre ud. regresando a la normalidad siendo como el otro brazo, habiendo recobrado su peso. Y su sueño será más profundo. Uno, poco a poco su brazo está recobrando su peso; dos, su brazo es más pesado; tres, he cortado con unas tijeras el hilo del globo, su brazo ha recobrado su peso normal y su sueño es mucho más cómodo, mucho más profundo.

3.7.4. Profundización por Rigidez

Quiero que levante su brazo a la altura de su hombro (el operador puede levantar el brazo del sujeto y colocarlo en la posición correcta) con la palma hacia arriba y lo mantenga allí, tieso y rígido. Comenzaré a tocarlo y con cada toque que le de se pondrá cada vez más rígido, más tieso. Con cada toque que le de se pondrá muy tieso y recto. Su brazo es cada vez más rígido. Sus músculos se aprietan cada vez más y más, más tieso, más rígido. Imagine un tubo de acero, vealo claramente. Cada vez su brazo estará tan recto y rígido como ese tubo de acero. A medida que lo valla tocando estará cada vez más recto, tan recto y rígido como el tubo de acero. Estará tan rígido -- que empezará a sentir como si la articulación de su codo desapareciera, como si su brazo fuera de una sola pieza. A medida que lo toco estará tan recto y rígido que lo sentirá como ese tubo, que es de una sola pieza. Estará tan recto y rígido que si yo tratara de doblarlo me sería imposible. Podrá doblarlo hasta que cuente hasta tres. Mientras más esfuerzo haga por doblarlo

más recto y rígido se pondrá, pero cuando yo cuente hasta tres se doblará con toda facilidad y su sueño será lo doble de profundo y cómodo. Más recto y rígido, muy rígido (aquí el operador intenta doblarlo. Una vez comprobada la rigidez se cuenta), Uno, dos, tres. Ahora ha desaparecido toda la rigidez (el operador dobla fácilmente el brazo del sujeto) y su sueño es más y más profundo lo doble de profundo de lo que era.

3.7.5. Técnica de los Movimientos Automáticos

Tomaré su brazo por la muñeca y lo empezaré a mover hacia atrás y hacia adelante (se toma el brazo por la muñeca apoyándolo por el codo y se mueve rítmicamente, cuando decimos hacia atrás, también movemos en esa dirección el brazo, lo mismo cuando decimos hacia adelante, se mueve el brazo en esa dirección, el movimiento debe ser rítmico). Hacia atrás y hacia adelante, hacia atrás. Quiero que imagine que tiene su brazo atado por la muñeca por la parte central de una cuerda quedando dos extremos. En cada extremo de la cuerda hay un niño. Los niños jalan lenta y rítmicamente esa cuerda. Hacia atrás y hacia adelante, hacia atrás y hacia adelante (éste movimiento se sigue dando aunque se estén dando otras instrucciones. Desde que se inicia no deja de moverse el brazo) hacia atrás y hacia adelante. Vea claramente esa escena. Vea a los niños vividamente jalando esa cuerda, hacia atrás y hacia adelante, hacia atrás y hacia adelante. Sentirá que su mano está atada a esa cuerda y que los niños la jalan hacia atrás y hacia adelante. Hacia atrás y hacia adelante. Cuando yo suelte su muñeca esos niños seguirán jalando la cuerda y su brazo seguirá moviéndose hacia atrás y hacia adelante. Hacia atrás y hacia adelante. No haga nada para ayudar a que se mueva, pero tampoco lo impida. Deje que su brazo haga lo que quiera. Los niños jalan su brazo, hacia atrás y hacia adelante. Cuando suelte su brazo se moverá por sí sólo sin que usted haga ningún esfuerzo para que se mueva. Si intentara detenerlo más se moverá. Hacia atrás y hacia adelante, hacia atrás y hacia adelante, pero Ud. no tiene ningún deseo de detenerlo. Déjelo que haga lo que quiera deje que suceda lo que sea. Sin hacer ningún esfuerzo para que suceda pero sin impedirlo tampoco, puede imaginar claramente a esos niños que mueven su brazo lenta y rítmicamente hacia atrás y hacia adelante. Cuando suelte su brazo se dará cuenta que seguirá moviéndose por cuenta propia, estará atado por esa cuerda. Seguirá moviéndose automáticamente hasta que yo corte esa cuerda, hacia atrás y hacia adelante, hacia atrás y hacia adelante (al soltar el brazo debe moverse por cuenta propia). Hacia atrás y hacia adelante. Hacia atrás y hacia adelante, hacia atrás y hacia adelante.

Ahora voy a cortar esa cuerda con unas tijeras. Entonces su brazo caerá y su sueño será muy profundo. Lo doble de profundo. Mucho muy profundo. Voy a contar del uno al tres y -

cuando llegue al tres cortaré la cuerda con unas tijeras, uno me acerco a la cuerda con unas tijeras en la mano; dos me preparo para presionar las tijeras; tres he cortado la cuerda y su brazo cae. Ahora su sueño es mucho muy profundo, muy profundo, tan profundo y cómodo como el sueño más profundo y agradable que ha tenido.

3.7.6. Técnicas de Imaginación Guiada.

El juego de la imaginación es una de las mejores vías para profundizar el trance. Pelletier (1978) ha trabajado con lo que ha llamado "la imaginación guiada", su técnica además de ser un proceso de profundización es útil de por sí para conocer el pasado y presente del paciente, es útil en el diagnóstico psicoterapéutico, funciona como un examen proyectivo. También es útil para ayudarlo a establecer metas, para estimularlo a alcanzarlas, se puede establecer un modelo conductual y por medio de la imaginación y la fantasía reforzar la obtención de esas metas. Las dos técnicas que se describirán son una adaptación a las de Pelletier (1978), manteniendo su procedimiento.

Técnica del examen creativo de apercepción temática: para hacer uso de esta técnica como método de profundización puede describirse una de las siguientes escenas: a) una escena con campos, árboles y un río serpenteante, b) un puerto con botes de pesca y carga anclados en el muelle, c) un puente cubierto con un hombre a caballo y una carreta, abajo del puente un niño pescando en el río. Estas escenas deben ser descritas claramente para que sea muy clara y vívida, se dice: sientase dentro de la escena. Deje que su imaginación se haga muy vívida hasta que le parezca que realmente está allí. Deje que su mente inconsciente le ayude. A medida que le describa la escena usted sentirá en ella como si estuviera allí. Se sentirá más contento, más agusto, el lugar es muy agradable, provoca una agradable sensación de bienestar (describa muy detalladamente cada parte de la escena y entre descripción y descripción se dice), involucrese en esa escena usted está allí, puede hacer esa escena más agradable que pueda, puede verlo todo muy claramente. Cuando le parezca que esa escena es real indíquelo levantando su dedo índice (si no levanta el dedo; seguir describiendo la imagen escogida y dar sugerencias para que se sienta en la escena. Si lo levanta continuar así). Ahora dígame señalándome con su dedo si le gustaría compartir su experiencia conmigo para que yo también pueda conocer ese lugar. Bien, por favor cuénteme su historia. ¿Cómo comienza esa historia?. Dígame exactamente que está pasando. Continúe con la historia hasta el fin. Cuando la historia termine habrá entrado en un sueño todavía más profundo y placentero.

En caso de que la técnica no sólo se quiera usar como proceso de profundización puede usarse en el tratamiento propio

mente dicho. En tal caso se muestra antes de la inducción una pintura con una de las tres escenas descritas, la cual tiene que ser observada detalladamente por el paciente. Si el sujeto logra directamente el trance se le induce, se le pone dentro de la escena y se le guía principalmente a describir aquellas partes de la escena que son evitadas. De la misma manera se le puede conducir a establecer metas y a reforzar algunas conductas. En diferentes sesiones se pueden usar diferentes pinturas.

Si se desea seguir profundizando, probar o intentar otra técnica para ver si se logran mejores resultados, existen muchas otras técnicas como la de las escaleras, de la disociación, la de la inducción de sueños, la del apretón de manos, la de contar y respirar, la de la metáfora, la de la regresión, la del elevador y la de movimientos automáticos entre muchas otras (se pueden encontrar en Hartlan, 1974 y Kroger, 1974 y Wolberg, 1948, etc).

3.8. DESPERTANDO AL PACIENTE

Cuando se ha logrado el trance y una buena profundización generalmente existe, la insertidumbre en el principiante de como despertar a su sujeto. El despertar a un sujeto hipnotizado es muy sencillo, basta con darle una señal, una sugestión. Lo fundamental al despertarlo, al sacarlo del trance no es el hecho de hacer eso sino los cuidados que deben tomarse antes de sacar a alguien de un trance. En primer lugar debe darse la sugestión de que al salir de este estado se sentirá muy bien.

Después debe darse una sugestión post-hipnótica para que la siguiente inducción sea mucho más rápida y el trance más profundo. Finalmente indicar la señal ante la cual despertará. Se procede de la siguiente manera:

Ahora voy a contar hasta siete (o cuando de tres palmadas, etc, cualquier señal deseada que prepare al paciente a una salida gradual) y cuando llegue al siete ud, estará muy despierto, totalmente alerta, sintiéndose mucho muy bien física y mentalmente. La próxima vez que quiera entrar en trance para su tratamiento, por su propio bien, lo hará mucho más rápido que ahora y su trance será mucho más profundo (se le deja una pequeña pausa), cuando despierte se sentirá mucho muy bien física y mentalmente. Cuando llegue al siete abrirá los ojos, estará totalmente alerta; dos cuando llegue al siete despertará sintiéndose mucho muy bien física y mentalmente; tres estará muy alerta y despierta; cuatro LA PROXIMA VEZ QUE ENTRE EN ESTE AGRADABLE SUEÑO ENTRARA MAS RAPIDO. TAL VEZ EN LA MITAD DE TIEMPO EN EL QUE TARDO EN ENTRAR HOY O TAL VEZ MENOS; CINCO, SU PROXIMO SUEÑO SERA LO DOBLE DE PROFUNDO QUE ESTE; SEIS, DESPERTARA SINTIÉNDOSE MUCHO MUY BIEN FISICA Y MENTALMENTE; SIETE, DESPIERTE.

Algo que casi nunca sucede es que el paciente no salga del trance, en éste caso el terapeuta repite la señal y le dice despierte. Si no lo hace en unos pocos segundos se le interroga acerca del motivo por el cual no despierta y casi siempre se debe a que se le dió una órden post-hipnótica a la que no desea responder, a que se encuentra muy cómodo en su estado o a que tiene alguna otra dificultad. Con la información que se nos proporciona resolveremos el problema, por ejemplo si se trata de que esta muy cómodo en ese estado podemos tomar dos alternativas, si el lugar está disponible se le puede dejar en hipnosis hasta que decida salir por si sólo diciéndole: "puede permanecer en hipnosis si así lo desea y puede salir de ella cuando ud. lo desee" o si no existe el tiempo necesario se le dice: con voz firme: "le voy a dar tres minutos para que disfrute de ese estado cómodo y relajado en el que se encuentra pero después le pediré que despierte así que aprovechelo. Después de el tiempo fijado se le da la señal previamente fijada y se le dice "despierte". No recomendamos despertarlo de tajo y en forma autoritaria, cuando el paciente se reusa a salir del trance pues eso romper la empatía que existiese entre paciente y terapeuta. -- Por lo general no hay mayores problemas al despertar a un sujeto del trance.

Otro punto a subrayar es que siempre que se da una sugestión en la que se altera algún mecanismo sensorial o de cualquier otra índole siempre se regresa al estado normal, cuando no se desea que esa sugestión permanezca: por ejemplo se puede inducir analgesia en las manos como métodos de profundización; pero si no se retira esa analgesia en los dedos, se puede producir algún accidente al paciente. Esta persona puede trabajar con herramientas cortarse y no darse cuenta de ello.

3.9. TECNICA COMPLETA DE HIPNOSIS

El proceso hipnótico comienza con la preparación del paciente, luego se continua con la inducción, la profundización, la formulación de sugestiones post-hipnóticas y el despertar del paciente.

Cuando se logra la inducción se procede en la misma sesión con una o dos técnicas de profundización. Si está respondiendo muy bien se continua hasta el nivel deseado, pero más vale actuar con precaución. Es preferible lograr un estado ligero que fracazar por falta de prudencia.

Después de cada inducción se charla acerca de la experiencia del paciente, que sintió en cada parte del proceso, que piensa de lo sucedido. La charla es más importante en la primera sesión de inducción, después si se considera pertinente puede olvidarse la plática final. El conocimiento de la experiencia del sujeto se usa para mejorar la siguiente inducción, por

ejemplo puede haber sucedido que reporte no haber podido profundizar más porque tal posición le era incómoda o por que determinado sonido le era desagradable, etc.

Quando se ha logrado el nivel de profundidad necesario o deseado, se puede hacer que no se requiera más todo el procedimiento mencionado hasta ahora. Se procede a instaurar una señal para la entrada automática al trance; "De hoy en adelante siempre que se siente (o se acueste) en éste sillón comenzará a sentirse muy relajado, cuando lo mire a los ojos Ud. me mirará en la parte interna de los ojos y le diré Sr. "X" duerma. Ud. estará automáticamente en un sueño muy profundo sin necesidad de pasar por el largo proceso que realizamos."

Se procede a despertar al paciente, se le da la señal acordada y se le dice; "ve ya no es necesario más el proceso -- que antes empleamos, ahora está muy profundamente dormido y para lograr éste estado de sueño hipnótico profundo y agradable bastará con que me mire fijamente y le diga duerma Sr. "X" -- Se practica una o dos veces ésta inducción automática y se procede con el tratamiento necesario.

Lograda la profundización necesaria se dan las sugerencias terapéuticas conforme las leyes de la sugestión, por ejemplo para eliminar una cefalea es mejor inducir primero una sensación de calor y luego a través del calor eliminar el dolor. O si el problema es de falta de confianza en sí mismo, de desvalorización o de depresión o algún otro proceso que tenga que ver con el yo se puede recurrir al fortalecimiento metafórico del yo, descrito por Pelletier (1978) y continuar con el fortalecimiento del yo de Hartlan (1974).

Para no ser tan repetitivos se señalará que una técnica completa que puede lograr un trance sonambulístico lo constituye la siguiente secuencia de técnicas. Sólo se requiere regresar a páginas anteriores y repasarlas como un todo integrado. Esa técnica integral es la que se ha usado por varios años con buenos resultados en la mayoría de los casos:

a. Fijación de la vista con distracción, b. Relajación, pesadez del brazo, c. Catalepsia del brazo, d. Rigidez del brazo, e. Movimientos automáticos, f. Despertar al paciente en la forma señalada. También se pueden continuar algunos de los métodos de inducción con el proceso de profundización señalado del punto b al f.

A continuación se ejemplificarán otros métodos integrales tomados de Teitelbaum (1978) que proporcionan otras alternativas a seguir muy adecuadas para principiantes, antes de que introduzcan sus propias modificaciones en base a sus experiencias y práctica.

3.10. TECNICA COMPLETA DE LOS 80 SEGUNDOS CON INDUCCION, PROFUN- DIZACION Y SALIDA DE LA INDUCCION

(Comenzar con la relajación preinductiva donde se desee).

"Ahora Señor "X"". ¿Desearía relajarse aun más?. Bien le mostraré como (el operador caminará hacia el lado derecho del sujeto, levantará la mano derecha del sujeto con su mano derecha como si lo saludara, mientras sostiene la mano de él mismo, extenderá su mano izquierda, palma hacia abajo, en un plano horizontal paralelo a los ojos del sujeto, unas pocas pulgadas arriba y a 6 pulgadas aproximadamente de sus ojos). Voy a sostener mi mano aquí frente a sus ojos. Lo que quiero que haga es mirar mi dedo pequeño y no aparte sus ojos de él. En un momento comenzaré a bajar mi mano y mientras mantiene su cabeza erecta quiero que sus ojos sigan al dedo pequeño, usted comenzará a sentir que jalan sus párpados superiores y gradualmente se cerrarán (permítala). Deje que sus párpados se cierren y entonces déjelos cerrados. Bien, vamos (lentamente baje la mano y la barbilla de manera que los ojos sigan el dedo hacia abajo. Los párpados superiores tendrán que cerrarse a medida que el dedo se pierde de vista bajo la barbilla). Ahora a medida que la mano baja Ud. empieza a sentir que jalan sus ojos y sus párpados se cerrarán. Entonces déjelos cerrados, (suavemente coloque su mano derecha sobre sus piernas o su regazo, la mano había sido sostenida firmemente en una posición de salud (apretón de manos). Ahora que sus párpados estén cerrados, quiero que los relaje completamente. Encontrará que si relaja sus párpados completamente, no se abrirán, cuando sienta que sus párpados están completamente relajados, puede examinarlos, y si no se abren Ud. sabrá que están completamente relajados. Bien, relaje sus párpados completamente. Esta bien, ahora examínelos, ve no se abrirán. Muy bien, lo está haciendo bien Ud. ha relajado sus párpados completamente. Ahora voy a mostrarle algunas cosas asombrosas que Ud. puede hacer cuando está completamente relajado a medida que deja que la relajación de sus párpados se extienda a través de todo su cuerpo. Esta bien. (Levante el brazo derecho del sujeto y extiéndalo a la altura del hombre). "Voy a levantar su brazo y extenderlo, y quiero que lo extienda tan fuerte y lejos como pueda. Esta bien. Extienda los dedos también, ponga todo el brazo rígido. Como el resto del cuerpo está tan relajado, Ud. puede poner este brazo tan tieso y rígido que parecerá que es como una barra de acero desde su hombro hasta la punta de sus dedos. Los músculos se están poniendo muy tiesos y rígidos. Se están poniendo tensos, (si lo desea puede tocar ligeramente el brazo del hombro hacia la mano. Así esto permite al sujeto sentir verdaderamente la sensación de que el músculo se está poniendo rígido).

Ahora su brazo está tan tieso y rígido que es como una barra de acero. Esta tan duro y rígido que parece no tener

ninguna articulación en su brazo. Encontrará ahora que si trata de moverlo estará más tiezo, y por más que trate de doblarlo estará más tiezo. Esto se debe a que el resto de su cuerpo está completamente relajado. Bien trate de mover su brazo, ve no puede doblarlo. Esta completamente rígido. En unos pocos momentos voy a relajar ese brazo, y cuando lo relaje, todo su cuerpo estará 5 veces más relajado que como lo está ahora. Bien cuando cuente hasta 3 ese brazo se relajará completamente y el resto de su cuerpo también. Uno, dos, tres, y ahora está completamente relajado. (El brazo debiera caer limpiamente al lado de la silla. Si el sujeto dobló (curvó) el brazo o si cayó en un ángulo de manera que cae sobre el regazo del sujeto, no ha aceptado completamente sus sugerencias). Bien está mucho más relajado que antes.

"Voy a mostrarle otra cosa sorprendente que podrá hacer debido a que está tan relajado. Quiero que tome esta mano y la empuje (agarre su brazo derecho por la muñeca con su manó izquierda y empuje la mano derecha). Quiero que apriete su puño, realmente apretado. Encontrará que una cosa muy interesante está sucediendo. A medida que su mano se aprieta más parecerá que se está haciendo como una pelota de hierro. Cuando le pida que abra su mano encontrará más difícil abrirla y se pondrá más apretada. Los músculos no se abrirán, en vez de eso -- estarán más apretados. Ahora su mano está tan apretada que es como una bola de hierro. Puede tratar de abrirla, pero encontrará que no se abrirá. Ve, no se abrirá. Es como una bola de hierro. En un momento voy a relajar su mano y cuando la relaje, todo su cuerpo estará dos veces más relajado que ahora. Bien, uno - dos - tres, relajado (permítame relajar la mano y entonces sostenga el brazo por un lado y déjelo caer. Vea si cae limpiamente al lado de la silla). Lo está haciendo maravillosamente bien."

"Ahora voy a decirle algo aún más sorprendente. Debido aquí esta tan relajado, puede hacer cosas que nunca fue capaz de hacer antes. En un momento voy a poner un líquido muy frío sobre esta mano y a medida que sienta una sensación fría en su mano, la mano se le entumecerá completamente (restringe el área entre el dedo pulgar y el índice, en la superficie de la mano con alcohol). Bien, aquí esta esa sensación fría. Ud, puede sentir la frialdad y a medida que sienta la frialdad. Toda el área se entumecerá, y ahora está completamente entumecida, no puede sentir nada en esa área excepto una ligera presión (inserte un alfiler o aguja esterilizada en el área). Ve, no puede sentir nada sólo una ligera presión. A causa de que esta tan relajada su mano esta completamente entumecida. Ahora voy a mostrarle que fácil es quitar el entumecimiento. Todo lo que tengo que hacer es restregar una vez esa área con mi mano y el entumecimiento desaparecerá inmediatamente. Bien, aquí vamos. A medida que restriego la mano el entumecimiento se va".

"Lo ha hecho maravillosamente bien, y ahora voy a sacarlo de ésta condición totalmente relajada. Cuando lo saque de ésta condición se sentirá maravillosamente. Se sentirá muy cómodo y sentirá como si tuviera varias horas de estar en un sueño agradable. Se sentirá completamente relajado y en cualquier ocasión futura cuando yo produzca y lo ponga en esta condición sorprendentemente relajada, entrará fácil y rápidamente. Bien, cuando cuente hasta tres despertará gradualmente y será capaz de abrir sus ojos. Uno - dos - tres, esta muy despierto y sintiéndose bien".

- a) La primera fase (no descrita detalladamente aquí) de la relajación preinductiva tiene la función de sacar cualquier ansiedad que el sujeto pueda tener.
- b) Se puede estar pensando en la razón para el apretón de manos (el saludo) al principio de la inducción. Al levantar rápidamente la mano del sujeto, ud, está, poniendo su concentración sobre la mano, precisamente el sujeto también quiere saber que va a hacer con la mano. Esta es una acción de desviar la concentración de la atención. Una vez que la sugestión para el cierre de los ojos se ha hecho, no es más necesario sostener la mano.
- c) El propósito de colocar la otra mano enfrente de los ojos del sujeto es para restringir la mirada del sujeto de 5 a 10 segundos. La ligera elevación de la vista y la restricción de la misma, fatiga los ojos rápidamente. La combinación de concentrar la atención en el apretón de mano y la fatiga de los ojos es un doble ataque para lograr un momento de pasividad de la conciencia para recibir las sugestiones.
 Al bajar la mano izquierda que esta viendo el sujeto (el dedo pequeño), el operador debe observar cuidadosamente los ojos del sujeto. Si los ojos oscilan lejos de la mano, el proceso debe repetirse inmediatamente con la declaración de que el sujeto no está cooperando.
- d) Siempre que no resulta un paso se debe decir al sujeto que no se relajó lo suficiente y a empezar de nuevo todo el procedimiento.
- e) La regla principal es que el operador nunca debe proceder con una demostración más compleja hasta que la demostración anterior sea exitosa.
- f) Con cada sugestión aceptada el sujeto entra en un estado más profundo y la siguiente sugestión será aceptada más rápidamente.

- g) Se uso la ley del efecto contrario (Ley de Coue) en la rigidez del brazo y la tensión del puño.

Cada demostración y sugestión lograda profundiza el trance.

- h) Un Tip para saber si el sujeto esta hipnotizado o actuando es observar que movimientos realiza, si está en hipnosis no realizará ningún movimiento más que los sugeridos. Si existe cualquier otro tipo de movimiento no involucrado con la sugestión es un buen indicio de que no se ha logrado una concentración total. Otro indicio es la caída del brazo, si es recta y directa o si presenta desviaciones al momento de dejarlo caer.

Para el examen de la anestesia sugerida o analgesia, antes de examinarla se debe estar seguro de que el sujeto esta en una profundidad suficiente. Si se intenta la anestesia y se le ha dicho que no sentirá nada más que presión y si el sujeto siente el piquete del alfiler, el operador puede despertar al sujeto.

Si todos los pasos de la inducción y profundización han sido logrados, si se ha tenido éxito al disociar otro grupo muscular como el del dedo meñique diciéndole al sujeto que las dos últimas articulaciones de este no se podrá doblar (a parte de los ya disociados como el de los párpados, el brazo y puño) entonces luego de hacer esta última sugestión prueba, se podrá seguir con la prueba de de la analgesia con toda confianza.

Si el operador titubea al dar las sugestiones estas sugestiones pueden no ser aceptadas.

- i) Esta técnica no logra estados muy profundos de tal manera que si se desea un estado más profundo hay que añadir, respetando la secuencia señalada, otras técnicas de profundización como la de movimientos automáticos, la de imaginación guiada, la de contar y respirar, la del elevador, etc. Los dos últimos no descritos aquí. Sin embargo creemos que el material que se proporciona es más que suficiente para un buen comienzo de la práctica hipnótica.

3.11. TECNICA COMPLETA DE CONTEO

Entre más técnica conozcamos tendremos mayor facilidad para adecuarnos a cada individuo. En esta técnica se le pone a abrir y cerrar los ojos de tal forma que no pueda pretextar la necesidad de lubricar sus ojos. Con sujetos resistentes una buena aproximación es cambiar la técnica de inducción y de profundización para que se adecuen más a las características y necesidades del paciente.

Esta técnica requiere alrededor de cinco minutos para lograr la inducción. Es muy popular y fácil de dominar. El procedimiento es el siguiente:

"Sr. X quiero que se acomode cómodamente en la silla. Sientese derecho y ponga su cabeza un poco hacia atrás hasta -- que pueda escoger un punto en el techo, (debe usarse una silla no reclinada con esta técnica de manera que la cabeza no descance sobre la silla. La cabeza deberá estar en una posición donde pueda caer hacia atrás cuando sea necesario. Una silla sin brazos será mejor). Quiero que mantenga su vista constantemente fija en ese punto del techo. En un momento voy a empezar a contar. Uno - dos, uno - dos, y cada vez que diga uno, quiero que cierre sus ojos. Cada que diga dos, quiero que abra sus ojos, mantenga todo el tiempo sus ojos fijos en ese punto del techo. A medida que cierra y abre sus ojos, rápidamente encontrará que sus ojos están muy cansados. Los párpados superiores estarán muy cansados y sentirá una sensación de pesadez en sus ojos. Pronto encontrará que sus párpados cada vez se abrirán menos, hasta que finalmente no será capaz de abrirlos. Se pegarán".

Bien empecemos, uno - dos, uno - dos, y ahora puede -- empezar a sentir una sensación de pesadez en sus ojos. Uno dos, sus ojos están empezando a pegarse están muy cansados. No se -- están abriendo tanto como antes y están empezando a pegarse -- cuando los cierra. Uno - dos, uno - dos, uno.. dos. Sus párpados empiezan a pegarse más y más y necesita más de un esfuerzo para abrirlos. Uno... dos, uno... dos. (El operador ahora permite que los párpados permanezcan cerrados un poco más cada vez). Sus ojos están tan cansados que puede abrirlos difícilmente y cuando se abren, se abren muy poco. Pronto no querran abrirse. Se pegarán rápido. Uno.. dos, Uno... dos, ahora -- sus párpados se pagarán. Vea, no puede abrirlos. Están completamente pegados y no puede abrir sus párpados.

Ahora quiero que se concentre en su cabeza. Su cabeza se está sintiendo ahora muy, muy pesada. A medida que su cabeza sea más pesada, más pesada, empezará a caer hacia adelante -- hacia su pecho. Cuando su barbilla toque su pecho Ud. estará en un profundo sueño. No despertará hasta que yo lo despierte. Cuando lo despierte se sentirá maravillosamente. Despertará como si tuviera varias horas de dormir, en un sueño agradable y -- todo el tiempo que duerma aun será capaz de oír todo lo que suceda. Ahora su cabeza se está haciendo más pesada, más pesada, más pesada. Esta tan pesada que encuentra extremadamente difícil mantenerla erecta. Vea su cabeza está empezando a caer hacia adelante. Cuando su cabeza caiga hacia adelante y su barbilla toque su pecho, caerá en un profundo sueño, y no despertará hasta que yo lo despierte. Su cabeza está más pesada. Ahora es cinco veces más pesada que antes y cada vez más. Esta --

ahora tan pesada que no puede sostenerla derecha y esta cayendo, cayendo, cayendo. Ahora su barbilla esta tocando su pecho, y está en un muy profundo sueño, puede oír todo lo que digo y está completamente consciente de cada cosa que sucede, pero está en un sueño profundo y no despertará hasta que yo lo despierte. (Si el sujeto tiene dificultades para dejar que su cabeza caiga hacia adelante, una ligera presión en la parte posterior de la cabeza es en ocasiones muy eficiente).

Ahora voy a levantar sus brazos y manos frente a Ud. y van a empezar a girar una alrededor de la otra. Deje que sus manos giren, giren y giren y a medida que lo haga va a entrar en un sueño más profundo. Sus manos y brazos están girando continuamente por si mismas, a medida que se disocian completamente de su cuerpo. No tendrá control consciente de ellas a medida que roten por si mismas. De hecho si trata de detenerlas lo harán más rápido. Puede intentar determinarlas, pero lo harán de cualquier manera. Vea lo hacen por si mismas a medida que cae en un sueño más profundo. A medida que profundiza más en el sueño, obtiene una relajación física completa. Se siente muy bien. (Si existe cualquier duda de que el sujeto es capaz de entrar en el trance medio o si se desea una inducción más larga se puede usar la catalepsia del brazo y la anestesia antes de realizar el movimiento automático del brazo).

Ahora está relajado físicamente, voy a mostrarle como puede obtener una relajación mental completa. Quiero que imagine que esta frente a un pizarrón. En este pizarrón quiero que vea que los números van hacia atrás de uno a cien. Esto es, -- 100, 99, 98, 97 y así sucesivamente. Esto es lo que quiero que haga. Cuando le diga, quiero que diga en voz alta estos números del pizarrón, empiece con el 100. A medida que diga cada número, quiero que borre mentalmente el número del pizarrón y lo saque de su mente. Cuando llegue hasta el número 97, quiero que borre todos los números restantes del pizarrón y lo saque de su mente hasta que no pueda pensar en otro número. Bien, -- quiero que vea los números y empezando de 100 a borrar todos esos números. "100". Ahora borrelo del pizarrón y de su mente "99", ahora borrelo. "98", y ahora el último número que será capaz de encontrar. "97". Ahora borrelo completamente y al resto de los números que se están llenando totalmente. No puede recordar más números. ¿Cuál es el siguiente número?. Ve no puede decirme el siguiente número, ¿puede?. ¿Cuál es el siguiente número?. Puede hablar y quiero que me diga si puede encontrar más números. "No". Ve ha obtenido una relajación mental completa a medida que su mente se a quedado en blanco. Esta más profundamente dormido que cualquier otra ocasión de su vida. Una vez que hemos llegado a este momento. Hay que examinar la anestesia sugerida; si el sujeto dice despreocupadamente los números del 100 al 97, casi siempre será capaz de continuar después del 97. Esto indicará que no ha pasado más allá del trance ligero.

Quando el sujeto dice los números muy lentamente y el volumen de la voz es bajo, eso indicará que él tiene dificultad para recordar los números. Si el sujeto es capaz de ir más allá del 97, el operador debe detenerlo. El permitirle que cuente más allá del 90 puede sacar al sujeto de cualquier estado logrado. Cuando hay afasia se está en la parte ligera del trance medio, cuando se logra la amnesia sugerida se está en la parte profunda del trance medio. Esto sólo da indicios de en que nivel se encuentra el sujeto pudiendo estar en un trance profundo o somnambulista, por consiguiente el operador sabe que su paciente está en un trance medio.

Quando hemos hecho las consideraciones pertinentes respecto al examen de la amnesia sugerida y del estado de profundidad se puede proseguir a despertar al sujeto en la forma apropiada como se indicó poco atrás, o profundizar un poco más con la técnica de movimientos automáticos que proporcionará la certeza de que el paciente se encuentra al menos en estado medio.

La técnica de conteo tiene la ventaja de que el operador no da al sujeto una orden sugestiva hasta que está absolutamente seguro del éxito. Esta técnica es mucho más poderosa pero el fracazo puede ser embarazoso; por lo tanto el operador no debe forzar las sugerencias de cierre de los párpados sino que debe esperar hasta que vea que estén listos para ello. Esto se hará todo el tiempo que sea necesario hasta que note que el sujeto no puede abrir más los ojos.

Esta técnica requiere poco esfuerzo. Tan rápido como se da el cierre de ojos el sujeto empieza a caer en un sueño, a medida que su cabeza cae hacia adelante. A medida que la cabeza cae hacia abajo, también pueden darse sugerencias de somnolencia. El toque de la barbilla es el agente que el sujeto asocia inmediatamente con el sueño.

3.12. TÉCNICA DEL APRETON DE MANOS DE TEITELBAUM.

La aplicación de éste procedimiento es adecuado para sujetos, que son un tanto resistentes. En ésta la voz del operador debe ser poderosa y dominante. No se debe dejar al sujeto trabajar mucho con los retos pues podría romperlos. Por lo tanto sólo deben dársele pocos momentos para intentar romper el reto e inmediatamente llevar la mente del sujeto al siguiente reto. Cada reto que no es roto por la persona lo conduce a un trance más profundo. A esto se le conoce como pirámide de retos y funciona en forma similar a la pirámide de sugerencias.

La técnica del apretón de manos de Teitelbaum es completa, integral, consta de la integración de cuatro pasos: - - a) reto por imposibilidad de abrir los ojos, b) apretón de mano, c) pesadez de la cabeza y d) rigidez del brazo. El procedi-

miento es el siguiente:

"Sr. "X". Dice que no cree que pueda ser hipnotizado porque es incapaz de concentrarse lo suficiente en las sugerencias. Con su permiso me gustaría hacer dos pruebas para determinar su habilidad para concentrarse. La primera prueba involucra el uso de sus ojos, pero no tendrá nada que ver con el sueño. Por favor pongase cómodo en la silla con sus pies flojos sobre el piso y sus manos entrelazadas y apretadas en su regazo. El primer examen de sugestibilidad requiere que cierre sus párpados, pero esté despierto, con sus ojos cerrados quiero que intente mirar hacia arriba, hacia su frente. Mantenga sus ojos mirando hacia arriba con sus párpados cerrados y no les permita bajar. A medida que se concentra con sus ojos mirando hacia arriba hacia su frente, voy a empezar a contar hasta cinco. A medida que cuento hasta cinco sus párpados se apretarán más, más apretados. Cuando cuente hasta cinco se dará cuenta que sus párpados están muy pesados. Estarán pegados apretadamente y le parecerá como si estos fueran una sola pieza de piel que no pueden abrirse. A la cuenta de cinco quiero que trate de abrirlos y encontrará que no podrá por más que lo intente no se abrirán. De hecho entre más lo intente más se apretarán. Recuerde permanecerá despierto pero sus párpados estarán fuertemente pegados, hasta que yo los libere. Bien, empecemos. Mire hacia arriba, hacia su frente hasta que sus ojos comiencen a sentir la presión de los párpados superiores. Uno, sus párpados están más apretados, más apretados, más apretados, siente sus párpados presionados hacia abajo. Dos, están más apretados, más apretados, más apretados. Siente que todo esto sucede rápidamente. Tres, ya están tan apretados que intenta abrirlos lo encontrará extremadamente difícil. Cuatro, ahora están tan apretados que no podrá abrirlas. Están completamente pegados así que no importa que tanto lo intente no podrá. De hecho entre más lo intente más se apretarán. Voy a contar hasta cinco y cuando lo haga quiero que trate de abrir sus párpados y se dará cuenta que no puede hacerlo. Cinco, están pegados intente no podrá abrirlos. Vea no puede.

Ahora olvidese de sus párpados. Quiero que se concentre en sus manos. Voy a contar hasta cinco otra vez. Esta vez a medida que cuente sentirá la sensación de que su corazón bombea sangre a través de sus hombros hacia sus brazos y antebrazos y finalmente a sus dedos. A medida que la sangre va hacia sus dedos, tendrá la sensación que comienzan a incharse sus dedos y manos, se incharán rápidamente y será incapaz de separarlas. Cuando cuente hasta cinco, quiero que intente apartar sus manos. Se dará cuenta que no puede hacerlo. Estarán pegadas apretadamente, tan pegadas que no importa que tanto intente abrirlas, estarán más pegadas. Bien, ahora empieza a sentir que la sangre viaja a través de sus brazos, dentro de sus manos y sus dedos están empezando a incharse. A medida que sus dedos

empiezan a incharse, se aprietan más sus manos. Se están inchando completamente cerradas. Uno. Se están apretando más y más apretadas, y puede sentirse la sensación de la sangre que va a través de sus brazos dentro de sus dedos hasta que sus dedos comienzan a incharse. Dos, ahora están tan apretados que le sería muy difícil separarlos. De hecho, están tan apretados que le sería muy difícil separarlos. De hecho, están tan apretadas que está empezando a perder el control de los músculos en sus manos y sus brazos. Sus brazos y manos están empezando a sentirse disociados del resto de su cuerpo. Así mismo hay una sensación de entumecimiento empezando a crecer. Tres, sus manos están pegadas tan completamente apretadas que si ahora tratará de abrirlas no podría. Se están apretando más, más apretadas, más apretadas. Están completamente inchadas, completamente cerradas, y están perdiendo todo el control de los músculos en sus manos y brazos. Cuatro, están más apretados, más apretados, y están ahora como si sus manos estuvieran creciendo juntas. Son una unidad. No puede separar sus manos. Están completamente inchadas. Ahora cuando diga cinco intentará separarlas; pero por más que lo intente más se juntarán. Cinco, no puede separar sus manos. Vea, no importa cuanto lo intente se están pegando más apretadamente. Vea están completamente pagadas.

Ahora olvidese de sus manos. Olvidese completamente de sus manos porque está muy cansado. Esta muy pero muy somnoliento y se está durmiendo. Su cabeza se está poniendo muy, muy pesada. Puede sentirse que su cabeza se está poniendo tan pesada que está cayendo hacia adelante. Su cabeza se está poniendo más pesada, más pesada, hasta que entre en un profundo, profundo sueño. A medida que su cabeza cae hacia su pecho, caerá en un profundo sueño, pero será capaz de oír mi voz. Ahora está profundamente dormido. Esta profundamente dormido. No puede separar sus manos. Están pegadas y ahora los músculos de la quijada se están poniendo rígidos, puede sentir que sus músculos en la quijada se están poniendo tan rígidos que no puede abrir la boca. No importa cuanto lo intente, no puede por más que lo intente, más rígidos se pondrán los músculos. No sabe decirme su nombre. ¿Cuál es su nombre?. Ve, no puede, porque los músculos de su quijada están completamente rígidos (esta sugestión debe darse rápida y fuertemente).

Ahora voy a poner su brazo completamente rígido, su brazo está tan rígido que es como una barra de acero y no puede doblarlo. Vea, permanece fijo en el aire aquí y no puede doblarlo. Ahora su otro brazo se está extendiendo y está tieso y rígido. Es como una barra de hierro y no puede doblarse. Ve, puedo hacer que cualquier parte de su cuerpo este totalmente rígida y no pueda moverla. Sus párpados están pegados. Su quijada está totalmente rígida así como también sus brazos. Cuando cuente hasta tres se relajará totalmente dentro de su sueño - -

diez veces más profundo que lo que lo es ahora. No despertará hasta que yo lo haga; pero cuando lo despierte se sentirá muy bien, tal como si hubiera dormido varias horas en un sueño agradable. Ud. puede escuchar todo lo que digo pero no puede despertar. Seguirá todas mis órdenes (ahora se debe continuar examinando el grado de profundidad logrado, con las sugerencias post-hipnóticas y a despertar finalmente al sujeto). Se proponen las sugerencias post-hipnóticas y se despierta al paciente en la forma usual.

3.13. TECNICAS ESPECIALES

3.13.1. Autohipnosis.

Hasta ahora se ha hablado de lo que se conoce como heterohipnosis. Se llama así porque son dos las fuentes de origen de la hipnosis, una viene del paciente y la otra del terapeuta. Sin embargo cuando hablamos de autohipnosis no debemos suponer que el origen de la hipnosis tiene sólo una fuente (estos conceptos se aclaran en la parte teórica). Siempre que alguien es capaz de autoinducirse un estado hipnótico, tuvo que haber pasado por un proceso heterohipnótico, a través del cual aprendió la autohipnosis.

La autohipnosis; un estado de hipnosis o experiencias hipnóticas logradas por un individuo en ausencia de un hipnotizador, está contraindicada en los casos de actinout, con personas que tiene un control de impulsos pobre como en los casos de ansiedad severa y en la depresión, porque pueden darle un mal uso dañándose así mismo y posiblemente a los demás. Por otra parte se recomienda su aplicación para el control de hábitos, la autoestima positiva, en los casos de pacientes que sufren emergencias médicas como en el caso de asma y en general siempre que un paciente pueda beneficiarse del uso de la hipnosis en situaciones donde es imposible la presencia de un terapeuta.

El procedimiento de autohipnosis en adultos de Sacerdo te (1981) consiste en:

Explicará al paciente que por el procedimiento de autohipnosis se activan circuitos o asociaciones ya presentes en su sistema nerviosos que se harán reactivas automáticamente siempre que él mismo se exponga en determinada situación. Esta experiencia es como el andar en bicicleta, cuando empezó a aprender necesitaba un instructor para que lo guiara y lo cuidará, después de algún tiempo mantuvo la habilidad para pasear en bicicleta sin necesidad de un guía. De esta manera se intenta crear en el paciente la idea de que la autohipnosis es un proceso de aprendizaje activo. Al término de la explicación utiliza la inducción por levitación de la mano para establecer el trance. Cuando se

ha establecido un trance medio dice a su paciente que dentro de unos momentos despertará y después de una breve charla será nuevamente inducida pero ahora entrará mucho más rápido al trance y será aun más profundo. Continúa diciendo. Ahora contare - del uno al diez y cuando cuente hasta diez, sus ojos estarán totalmente abiertos. Despierta al paciente y después de una breve charla lo reinduce profundizando con técnicas nuevas. Ahora le haré saber que saldrá de la hipnosis por si mismo contando - del uno al diez.

En la siguiente sesión bajo trance le informa que no será necesario que el lo guíe, que en la misma forma como el terapeuta lo hace, lo realizará por si mismo, que una vez que se autoinduce se de sugerencias de relajación y que profundice su estado. Por último deberá contar para si mismo como lo hizo en la sesión pasada y saldrá de la hipnosis. Se le asegura al paciente que el terapeuta estará presente, listo para comunicarse con él por si lo necesita en cualquier fase del procedimiento. Este proceso se repite varias veces hasta haberse logrado la confianza y el dominio de la autohipnosis. A estas alturas se le indica que practique lo aprendido en casa. En resumen el procedimiento consta de tres pasos: a) enseñar la hipnosis (heterohipnosis), b) profundizar la hipnosis, c) enseñar la autohipnosis, y d) profundizar la autohipnosis (lograda a través de la práctica y la autoconfianza).

Habiendo establecido un trance medio diríamos. Así como cuando dije que su mano sería más pesada, ó como cuando se mencionó que su mano se doblaría por el codo y se dobló, así su cadera con todo lo que yo diga. Así como dije que su mano quedaría donde yo la dejara y se quedó, igualmente sucederá todo lo que yo diga, sucederá. De hoy en adelante Ud. mismo entrará en un sueño tan profundo ó más que este, todo lo que tiene que hacer es recostarse en un sillón (en su cama, silla, etc.) y ver fijamente un punto que Ud. haya elegido y empezará a contar lentamente del uno al cinco, a medida que vaya contando sus ojos estarán cada vez más cansados y pesados, se cerrarán cada vez más, cuando cuente tres estarán tan cansados que querrán cerrarse, cuando este en cuatro no podrán permanecer más abierto y cuando cuente para Ud. mismo cinco, estará en un sueño tan profundo como éste. Así que todo lo que tiene que hacer de hoy en adelante es recostarse en un sillón y contar para si mismo del uno al cinco y cuando llegue al cinco entrará a un profundo sueño hipnótico. Una vez que entre en este agradable sueño relajará todo su cuerpo y su sueño será más profundo. Para despertar todo lo que tiene que hacer es contar del uno al siete y cuando llegue hasta el siete estará totalmente despierto sintiéndose totalmente bien. En cualquier momento que tenga una emergencia ó quiera despertar lo único que deberá hacer es contar del uno al siete e inmediatamente despertará.

Después de charlar brevemente se le pide que se autoinduzca. Cuando está nuevamente en trance se le repite: de hoy en adelante lo único que tiene que hacer para entrar en trances es fijar sus ojos en un punto que Ud. escoja y contar hasta cinco y rápidamente al llegar al cinco entrará en un sueño muy profundo. En cualquier lugar donde se encuentre se podrá inducir en un trance tan profundo como cuando está aquí conmigo. Podrá despertarse así mismo en el momento que lo desee dando la cuenta de siete.

El proceso se puede practicar cuantas veces sea necesario hasta que la persona tenga plena capacidad para autoinducirse y autodespertarse.

3.13.2. Autohipnosis en Niños.

El niño siempre requerirá de atención especial. En la hipnosis Gardner (1981) ha puesto su atención en el mejoramiento de las técnicas hipnóticas con niños. Señalará que la autohipnosis se podrá usar con niños si su edad y desarrollo mental es el apropiado para comprender el proceso, y si está realmente motivado en la solución del problema. El trabajo terapéutico con la autohipnosis comienza con la motivación adecuada del niño investigando y eliminando cualquier ganancia secundaria que pudiera estar presente.

Gardner (1981) usa un método involucrando tres pasos, adecuado para niños de cinco años o más. Antes de empezar establece que el niño esté motivado para aprender autohipnosis, que comprenda sus ventajas y se acuerdan las circunstancias en las que se usará. Se prohibirá al niño que de demostraciones y el mal uso de lo que ha aprendido. Si se tiene alguna duda respecto a esto será mejor no emplear este método. Por otra parte se puede colocar una barrera sugerida para que la pueda usar sólo en determinadas circunstancias.

Gardner (1981) procede de esta manera: el terapeuta emplea una variedad de métodos de inducción heterohipnóticos, primeramente involucra imágenes de placer y técnicas ideomotoras tales como pesadez del brazo o levitación del brazo. Las técnicas ideomotoras son especialmente útiles con niños quienes quieren algún signo externo visual de que han entrado en estado de trance. Para los niños a quienes se les dificulta cerrar sus ojos, la fijación de los ojos puede también usarse, con la instrucción de que puede mirar fijamente a cualquier cosa arriba del nivel de los ojos. El terapeuta evita técnicas que involucren el uso de objetos particulares o cualquier clase de artefacto, estas cosas pueden ser totalmente apropiadas para ayudar al niño a caer en hipnosis, pero pueden no estar disponibles -- cuando inesperadamente el niño necesita hipnotizarse. Del mismo modo, ciertas técnicas ideomotoras se evitan si hay probabi-

lidades de que no sea apropiado en algún tiempo (por ejemplo el mover las manos juntas para un niño que puede estar con un brazo inmobilizado por alguna terapia intravenosa).

Después de la inducción el terapeuta dice; Ahora tú puedes experimentar estos buenos sentimientos (sensaciones) (especificar imágenes tal vez mencionadas). Te mostraré como salir de la hipnosis por tí mismo, a regresar por tí mismo al estado normal de alerta, puedes experimentar estas buenas sensaciones tanto como quieras, ¿cuál sensación te gustá más?. (Esperar la respuesta). Bien, experimentalas. (Pausa de uno o dos minutos). Está bien todo lo que necesitas hacer para salir por tí mismo de la hipnosis es contar silenciosamente para tí mismo de uno a cinco. Con cada número que cuentes estarás más y más despierto. En el tres tus ojos se abrirán y en el cinco estarán muy despiertos, totalmente alerta, sintiendote perfectamente normal en toda forma, y muy bien. Adelante despiertate a tí mismo.

Si el niño está alerta después de 60 seg., digo "gracias". Estas bien. Entonces procedo a preguntarle como se sintió, si el niño aun parece dormido después de 60 seg., "diga" - toma tu tiempo hasta que estés totalmente despierto y entonces te enseñaré algunas otras cosas". (La última declaración incrementa la motivación. Nunca he tenido a un paciente niño que se recuse salir de la hipnosis). Unos cuantos niños indican que están experimentando el estado y no quieren dejarlo. Casualmente respondo que es una agradable sensación y que será más agradable cuando sepa que puede atraer esas agradables sensaciones (comfort, etc.) al estado consciente.

Cuando el niño está totalmente consciente, digo, Bien, Ahora sabes que fácil es despertarte a tí mismo (salir de la hipnosis por tí mismo) contando silenciosamente de uno al cinco. Sin embargo, quiero que sepas que siempre que necesites salir de la hipnosis muy rápidamente - si hay alguna emergencia por ejemplo- no necesitas contar hasta cinco. Puedes decidir levantarte enseguida, y enseguida estarás muy despierto (consciente). Y especialmente listo para hacer lo que necesites hacer porque has estado relajado y dándole a tu cuerpo y a tu mente un agradable descanso. La razón por la que sugiero contar hasta cinco es porque a la mayoría de la gente le gusta darse un poco de tiempo para terminar la hipnosis e ir al estado de consciencia normal, justamente como a la mayoría de la gente le gusta darse un poco de tiempo en la mañana después de despertar del sueño nocturno. Así que si quieres puedes contar si te gusta, o puedes decidir levantarte, cualquier cosa que desees, será lo mejor para tí.

En una entrevista despierto, le recuerdo al niño que ya ha aprendido lo que la mayoría de la gente piensa que es la parte más difícil, es decidir salir por sí mismo de la hipnosis.

También le recuerdo que puede hablar durante la hipnosis sin alterar el estado hipnótico. Entonces le pregunto cual de los métodos de inducción heterohipnóticos usados en el paso uno le atrajo más. Pregunto detalles tanto como sea posible. Cuando el niño ha respondido decir, gracias. Nos estas ayudando a decidir cual es la mejor forma para ti, para hipnotizarte por tí mismo. Usaremos "X" (nombrar el método preferido del niño, usando sus términos). Primero, te mostraré como hipnotizarte a tí mismo con una poca de ayuda de mi parte y más tarde te mostraré como hacerlo todo por tí mismo. ¿Estás listo para dejarte entrar a la hipnosis ahora?. (El niño indica si). Bien, todo lo que necesitas hacer, es decirme en detalle la forma en que tu entraste en hipnosis describe en detalle las cosas que hicimos antes que te ayudaran más -recuerda las sensaciones placenteras de estar en hipnosis- y según me hables, permite de nuevo tener esas buenas sensaciones. Déjalas que sucedan (pauza el terapeuta puede añadir detalles sensoriales si la palabra del niño es demasiado general).

Quando parece que el niño está cayendo en hipnosis decir:

Está bien. Déjalo que suceda. Puedes permitirme saber cuando estás en hipnosis moviendo tu cabeza cuando así sea. (Pauza hasta que el niño haga la señal). Gracias por permitirme saberlo. Muy bien (si el niño tiene dificultades, instruirlo mencionando algunos detalles o preguntándole el problema).

Entonces decir:

Ahora, experimenta esta agradable sensación. Si quieres toma uno o dos minutos para recordar algunas de las formas que estas aprendiendo para resolver tu problema (especificar). Entonces, sal por tí mismo de la hipnosis en la forma que has sido enseñado. (Pauza para que el niño despierte). Gracias. Ahora hablemos por un rato. (Preguntar acerca de las dificultades).

Muy bien, ¿ahora estas listo para aprender a entrar en hipnosis por tí mismo sin ninguna ayuda de mi parte?. (Esperar una respuesta positiva). Bien. Ahora esta vez, piensa acerca de las mismas cosas como antes (al menos que hayan hecho cambios); recuerda todos los detalles de como entrar en hipnosis, pero esta vez no me digas nada. Solo recuerda como entrar a la hipnosis y decide cuando dejar que suceda. Sucederá solo cuando tu quieras que suceda, puedes hacerlo ahora si estas listo. ¿Alguna pregunta?. Como antes; déjame saber cuando estés ahí. Date cuenta que puedes hacer esto por tí mismo, y entonces sal de la hipnosis en la forma que tu decidas es lo mejor para tí. Muy bien. Adelante, al menos que haya algún indicio de que el niño tiene dificultades, el terapeuta permanece completamente en silencio excepto para decir "gracias", cuando el niño señala

que está en hipnosis y "bien" cuando el niño regresa al estado de alerta. Si el niño tiene dificultades (una rara ocurrencia), regresar al paso b.

Es útil para el niño saber que puede comunicarse verbalmente con otros mientras está en hipnosis; igualmente muchos padres sienten un cierto confort sabiendo que pueden hablar con el niño. Esto es especialmente cierto para los niños pequeños. Por lo tanto al final de la sesión de entrenamiento sobre auto-hipnosis, los padres son invitados por el niño a venir a la oficina a ver lo que él ha aprendido y a hablar con él cuando está en hipnosis. Regresa al estado hipnótico por sí mismo y señala con su cabeza cuando está en él. Entonces los padres hablan con el niño asegurándose de incluir preguntas que requieren más de una simple palabra como respuesta. Pueden preguntarle lo que le gustaría para el almuerzo, que programas de T.V. planea ver en la tarde, o alguna otra pregunta no amenazante. Cuando se clarifica el problema de la comunicación, el terapeuta pide al niño una vez más que regrese al estado consciente. El niño y el terapeuta responden entonces a las preguntas de los padres. El terapeuta recuerda al niño el asunto de la frecuencia del uso de la autohipnosis en la casa y de sus límites. Con una palabra de despedida termina la sesión.

3.13.3. Las Técnicas de Erickson:

Erickson ha generado una corriente terapéutica de dominio la "terapia estratégica" que no es una teoría particular sino que abarca varias modalidades de terapia cuyo común denominador es que el terapeuta asume la responsabilidad de influir directamente en la gente. Esta orientación puede o no emplear la hipnosis formal. La técnica de Erickson es lo que Araos (1984) llama "La Nueva Hipnosis". Esta es la técnica pero sin inducir un trance formal. Es una de las técnicas hipnóticas especiales.

Erickson ha dedicado su vida al estudio experimental y la aplicación de la hipnosis. Una parte muy importante de sus investigaciones son una gran variedad de modelos de inducir el trance y de métodos para eliminar la resistencia. Algunos de estos principios son:

- a) Seguir el cause del río y derivarlo.
- b) Ofrecer una alternativa peor.
- c) La comunicación metafórica
- d) Frustración de una respuesta
- e) Empleo de la Orientación en tiempo y espacio (es muy fácil alterar la orientación y las percepciones de alguien, por ejemplo por medio de la hiperventilación y la acomodación de los ojos).
- f) Destacar lo positivo.

(Haley J. 1973)

Dominar las técnicas de Erickson es el sueño de cualquier hipnoterapeuta, se requiere de una habilidad en el manejo de la técnica bastante profunda, para el manejo de su técnica - confusionista es necesario poseer una agilidad mental sorprendente, lograda sólo a través de años de experiencia y tal vez para algunos de nosotros aunque tuviésemos esa experiencia nos sería difícil manejar semejante juego de palabras y de situaciones. Los casos clínicos y las aplicaciones de la hipnosis hechas por Erickson son sorprendentes y conmovedoras. Las aplicaciones de la hipnosis son muy amplias como lo mostraremos en el siguiente capítulo.

CAPITULO IV
 APLICACIONES CLINICAS DE LA HIPNOSIS

4.1. COMENTARIO INTRODUCTORIO:

Como se describe en el capítulo I, los fenómenos hipnóticos aparecen íntimamente ligados con su aplicación a la cura de diversas enfermedades atribuyéndosele incluso curas fantásticas y mágicas como era costumbre hacerlo en aquellas épocas, lo mismo sucedía con los menjerges preparados por los médicos a base de mezclas de grasas; pero a través de la evolución de la ciencia todo esto fue cambiando poco a poco aproximándose cada vez más al conocimiento de las sustancias activas que tenían verdaderos efectos curativos sobre el cuerpo humano. Aunque un poco atrasada con respecto al desarrollo de las ciencias biomédicas, el conocimiento y la aplicación de los fenómenos psicológicos también tuvo que pasar por este proceso científico de someterse a constantes pruebas y reestructuración.

En este proceso grandes pensadores y estudiosos de la psicología como Freud dejaron testimonio de la aplicación clínica de la hipnosis y de sus resultados terapéuticos como el caso que relató de una mujer que no podía amamantar a su hijo y que a través de una inducción por fijación directa a los ojos después de la sugestión hipnótica desaparecieron los síntomas. En esa misma sección titulada "un caso de curación hipnótica" - (Freud, (1)) explica el caso de una mujer que tenía un tic que consistía en la producción de un sonido desarticulado, un chasquido o castañeteo que se producía a través de sus labios contraídos. Freud le preguntó a la mujer desde cuando tenía ese tic que desde hace mucho tiempo por lo que Freud creyó tentativamente que podría ser un tic "auténtico", pero una vez indujo a la mujer en un trance muy profundo, le relató que su tic se presentó por primera vez mientras cuidada a su hija gravemente enferma, no quería hacer ningún ruido pues después de mucho tiempo de sufrimiento por fin la enferma había conciliado el sueño. El tic desapareció por algún tiempo hasta que en una ocasión al ir con su hija en un carruaje a través de un bosque, las atrapó una tormenta y un rayo espantó a los caballos, ella pensó que no había que hacer ruido y desde entonces se presentó el tic ya sin desaparecer. Contra toda su voluntad el chasquido siempre se presentaba. Una vez que bajo hipnosis se pudo recuperar la fuente de origen, el chasquido desapareció por completo permaneciendo los resultados por varios años según lo com

(1) Freud Obras Completas, Madrid Biblioteca Nueva, 1981. Tomo I

probó Freud. (1)

Con éste caso es la primera vez que Freud prueba su teoría sobre la génesis de los síntomas histéricos por lo que llamó "objetivación de la representación contrastante pncosa", esto es a través del proceso de "voluntad contraria"; debido a la constante preocupación de hacer, no hacer o decir, o no decir. Se agota la conciencia de tal manera que lo que hay en el inconsciente surge con más fuerza y se hace presente objetivamente.

En 1895 Freud escribió "Estudios sobre la Histeria" -- donde profundiza más en la producción teórica y en la investigación sobre la histeria, tomando como punto de partida las observaciones que efectuó hacia dos años en un caso de curación hipnótica. Sus observaciones y conclusiones las elaboró a partir de varias historias de caso tratadas por el método psicoterapéutico que llamaría hipno-catártico. (Freud. (1)).

4.1.1 Caso de una niña que padecía convulsiones.

La niña venía sufriendo desde varios años atrás ataques de convulsiones generales que se suponían eran epilépticas. Se procedía a hipnotizarla con el fin de establecer un diagnóstico diferencial, sufriendo en el acto uno de tales ataques, e interrogada sobre lo que en aquel momento veía contestó: "El perro, ¡que viene el perro!", encontrando que efectivamente, el primero de sus ataques lo padeció a raíz de haber sido perseguida por un perro rabioso. Después de la terapia hipnótica desaparecieron los ataques siendo exitoso el tratamiento (Freud, -- (1))

4.1.2 Caso de la Sra. Emmy.

La Sra. Emmy de 40 años de edad presentaba dificultades en el lenguaje, afasia espasmódica, y contracciones a modo de Tics en la cara y en el cuello. Su habla se interrumpía produciendo sonidos inarticulados. En éste caso se eliminaron y se trataron síntomas como la desaparición de fobias, tics, el olvido de hechos pasados y la regulación de la menstruación.

A la paciente se le sometió a dos sesiones diarias de hipnosis con un procedimiento técnico que consistía en regresar al sujeto al momento creador del problema (regresión de la --- edad) haciéndola recordar los sucesos vívidamente, después se le producía amnesia del recuerdo patógeno productor de la reacción histérica, se disminuía o se eliminaba el miedo que producía el recuerdo y se repetía la escena reconstruyéndola, por --

(1) IDEM.

ejemplo ésta paciente temía a las situaciones nuevas ante las cuales se exacerbaban sus síntomas, principalmente sus trastornos del lenguaje, ante ésta dificultad Freud ponía a la paciente en la situación de la dificultad, la "tranquilizaba", diciéndole; "no hay por que asustarse de lo nuevo, lo nuevo también puede ser bueno" (Freud, (1)). Si se observa detenidamente en lo que hacía Freud, su técnica no difiere mucho de las que hoy se usan en la psicoterapia moderna, al parecer el método hipnótico que usaba Freud consistiría en: inducción del trance, regresión de la edad, un proceso de implosión, al recordar la escena repetidamente hasta lograr el resultado deseado, (la extinción de la respuesta) o la desensibilización del síntoma; en su defecto el procedimiento alternativo que seguía era retirar el síntoma por sugestión, discutirlo nuevamente reestructurándolo al repetir la escena racionalizada en un proceso muy parecido al proceso de la terapia racional emotiva, procedimiento conocido actualmente como hipnosis-racional emotiva, dando por terminado el proceso terapéutico con las sugestiones post-hipnóticas finales y "despertando" al paciente.

Ahora podríamos hechar un vistazo al reverso de la moneda. Me referiré indirectamente a Pavlov quien a través de la enseñanza impartida a uno de sus discípulos aplicó el tratamiento hipnótico a cientos de sus pacientes pero con una perspectiva de los procesos psicológicos "relativamente" opuesta a la de Freud.

Hablamos de Ferenc Volgyesi que pensaba que el psicoanálisis por si solo no puede ser un medio terapéutico a pesar de lo que digan los psicoanalistas. Las influencias personales intelectuales y explicativas de carácter directivo y sugestivo no pueden ser excluidas del prolongado tratamiento psicoanalítico. La efectividad profesional del terapeuta-paciente y humano es un factor mucho más importante en la curación que el análisis mismo. Pensaba que las teorías de Freud eran nociones psicológicas y declaraciones extravagantes (Volgyesi, 1978).

La terapéutica psicológica de Volgyesi se basaba en el conocimiento de la hipnosis, la sugestión, los reflejos condicionados y la reeducación pues una psicología activa es mucho más efectiva que una forma pasiva. También afirmaba que no se puede concebir la enseñanza de la hipnosis o de la sugestión si no se fundamenta en conocimientos básicos de neurofisiología. En la terapéutica psicológica es muy importante el condicionamiento psíquico (Volgyesi, 1978).

En su práctica clínica Volgyesi a tratado a miles de pacientes con la técnica hipnótica y algunos casos ilustrativos son los siguientes (Volgyesi, 1978).

(1) IDEM

4.1.3. Un caso de Neurofibromatosis*

La Sra Imre de 70 años de edad con diagnóstico del hospital de depresión endógena, esclerosis de las arterias cerebrales y neurofibromatosis fue tratada por Volgyesi como de costumbre con hipnosis. La neurofibromatosis era palpable en muchos puntos por los abultamientos de los tejidos conjuntivos nerviosos, los abultamientos eran muy dolorosos, algunos ya habían sido operados pero otros se formaban en su lugar. A consecuencia de estos problemas hacia años que no podía caminar. El tratamiento se enfocó principalmente a los problemas psíquicos; pero se presentó un resultado sorprendente después de 14 días, habían desaparecido los abultamientos del tejido nervioso, el dolor cesó, pero al mantenerse sin tratamiento reaparecían los abultamientos y el dolor. Después de un tratamiento consistente desaparecieron los neurofibromas declarando la paciente que también su vista había mejorado mucho, estos resultados son particularmente sorprendentes porque el propio médico de la paciente la había declarado incurable. También se han observado éxitos hipnóticos en muchas enfermedades cutáneas como las verrugas, eczemas etc.

* neurofibromatosis.- tumores originados en la capa que envuelve y protege los nervios. Son tumores de carácter benigno diseminados por todo el organismo. También, se observan zonas de pigmentación cutánea como manchas café. (Guyton, 1977).

4.1.4. Caso de Insomnio.

Volgyesi (1978), un sujeto masculino que durante 35 años había estado tomando poderosos sedantes diariamente, pero no solucionaba su problema de insomnio. Recibió un tratamiento hipnótico breve de tres sesiones terapéuticas hipnóticas. Después del tratamiento pudo dormir de las diez de la noche a las siete de la mañana diariamente tal como se lo dijo el hipnoterapeuta. El paciente decía que después del tratamiento había vuelto a nacer y otra vez era un hombre feliz.

Dentro de los casos que presenta están los de tratamiento hipnótico del alcoholismo en los que encontró que era necesaria la abstinencia absoluta del paciente para que no se dieran las recaídas. También presenta casos donde se realizaron intervenciones quirúrgicas como en la apendisectomía por medio de analgesia hipnótica sin la aplicación de ningún analgésico o sedante químico. Al día siguiente el paciente podía caminar y al quinto día la herida ya había sanado.

Volgyesi (1978) enfatiza que la hipnosis tiene efecto sobre las entidades psíquicas y físicas pues son una unidad, pero también enfatiza que la investigación sobre la hipnosis y sus aplicaciones clínicas son de importancia decisiva. "La in-

vestigación de la psique es de igual importancia que la somática".

El breve muestreo de antecedentes clínicos presentados anteriormente describe al menos el intento de documentar en una forma un tanto sistemática las observaciones de los resultados de la aplicación de la hipnosis a diversos padecimientos.

Hoy día las observaciones de la hipnosis como agente terapéutico continúan su desarrollo intentando verificarlas a través de la experimentación. De esta manera de aquí en adelante se pretende hacer una breve revisión de los reportes de investigación más recientes sobre algunas de las tantas posibles aplicaciones clínicas de la hipnosis.

4.2 DESORDENES AUTOINDUCIDOS O ADICTIVOS

Los desórdenes autoinducidos son actividades aprendidas que involucran algún grado de control motor voluntario. Esos problemas a los que nos referimos serán el alcoholismo, el tabaquismo y el comer en exceso productor de la obesidad, estas son formas de conducta aprendidas que ocurren automáticamente.

4.2.1 Alcoholismo.

El alcohol está clasificado dentro de las drogas depresoras que producen los problemas adictivos más graves, producen dependencia tanto física como psíquica. El alcoholismo es uno de los problemas de adicción que mayores problemas causa en muchos países del mundo. El alcoholismo trae graves consecuencias a nivel físico-psicológico-social. Esta es una droga que puede destruir la vida familiar, hace perder a los individuos sus puestos de trabajo, la seguridad financiera y su posición social en la comunidad, causa 3 de cada 10 accidentes de trabajo, da lugar a pérdidas de producción y en algunos países es la causa principal de criminalidad. En México la cirrosis hepática ocupa un lugar entre las diez principales causas de muerte, fenómeno que afecta sobre todo a los individuos entre 25 y 40 años de edad, colocándose nuestro país entre los que tienen un mayor número de enfermos cirróticos. De los días laborales se pierde por el alcoholismo un 3%. En las madres bebedoras aumentan el riesgo de dar a luz productos con anomalías congénitas y neurológicas (UNAM. Problemas del alcoholismo, 1982). Es frecuente encontrar en los hospitales psiquiátricos pacientes alcohólicos; la ingestión de esta droga puede producir estados psicóticos paranoides acompañados por alucinaciones, cuadro característico del delirium tremens.

El tratamiento del alcoholismo se ha intentado por muchos medios terapéuticos como el psicoanálisis, las técnicas conductuales, psicoterapia de grupo y análisis transaccional.

Otra alternativa de tratamiento es la hipnosis.

Wolberg Lewis (citado por Cardeña y Penella, 1980) espera a que se desintoxique al paciente e inmediatamente inicia un tratamiento hipno-aversivo (tratamiento aversivo bajo hipnosis), asociando el beber alcohol con sensaciones y emociones negativas, y el ser abstemio con emociones positivas. Para tal efecto se hace que el paciente imagine una escena donde puede observar a un sujeto que se siente muy mal y posteriormente otra en la que esta cómodo, entonces se le dan sugerencias de que se sentirá tan bien como el sujeto que imaginó cuando no ingería el alcohol; pero que cuando lo tome se sentirá muy mal como la persona que imaginó. Finalmente se le sugiere al paciente que no recordará nada de la sesión hipnótica; pero que aún en caso de recordar las sugerencias tendrán el mismo efecto. Inicialmente el tratamiento es diariamente y después de algún tiempo se empieza a expandir hasta dar por terminado el tratamiento cuando el terapeuta lo considere prudente. Al terminar el proceso, se recomienda que el paciente establezca contactos sociales con alcohólicos anónimos o cualquier otro grupo religioso, civil o cultural.

Godova y Kavalev (Cardeña y Penella, 1980) describen un estudio con tres grupos: a) grupo sólo con hipnosis, b) hipnosis y apomorfina, c) sólo apomorfina. Se concluyó que el tratamiento hipnótico con o sin apomorfina era más eficaz que el que usaba apomorfina e hipnosis o apomorfina sola, pero se advirtió que a mayor número de sesiones los resultados de la hipnosis mejoraban.

Granone (Cardeña y Penella, 1980) dió sugerencias hipnóticas de apoyo y reeducación incluyendo el condicionamiento del vómito y la inmovilización del brazo cuando el paciente intentará tomar el alcohol. Solo el 40% de los sujetos iniciales que participaron en el estudio terminaron el tratamiento; el resto no lo terminó debido a problemas económicos y de transporte. En el seguimiento de un año ese 40% que terminó el experimento permaneció abstemio.

Watkins (Cardeña y Penella, 1980) investigó el efecto de las sugerencias hipnóticas en el síndrome de abstinencia alcohólica. Hubo tres grupos: a) grupo hipnosis, b) sugestión en estado de vigilia y c) grupo control sin tratamiento. La hipótesis del experimentador era que descendería la severidad de los síntomas en los pacientes a quienes se les tratara con hipnosis, que los sujetos del grupo con sugestión en vigilia tendrían menores resultados que el grupo hipnosis, pero mayores que el control. Los resultados confirmaron la hipótesis. Estos hallazgos también han sido confirmados en el alivio del síndrome de abstinencia en otros casos clínicos.

Gin-des (Cardeña y Penella, 1980) trabajó con un tratamiento aversivo bajo hipnosis hasta el punto de producir vómito ante la bebida alcohólica obteniendo resultados de abstinencia del 60% de los sujetos participantes.

En general los tratamientos que usan el contracondicionamiento aversivo bajo hipnosis como el de Wolberg o el de Gin-des pueden lograr una abstinencia total del 60 al 70% de los casos.

Cardeña y Penella (1980), concluyen el capítulo de su tesis afirmando: "que en la revisión que realizaron los resultados de abstinencia en el alcoholismo son de alrededor del 50%".

4.2.2 Tabaquismo.

El tabaquismo es un grave problema de salud pública que causa daño como el enfisema pulmonar que es una enfermedad iniciada con el deterioro de los alvéolos, las paredes de estos pierden su elasticidad permaneciendo llenos de aire durante la espiración.

Enfisema quiere decir enchido o lleno de aire. Se reduce el volumen respiratorio, hay dificultades para respirar y aumenta la presión de la arteria pulmonar de tal forma que el atrio (aurícula) derecha sufre una carga por forzar la sangre a través de los capilares restantes. El enfisema se genera en ocasiones por irritantes de larga duración; contaminación ambiental, polvos industriales o por el cigarro. El tabaquismo produce otra enfermedad, el carcinoma broncogénico que se inicia en las paredes de los bronquios, el antecedente del carcinoma es la destrucción alveolar, esto es el enfisema. El bronquio está constituido por tres capas principales de células, las más superiores, células calciformes (productoras de moco), células columnares y células basales. Cuando el humo irrita constantemente los pulmones se produce un agrandamiento en las células calciformes del epitelio branquial, la respuesta es una excesiva cantidad de moco. Las células basales responden dividiéndose más rápidamente invadiendo áreas ocupadas por células columnares y calciformes. De no tomarse medidas radicales para cambiar éste proceso puede desencadenarse el carcinoma (Gayton, 1977).

Si consideramos el problema de contaminación ambiental que se está viviendo en la ciudad de México y a esto le agregamos, el tabaquismo podremos imaginarnos los graves problemas de salud que tendrán los adictos al tabaco.

El tabaquismo es una conducta desadaptativa compulsiva que consiste en el constante fumar o aspiración del humo del ta

bajo por propia voluntad que como las drogas estimulantes causa dependencia psíquica (conducta compulsiva o imperiosa necesidad de repetición). Sus consecuencias menores son daños a los dientes, deterioro del gusto, problemas circulatorios y trastornos estomacales.

El tratamiento del tabaquismo también se ha intentado a través de todas las aproximaciones terapéuticas. Generalmente se han tomado dos aproximaciones generales en la psicoterapia, algunos creen que la mejor estrategia es el condicionamiento aversivo mientras otros lo hacen a través de enfatizar los problemas y beneficios que les trae el seguir fumando o el dejar de fumar. En hipnosis se toman estas dos aproximaciones -- más la sugestión directa de dejar de fumar o de desaparecer el deseo de hacerlo.

El método de Kroger (1974) consiste en hipnotizar, profundizar y dar las sugerencias posthipnóticas que consisten en:

- a.- Debe usar su imaginación no la voluntad para dejar de fumar.
- b.- Asocie el aroma y sabor agradable del cigarro con el sabor y olor que haya experimentado, así sus deseos de fumar se convertirán en repulsión.
- c.- A medida que practiquemos la asociación del cigarrillo con el sabor y olor desagradable su deseo de fumar poco a poco se hará más espaciado.
- d.- Repítase así mismo que la siguiente semana fumará la mitad de lo acostumbrado, una vez que esto suceda sucesivamente cada semana, fumará la mitad de lo anterior, hasta que por fin logrará abandonar el hábito.
- e.- ¿Tiene algún inconveniente en sostener el cigarro con la mano izquierda? ¿No? entonces de hoy en adelante fume con la mano izquierda colocándose el cigarro en la comisura izquierda de la boca.
- f.- Con la mano izquierda comenzará, sosteniendo el cigarrillo entre el dedo pulgar y el índice, luego entre el índice y el medio, hasta llegar al dedo meñique.
- g.- Dejará varias colillas en el cenicero hasta que se hagan viejas, huelaslas por lo menos una vez cada hora, poco a poco de acostarse coloque las colillas cerca de su cama, -- poco a poco los cigarrillos sin encenderlo recordará el olor de las colillas.

h.- Una vez que su hábito halla disminuido si lo desea puede - cambiárló por otro menos inocuo como el masticar una goma de mascar.

Spiegel (Waddien y Anderton, 1982) trata el tabaquismo estimulando el reconocer que: a.- para el cuerpo el fumar es un veneno, b.- una persona no puede vivir sin el cuerpo, c.- por el tiempo que una persona quiera vivir el cuerpo debe ser respetado.

Crasilneck y Hall (Cardeña y Penella, 1980) realizó un trabajo con 75 sujetos masculinos remitidos por padecer enfisema o asma. Se dieron cuatro sesiones de tratamiento hipnótico. La mayoría de los sujetos reportó ser abstemio o haber disminuído su tasa de fumar. El 80% fue abstemio, el 13% (incluidos en el 22%) fumaban puro. En el seguimiento de un año el 64% había permanecido abstemio, el 18% continuo fumando y el resto adoptó otros hábitos.

Graff, Hammet y Bash (Cardeña y Penella, 1980) realizaron un estudio con cuatro grupos: a) terapia de grupo, b) hipnó terapia, c) tratamiento farmacológico, lobelina, d) tratamiento farmacológico, clordiazepóxido. En un seguimiento de 3 meses - encontraron que en el grupo a) el 55% no fumaron, b) el 100% dejó de fumar, c) el 29% y d) el 33% fueron abstemios.

Von Dedenroth (Cardeña y Penella, 1980) les señala a los sujetos bajo hipnosis que se harán más sensibles a los efectos irritantes del humo en sus ojos, pulmones y garganta. En la última sesión se reforan los buenos resultados adquiridos. El tratamiento consiste de 21 sesiones aparte de las sesiones de inducción inicial y si se requieren más sesiones se proporcionan hasta que se deje de fumar. Se reportó que de mil casos tratados por este método 940 obtuvieron los resultados deseados, dejaron de fumar.

Wadden y Anderton (1982) citan siete estudios en los que principalmente se evalúan las diferencias entre diferentes aproximaciones de tratamiento y la hipnosis, pero no se muestran los porcentajes de resultados para cada técnica sólo se dice cual fue más efectiva. Los estudios que presentaron Wadden y Anderton (1982) son los siguientes:

a.- Penderson et. al. (1979) trabajó con 65 sujetos masculinos y femeninos con una edad media de 42 años que tenían en promedio 23 años de fumar con una tasa de 23 cigarrillos diarios. Los sujetos fueron asignados al azar a uno de cuatro grupos: a) hipnosis y consejo, b) relajación y consejo, c) consejo y un videotape de los sujetos hipnotizados, d) sólo consejo (he traducido la palabra inglesa "consueling" por "consejo"). Después de nueve sesiones de

tratamiento se encontró en base a un criterio de abstinencia de tres meses. Después del tratamiento en una evaluación hecha seis meses después de las nueve sesiones que en el grupo a) el 53% de los sujetos seguían abstinentes mientras que en los restantes grupos solo el 17% de cada uno permanecieron sin fumar, por lo que se concluyó que el grupo de hipnosis obtuvo mejores resultados que los tres restantes, sin existir diferencias significantes entre estos últimos, (a = b = c = d).

- b.- Penderson et. al. (1975) trabajó con 48 pacientes de ambos sexos con una edad promedio de 33 años que habían fumado en promedio desde hace 17 años a una taza de 25 cigarrillos diarios. Fueron asignados al azar a uno de 3 grupos: a) hipnosis y consejo, b) sólo consejo, c) grupo control formado por pacientes de la lista de espera. Se dieron siete sesiones de tratamiento. Después de tres meses se evaluó la abstinencia cuyo criterio era no haber fumado durante ese tiempo encontrando que el grupo: a) obtuvo mayores resultados que el b) y este mayores que el c) (a > b > c).

Un seguimiento de diez meses mostró que el grupo a) se guía siendo mejor que los dos restantes.

- c.- Francisco (1975) intervinieron en el estudio 48 sujetos de ambos sexos que fumaban más de 20 cigarrillos al día desde hacia un año, siendo asignados al azar a cuatro grupos: a) hipnosis, b) relajación, c) grupo de discusión y d) sin tratamiento, el procedimiento en los grupos de tratamiento durante las cuatro sesiones que se dieron consistió en el procedimiento de Spiegel mencionado.

El criterio de abstinencia también en éste estudio fue de tres meses. Los resultados no mostraron diferencias estadísticas entre los tres grupos, pero los resultados de cada uno de los grupos fueron estadísticamente significativos o mayores que el grupo sin tratamiento (a = b = c > d).

- d.- Perry et. al. (1975) presentaron el estudio de caso de 33 pacientes de ambos sexos con una media de edad de 27 años que habían fumado durante 10 años a una tasa de 25 cigarrillos por día. El tratamiento consistió de dos sesiones con el tratamiento hipnótico de Spiegel. Después de tres meses sólo el 13% era completamente abstinentes.
- e.- Perry et. al. (1979) (primer estudio de ese año) trabajó con 46 sujetos de ambos sexos con una edad promedio de 30 años, con una tasa de fumar 24 cigarrillos diarios durante 13 años. Se asignaron al azar a dos grupos: a) tratamiento -

hipnótico de Spiegel y b) tratamiento aversivo, que consistía en fumar rápidamente. La terapia fue de una sola sesión y después de tres meses se observó que el tratamiento aversivo fue mejor que el de Spiegel (a > b).

Perry et. al. (1979) (2° estudio) repitió el primer trabajo, pero ahora con 29 sujetos con una edad media de 30 años que fumaban a una tasa de 3' cigarros durante 13 años. La diferencia con el estudio anterior fue que se implementó un tercer grupo, un grupo con hipnosis y tratamiento aversivo, esto es; a) hipnosis, b) tratamiento aversivo, c) hipnosis de Spiegel y aversión. El tratamiento fue también de una sola sesión. Después de tres meses de tratamiento los grupos b y c fueron igual de efectivos y mayores que el grupo a) (a < b = c). Perry hace notar que los sujetos que pudieron mantenerse abstemios reportaron que deberían poner algo de su parte, hacer un esfuerzo para dejar de fumar y que la hipnosis les ayudaría en éste proceso, en cambio casi todos los que no obtuvieron ningún efecto terapéutico pensaban que no deberían hacer ningún esfuerzo y que la hipnosis trabajaría automáticamente.

- f.- Barkley et. al. (1977) con una muestra de 29 sujetos de ambos sexos que fumaban en promedio 17 cigarrillos por día formaron tres grupos asignando al azar a cada sujeto: a) grupo hipnosis, b) grupo tratamiento aversivo (fumar rápido) y c) grupo placebo con distracción.

Después de siete sesiones de tratamiento no hubo diferencias entre los grupos, siendo el criterio la abstinencia completa (a = b = c).

- g.- Shewchuk et. al. (1977) estudia a 571 adictos al tabaco con una edad promedio de 39 años, que habían fumado 32 cigarrillos diarios durante 22 años. Los repartió en tres grupos: a) hipnosis, b) terapia de grupo y c) consejo (consejo ling), las sesiones de tratamiento fueron, tres, cinco y tres respectivamente. Los resultados mostraron el 38% de abstinencia en el grupo a), el 49% en el grupo b) y el 33% de abstemios para el grupo c, después del tratamiento (b > a > c). Pero después de un año de seguimiento no hubo diferencias entre los tres grupos, encontrando un 20% de abstemios en cada uno.

Como se puede ver a través de los reportes de investigación los datos son muy inconsistentes hay quienes reportan el 100% de éxito como el estudio de Graff, Hammet y Bash, el 80% como en el trabajo de Crasilnek y Hall o un 13% de abstemios en el estudio de Perry y Muller (1975). Por otro lado en ocasio-

nes la hipnosis parece dar mejor resultado que otras técnicas, -
 contrarestandola con las mismas técnicas parece no haber dife-
 rencias y otras veces por ejemplo comparando la hipnosis y el -
 tratamiento aversivo. Pareciera que éste último diera mejores
 resultados que la hipnosis.

No se puede dar una conclusión definitiva pues se re-
 quiere de más investigación que estandarice, criterios de absti-
 nencia, tipo de tratamiento hipnótico (técnica hipnótica emplea-
 da), duración del tabaquismo y número de sesiones. Como se -
 muestra en las investigaciones mencionadas, las sesiones de tra-
 tamiento varían los resultados tan inconsistentes.

4.2.3 Obesidad

La obesidad es una condición que implica exceso de gra-
 sa. En pequeñas cantidades la grasa es muy útil como fuente de
 energía y como aislante del cuerpo. Constituye también un factor
 en el almacenamiento y absorción de algunas vitaminas, pero
 un exceso de tejido adiposo puede presentar serios problemas pa-
 ra la salud.

Entre mayor sea el grado de obesidad mayor será el -
 riesgo para la salud. Con el aumento de la edad el ser obeso -
 implica mayores peligros. Existen una notable relación entre -
 los ataques cardíacos y la obesidad, en los individuos pasados-
 de peso se incrementan notablemente las enfermedades cardíacas.
 Están asociadas con la obesidad, la arterioesclerosis, dilata-
 ción del corazón, hipertensión, angina de pecho, hemorragia ce-
 rebral, várices, insuficiencias cardíacas, diabetes, cirrosis -
 hepática, apendicitis, enfermedades renales, artritis, dificul-
 tades en el parto y las complicaciones quirúrgicas (Mahoney y -
 Mahoney, 1981).

Además de los muchos problemas de salud física que -
 trae consigo la obesidad, también crea trastornos emocionales.-
 El obeso frecuentemente se convierte en el bufón de sus compañe-
 ros, provoca burla, risa y rechazo en muchas ocasiones. No es-
 raro encontrar obesos con problemas en sus relaciones interper-
 sonales, especialmente con los del sexo opuesto. Esto les crea
 sentimientos de inferioridad y minusvalía no quedándole otro re-
 medio que adoptar su papel de gracioso y bonachón aunque inter-
 namente no sea tan feliz como parece.

Para el tratamiento de la obesidad se han usado regíme-
 nes dietéticos y de actividad física así como aproximaciones --
 psicológicas entre los que están el condicionamiento aversivo,-
 el autocontrol e incluso el psicoanálisis.

Uno de los usos más populares de la hipnosis ha sido -
 la ayuda en la reducción de peso, sin alejarse demasiado de las

otras aproximaciones terapéuticas la hipnosis puede encuadrarse en alguna de ellas para el tratamiento de la obesidad. La hipnosis es frecuentemente usada con condicionamiento aversivo, en la cual se sugiere que las comidas muy deseadas se conviertan en nauseabundas; pueden implementarse sugerencias directas para decrementar el apetito y la conducta de comer enfatizando las consecuencias positivas de la pérdida de peso. La hipnosis también se usa para resolver el conflicto que puede estar sustentando el problema de peso.

Davis y Dawson (1980) presentaron un estudio donde tres bajaron con 6 mujeres entre la edad de 21 a 36 años con un peso promedio inicial de 180 libras. Se dió una sesión por semana; en el curso del tratamiento se determinó una dieta, se indujo el trance y se les entrenó en autohipnosis. Durante el trance hipnótico se les dió sugerencias para que regularan su ingestión de alimentos y fortalecimientos del yo, lo mismo que durante la autohipnosis. Las sesiones de tratamiento fueron cuatro, al término de estas el paciente recibió una cinta para realizar la autohipnosis en casa. Se tomaron tres mediciones, la primera al terminar el tratamiento (que duró un mes, cuatro sesiones, una semanal), la segunda fue un seguimiento (en promedio) a los cinco meses después de la última visita, y el segundo seguimiento fue (en promedio) a los 17 meses. Los resultados que se observaron fueron que al final del tratamiento el promedio de peso era de 173 libras, en el primer seguimiento 165 lb y en el segundo seguimiento fue de 160 libras; obteniendo un promedio de peso de 20 libras.

El promedio de uso del cassette fue de tres veces a la semana durante el primer seguimiento y de una vez por semana en el segundo seguimiento. El costo del tratamiento fue de 106 dólares.

En el primer seguimiento tres mujeres siguieron perdiendo peso, dos mantuvieron su peso y una regresó a su peso original; pero esta mujer no practicó la autohipnosis pues perdió el cassette. Todas las pacientes reportaron haber cambiado su dieta original. Una mujer que padecía insomnio y migraña reportó que había desaparecido su migraña, mejoró su sueño y aumentó su energía; otra reportó que ya no usaba tranquilizantes, y una más dijo que tenía más confianza en sí misma y en su poder de voluntad.

En el segundo seguimiento cuatro mujeres continuaron perdiendo peso. La mujer que perdió el cassette inicialmente había perdido cinco libras las que recuperó en el primer seguimiento, pero para el segundo (realizado a los ocho meses de la última sesión) se dió cuenta de que estaba embarazada. La otra mujer que no siguió perdiendo peso reportó que ya no usaba el cassette. En éste artículo se concluyó que estos datos sugieren que --

la hipnoterapia es un medio barato y exitoso para el control de peso.

Pulver y Pulver (1975) reportan el caso de una mujer que había visitado muchos médicos en el intento de reducir su peso. Dijo que por su extrema obesidad le costaba mucho trabajo salir de casa, que estaba triste y evitaba la gente, pesaba alrededor de 380 libras. En la primera sesión se le induce en hipnosis y se le dijo que seguiría su dieta y entonces se daría cuenta que a medida que perdiera peso vería como la gente la apreciaba. Primero se le dieron cuatro sesiones de hipnosis y después se le enseñó la autohipnosis. Después de algunos meses perdió 150 libras convirtiéndose en una persona diferente, se volvió una persona extrovertida, salía de su casa, participaba en fiestas.

Davis y Dawson (1980) en su artículo citaron el estudio de Staton (1975) quien reportó el uso de la hipnoterapia en el control de peso durante 14 semanas de tratamiento que consistía en sugerencias para reducir la ingestión de alimentos, fortalecimiento del Yo, imágenes mentales de la meta deseada. También se le proporcionó una cinta gravada para practicar la autohipnosis en casa. Al final del tratamiento la paciente perdió 14 libras y después de un seguimiento de dos años había perdido 23 libras.

En la revisión hecha por Wadden y Anderton (1982) los resultados aunque no negativos no son tan alagadores como los antes presentados. Presentan ocho estudios en los que el número de sujetos en cada uno varía de entre 15 a 72, una media de edad de 26 a 38 años y un sobrepeso del 20 al 63%. Se contrastaron técnicas como modelamiento cubierto y relajación contra la hipnosis y no se encontraron diferencias significativas, mostrando que tal vez la hipnosis no sea mejor que otras psicoterapias para la obesidad. Las sesiones de tratamiento fueron de cuatro a ocho, obteniendo una pérdida de peso de cuatro a siete libras.

Al menos los resultados de los estudios mostrados aquí son un tanto inconsistentes pues al menos con respecto a la pérdida de peso Wadden y Anderton (1982) encontraron una pérdida máxima de peso de siete libras en contraste con el caso presentado por Pulver y Pulver (1975) que muestra una pérdida de 150 libras. Como es notorio un grave problema es la heterogeneidad del grado de obesidad, no será la misma cantidad de peso que perderá una persona con un sobrepeso del 20% a la que perderá otra con un exceso del 50%. Otro problema es el procedimiento hipnótico empleado; en los primeros casos presentados aquí después de las sesiones en el consultorio se les enseñó la autohipnosis a los pacientes para que la practicaran en su casa, en

cambio en los ocho casos presentados por Wadden y Anderton (1982) no se trabajó con autohipnosis ni prácticas posteriores en el hogar; esto puede dar una gran diferencia en términos de resultados.

Los trastornos más difíciles de tratar en términos de resultados desde cualquier aproximación terapéutica han sido los desórdenes adictivos o autoinducidos, tal vez porque estas conductas son reforzadas inmediatamente, por lo que el individuo experimenta un conflicto motivacional en torno a la recompensa a corto plazo (comer, beber, alcohol, o fumar) y a largo plazo (no fumar, dejar de beber con sus respectivas ganancias de salud y perder peso). Tal vez en ocasiones se desee más la recompensa inmediata que el resultado de la terapia.

4.3. DESORDENES SOMATICOS

Ultimamente está de moda enfatizar que el hombre es un ente bio-psico-social para afirmar que si en alguna parte de estas entidades se ata o desata un nudo el hecho repercutirá en cualquiera de las otras dos entidades restantes. Si se produce algún cambio biológico en el organismo el fenómeno repercutirá en la esfera psíquica o conductual, si se efectúa un cambio psíquico o conductual se transformarán en alguna medida las funciones del organismo. Hace algunos años se pensaba que las funciones del sistema nervioso autónomo no podían ser controladas voluntariamente, pero con los experimentos de Miller sobre el control de flujo y la presión sanguínea así como muchos otros trabajos con retroalimentación biológica han demostrado lo contrario. Antes de los trabajos con retroalimentación se había observado que era posible el control voluntario de las respuestas autónomas como algunas respuestas glándulares, y el flujo sanguíneo, estas observaciones las hacían quienes trabajaban con hipnosis. Maslach y Zimbardo (Yates, 1980) mantuvo a tres sujetos en estado de vigilia y les pidió que aumentaran la temperatura de una de sus manos y disminuyeran la de la otra mediante la imaginación. Tomo otros tres sujetos a los cuales hipnotizó y les pidió lo mismo que a los primeros. Encontraron que quienes hicieron uso de la imaginación no pudieron controlar su temperatura, mientras que los sujetos hipnotizados lograron el control diferencial en ambas manos, encontrando una diferencia entre la mano izquierda y derecha de más de 4°C. Paradójicamente se ha visto que estas técnicas psicológicas son bastante efectivas en los tratamientos de problemas que involucran al organismo. En éste apartado se presentarán algunas aplicaciones de la hipnosis en enfermedades psicosomáticas y en enfermedades de origen orgánico.

Enfermedades Psicosomáticas.

4.3.1 Asma.

No existe un consenso preciso de la etiología involucrada en el padecimiento del asma pero la mayoría de autores están de acuerdo que es una interacción entre factores psicológicos y alérgicos. Sin embargo los factores emocionales son los que disparan los ataques en algunos pacientes. Se cree que la ansiedad está asociada como antecedente con la exacerbación de los síntomas. Los síntomas son consistentes aunque las causas pueden ser varias. Durante un ataque los conductos respiratorios, incluyendo traquea, bronquios y bronquiolos se contraen se presentan bronquioespasmos y secreción de moco. Todos estos cambios fisiológicos son la causa de dificultad respiratoria.

Dennis (Piano y Salzberg, 1979) trabajó con cinco sujetos asmáticos muy susceptibles a la hipnosis, fueron expuestos repetidamente a sustancias productoras de alergias verdaderas y placebo. Cada exposición fue seguida de sugerencias de reacciones alérgicas y sugerencias para no responder a la alergia, haciendo esto mientras el sujeto estaba en estado de hipnosis o en estado normal. Los resultados mostraron que no hubo ninguna reacción ante la sustancia placebo. Sin embargo la reacción asmática (alérgica) ante la verdadera sustancia alergisante fue inhibida por el tratamiento hipnótico.

Mun (Piano y Salzberg, 1979) proporciona a diez niños asmáticos una serie de tratamientos incluyendo uno con sugestión hipnótica. Cada niño fue entrenado en hipnosis y fue capaz de entrar en trance. A cada niño se le pidió que se reportara con un investigador para su tratamiento, cuando se reportaba que se evaluaba la tasa de fluidez del aire (una técnica de laboratorio para evaluar la función pulmonar) seguida por uno de cuatro tratamientos. Después de 15 minutos de tratamiento se tomó el reporte del paciente y se midió el flujo respiratorio. Las condiciones de tratamiento fueron:

a) Tedral después del primer ataque, b) isoprenalinebulizer durante el segundo ataque c) hipnosis con sugestión para quitar el síntoma durante el tercer ataque y d) tedral e hipnosis durante el cuarto ataque.

Los resultados mostraron que todas las condiciones de tratamiento produjeron una mejoría en el paciente; pero el tratamiento con hipnosis mostró los efectos más grandes, seguidos por la combinación de tedral e hipnosis. Esto es las condiciones con hipnosis c y d) fueron las más efectivas, siendo la condición de hipnosis (c) la que produjo mejor resultado.

Fry, Mason y Pearson (Piano y Salzberg, 1979) estudia-

ron el efecto de la sugestión hipnótica en las reacciones alérgicas haciendo una previa evaluación de alérgisantes conocidos. 47 pacientes asmáticos quienes habían reaccionado positivamente (con asma) al aplicarseles extractos de polen o polvo y que habían sido susceptibles a la hipnosis fueron los sujetos del experimento. En la primera parte de la investigación fueron asignados al azar 18 sujetos a un grupo con control o a uno (experimental) de hipnosis; a los primeros se les realizaron los exámenes ante los alérgisantes y a los segundos se les dieron sugerencias para no reaccionar ante las substancias haciéndose las pruebas posteriormente. A cada sujeto se le administró una solución de varios grados de un alérgisante. Los resultados mostraron que los sujetos control reaccionaron con ronchas después de la exposición, mientras que los sujetos hipnotizados mostraron un decremento consistente de las reacciones alérgicas.

En una segunda fase de la investigación se asignaron al azar 29 sujetos a tres grupos: a) uno recibió sugerencias de que el brazo derecho no reaccionaría al examen de la piel, b) el segundo recibió sugerencias de que ningún brazo reaccionaría a la prueba y el c) tercero recibió hipnosis sin sugerencias específicas. Todos los grupos mostraron diferencias entre los grupos: a, b, c. Esta investigación aunque con resultados positivos deja algunas dudas, por ejemplo ¿no podrían deberse los resultados a la relajación?, también pudo haber pasado que en los tres grupos se dieran sugerencias indirectas o no verbales ya que la hipnosis se da en un amplio contexto de comunicación, esto es un tanto el lenguaje vocal, gestual como el circunstancial a través de movimientos. Recordemos que toda conducta es comunicación y una parte de la hipnosis por la que pueden darse sugerencias en la comunicación no verbal.

Moorefield (Piano y Salzberg, 1979) describió el tratamiento exitoso de nueve pacientes con asma crónica. El procedimiento hipnótico incluyó sugerencias para reducir la tensión y la ansiedad y sugerencias para respirar fácilmente así como para incrementar su autoconfianza. Los pacientes fueron tratados en 13 sesiones de una hora cada una. Se reportó recuperación total de todos los pacientes.

Collison (Piano y Salzberg, 1979) realizó un estudio con 121 asmáticos que fueron tratados con hipnosis. El tratamiento consistió en sugerencias hipnóticas que tenían la intención de mejorar la habilidad de los pacientes para hacer frente a su medio ambiente por medio de la relajación física y mental. En cada sesión se daban sugerencias posthipnóticas de relajación así como también un entrenamiento en autohipnosis.

Los resultados indicaron que el 21% de los pacientes se libraron completamente de los ataques asmáticos. El 33% me-

joró pero siguieron teniendo ataques asmáticos leves. El 22% mejoró pero sus síntomas eran moderados y el 24% no mostró cambios. Esto es, el 76% mostró alguna mejoría y el 24% no mejoró. Se encontró que quienes fueron los sujetos más susceptibles a la hipnosis recibieron los mejores beneficios terapéuticos, mientras que ninguno de los que obtuvieron una hipnosis muy ligera mejoraron.

Maheer - Loughnan et. al. (Wadden y Anderton, 1982) -- asignaron 55 sujetos asmáticos a un grupo a) de atención placebo y a un grupo b) de hipnosis. A los sujetos del grupo de hipnosis se les dio fortalecimiento del Yo y autohipnosis, mientras que a los del grupo control se les dieron remedios para los síntomas incluyendo una "nueva medicación" e instrucciones para realizar una nueva técnica de respiración. En el pos tratamiento los sujetos hipnotizados mostraron decrementos significativos del número de ataques respiratorios y de las veces que requirieron medicación broncodilatadora. Los sujetos control no mostraron ninguna mejoría después de las diez sesiones de tratamiento. La primera medición de los resultados se hizo a los seis meses y la segunda al año manteniéndose los resultados.

Maheer - Loughnan y Kinsley (Wadden y Anderton, 1982) -- asignaron al azar 252 sujetos a dos grupos uno a) de relajación y el otro b) con tratamiento hipnótico. Los sujetos del grupo "a" fueron sometidos a un entrenamiento en relajación y a ejercicios de respiración. Después de 12 sesiones de tratamiento el grupo hipnótico había mejorado mucho en el 59% de sus sujetos y el 43% de los sujetos con relajación también mejoraron (p .05). La mejoría para los del grupo hipnótico también se observó una mayor fuerza expiratoria. Los resultados se mantuvieron al año de seguimiento.

4.3.2 Neurodermatitis

Pulver y Pulver (1975) describen el caso de una mujer de 40 años de edad, casada quien solicitó el tratamiento hipnótico por unas ronchas que padecía. Había visto varios dermatólogos durante 7 años con muy pocos resultados. Después de hablar con ella se decidió tratarla con hipnosis. Desde la primera ocasión cae en un estado sonambulista en el que pudo hablar muy fluidamente. Se empezó a encontrar una relación entre sus relatos de que había tenido cinco cesarias y el hecho de que las ronchas aparecían solamente en la parte inferior del abdomen. Para la tercera sesión pudo hacer esa conexión. No había tenido propiamente relaciones sexuales con su esposo desde hacía algún tiempo. Ella no creía en los anticonceptivos y su esposo no quería mantenerse abstinentemente, así que se vio obligada a desarrollar un pequeño sistema de defensa para evitar otra cesaria. La roncha era realmente efectiva para prevenir el sexto

niño, después de que pudo hacer estas conexiones, se le dijo que realmente ella podría controlar sus ronchas y que podría ponerlas o quitarlas donde y cuando quisiera. Se le sugirió que retirara las ronchas de todo su cuerpo, con excepción de una pequeña área, lo cual podría ser suficiente para espantar y mantener a su esposo lejos de ella. Después de esto estuvo totalmente libre de las ronchas.

4.3.3 Verrugas

Surman et. al. (Wadden y Anderton, 1982) asignaron al azar a 24 pacientes con un promedio de edad de 21 años y con una historia de padecer verrugas de tres años, a un grupo de hipnosis y a un grupo control, fueron asignados los pacientes. Al grupo de tratamiento se le dieron sugerencias para que desaparecieran las verrugas. Se dieron cinco sesiones de tratamiento y tres meses después se evaluaron los resultados. Nueve de 17 sujetos asignados al grupo control mejoraron significativamente, esto es; mejoró el 53% del grupo de hipnosis, mientras que ninguno de los asignados al grupo experimental (se asignaron siete sujetos) mostró alguna mejoría.

Asher (Wadden y Anderton, 1982) sometieron a 25 pacientes de ambos sexos con una edad promedio de 10 años y un período de sufrir de verrugas a un tratamiento hipnótico que consistió de sugerencias para que desaparecieran. Las sesiones de tratamiento variaron de cuatro a 20. Después del tratamiento el 60% se había curado totalmente, el 16% mejoró y el 24% no obtuvo beneficios.

Sinclair-Gieben y Chalmer (Wadden y Anderton, 1982) estudiaron a 14 pacientes con sugerencias para que desaparecieran las verrugas y después del tratamiento de los sujetos que estuvieron en un trance profundo el 90% quedó libre del problema.

4.3.4 Cefaleas

Las cefaleas son comunmente tratadas con hipnosis. La migraña se inicia por contracción de los vasos sanguíneos de la cabeza y el cerebro, la cual es seguida por una sobrecompensación que causa la elongación de los vasos, a esta vasodilatación se le atribuye el dolor unilateral, el mareo, las náuseas y la visión borrosa (síntomas de migraña). El tratamiento tradicional consiste en dos formas de intervención, uno que ayuda a inhibir la contracción inicial de los vasos; y la otra ayuda a reducir la vasodilatación después del inicio de la cefalea. La cefalea tensional es el resultado de contracciones musculares de la cara, el cuero cabelludo y el cuello, usualmente asociados con el estrés. Los tratamientos, aparte del hipnótico, que se ha aplicado a estos problemas (por cierto con muy buenos re-

sultados) son la relajación muscular profunda y la retroalimentación biológica.

Harding (Piano y Salzberg, 1979) trató 25 casos de migraña que había sido hasta entonces intratables. Los síntomas de los pacientes se habían hecho progresivamente peores a pesar del tratamiento con drogas. Fue recomendada la hipnosis como un último recurso. El tratamiento consistió de cuatro sesiones que incluyeron la toma de la historia clínica, la explicación de la migraña y sugerencias hipnóticas que describían como los vasos sanguíneos se iban haciendo más pequeños y después regresaban a la normalidad. La mejoría se evaluó a través de la impresión del hipnotista y a través del autoreporte del paciente. Cinco pacientes tuvieron una remisión completa de los síntomas, 10 obtuvieron mejorías sustanciales y cinco mejoraron en alguna medida. Cinco no mostraron mejoría, pero tres de estos no estuvieron bajo hipnosis por lo que se puede decir que realmente solo dos sujetos no se beneficiaron del tratamiento.

Andreychuk y Skriver (Piano y Salzberg, 1979) reportaron un estudio comparando la retroalimentación biológica y la hipnosis para el tratamiento de migraña. Se asignaron al azar 33 pacientes con migraña a uno de tres grupos: a) hipnosis, b) retroalimentación biológica, de la temperatura y c) retroalimentación biológica del ritmo alfa. Al final de cinco semanas de tratamiento todos los grupos mostraron mejoría significativa con respecto a la línea base. Estos resultados eran de esperar se pues la retroalimentación biológica ha demostrado ser una de las mejores técnicas de tratamiento en este tipo de padecimientos.

Anderson et. al. (Wadden y Anderton, 1982) asignaron al azar a 47 pacientes que sufrían de migraña desde hace un año a uno de dos grupos; a) hipnosis, y b) medicación. El grupo hipnosis fue tratado con sugerencias de constricción arterial y fortalecimiento del yo, realizado durante seis meses. En la primera medición, seis meses después del tratamiento de seis sesiones hipnóticas el grupo de hipnosis tuvo menos ataques de cefaleas (p .06). En la segunda medición de seguimiento, después de un año la hipnosis fue superior a la medicación reduciendo el número y la severidad de las cefaleas. En suma la hipnosis obtuvo un número más grande de pacientes que estuvieron completamente libres de síntomas.

4.3.5 Enfermedad de Raynaud

La enfermedad de Raynaud es una entidad clínica de la que dudamos en su clasificación como enfermedad orgánica o psicósomática, debido a que tanto en su etiología como en su tratamiento pueden interactuar tres variables, la orgánica, ambiental-

y psicológica. Tal pareciera un punto de transición entre las enfermedades psicósomáticas y las orgánicas.

En 1962 Murice Raynaud publicó su tesis en la que por primera vez describió el síndrome que hoy se conoce como "enfermedad de Raynaud". En esta categoría diagnóstica se presentan tres fenómenos o síntomas interrelacionados: síndrome local o entumecimiento y empalidecimiento de los dedos; cianosis durante la cual la palidez desaparece desarrollando un color azulado característico del tejido desoxigenado; e hiperemia reactiva, caracterizada por la expansión de la sangre oxigenada (roja) a través de las capas superiores de la epidermis; ésta última fase frecuentemente cursa con inflamación y comezón hasta que finalmente la piel regresa a su color "rosado" normal. En ocasiones los pacientes experimentan vasoconstricción crónica o episodios frecuentes de cianosis que pueden hacer aparecer gangrena o ulceraciones en las partes distales de los dedos. Aunque casi siempre los vasoespasmos están confinados a los dedos de las manos y pies ocasionalmente pueden aparecer también en la cara. Los elicitadores más probablemente de este padecimiento son el frío y el estrés emocional. La enfermedad de Raynaud ocurre cinco veces más en mujeres que en hombres, ocurriendo los primeros signos del problema entre los 10 y los 20 años. Cuando la etiología de este síndrome es ideopática o psicológica (ansiedad por ejemplo) se le conoce como Enfermedad de Raynaud; cuando su etiología es un proceso patológico identificado se le llama Fenómeno de Raynaud (Surwit, 1981).

Se cree que el problema resulta de una falla local de los vasos periféricos de los dedos ya que los cambios de temperatura afectan en estos casos principalmente a los dedos. Por otro lado se han hecho varias investigaciones provocando tensión emocional tanto a pacientes con la enfermedad de Raynaud como en personal normales y se ha encontrado que la temperatura de los sujetos sufre cambios principalmente hacia la baja. En estas investigaciones se ha encontrado que la baja temperatura ambiental no basta para producir los cambios de temperatura corporal. Los cambios de temperatura pueden producir vasoconstricción o vasodilatación de tal manera que se afecta el flujo circulatorio. En esta clase de experimentos se mide la temperatura de los dedos o de la mano porque es un indicador indirecto del flujo sanguíneo.

Naftchi (Surwit, 1981) sugiere que la enfermedad de Raynaud puede dicotomisarse en dos tipos; uno en el cual los vasos sanguíneos son normales y el tono vasomotor es aumentado -- por la sobrereactividad simpática (por ejemplo por ansiedad) y el segundo tipo cuando los vasos locales tienen alguna patología y el tono vasomotor produce una sobreacción.

El tratamiento de la enfermedad de Raynaud podría dividirse en médico y psicológico.

4.3.5.1 Tratamiento médico:

- a) Tratamiento médico, tratamiento quirúrgico por simpatectomía que presenta algunas desventajas como la producción de efectos secundarios permanentes, en las extremidades inferiores regularmente no produce cambios en las superiores, reduce los vasoespasmos pero no los erradica.
- b) Medicación: suprime la actividad simpática, (siendo la forma de tratamiento más común); pero a medida que la severidad del problema es mayor, los efectos de la medicación son peores que la enfermedad.
- c) Instrucciones: se les pide abrigarse del frío y si es posible mudarse a lugares más calientes (Suwit, 1981).

4.3.5.2 Tratamiento Psicológico

La enfermedad de Raynaud se ha tratado a través de técnicas de retroalimentación biológica que como ya se ha dicho ha demostrado ser muy eficaz en el control voluntario de la respuesta vasomotora, medida a través de la temperatura. La otra aproximación de tratamiento es la que nos interesa en este momento, la hipnosis. Swit (1981) como Yates (1980), cita el trabajo Maslack et. al., los dos autores (Suwit y Yates) pareciera que hablan del mismo trabajo de Maslack (1972) pero los datos aunque positivos en los dos casos son diferentes. Suwit (1972) menciona que en el entrenamiento diferencial bajo hipnosis para aumentar y decrementar la temperatura de la mano derecha vs la izquierda se encontró que en la mano que se dio la tarea de decrementar la temperatura disminuyó en 7°C mientras que en la mano a incrementar, el aumento fue de 2°C. Hay que recordar que para que estos datos no tomen de sorpresa a quién no esté muy involucrado con estos trabajos que los sujetos usados en este experimento eran normales y que las funciones autónomas, como la presión sanguínea por ejemplo, que se encuentran en equilibrio homeostático son difíciles de incrementar en grandes medidas. Además en este caso se está midiendo la vasoconstricción, vasodilatación a través de la temperatura y aunque el flujo sanguíneo aumente notablemente la temperatura nunca estará por arriba de 36 - 37°C en situaciones normales.

Suwit (1981) concluye su disertación sobre la enfermedad de Raynaud diciendo que parece que la retroalimentación biológica y la hipnosis parecen un tratamiento conductual confiable para la enfermedad. La investigación ha mostrado la reducción de los síntomas subjetivos y objetivos, incrementando el

flujo sanguíneo, por lo regular los pacientes reportan un 50% en la reducción de frecuencia de los síntomas después de alguno de estos tratamientos que producen un incremento en la temperatura de los dedos. Estos resultados son impresionantes y paralelos a los mejores efectos clínicos de la medicación o la intervención quirúrgica.

Enfermedades de "Origen orgánico".

Para muchas personas no sería raro encontrar a un psicólogo clínico o algún otro especialista de la salud mental desarrollando sus actividades en un lugar donde se tratarán problemas psicosomáticos, pero que pensarían si encontrarán a estos profesionales trabajando en el área de cirugía de un hospital o en un hospital oncológico, tal vez les caería de sorpresa. En el lugar y la condición que nos encontramos seguimos pensando y comportándonos según nuestra psique, la cual sigue funcionando y es capaz de contribuir en alguna medida al mejoramiento o empeoramiento de cualquier estado de salud.

4.3.6 Cáncer

El cáncer es una enfermedad de la que aún no se entienden muchas cosas pero la más temida. Es una enfermedad prácticamente excluida de las enfermedades psicosomáticas. La forma en que se le llame o describa es un sinónimo de incurabilidad del que conocemos muy poco sus mecanismos y que "parece" no tener que ver nada con la psicología, sin embargo la hipnosis se ha usado exitosamente en el manejo del dolor en el cáncer. El cáncer también se ha encontrado asociado a la depresión, pocos han intentado revertir el proceso del cáncer a través de la mente; el Dr. Simontón (radiólogo) y su esposa (una psicóloga), han usado técnicas hipnóticas de visualización en adición al tratamiento radiológico y de quimioterapia para ayudar a sus pacientes a movilizar sus mecanismos inmunológicos contra el cáncer. También ayudan a muchos enfermos a través de libros y cassettes que les son solicitados por correo. Esta demanda crece considerablemente por la desesperación de esos pacientes que requieren de ayuda (Lansky, 1982).

Ya es hora que los especialistas de la salud mental tomen en cuenta las justificaciones teóricas y empíricas que justifican la importancia de la hipnosis y otras aproximaciones psicoterapéuticas para luchar contra el cáncer.

En el siglo XVIII y XIX la causa psicológica del cáncer era tan válida como su etiología química y por radioactividad. Algunas investigaciones del siglo pasado reportaron que en su mayoría este tipo de pacientes habían tenido algún problema emocional antecedente, como la pérdida de un ser querido, po

co antes del inicio de la enfermedad. La resignación, la inhibición sexual, el sufrimiento en silencio, la represión del odio y el coraje y en general la dificultad de expresar los sentimientos hostiles han sido características de personalidad encontradas en estudios sobre pacientes con cáncer realizados desde el siglo XIX hasta éste momento (Lansky, 1982).

Existe una teoría psico-inmunológica del cáncer que dice que el fenómeno conocido como vigilancia, que consiste en la capacidad inmunológica de monitorear y controlar el germen del cáncer por alguna razón se reduce o desaparece. En situaciones normales los linfocitos responden atacando a cuerpos extraños y a células anormales dentro de nuestro organismo pero en el caso del cáncer cesa esta actividad inmunológica. Se han realizado varios experimentos en la Unión Soviética para observar los componentes del estrés y el daño al sistema nervioso en la respuesta inmunológica y en el cáncer. En un experimento se causa daño al hipotálamo produciéndose una disminución de la respuesta inmunológica, como segundo paso se estimuló eléctricamente esa área produciéndose un aumento en la respuesta inmunológica. En otros trabajos se ha sometido a perros y ratas a una estimulación constante a través de aversión por shocks eléctricos -- constantes o azarosos encontrándose un crecimiento mucho mayor de los tumores cancerosos en los sujetos sometidos a estos tratamientos que los control bajo condiciones no estresantes. Además del mayor crecimiento de la tumoración siempre se encontraba un decremento en la circulación de los linfocitos (Lansky, 1982).

En los sujetos depresivos también se encuentran disminuidas las defensas, además de esta evidencia de la literatura clínica otro elemento de apoyo son los resultados de la hipnosis en el tratamiento de las verrugas, de las que se cree generalmente que son causadas por una infección viral lo que confirma la interacción psicología inmunológica.

Dice Lansky (1982) que aunque las evidencias de la investigación encuentren una relación entre procesos mentales y cáncer; aunque la cura por procedimientos teóricos fuese posible habría muchas dudas de la veracidad de estas afirmaciones -- si no hubiera evidencias de que el cáncer fuera reversible por procesos naturales. Afortunadamente éste no es el caso; en 20 años se han reportado 200 casos de remisión espontánea del cáncer sin que se halla suministrado ningún tipo de medicación. -- En un estudio reciente con 44 pacientes con cáncer se observó la remisión espontánea en nueve de ellos, a todos (44) se les manejó dándoles expectativas positivas de cura. También se ha observado una disminución de la enfermedad en pacientes que sufrían (además del cáncer) de depresión de los cuales se les administró terapia electroconvulsiva.

La aproximación hipnoterapéutica de visualización de los Simonton involucra en primera instancia el crear un pensamiento positivo fortalecer el yo, aumentando la seguridad en sí mismo. Se instruye a los pacientes sobre las características y funciones del sistema inmunológico para así hacerlos capaces de imaginar sus glóbulos blancos fuertes y poderosos que destruyen a las débiles células cancerosas; en algunos casos la visualización es casi literal, células que tragan células, en otros pueden usarse imágenes simbólicas como por ejemplo: las células cancerosas como comida y al sistema inmunológico como un perro fuerte y hambriento. También pueden visualizarse a la quimioterapia y a las radiaciones como a unos fuertes y vigorosos aliados de las células blancas de la sangre (Lansky, 1982).

Finkelstein (1982) menciona que se ha encontrado que las náuseas producidas por la radioterapia, y la quimioterapia pueden ser eliminadas o disminuidas a través de la sugestión hipnótica.

Haley Jay (1973) presenta varios casos de hipnoterapia del cáncer realizados por Milton Erickson.

Erickson trata con hipnosis a sus pacientes para aliviarlos de los fuertes dolores del cáncer que muy frecuentemente no son evitados aún con los fármacos y aún cuando su efecto es el esperado las grandes dosis los hacen perder todo contacto con el medio que los rodea.

Una mujer que sufría de cáncer en el útero se mantenía bien con los fármacos pero le molestaba no estar en contacto con sus familiares el poco tiempo que le quedaba de vida, de tal manera que fue remitida con Erickson para que la hipnotizará. La sesión hipnótica duró cuatro horas ininterrumpidas hasta que se le enseñó a entrar en trance, hacerse insensible, a someterse a un sueño fisiológico normal a pesar de sus padecimientos, y a comer sin dolor. También se le enseñó a responder hipnóticamente a su esposo, a su hija y al médico que la atendía para que en caso de ser necesario cualquiera de ellos reforzara la hipnosis en ausencia de Erickson. Esta sesión fue suficiente para eliminar sus dolencias pudiendo dejar de tomar la medicación salvo una inyección por semana. Mantuvo un contacto con su familia los fines de semana y compartió las veladas familiares durante la semana. Seis semanas después mientras platicaba con su hija cayó en coma muriendo dos días después (Haley, 1973).

Erickson usa una variedad de estrategias, aplicando en cada caso la que considera más conveniente. Aplicó la técnica hipnótica de distorsión del tiempo en un paciente con cáncer que sufría de un constante malestar y un dolor que se agudizaba cada 10 minutos. Se le enseñó a que los lapsos de tiempo entre

la agudización del dolor fueran largos y que los momentos en que persistía el dolor fueran muy cortos, por otro lado se le enseñó a tener amnesia del sufrimiento de tal forma que no esperaba el siguiente dolor y olvidando instantáneamente la punzada que experimentaba. El dolor era una sensación fugaz. El paciente dijo que la hipnosis le había ayudado mucho liberándola casi por completo de sus dolores. Después de varias semanas el paciente murió.

La forma principal de usar la hipnosis en el cáncer es en el alivio del dolor. Como decía Erickson "Hay que ayudar a las personas a bien morir, a morir sin dolor, felices y a vivir sus últimos años tan plenamente como sea posible" (Haley, 1973).

Los casos descritos por Haley (1973) de la labor psicoterapéutica de Erickson son conmovedores y muestran la importancia de la psique en cualquier momento de la vida humana, muestran lo que la psicología puede hacer, muestra lo trascendental del que hacer psicológico en cualquier esfera de la salud humana.

Además de la aplicación de la hipnosis en el alivio del dolor y las náuseas debemos enfatizar la implicación que pudiera tener en el combate activo y directo contra el carcinoma. Al parecer existen bases teóricas y objetivas para la posibilidad de atacar el problema desde una perspectiva psicológica, seguramente la investigación en este campo sería bastante fructífera y estimulante.

4.3.7 Lupus Eritematoso

El Lupus eritematoso sistémico es una forma de tuberculosis en la piel, se localiza principalmente a nivel de la cara y manos, origina lesiones de color rojo violáceo; se presentan nódulos de consistencia blanda. Las lesiones tienden a ulcerarse y ocasionan mutilaciones y cicatrices graves. Se le considera un precáncer (Vox, 1979).

La probable causa de este desorden inflamatorio es un proceso autoinmunitario con alguna base genética. Es una enfermedad que ataca principalmente a las mujeres jóvenes. Los primeros síntomas son fiebre, incomodidad e inicialmente puede parecer una simple infección. La mayoría de estos pacientes se quejan de dolor en las articulaciones, el 50% presenta sensibilidad a la luz solar; son comunes las pleuritis, las neumonías, así como también las disfunciones en el corazón y los riñones (a eso se debe el nombre de sistémico pues ataca a todos los sistemas). El curso de la enfermedad es crónico con períodos de remisión y recaídas. El pronóstico de vida es breve por el

severo daño se involucra a los riñones y corazón. La muerte es de alrededor de un 5% anual. La depresión, la ansiedad y la severidad de los síntomas hacen del suicidio la principal causa de muerte entre las víctimas del lupus. El tratamiento tradicional es la aplicación de corticosteroides y analgésicos para controlar los síntomas (Smith y Balaban, 1988).

Smith y Balaban (1983) presentaron el caso de una mujer de 41 años de edad, enfermera se autorefirió debido a su severo dolor y al deseo de reducir la dependencia de la medicación que le estaba minimizando sus habilidades y funciones vocacionales y sociales. Mientras trabajaba como enfermera en Guatemala se enfermó de hepatitis. Después de su recuperación empezó a presentar fiebre, náuseas y dolor en las articulaciones al principio se creyó que era gripe, pero siguió enferma y tuvo que regresar a los Estados Unidos, allí se le diagnosticó Lupus eritematoso.

Los síntomas iniciales fueron erupciones musculares eritematosas sobre cuello, pecho y espalda, exacerbadas por la exposición a la luz solar; artralgia de las extremidades inferiores, crisis de fiebre recurrentes, náuseas y cefaleas, estas manifestaciones se han intensificado con los años. La fotosensibilidad y la artritis se han hecho más severas así como el eritema facial. Como consecuencia de haberse sometido durante 14 años a las corticosteroides ha desarrollado hemorragia retinal, atrofia muscular, deterioro de las articulaciones y aparición de vello en zonas propias del sexo masculino (hirsutismo). Además de estos efectos secundarios estaban los efectos emocionales como la depresión, la ansiedad e ideas "paranoides".

Después de que la paciente solicitó ayuda al terapeuta, éste consultó al médico que la atendía el dijo "haga cualquier cosa que pueda ayudarlo, cualquier alivio sería como una bendición, nosotros ya le hemos dado toda la medicación para el dolor que se le puede dar". La paciente era una farmacia ambulante tomaba tres tipos diferentes de analgésicos (Darvon, percodán-c, demerol) un ansiolítico (valium), un antívomitivo (trigan), un anticongestionante nasal y un somnífero (doriden), además de la medicación adicional como los corticosteroides, vitamina, etc. Toda esta medicación tiene entre otros efectos secundarios, mareos, náuseas, vómito, somnolencia, constipación, etc., de tal forma que siempre se sentía confusa, mareada y con dificultades para dormir por consiguiente su aislamiento, redujo su trabajo a la mitad y en seis meses planeaba dejar de trabajar pues se sentía incapacitada por el dolor y los múltiples efectos de la medicación.

Se le ofrecieron varias técnicas hipnóticas, se le ayudó a vencer su sentimiento de impotencia proporcionándole una

sensación de control sobre sus funciones fisiológicas y emocionales. En la primera sesión se trabajó sobre las falsas concepciones acerca de la hipnosis; se le enseñó que ella tendría el control de su cuerpo, esto se lograba a través de la autohipnosis que le fue enseñada para aliviar su dolor. Se le enseñó a caer y profundizar el trance por medio del conteo y de la imaginación guiada. Las sugerencias de imaginación guiada consistían en sensaciones de flotación, ligereza y de frialdad al redor de las áreas afectadas. Se le proporcionó un cassette grabado para que se autoindujera en casa, el cassette contenía las sugerencias ya descritas y la técnica de inducción por fijación de la vista, profundizando después con relajación, respiración, conteo y sensaciones de ligereza. La grabación que contenía un tratamiento bien sistematizado debería usarse dos veces al día.

A través de cada sesión se fueron usando diferentes técnicas hipnóticas, el uso del cassette por ejemplo fue de una semana, después se discontinuó para que la autohipnosis se diera a través de otros procedimientos como el conteo. Se fueron tratando diferentes problemas como la fobia al oculista, la adaptación a lentes de contacto, la autoinducción de analgesia y el problema de insomnio, para la sexta sesión ya podía controlar eficazmente el sueño, el dolor y la ansiedad.

Después de la primera sesión dijo la paciente "no puedo creerlo, experimenté una sensación maravillosa. Realmente disminuyó mi dolor y mi ansiedad". Después de la tercera sesión reportó que aunque se le había permitido usar la medicación siempre que lo necesitara, no había sentido realmente una necesidad desesperante, en vez de esto había sentido que tenía mayor control de sus dolencias que con la medicación. Finalmente después de la novena y última sesión dijo; "han transcurrido más de dos meses del inicio del tratamiento y no puedo creerlo, estoy muy agradecido.

Al terminar el tratamiento había alcanzado la principal meta, el control del dolor, incrementando además su autoestima, la confianza, la sensación de autocontrol, y entusiasmo para vivir. Dejó de usar valium, doriden, adrin y toda la medicación para el dolor. Se interesó más por su apariencia personal, se tiñó el pelo, de nuevo, se maquilló, se compró nueva ropa y dejó de usar el parche sobre su ojo, sustituyéndolo por lentes de contacto. Se volvió activa socialmente, inició relaciones con amigos y se volvió asertiva.

Casi tres años después (1979-1981) de que la paciente fue vista por última vez en sesión terapéutica, ha sufrido tres exacerbaciones de lupus cada una de las cuales requirió de hospitalización. A pesar de esos períodos utilizó dosis mini-

mas de analgésicos y sedantes durante su hospitalización y las discontinuó poco después de ser dada de alta. Ha sido capaz de continuar sus actividades sociales y profesionales por el uso de las técnicas de autohipnosis.

4.3.8 La Hipnosis en Cirugía

Los factores psicológicos del paciente antes, durante y después de una cirugía son muy importantes. Se sabe que la ansiedad frecuentemente influye en la reacción a la anestesia y la cirugía y la perspectiva de cualquier intervención quirúrgica produce ansiedad debido a la incertidumbre, a la amenaza de muerte, a la deformidad, al dolor, a la incapacidad y a la pérdida económica. El paciente debe percibir al cirujano y al anestesiólogo como sus amigos. Se le debe dar una explicación real de la experiencia quirúrgica reduciendo al mínimo aceptable lo desconocido. En los hospitales es muy frecuente que se les trate a los pacientes como objetos a quienes se inyecta, entuba, opera y se les trata como especímenes. Todo esto es una amenaza contra su integridad como individuos y tienden a ponerse ansiosos e inseguros. No solo debe ponerse atención a lo físico sino también al estado emocional y mental del paciente (Fredericks, 1980).

En la revisión de Fredericks (1980) antecedente a su investigación señala que las investigaciones han encontrado que el uso de la hipnosis y cirugía tiene varias ventajas:

- a) En la etapa preoperatoria se decrementa el estrés producido por el hospital y la experiencia quirúrgica, se requiere de menos premedicación o de ninguna. La hipnosis puede usarse como adjunto a la anestesia química o como único anestésico.
- b) Se necesita menos anestésico químico como la preparación hipnótica del paciente.
- c) No se deprimen las funciones normales de los reflejos y mecanismos compensatorios como con el uso de anestesia general.
- d) Se pierde menos sangre durante la cirugía. El sangrado de los pacientes bajo hipnosis es relativamente poco en comparación a los pacientes con anestesia general.
- e) En la etapa postoperatoria los pacientes se sienten más cómodos y requieren de pocos analgésicos. Hay menos náuseas y vómito debido a la disminución de la cantidad de anestesia y analgésicos.

- f) Funciones físicas como orinar y los movimientos intestinales se recuperan rápidamente.
- g) La cicatrización es mucho más rápida y su convalecencia es más corta.

Dada la necesidad de un tratamiento psicológico antes de la intervención quirúrgica Fredericks (1980) organizó un curso de hipnosis para los residentes de anestesiología. El estudio que presenta tiene por objetivo el observar la diferencia entre quienes asistieron al curso y quienes no lo hicieron, para verificar los cambios en la interacción médico-paciente causados por el curso. Se compararon los resultados en la etapa postoperatoria de 135 entrevistas preoperatorias realizadas por 17 estudiantes que asistieron al curso, contra 163 entrevistas realizadas por 15 residentes que no asistieron al curso. La evaluación se realizó por medio de un cuestionario aplicado por las enfermeras en la etapa postoperatoria el cual recopilaba datos acerca de como se sintió un día antes de la operación, como se había sentido durante y después de la entrevista con el médico que lo visitó y si esto le había ayudado de alguna forma.

En ésta investigación no se usó la inducción hipnótica, ni la aplicación propositiva directa de la técnica hipnótica sino que se intentaba evaluar como el curso de hipnosis por sí mismo repercutía en las habilidades del residente para preparar emocionalmente al paciente lo cual repercutiría en la operación y la etapa postoperatoria.

En cada pregunta del cuestionario el grupo experimental (quienes recibieron el curso de hipnosis) logró mayores resultados que el grupo control, pero la variabilidad no fue significativa estadísticamente.

El estudio y los resultados obtenidos son muy criticables pues me parece un tanto utópico esperar cambios radicalmente significativos después de un curso o seminario; para tal efecto existen especialistas como el psicólogo clínico, ya va siendo hora que a cada quien se le de su lugar. Que pensarían los médicos de un psicólogo que por cualquier motivo hubiese asistido a un curso de cirugía y después de él se dedicará a desempeñar tal trabajo. Para el manejo de la hipnosis como otras técnicas psicológicas se requiere de un tiempo de estudio considerable y parece que con un seminario no bastaría. Estas consideraciones no son del todo ajenas a quien realizó este artículo ya que de alguna manera coincide con lo que hemos dicho. Por otro lado no se intentó evaluar directamente a la hipnosis sino más bien el efecto de una psicoterapia de apoyo basada en los principios de la hipnosis. Lo que si queda muy claro y constantemente enfatiza el autor es la importancia

de la preparación psicológica del paciente.

Hart (1980) trabajó más directamente con el uso de la hipnosis en la recuperación de la operación de 40 sujetos que se someterían a cirugía a corazón abierto; asignó azarosamente a 20 sujetos al grupo experimental y el resto al grupo control. Desde el ingreso al hospital se les hicieron mediciones diarias de presión sanguínea y nivel de ansiedad. El procedimiento para el grupo control consistió de explicaciones de su problema, sobre la dieta que deberían seguir y sobre los cuidados y actividad física que deberían y podrían hacer.

El grupo experimental recibió la misma información más el procedimiento de inducción hipnótica a través de una grabación. El procedimiento de inducción hipnótica se hizo en un cuarto donde se evitaba la interrupción del procedimiento que consistió en cinco sesiones hipnóticas preoperatorias, dos de ellas: el primer día de ingreso al hospital y tres sesiones el segundo día, el día anterior a la intervención. Las primeras sesiones contenían diez minutos de relajación seguidos por 20 minutos de inducción hipnótica (no explica que tipo de sugestiones se dieron). Las restantes cuatro sesiones consistieron sólo de 20 minutos de hipnosis.

Después de la operación en los días tercero, quinto, séptimo y noveno de la etapa postoperatoria se midió; presión sanguínea, relajación, ansiedad, grado de recuperación (medido por las unidades de sangre necesitadas). Se encontró que el grupo experimental redujo significativamente el volumen de sangre requerido (se recuperó más rápido); la presión sistólica y diastólica fue menor así como también la ansiedad estaba más disminuida en el grupo experimental en comparación al grupo control. Sin embargo la significancia estadística de las diferencias de la presión sanguínea entre los grupos fue muy baja en términos globales, pero en la primera medición (al tercer día) ésta diferencia fue bastante significativa.

Hart (1980) concluye afirmando que el procedimiento hipnótico (aunque nunca se señalaron las sugerencias hipnóticas se puede inferir que tal vez las sugerencias hayan sido el aumento de la confianza y la relajación) en la recuperación de la cirugía es prometedor aunque se requiere de más investigación para aclarar más lo observado.

Pelletier (1978) describió un caso de anestesia hipnótica en la cirugía dental. Se usó la hipnosis porque la paciente era alérgica al anestésico químico. Era una mujer de 45 años casada, con mucha imaginación, bien socializada y maestra de una escuela religiosa.

En la primera sesión después de tomarle su historia clínica se le relajó usando la técnica de Jacobson. En la segunda sesión se relajó al paciente se le indujo en hipnosis y se siguió la técnica de fortalecimiento del yo medio de la metáfora del bosque (técnica de visualización). A través del fortalecimiento del yo el paciente profundizaba cada vez más la relajación, entonces se le sugirió que cuando estuviera en la silla del dentista estaría muy relajada y tendría un gran control de sí misma, al mismo tiempo se reforzaba la confianza en la habilidad y capacidad de su dentista. Al salir del trance describió su experiencia mientras sonreía; "una cálida luz brillante me acompañó a través del campo hasta la silla del dentista". Entonces el terapeuta tuvo una idea; en la tercera sesión se inició la hipnosis imaginando el viaje por el bosque llegando rápidamente a la silla del dentista, allí la envolvería la cálida y brillante luz, era una luz curativa que penetraría por sus mejillas, por su lengua, su boca y por sus encías. La paciente dijo que la luz terapéutica era Jesús que colaboraba con el cirujano. Cuando salió del trance dijo que había tenido una de sus mejores experiencias. La sesión se grabó en un cassette. Más tarde el terapeuta se comunicó con el cirujano vía telefónica indicándole que la intervención podía realizarse sin dolor pero que en caso de que hubiese alguna complicación le llamara por teléfono y así le podría profundizar el trance induciéndole una anestesia mayor. Dos semanas después asistió la paciente con su dentista acompañada de su grabadora. La grabación fue suficiente para realizar la cirugía sin problemas.

4.3.9 Problemas Neuromusculares

El repaso subconsciente de una experiencia tiende a evocar respuestas ideomotoras e ideofisiológicas. Se ha encontrado que la efectividad de un programa de rehabilitación en pacientes con trastornos neuromusculares depende más de los factores psíquicos que del problema físico. La hipnosis facilita el aprendizaje asociativo e incrementa la capacidad para transferir los estímulos. La hipnosis en alguna medida puede ayudar a incrementar la efectividad de la reducción neuromuscular (Finkelstein, 1982).

Finkelstein (1982) reportó el tratamiento hipnótico de una mujer de 30 años de edad quien se había cortado el dedo pequeño de la mano derecha quedándole como si fuera una palma, su dedo sangraba y estaba hiperextendido, se controló el sangrado y se cosió el dedo. Fue remitida a un cirujano plástico quien diagnosticó una laceración del dedo con un daño en el tendón flexor. El dedo había quedado hiperextendido y con dolor. Se le dijo que necesitaría de una cirugía para unir nuevamente su tendón, entonces consultó varios cirujanos y todos confirmaron la necesidad de cirugía para aliviar el dolor y corregir la

hiperextensión, pero la cirugía era cara y no podía pagarla, pero en una ocasión accidental el terapeuta conoció a la paciente la cual le contó de su problema, el terapeuta le examinó el dedo lo flexionó observando que cuando manualmente era flexionado no se presentaba el dolor.

Así que el terapeuta le sugirió el uso de la hipnosis que sin otra alternativa mejor se vió obligada a aceptar. Se indujo a la paciente, con la técnica de regresión en la edad se le indicó que regresara a meses antes del accidente. Se le dijo que pusiera su dedo pequeño bajo el cuarto dedo sugiriendo que cerrara la mano. Por la relación con el cuarto dedo, el dedo pequeño se movió, éste ensayo se repitió dos veces. Se le sugirió que retendría el recuerdo de haber cerrado todos los dedos y lo practicara cuando se relajara. Se le proporcionó un cassette con relajación y fortalecimiento del yo, el cual escucharía todos los días mientras pensaba en la sensación de cerrar la mano, mientras realizaba la estrategia con su mano. Reportó haber practicado dos veces diarias y empezó a mejorar después de dos semanas. A las ocho semanas el dedo había recuperado su posición y función normal con la desaparición del dolor.

Otras formas de psicoterapia se han aplicado a la rehabilitación neuromuscular mostrando resultados positivos. La retroalimentación biológica se ha aplicado a disfunciones como la parálisis facial, la torticolis espasmódica, en trastornos de las articulaciones, en los espasmos, etc., donde los resultados son estimulantes.

Erickson (Haley, 1973) con su muy particular estrategia ayudó a un hombre de más de 50 años que estaba totalmente paralítico, no podía sostener ningún objeto, ni leer, ni alimentarse y mucho menos caminar aún después de haberse sometido a intensos tratamientos fisioterapéuticos. Los médicos ya le habían diagnosticado que no saldría de ese estado, pero después de la visita a Erickson el paciente salió a gatas del consultorio hasta entrar en el auto por sí mismo. Luego de algunas sesiones terapéuticas y a través del paso del tiempo el paciente empezó a recuperarse por sí mismo y caminar con ayuda de un bastón recobrando casi por completo sus funciones elementales y reintegrándose a una vida satisfactoria en la medida de lo posible.

4.3.10 I c t i o s i s

La ictiosis, eritrodermia o enfermedad de piel de pescado es una enfermedad de la piel que cursa con enrojecimiento, inflamación, erupciones y ampollas que se abren, dejando a la piel cubierta de escamas, su etiología es muy diversa se puede deber a una intoxicación o a leucocemia (Vox, 1979).

Barber (1978) presenta varios casos de ictiosos congénita que con la inducción hipnótica mejoraron considerablemente:

Se trató en 1952 a un niño de 16 años que sufría de una forma severa de ictiosis congénita, que cubría casi todo su cuerpo, la cara y el cuello estaban ennegrecidos, callosos y cubiertos con papilas, la piel estaba tan dura como una uña y cuando se cortaba tenía la consistencia de un cartilago. A pesar del tratamiento médico que había recibido, desde su nacimiento, su piel engrosaba cada vez más. Por su problema interrumpio sus estudios, era tímido y aislado. La etiología de su problema era desconocida.

Se indujo la hipnosis sugiriéndole que su brazo izquierdo quedaría libre del problema; en un lapso de cinco días se desprendió la capa callosa, se suavizó la piel aunque estuvo un tanto rojiza al principio y en pocos días presentaba una textura y color normal. En 10 días todo el brazo estaba normal. El tratamiento prosiguió parte por parte del cuerpo reportando finalmente que los resultados fueron en las primeras semanas drásticos y rápidos, mejorando mucho en el primer mes, manteniéndose los resultados después de cuatro años de seguimiento.

Otros casos han confirmado el resultado del anterior. En 1961 se trabajó con dos niñas de ocho y seis años con eritrodermia congénita ictiociforme que afectaba gran parte de sus cuerpos. Se les trató con hipnosis por más de dos meses en sesiones de dos por semana, se siguió el procedimiento por partes del cuerpo observándose una notable mejoría, cayéndose las escamas y suavizándose la piel.

Barber (1978) señaló la labor de Schneck en 1966 con una mujer de 20 años con características similares a los casos anteriores. Después de inducir la hipnosis y darle sugerencias para que mejorara todo su cuerpo se le instruyó para que observara diariamente su cuerpo en un espejo y pensara en como le gustaría verse y poco a poco mejoraría. Cuando regresó a la siguiente sesión, una semana más tarde había mejorado en un 50% de su cuerpo. Aunque la terapia continuó por varios meses obteniendo mayores mejoras finalmente regresó a los resultados iniciales manteniendo sólo el 50% de mejoría.

4.3.11 Quemaduras

Existen miles de quemados en el mundo que tal vez pudieran beneficiarse con la hipnosis para aliviar el dolor o para disminuir la severidad del daño producido por la quemadura. Dado que tanto el cerebro como la piel tienen el mismo

origen ectodermal en el desarrollo embrionario y como la piel es la parte más innervada del organismo, no es sorprendente que el sistema nervioso central ejerciera un control poderoso en la respuesta fisiológica de la piel. Varias veces se ha hablado de faquires quienes caminan sobre el fuego sin muestras de quemaduras o dolor. (Ewin, 1976).

El reporte de Ewin (1976) tiene por objeto demostrar que los pacientes quemados si son tratados con hipnosis, pueden prevenir la reacción inflamatoria atenuando la profundidad y se veridad de la quemadura. Cuando alguien se quema con los rayos solares al exponerse demasiado tiempo en una playa, por ejemplo al retirarse del sol puede presentar enrojecimiento y algo de malestar, pero solamente poco después de que ocurre la inflamación aparecen serios síntomas como dolor, fiebre y ampollas. La morbilidad de las quemaduras puede disminuir notablemente si la reacción inflamatoria se aborta. En 1957 y 1959 se demostró que la respuesta inflamatoria y el daño del tejido causados por una quemadura podía disminuirse o aumentarse por sugestión hipnótica.

En 1976 Ewin tenía 18 años de experiencia con quemados, en una planta de aluminio, cuando el aluminio derretido a 950°C un derrame inevitablemente causa quemaduras de tercer grado necesiándose trasplantes de piel al menos en pequeñas áreas.

Ewin (1976) presentó el caso de un hombre de 23 años trabajador de la planta de aluminio. El hombre metió su pierna en el aluminio derretido (95°C), inmediatamente se le dieron los primeros auxilios aplicándole hielo y trasladándolo a la sala de emergencia donde Ewin observó que la piel estaba cocida y despellejada, las capas internas estaban blanquiscas y sin aporte aparente de sangre. Se le dijo que dirigiera su atención en un pensamiento que pudiera ayudar a sanar su quemadura poniéndole como ejemplo, cuando una persona se ruboriza con un pensamiento. Rápidamente entró en trance dándole sugestiones de que su pierna estaría fría, cómoda y confortable, esta sensación de frialdad y comodidad la seguiría sintiendo día y noche hasta que sanara. Cuando pudiera experimentar claramente esa sensación debería levantar su dedo índice entonces saldría del trance. Antes de las sugestiones hipnóticas y después de la inducción se aplicaron 50 mg de Demerol (analgésico) y siguió aplicando el hielo. No se aplicó ningún antibiótico. En ningún momento se presentó alguna infección, color, ni edema a pesar de la quemadura, después de dos y medio meses ya estaba trabajando nuevamente. La piel sana sin dejar cicatrices aunque quedó un ligero bronceado.

Ewin (1976) concluye enfatizando que la actividad neuronal puede producir y disminuir la inflamación. Es posible que los pacientes con quemaduras controlen bajo hipnosis su

inflamación. El control de la inflamación tiene grandes implicaciones, hemos sabido de casos que a consecuencia de un machucón sin importancia se tiene que amputar una pierna o un brazo debido a que la inflamación provoca trastornos circulatorios -- produciéndose la muerte, necrosación o gangrena en el área afectada.

4.3.12 Aumento de volumen de las glándulas Mamarias

Casi todos los textos sobre hipnosis no mencionan la vieja observación del efecto de éste estado sobre la glándula mamaria ya sea para incrementar o disminuir la producción de leche o como en éste caso para aumentar el volumen del pecho. La diferencia con lo que se describirá a continuación es que en la mayoría de textos solamente menciona o afirma el fenómeno mientras que aquí se dan datos experimentales.

Lecron en 1949 (Barber, 1978) usó la técnica hipnótica para desarrollar el busto en 20 mujeres con una edad de 20 a 35 años, Lecron efectuó una sesión por semana en la cual se les sugería que su mente interior pondría en marcha el proceso que aumentaría su pecho, ese proceso como en la pubertad, aumentaría su busto, hasta el tamaño deseado. Se les enseñó la autohipnosis para que en su casa se repitieran las sugerencias visualizando el aumento que deseaban; también sentirían una sensación de calor y hormigueo en el busto que les indicaría el incremento del flujo sanguíneo. Los resultados indicaron que 17 mujeres mostraron un crecimiento de al menos una pulgada y media (una y media pulgadas) y cinco de las 17 obtuvieron un crecimiento de dos pulgadas.

Williams en 1974 (Barber, 1978) presentó una investigación mejor controlada. Esta investigación incluyó medidas cuidadosas del tamaño del busto de un grupo experimental comparado con un grupo control. En cada grupo se asignaron tres mujeres. El grupo experimental era puesto en hipnosis y se les daba sugerencias de aumento del busto mientras que al grupo control sólo se le inducía en el estado hipnótico sin darles ninguna sugerencia. Después de 12 sesiones las mujeres del grupo experimental incrementaron su busto en una pulgada y cinco octavos, mientras que en el grupo control no se presentó ningún cambio. Parece que se realizó una segunda fase de éste trabajo en el que participaron 13 mujeres que deseaban aumentar el tamaño de su busto. Se tomaron medidas de línea base durante tres semanas. Posteriormente las 13 mujeres se sometieron al tratamiento durante 12 semanas consecutivas consistente de sugerencias hipnóticas de sentir en el pecho las sensaciones experimentadas en la pubertad. Se tomaron líneas base y fase experimental, constituyendo el grupo control. El promedio de incremento para el grupo experimental fue de dos punto una pulgada que fue estadísticamente significativo, mientras que el grupo control --

ningún cambio significativo tuvo.

Los resultados anteriores fueron confirmados por Willard en 1977 (Barber, 1978) quien encontró que; a) los 22 sujetos participantes en su estudio mostraron algún crecimiento del busto y que b) las mujeres que fueron más capaces de visualizar la sugestión lograron mayores cambios e incrementos en la talla del busto.

Staib y Logan en 1977 (Barber, 1978) también confirmaron los resultados de Williams encontrando que el 81% de los sujetos aumentaron significativamente la talla del busto manteniéndose los resultados en el seguimiento de tres meses.

4.3.13 P a r t o

Desde una perspectiva psicoterapéutica se ha intentado colaborar en la atención del parto desde dos posiciones; el parto psicoprofiláctico y la "hipnosis obstétrica". Ambos métodos aseveran que acortan el trabajo de parto, producen un estado de tranquilidad, disminuyen el dolor, se requieren menos medicamentos y la experiencia se vuelve muy positiva. Sin embargo aunque existen muchas similitudes entre ellas, la posición de quienes trabajan con el parto psicoprofiláctico no aceptan totalmente a quienes trabajan con hipnosis obstétrica argumentando que la hipnosis es pasiva, que hace a la mujer dependiente del hipnotista. Esta creencia es un tanto errónea ya que la mujer participa activamente en el proceso hipnótico además de que aprende la autohipnosis para que pueda practicar en su casa y en caso de ser necesario no dependa del hipnotista, incluso en algunos casos quienes hacen hipnosis obstétrica dejan el control hipnótico al padre permitiéndole de ésta manera la participación en el recibimiento de su hijo.

Devenport (1975) revisó investigaciones que presentaban los supuestos procesos a través de los cuales suponen la hipnosis y el entrenamiento psicoprofiláctico con aquellos que aportan beneficios a la parturienta; así como también revisó los resultados de las mismas.

El primer proceso que describe Davenport (1975) es la relajación la que se cree, provoca también la relajación uterina y cervical lo que a su vez reduce el dolor. Los datos disponibles indican que el gran alargamiento del cervix que ocurre en el parto normal es doloroso tanto en el hombre como en los animales, sin embargo aunque la relajación es uno de los aspectos centrales en la preparación para el parto, la forma en la cual trabaja no se conoce con exactitud. El segundo proceso que se supone ayuda en el parto es la respiración; la técnica consiste en tres pasos: a) respiración profunda, rítmica y

lenta durante la primera etapa del trabajo de parto, b) respiración poco profunda y rápida durante la etapa media, c) respiración sostenida durante la última fase, se supone que estas técnicas reducen la presión intrauterina reduciendo las rasgaduras perianales, incrementando el oxígeno y reduciendo el dolor, pero estas suposiciones no se han investigado en forma directa; el tercer proceso que se supone aporta beneficios son las sugerencias, casi todos los programas de preparación para el parto después del entrenamiento en relajación y respiración dan sugerencias para la reducción del dolor.

En general reporta Devenport (1975) que los reclamos tanto de la técnica hipnótica como de la psicoprofiláctica de que se reduce la labor de parto, la medicación y el dolor son tanto contradictorias. Un buen número de trabajos de investigación confirman tales reclamos pero otro tanto reportaron no haber encontrado diferencias entre las mujeres sometidas a tratamiento y quienes fueron controladas sin tratamiento. Con respecto al dolor, casi todos los estudios que se revisaron tienen graves fallas en la evaluación de esta sensación, desafortunadamente no se les preguntaba acerca de su experiencia de dolor durante el trabajo de parto o después del parto.

Por otro lado se encontró que todos los estudios reportaron una diferencia notable entre quienes recibían tratamiento y quienes no. Las mujeres con tratamiento hipnótico o psicoprofiláctico reportan el parto como una experiencia fantástica, en cambio las no tratadas en su mayoría lo describen como una experiencia horrible, como una pesadilla. Personalmente creo que pueden haber muchos factores que influyen para obtener resultados positivos en la preparación para el parto. Una cosa de suma importancia es la participación activa de la mujer, esto es de suma importancia pues lo indica el hecho de que cuando una mujer no preparada (desde el punto de vista formal, quiere decir en sesiones terapéuticas) está segura de sí misma, tranquila, consciente del momento del parto, que decide cuando tomar medicación y su esposo la acompaña, entonces tiene una experiencia recompensante como aquella mujer previamente preparada.

He tenido la oportunidad de charlar con algunas mujeres que han tenido hijos y algunas de ellas han comentado que no han sufrido dolores, ni les ha sido desagradable el parto. Hace poco una paciente que vino a consultarme por problemas conductuales y escolares de uno de sus hijos al realizar la historia clínica, en la parte correspondiente a las circunstancias perinatales relató no haber alcanzado a llegar a la sala de parto; salió de su casa apresuradamente creyendo que su hijo no tardaría en nacer pero resulta que apenas entrando al hospital sintió que (según dijo) "la fuente se le rompía" y cuando iba

en el elevador nació el niño. Su experiencia no fue desagradable así como no tuvo presencia de dolor alguno.

Según Hartlan (1974) la experiencia de parto no tiene que ser necesariamente dolorosa salvo en el momento que sale la cabeza del niño.

Davenport (1975) concluye diciendo que es muy importante la participación activa de la mujer en el parto, que se puede concluir que la hipnosis obstétrica contribuye para lograr una experiencia de parto más positiva, reduciendo la medicación y el dolor, sin embargo para aclarar los resultados que se han obtenido y los procesos fisiológicos o psicológicos por los que se logran es necesario aún realizar muchas investigaciones.

4.3.14 P t i a l i s m o

El ptialismo es un problema caracterizado por la excesiva salivación. Schneck (1977) presentó el caso de un hombre de 56 años que padecía de esta enfermedad. Desde su infancia presentaba el síntoma cuando padecía alguna infección de las vías respiratorias, pero hacía cuatro meses el problema se había hecho al parecer crónico y de proporciones mayores que interfería con su trabajo. Se dedicaba a la investigación literaria, tenía que cargar con una botella para escupir. Se le había practicado un examen médico sin encontrarse motivos para el ptialismo. Se le dieron varios medicamentos los que produjeron alguna mejoría; pero le trajeron como consecuencia enfermedades de las vías urinarias.

El paciente solicitó la hipnoterapia. En el contacto inicial se efectuó la hipnosis dando sugerencias para disminuir la ansiedad, se le dijo que sus síntomas disminuirían hasta desaparecer, que experimentaría una modificación de sus procesos fisiológicos y psicológicos los que resultarían en el equilibrio normal, permitiendo la desaparición de los síntomas. Se intentó una exploración psicológica pero protestó esta bleciendo que prefería no someterse a una hipnoterapia exploratoria y deseaba solamente limitar los esfuerzos a eliminar los síntomas. Después de la primera sesión hipnótica mejor en un 75%. En la primera entrevista traía consigo un pañuelo el cual usaba varias veces para limpiar la saliva de su boca y una botella para escupir. Durante las siguientes sesiones nunca usó estos objetos. Al término de nueve sesiones de tratamiento las ganancias fueron menores persistiendo básicamente la inicial del 75%.

4.4. DESORDENES SEXUALES

Al parecer la sexualidad es un indicador muy importan

te de la salud mental y física. Por lo regular cuando un individuo padece cualquier trastorno orgánico casi siempre se encuentra que su actividad y deseo sexual están disminuidos o son nulos. Si una persona tiene una gran preocupación, o está extremadamente tensa, deprimida, etc; también se presentan trastornos notables en su sexualidad.

Master y Johson atribuyen los trastornos sexuales a una multitud de posibles variables sociales e individuales como la drogadicción, factores religiosos, trastornos fisiológicos, consejos inapropiados, traumas psicosexuales, etc. Aunque todos de importancia fundamental, siempre deben de explorarse (Araos considera que un elemento etiológico de peso es lo que él llama Autohipnosis Negativa*).

La aplicación de la hipnosis no es rara en la terapia sexual, Barber (1978) menciona que la estimulación sexual es un fenómeno básicamente de flujo sanguíneo; cuando un hombre empieza a excitarse cada vez más sangre entre en su pene. Lo mismo sucede en la mujer; la sangre entre en sus órganos sexuales, en el pecho, el pezón, el clitoris y los labios. El flujo sanguíneo puede controlarse por la hipnosis, en el caso de la sexualidad la hipnosis involucra las cogniciones, las emociones y las sensaciones. Incluso se han publicado textos de hipnoterapia sexual como el de Beigel y Warren (Application of Hypnosis in sex Therapy) revisado por Araos (1980) que considera al Texto muy valioso; pero señala el hecho de no haberse considerado en el documento los factores que deprimen el deseo sexual, como la actividad mental negativa, la ansiedad y en general la autohipnosis negativa.

*La autohipnosis negativa consiste en declaraciones negativas inconscientes e imágenes mentales caracterizadas por tres elementos hipnóticos: a) pensamientos no críticos los cuales se convierten en la activación de procesos inconscientes negativos, b) imágenes activas negativas y c) sugerencias posthipnóticas. En éste proceso el sujeto aunque quiere mejorar, quiere cambiar, quiere sentirse bien, se está repitiendo constantemente asimismo, "no puedo hacerlo", "soy incapaz", "si lo intento fracasaré", "ya lo he hecho otras veces", etc., autosugestiones acompañadas de imágenes negativas (Araos, 1981).

Araos (1983) en su análisis de la problemática sexual se preguntó ¿cuantas fases existen en la función sexual?, encontró que Master y Johnson pensaban que era bifásico el proceso, constituido de una fase de excitación y otra de resolución. En cambio Kaplan consideraba tres partes en ese ciclo; deseo, excitación y resolución. Para Araos, Kaplan consideraba una parte fundamental de la sexualidad, el deseo sexual y parte muy importante y disparador de la sexualidad, elemento cognitivo que-

uede alterar la conducta sexual en su totalidad. Kinsey creía que la conducta sexual era el resultado de los procesos mentales. Sin embargo Araos intenta ir un poco más allá describiendo una cuarta fase la cual se da inmediatamente después de la relación sexual, una fase en la que el sujeto se dice cosas así mismo, las imagina y las repite constantemente, éste es un proceso mental, cognitivo activo que determina la siguiente interacción sexual ésta fase determinará el disparo del deseo sexual el cual puede verse inhibido, aumentado, o transformado por la cuarta etapa, en suma Araos encuentra cuatro elementos en el proceso sexual; deseo sexual, excitación, resolución y fase cognitiva.

Araos (1981) planteó que ante el proceso cotidiano de autohipnosis negativa elicitadora de innumerables perturbaciones conductuales se puede esgrimir el proceso opuesto de Autohipnosis Negativa. Este procedimiento clínico consta de cuatro etapas: a) el terapeuta reconoce la Autohipnosis Negativa y las situaciones en las cuales se da, b) se analizan las construcciones antes usadas y las nuevas construcciones de imágenes positivas, c) le enseña la autohipnosis con imágenes y sugerencias positivas que eliminarán el proceso negativo y d) el paciente practicará intensivamente la autohipnosis en su casa.

Un ejemplo de como se procede es el caso de una mujer de 42 años que sufría de anorgasmia, no habiendo encontrado alivio en otros tipos de terapia. Se exploró su proceso de autohipnosis negativa, encontrando declaraciones como "la siguiente vez que me toque estaré fría". Después de que se han descubierto las declaraciones negativas, bajo hipnosis se le indica; "ya que encontramos sus declaraciones negativas, ahora escucharemos unas más positivas, diga algunas declaraciones positivas". Las declaraciones, sugerencias e imágenes positivas deben surgir del mismo paciente para que sean eficientes. A esta paciente se le dijo, "deje que algo positivo de su personalidad salga", a lo que respondió; "No tengo estoy tan tensa, esto puede permitirme involucrarme más en la experiencia", en base a declaraciones como ésta se construyeron cinco declaraciones positivas acompañadas con imágenes con las cuales se trabajaría activamente en heterohipnosis y principalmente con autohipnosis y práctica en casa. Las construcciones positivas fueron; a) experimentaré nuevas sensaciones la próxima vez que me toque, b) estaré consciente de lo que siento al ser tocada, c) puede aprender a reaccionar en sus caricias, en una agradable sensación de calidez, e) me haré más activa en las caricias porque quiero. Una vez que se analiza la autohipnosis negativa, se le enseña durante el tiempo necesario la autohipnosis en el consultorio, hasta que estemos seguros que a logrado el dominio de la técnica, entonces si se le indica que practique diariamente en su casa ayudándole en sesiones posteriores.

res a dominar los problemas que se le presenten en su práctica; pero al principio de la práctica en casa aun no debe involucrarse activamente en relaciones sexuales, sino hasta que se esté con mayor seguridad (Araos, 1983).

Araos (1983) considera que la hipnoterapia parece mejorar los resultados de la terapia sexual tradicional. Se trataron a 50 parejas con al terapia sexual tradicional y 150 parejas con hipnoterapia. En el primer grupo se les sometió a 12 semanas de tratamiento mientras en el segundo tuvieron siete semanas de tratamiento. En un seguimiento de un año se encontro que sólo el 10% del grupo de terapia tradicional estaba contento con los resultados de la terapia sexual, mientras que el grupo de autohipnosis el 70% estaba satisfecho de los resultados.

A través del procedimiento de conflicto experimental el cual se supone moviliza los recursos del yo para vencer las dificultades, Erickson trató a un hombre que sufría de eyaculación precoz. Se le sugirió un incidente ficticio en el cual el paciente colocaba un cigarrillo encendido en un cenicero de vidrio, el calor del cigarro rompía el cenicero. La culpa de haber destruido el cenicero se indujo exitosamente. Después de la hipnosis la conversación del sujeto estuvo llena de referencias a vasos, cristalería, curiosidades y obras de arte cortadas. Su flujo verbal era interrumpido por tartamudez, bloqueos e ideas repentinas. Entonces fue rehipnotizado e instruido para hacer volver el contenido inconsciente de aquel hecho a la consciencia, mostrándole la similitud entre el conflicto experimental y su problema. Varios días después fue capaz de tener relaciones sexuales sin problemas (Wolberg, 1948).

Erickson (Haley., 1973) vió a un hombre de 30 años soltero que padecía eyaculación precoz desde su primera relación sexual a la edad de 20 años, se preocupó mucho y desde entonces leyó libros sobre el problema; buscó diferentes mujeres de estratos sociales, grupos raciales y tipos físicos diferentes; finalmente se demostró que tenía eyaculación precoz. Durante seis sesiones de le dejó lamentarse cayendo en un trance con bastante amnesia posthipnótica. En éste estado se le interrogó sobre sus relaciones actuales, se emplearon dos horas en una conversación vaga en la que se entretuvieron sugerencias posthipnóticas, una de éstas sugerencias era que las manifestaciones neuróticas parecen constantes pero que son muy inconsistentes modificandose a través del tiempo según cambian las circunstancias y la personalidad, muchos síntomas neuróticos se revierten y corrigen de manera accidental, algo muy importantes que un síntoma puede convertirse en otro peor, en el contrario. La eyaculación precoz puede revertirse sin previo aviso convirtiéndose en una terrible demora de la eyaculación de media hora o más. Si esto ocurriera entonces si tendría por

que preocuparse. En las tres siguientes sesiones se le vió sólo por unos instantes cobrándole honorarios completos, en estas sesiones no se le dejaba hablar, sólo se le sembraba incertidumbre diciéndole que en la cita del domingo tendría algo muy importante que decir y que se vería recompensado. Para el viernes era tal su ansiedad que buzcó a una amiga con quien pasó el día, durante todo el día no lo dejaba la obsesión de si podría eyaculación dentro de la vagina, antes se consideraba incapaz; pero ahora tenía una gran duda. Aunque no tenía intenciones sexuales su amiga se volcó sobre él cuando la acompañó a su departamento y con una gran incertidumbre y preocupación por sus dudas se entregó a la relación, para su sorpresa olvidando las experiencias pasadas, sólo pensaba en poder eyacular, tenía ser incapaz de poder eyacular. Poco después de media hora fue capaz de realizar lo que tanto temía. Mantuvo un segundo coito con la misma mujer siendo satisfactorio, su relación persistió durante tres meses y después se involucró con otras mujeres teniendo relaciones totalmente normales.

4.4.1. EXHIBICIONISMO

En el tratamiento del exhibicionismo también se han reportado varios casos donde se ha usado la hipnosis. Epstein (1983) reporta el caso de un hombre de 30 años que se exhibe desde los 17 años, fue arrestado sólo una vez a los 22. Acudió a tratamientos porque su esposa lo amenazó con dejarlo si no buscaba ayuda. La esposa tomó esta actitud ante el informe de una vecina que había sorprendido al Sr. X exhibiéndose ante su hija de 16 años. A través del método de fijación de la vista se le indujo la hipnosis, se le preguntó porque venía a terapia a lo que contestó diciendo que quería encontrar el motivo por el cual hacía lo que hacía. Se le sugirió que una vez que encontrara el motivo no se exhibiría más. Se procedió en cuatro formas; a) en regresión de la edad buscando y explotando los motivos de sus exposiciones, b) por sugestión, c) auto hipnosis para reducir la tensión sexual, d) a través de una conducta incompatible sugerida hipnóticamente. En la regresión de la edad se encontró que el motivo de su primera exposición fue que nunca había tenido relaciones sexuales y no sabía cómo hacerlo así que se exhibió frente a una mujer de reputación dudosa con quien esperaba tener relaciones sexuales. También se descubrió que su última exposición se debió a que sus impulsos sexuales eran bloqueados por su relación marital debido a que su esposa temía embarazarse, entonces no tenían relaciones sexuales sintiéndose nuevamente inadecuado, tonto, feo y rechazado, por lo que una mujer no se interesaría en él. Sólo había tenido coito con su esposa. Para resolver este problema se le dió orientación en anticonceptivos lo que mejoró mucho su relación en la casa al restaurarse la relación sexual. Cuando sentía mucha tensión sexual se usaba la autohipnosis, -

relajándolo y reduciendo los motivos para exponerse; en caso de sentir el deseo de exponerse, sus manos se apretarían una contra la otra hasta que cediera el impulso. Después de un año de seguimiento las relaciones sexuales con su esposa eran satisfactorias y no se había exhibido. Después de dos años de seguimiento los resultados se mantuvieron.

Frecuentemente se ha dicho que la hipnosis mejora la imaginación que pone al sujeto si estuviera en la situación real. Considerando esta hipótesis varios terapeutas realizan los procedimientos conductuales como la desensibilización o el condicionamiento aversivo bajo hipnosis.

Poll (1983) trabajó con un hombre exhibicionista de 34 años con un procedimiento hipnoconductual y terapia marital. El sujeto se exhibía desde hace 14 años. Hace 10 años fue encarcelado durante tres meses por exhibicionismo lo dejaron en libertad a condición de que se tratara, estuvo en terapia dinámica durante seis meses, pero aún durante ese período se exhibió varias veces. Esta vez fue aprendido y remitido por la corte a tratamiento. Se exhibía en su coche, empezaba a masturbarse, buscaba a adolescentes y entonces abría la portesuela del auto mostrándose y masturbándose hasta el orgasmo. Su matrimonio actual es conflictivo y se exponer algunas veces después de discutir con su esposa. Se realizaron 34 sesiones durante 22 meses, las tres primeras sesiones fueron de evaluación, de la sesión cuatro a las ocho se trataron los problemas maritales trabajando sobre la comunicación y estableciendo un contrato conductual, de la novena a la décima sesión se indujo y profundizó la hipnosis, de la sesión 11 a 18 se realizó la sensibilización bajo hipnosis; se hizo que recordará algo muy desagradable y otra escena muy agradable, se determinó que una señal correspondía a cada recuerdo el que elicitaba las imágenes y sensaciones correspondientes. Se le indicó que imaginara que iba conduciendo su auto, sentiría el impulso y si se exhibía en ese momento se decía la palabra que elicitaba el recuerdo desagradable, se le dejaba por algunos segundos, entonces se le relajaba, se ponía su mente en blanco y ya que estaba tranquilo se repetía la escena pero esta vez en el momento que sentía el impulso de exhibirse decidía no hacerlo y seguir conduciendo su auto, entonces se decía la palabra que elicitaba la escena agradable. Las restantes 16 sesiones se distribuyeron en 17 meses como mantenimiento y se desvanecieron las sesiones haciéndose cada vez mayores los intervalos entre sesión y sesión. Desde el principio de la terapia hipnoconductual hasta el término del tratamiento el paciente no se exhibió ninguna vez. Desafortunadamente no se reportó ningún seguimiento.

4.5 APLICACIONES GENERALES EN PSICOTERAPIA.

El campo de la psicoterapia es enorme. Lo mismo se dice de la hipnosis, puede aplicarse a una amplísima variedad de padecimientos por lo que siendo su campo tan amplio, a continuación sólo se describirán con algún detalle algunas de sus aplicaciones más generales como en el tratamiento de fobias, enuresis, sonambulismo, insomnio y tartamúdez entre otras.

4.5.1. FOBIAS Y ANSIEDAD.

Antes del siglo XIX aún no habían sido diferenciados de otros trastornos mentales los desórdenes fóbicos y su reconocimiento como una entidad clínica fue fortalecida por las descripciones y la observación de innumerables casos (1981). Podríamos definir la fobia como un miedo y ansiedad irracional ante un objeto o situación que generalmente se evitan.

La teoría psicoanalítica y la del aprendizaje son las principales que explican las fobias. La primera atribuye la fobia a una división del afecto de una idea inaceptable la que es transferida a un objeto aparente inofensivo, entonces en la conciencia del sujeto una idea u objeto previamente inocuo se asocia a una emoción dolorosa, por ejemplo la ansiedad perteneciente a un pensamiento sexual puede transferirse a un animal cuya presencia será productora de lo que parecería ser una ansiedad sin sentido; en éste caso la hipnoterapia se aplicaría según el principio de la psicoterapia dinámica donde la exploración psicológica capacitaría al paciente para descubrir el conflicto original y ayudarlo a resolverlo, así se liberaría la situación u objeto de miedo de ser un ente provocador de ansiedad. Esto se puede lograr a través de la regresión en la edad por la producción del conflicto experimental; se produce un síntoma análogo muy semejante a la anormalidad, al producir los síntomas experimentales y familiarizarlo con ésta situación el comienza a aprender a controlar sus manifestaciones psicopatológicas. (Frankel, 1981).

Los teóricos del aprendizaje han observado que situaciones inocuas se asocian a la ansiedad si se aparecen con eventos traumáticos. Aún más basta con la observación (aprendizaje vicario). Frecuentemente ocurre que después de presenciar un accidente automovilístico o después de haber visto a alguien lanzado al aire por un caballo una persona puede evitar circunstancias similares en el futuro. El miedo condicionado por la experiencia traumática no puede extinguirse porque la conducta de evitación de viajar en coche o a caballo es constantemente reforzada por la resultante reducción de la ansiedad. Con ésta aproximación el estado hipnótico puede proporcionar un contexto imaginario muy parecido al real el cual puede conducir a

un programa acelerado de desensibilización sistemática (Frankel, 1981).

La tercera aproximación es la hipnótica que es la su-
gestión por sí misma. En cualquier caso no debe olvidarse que -
la disposición del paciente para participar activamente en el -
tratamiento así como el análisis de las posibles ganancias se-
cundarias es trascendente en los resultados. Frankel (1981) -
considera que la mejor aproximación hipnoterapéutica será aque-
lla que de al paciente la oportunidad de comprender los orige-
nes de la perturbación y a la vez maneje los aspectos conduc-
tuales.

Frecuentemente en la bibliografía se hace referencia a
tratamientos hipnóticos para la fobia al dentista. Por ejemplo
Frankel (1981) habla de un hombre de más de 20 años que había-
estado en psicoterapia tradicional y a causa de su temor al den-
tista buscó la hipnosis. Por más de 10 años había evitado el den-
tista con excepción de una ocasión cuando una muela del juicio-
fracturada e infectada lo había obligado a buscar ayuda. Res-
pondió muy bien a la hipnosis, se le sugirió que cuando estu-
viera con el dentista estaría totalmente relajado y experimen-
taría solamente hormigueo y entumecimiento de la quijada. El -
paciente fue capaz rápidamente de hacer uso de las sugerencias
hipnóticas.

Pulver (1975) menciona el caso de un hombre de 30 - -
años quien ante el dentista quedaba literalmente petrificado.
El paciente no tenía ningún otro problema y en dos sesiones lo
gró un estado profundo, se le colocó en una isla tropical del-
pacífico con el clima más bello de todo el mundo, ocasional-
mente pasaba sobre él una nube que producía una brisa fresca. - -
Cuando se sometió al trabajo dental se observó que temblaba, se
pensó que tal vez le estaba doliendo algo y al terminar la sen-
sación dental se le interrogó por el motivo de su temblor, -
el paciente dijo no haber sufrido ninguna molestia, lo que suce-
día era que cuando pasaba una nube se obstruían los rayos del
sol y sentía frío. El tratamiento dental duró varias sesiones
pero el sujeto se había convertido en un excelente paciente.
Tanto el paciente como el dentista coincidieron en que la hip-
nosis los había ayudado, a uno a eliminar su temor y al otro a
desarrollar más fácilmente su trabajo.

Lazaruz (1976) reportó la aplicación de la hipnosis a
un caso bastante complicado de angustia de una mujer de 29 - -
años con grandes deseos de superación, quería alcanzar el grado
de maestría. Padecía de severos ataques de ansiedad y tenía a muchas-
cosas, cuando estaba en una situación que le incomodaba se -
aceleraba su tasa cardíaca y tenía dificultades para deglutir,
esto ocurría en fiestas y exámenes escolares, tenía vomitarse,

y tener, ataques de ansiedad, evitaba el estar sola y las relaciones interpersonales, no dormía bien, padecía dolores de cabeza, dificultades para respirar etc. El tratamiento de relajación era muy importante para tratar sus fobias; pero se había observado que un régimen de relajación directa sería como ponerle la tarea de "obtener un logro" lo cual le produciría más angustia en vez de serenidad. Por tanto la hipnosis evitaría el problema. La paciente obtuvo una hipnosis media, el trance produjo un decremento de la tensión muscular. Se le dieron sugerencias como las siguientes; "en el transcurso de la semana estará menos de la mitad de tenso", "soy una persona competente y valiosa". Se le enseñó la autohipnosis y se le indicó que siempre -- que empezara a sentirse nerviosa se autoindujera de tal manera que redujera su tensión rompiéndose así el círculo, incrementó del miedo, autodenigración e imagen de vómito. La autoinducción en esas circunstancias duraba alrededor de un minuto, mientras se repetía sugerencias de aumento de la autoestima. -- Cuando la paciente logró controlar su ansiedad fue posible proceder a la desensibilización de las fobias y se le reestructuró cognitivamente con las autodeclaraciones hechas bajo trance. Después de dos semanas de la primera inducción la ansiedad había disminuido notablemente, se sintió tranquila al hacer sus exámenes, dejó de pensar que algo en ella estaba mal, no se sentía mal por estar sola, ni tuvo dificultades para dormir y las sensaciones aversivas que había reportado desaparecieron también. Se concluyó que la hipnosis fue útil en este caso.

Gravitz (1981) reportó un caso bastante complicado de una mujer de 36 años que hacía 12 años padecía una hemorragia cerebral. El daño cerebral le había dejado como secuela trastornos motores del lado derecho del cuerpo, afasias, sordera y epilepsia que fue controlada con medicación, sin embargo padecía dolores de espalda y cefaleas bastante severas las cuales se debían según su médico a la ansiedad por lo que fue referida a tratamiento hipnótico. La dificultad era como establecer la comunicación con una persona que prácticamente no podía hablar ni podía escuchar; en primer instancia se intentó la inducción por medio de la lectura de los labios pero una vez que la paciente cerraba los ojos se rompía la comunicación, por tanto se decidió que la inducción tenía que usar medios no verbales. La comunicación entre paciente y terapeuta se realizó a través de notas escritas. Se procedía a inducirla a través de la fijación de la vista; se le tocó la mano para llamar su atención el terapeuta puso la mano poco más arriba del nivel de la vista del paciente, poco a poco bajo la mano hasta lograr el cierre de los ojos, entonces el terapeuta comunicó una sensación de profundización al presionar los hombros del sujeto e irlos liberando lentamente, ahora las manos del terapeuta empezaron a moverse rítmicamente del hombro hacia las manos. En este momento su conducta objetiva fue como la de él sujeto que escucha y está en un estado medio de hipnosis, su cuerpo estaba tranquilo, su cabeza estaba de lado muy relajada y su respira---

ción era profunda y rítmica.

En la segunda sesión cinco días después, se usó otra técnica de profundización ahora consistente en colocar la mano del paciente en un metrónomo para que sintiera las pulsaciones rítmicas y monótonas. Después de estas dos sesiones el paciente reportó grandes cambios; a) se sintió más relajada y al mismo tiempo más fuerte; b) durmió por períodos de tiempo más largos, c) sus piernas temblaron menos, d) empezó a caminar sin bastón por breves períodos, e) fue capaz de girar en su cama como antes de su enfermedad, f) se pudo inclinar hacia adelante para jugar con sus gatos, g) en general parecía que sus perspectivas y su moral habían mejorado. Se realizaron ocho sesiones más para reforzar las ganancias terapéuticas. En un seguimiento de seis meses se encontró que su problema de ansiedad continuaba mejorando con las tareas en casa, pudo moverse con mayor libertad, se fue de vacaciones y se sintió libre de su enfermedad, caminaba con más frecuencia sin usar el bastón. En un segundo seguimiento a los 15 meses reportó que ya no usaba el bastón, subía a camiones y al metro, se podía doblar hacia arriba y hacia abajo con poca dificultad. Su vida social también mejoró mucho en éste período. Grault (1981).

4.5.2. ENURESIS:

El orinarse en la cama no se considera como anormal cuando se ha detectado alguna enfermedad del tracto urinario o cuando el niño no pasa de los cinco años de edad. Por consiguiente se define la enuresis como la conducta de orinar la cama o la ropa (el deficiente control del esfínter de la vejiga urinaria) cuando no existe enfermedad demostrable del tracto urinario y el sujeto tiene más de cinco años de edad. Se puede dividir la enuresis nocturna en dos categorías, la primera y la inicial; la "enuresis nocturna primaria" se define como la enuresis nocturna en niños mayores de cinco años quienes siempre han mojado la cama; la "enuresis nocturna inicial" se define como la enuresis nocturna en sujetos que por más de un año no han mojado la cama y entonces empiezan a mojarla (Olness, 1975).

Las características emocionales y conductuales del enurético no están bien definidas, sin embargo las perturbaciones emocionales pueden hacer aparecer el problema. La ansiedad puede alterar la frecuencia y distribución del vaciado de la vejiga. También se ha visto que los enuréticos parecen tener una capacidad funcional de la vejiga más pequeña que quienes no mojan la cama. En ocasiones se ha encontrado asociada la enuresis con alguna alergia (Olness, 1975).

Olness (1975) presentó una investigación sobre enuresis usando a 40 pacientes, 20 del sexo masculino y 20 del femenino dentro de un rango de edad de cuatro y medio años a 16 años, 20 presentaban enuresis primaria y 20 enuresis inicial.

Se les dijo a los padres y a los niños que aprenderían un método para autocurarse, entonces se les explicó la autohipnosis. Se le enseñó la hipnosis con el método de la moneda enseñandoles la autohipnosis por el mismo procedimiento. En éste estado se le preguntó si le gustaba que sus camas estuvieran secas, si la respuesta era afirmativa se les decía; "cuando realices al acostarte el truco de la moneda (te induzca la hipnosis) te dirás que cuando necesites orinar te levantarás por tí misma, irás al baño, orinarás y regresarás a tu cama seca y agradable, al regresar a tu cama dormirás mientras piensas que si necesitas orinar otra vez te levantarás, orinarás en el baño y cuando regreses a dormir te sentirás muy feliz". Al sujeto se le pidió que se indujera todas las noches como se le había indicado. A los padres se les pidió que no les recordaran que debían usar el truco, ni les hicieran comentarios acerca de si la cama estaba seca o mojada. Después de que aprendieron la autohipnosis se realizó un seguimiento de seis a 23 meses en el que se observó que de los 40 sujetos, 31 fueron curados, seis mejoraron (mojaban la cama una vez o menos por semana) y tres no mejoraron. Las razones por las que no mejoraron estos tres sujetos fueron que el primero obtenía una ganancia secundaria significativa, el segundo tuvo dificultades para aprender la técnica de la moneda y no practicó en casa, y el tercero había sido sometido a una intervención quirúrgica del tracto urinario. Se concluye que la técnica hipnótica es muy útil en el tratamiento de la enuresis.

4.5.3. SONAMBULISMO:

La literatura científica discute si la causa del caminar dormido se debe principalmente a causas psicógenas o tiene algún correlato con enfermedades orgánicas como la epilepsia y las infecciones. Los laboratorios de sueño parece que no se han dedicado a estudiar directamente el problema. El sonambulismo es más común en los niños que en el adolescentes y probablemente no deba considerarse como evidencia de serias perturbaciones emocionales. En la madurez casi todos los sonámbulos de niñez han perdido los síntomas. En las historias clínicas de los sonámbulos se puede encontrar que otros miembros de la familia han padecido o padecen sonambulismo tanto de adultos como de niños, hablan dormidos y el síntoma se incrementa en situaciones de stres, también se ha relacionado el sonambulismo con la enuresis. (Reid, Ahmed y Levie, 1981).

Los tratamientos son el farmacológico y el psicológico. El tratamiento farmacológico del sonambulismo mantiene dos categorías, la primera cuando el problema tiene alguna relación con un fenómeno ictal (manifestaciones sensoriales antes de una crisis convulsiva) se ha tratado algunas veces exitosamente con anticonvulsivantes, la segunda aproximación considera que el sonambulismo se presenta en la fase del sueño no MOR (movimientos

culares rápidos). Sin embargo al parecer no hay estudios publicados que sostengan las teorías para el tratamiento farmacológico. La aproximación psicológica con la que se ha intentado auxiliar a los sonámbulos y que han tenido éxito en algunas medidas son la teoría del aprendizaje y la hipnosis (Reid Ahmed y Levie, 1981).

Reid, Ahmed y Levie (1981) reportaron el estudio de 11 sujetos asignados a dos grupos; el de "hipnosis activa" formado por siete pacientes y el segundo denominado de "hipnosis sugestiva". Al primer grupo se le dió la siguiente sugestión activa; su sonambulismo es una clase de trance como el que experimenta en este momento ... cuando sus pies estén en el piso inmediatamente estará alerta y despierto, no importa que tan profundo sea su sueño, no podrá permanecer en trances, no podrá permanecer dormido en el momento que sus pies toquen el piso. En cada sesión se practicaba la sugestión poniendo los pies del paciente y despertado por sí sólo rápidamente. El tratamiento duró seis sesiones y en cada una se repitió el procedimiento.

Al segundo grupo se le dió ésta sugestión, cualquiera que sea la causa de su sonambulismo su necesidad ha pasado, ahora puede dejarlo, puede visualizarlo alejándose de usted. A éste grupo se asignaron cuatro sujetos. Los siete sujetos del grupo "hipnosis activa" mejoraron, cinco quedaron libres del problema y dos mejoraron en alguna medida. De los cuatro del grupo "sugestión", dos quedaron libres de síntomas y en los dos restantes no se dió ningún cambio.

Por tanto de un total de siete sujetos con el tratamiento hipnótico (aunque una modalidad fue un tanto errónea) siete quedaron libres de síntomas, dos mejoraron y dos no cambiaron. El seguimiento de un año confirmó los resultados positivos del tratamiento; todos los sujetos mantuvieron las ganancias terapéuticas.

4.5.4. INSOMNIO:

El dormir es un acto cotidiano y universal del que tanto los psicólogos como los fisiólogos aun desconocen mucho. El dormir es una función básica que si es interrumpida por períodos prolongados y continuos provoca alteraciones del sistema nervioso central relacionadas con la mente y la conducta (Guyton, 1977, pp. 738, 740). La falta del dormir puede provocar cuadros psicóticos e incluso los insomnes se vuelven muy agresivos y cuando han permanecido una stress semanas sin dormir mueren de un paro cardiaco (informe presentado en el Congreso de Neurofisiología Clínica en el Hospital General de la S.S.A. en Agosto de 1983). La muerte no sólo acontece en los animales a causa del insomnio, en EUA mueren en accidentes automovilísticos unas

50 mil personas, de estos una gran parte fueron consecuencia -- directa de la pérdida del sueño. Las consecuencias inmediatas -- del insomnio son, fatiga, distracción, conducta irregular y -- juicio deficiente, pero muchas manifestaciones del insomnio -- pueden manifestarse mucho más tarde (Luce y Sege, 1971). Un -- ejemplo de los trastornos a corto plazo de la falta de dormir se -- observó en 1959 en un maratón radiofónico, el locutor anunció -- que para promover un disco transmitiría ininterrumpidamente -- durante 200 hrs. Se reunió un equipo de científicos para observar -- al locutor, se aplicaban exámenes médicos y psicológicos; -- después de 50 hrs., sin dormir empezó a experimentar alteraciones -- perceptuales, veía telarañas y manchas donde no existían, a -- las 110 hrs. de transmisión las alucinaciones fueron más -- acentuadas veía las cosas saltaban, que estaban hechas de -- gusanos, veía que llamas y a seres extraños. El último día -- de transmisión salió corriendo desnudo pensaba que le iban -- a enterrar vivo, estaba desorientado y en ocasiones no -- sabía donde estaba. Durmió durante 13 hrs. regresando -- al mundo real sin embargo durante unos meses sufrió una -- depresión prolongada. En un estudio con soldados después -- de 90 horas sin dormir, alucinaban, confundían sus -- pensamientos con la realidad extrema, sus estados de ánimo -- cambiaban volviéndose deprimidos irritables y hostiles. -- Se ha notado que después de 30 horas sin dormir la -- percepción empieza a perturbarse, la vista empieza a -- engañar, la ficción se hace con fusa, parece que los -- objetos se disparan y a medida que pasa el tiempo -- aparecen alucinaciones y perturbaciones mentales (Luce -- y Segel, 1971, p. 5).

La aproximación de tratamiento son la farmacología y -- la psicología entre las que se encuentran la terapia -- conductual la retroalimentación biológica y la hipnosis. -- La autora Combs-Lazarus (1976) considera que la mejor -- forma de manejar el insomnio es a través del -- tratamiento psicoterapéutico debido a los peligros -- que trae consigo el fármaco como la dependencia y -- su posible uso para intentar suicidarse, además en -- los casos de insomnio crónico está entredicho el -- que ayuda a resolver el problema.

La hipnosis se ha aplicado tradicionalmente al -- insomnio con buenos resultados. Por ejemplo Bauer -- y McCarne (1980) a través de dos casos clínicos -- muestran la efectividad de la técnica.

Caso a). Fue una mujer de 45 años de edad casada, -- con dos hijos ama de casa, empleada parte del -- tiempo como secretaria. No tenía ningún otro -- problema más que un insomnio severo y crónico, -- los trastornos en el sueño comenzaron a sus 20 -- años. Reportó dormir de tres a seis horas por -- la noche siendo un sueño inquieto. Fue referida -- por su médico. Cada vez se hacía más dependiente -- del medicamento.

Caso b). Mujer soltera de 27 años de edad quien traba jaba como cajera reportó padecer perturbaciones del sueño desde los 17 años. Las perturbaciones se hacían cada vez más severas, reportó dormir de dos a cuatro horas por noche y una o dos noches por semana no podía dormir en toda la noche. En tres ocasiones se sometió a tratamiento psiquiátrico para su insomnio; pero su condición nunca mejoró. En el momento del estudio tomaba medicación prescrita por su médico; pero los efectos eran mínimos.

El tratamiento para los dos pacientes fue el mismo; en la primera sesión se hizo una evaluación psicológica y una historia de insomnio. Se le dijo que si seguía las instrucciones al pie de la letra bastaría con la siguiente sesión para encontrar una solución a su problema. Se les pidió que monitorearan el número de horas que dormían cada noche durante una semana, entonces se realizó la sesión hipnótica. En el automonitoreo se encontró que la mujer del caso "a" durmió un promedio de 4.6 horas por noche, mientras la del caso "b" durmió un promedio de 3.8 horas por noche. Fueron hipnotizadas usando un método de inducción por relajación logrando un trance medio, se les dijo que se imaginaran frente a un pizarrón con un pedazo de gis y un borrador, entonces deberían dibujar un círculo y escribir dentro del círculo el número 100, una vez hecho esto tomarían el borrador colocándolo en el centro del círculo y empezaría a borrar el número lentamente con un movimiento circular en el sentido de las manecillas del reloj, teniendo mucho cuidado de no borrar el borde del círculo, entonces escribirían en letra de molde a la derecha del círculo las palabras "dormir profundamente". A continuación escribirían el número 99, lo borrarían como se les indicó previamente y con mucho cuidado escribirían sobre las palabras "dormir profundamente" asegurándose de no hacer líneas dobles. Este procedimiento se continuaría restando un número cada vez hasta que se durmieran. Se les dijo que esa misma noche usarían el procedimiento de inducción usado en el consultorio y se autoinducirían la hipnosis desarrollando a continuación el método de los números en el pizarrón. Deberían proceder a un paso cómodo usando imágenes vívidas. En estado consciente se repasó todo el procedimiento para aclarar cualquier duda.

Después de dos semanas se les tomaron reportes de su estado declarado logros muy positivos. La mujer del caso "a" reportó que durante las tres primeras noches tuvo dificultades había sido capaz de dormirse en unos minutos y poder dormir (sin ninguna molestia) perfectamente durante ocho horas. La mujer del caso "b" estaba emocionada con la técnica; desde la primera noche pudo dormirse inmediatamente durante al menos seis horas por noche.

Ambas mujeres continuaron la medicación. Durante un año de seguimiento en los dos casos se mantuvieron patrones de sueño inalterables.

4.5.5. TARTAMUDEZ:

La tartamudez implica titubeo, bloqueo en la pronunciación de palabras sonidos, y sílabas y repeticiones involuntarias que duran hasta varios minutos, casi siempre tienen un componente psicógeno (Chusid, 1980). La teoría psicoanalítica considera el tartamudeo como un indicativo de conflicto o de perturbación de la personalidad. Debe considerarse la tartamudez como una neurosis de conversión pregenital en la que la función del habla misma representa un impulso instintivo objetal; la tartamudez revela un universo sádico anal de deseos como base del sistema, hablar quiere decir la expresión de palabras obscenas, anales y un acto agresivo dirigido contra el que escucha. La expulsión y retención de palabras significa la expulsión y retención de heces. La retención de palabras como la de heces, puede ser una reaseguración contra una posible pérdida o una actividad autoerótica. La tartamudez puede representar el deseo de lesionar a la persona con quien se está hablando y por tanto puede considerarse como una agresión desplazada. Por otro lado la teoría conductual se aproxima a la explicación del fenómeno por tres caminos; a) se le considera como un efecto en el control de recalimentación del habla la que se espera en una milésima de segundo, b) como un defecto adquirido con base en los principios del aprendizaje, por ejemplo cuando un niño empieza a hablar su fluidez no es del todo eficiente entonces los padres intentan corregirlo repitiéndole o haciéndole repetir, ante esta situación el niño se angustia, bajo estas circunstancias el sujeto aprende a responder con ansiedad ante un estímulo produciéndose así la tartamudez, en éste caso la secuencia es $E \rightarrow R$ (ansiedad) $\rightarrow R_2$ (tartamudez), c) con una operante, bajo esta situación intenta explicarse que el tartamudeo se reforza porque presede inmediatamente a un evento reformante que en éste caso es proceder con la palabra siguiente, en éste caso el paradigma sería $R \rightarrow E$ (Yates, 1980).

Las aproximaciones de tratamiento que se han empleado para ayudar al tartamudeo ha sido la médica usando tranquilizantes o intervenciones quirúrgicas como la sección de nervios y músculos. La aproximación psicológica ha empleado la psicoterapia de grupo, la terapia de juego, el psicoanálisis, la terapia conductual y la hipnosis; pero casi siempre los resultados son muy pocos (Yates, 1980). La tartamudez es uno de los problemas más resistentes ante cualquier tipo de tratamientos, incluyendo tanto a las aproximaciones psicológicas como médicas (Yates 1980; Dempsey y Granich, 1978).

Generalmente se ha usado la hipnoterapia en la tartamudez a través de la regresión de la edad, facilitando la catarsis para y produciendo el insight. En estado hipnótico se buscan las causas del síntoma y a través de la sugestión se hace

conciente al paciente de los conflictos que provocan su problema, sin embargo los resultados han sido inconsistentes. Más recientemente los terapeutas conductuales han usado los métodos hipnóticos en taramudos obtenidos buenos resultados, por ejemplo Erickson usó ejercicios verbales y sugerencias hipnóticas basados en principios conductuales (Dempsey y Granich, 1978).

Dempsey y Granich (1978), usaron la hipnoterapia conductual en un paciente de 41 años que se hizo tartamudo súbitamente después de una explosión en la que perdió la conciencia durante la guerra de Corea en 1952. Después de recobrar la conciencia empezó su tartamudez habiéndola padecido durante 19 años. El examen médico-neurológico no reveló ninguna dificultad orgánica. Fue sometido a terapia del lenguaje la cual fue ligeramente benéfica pero los pocos resultados desaparecieron. Así fue sometido al servicio de psicología. En la primera entrevista se veía rígido y desesperado al intentar controlar su habla resultando paradójicamente una mayor dificultad verbal. Un examen de personalidad reveló una gran represión y hostilidad hacia sus padres y hermanos. Por medio de la fijación de la vista, se indujo la hipnosis. Bajo hipnosis no sólo podía hablar más fluidamente si no que no mostraba perturbación alguna. En la exploración hipnótica se encontró que se sentía rechazado por su madre y hermanos confirmando la observación de su pobre estima y autoimagen, acompañada de sentimientos de inferioridad. También se encontró que tenía la necesidad de controlar su medio ambiente. Durante este período de exploración hipnótica del conflicto se produjo una reducción significativa de los síntomas. Debido a la típica resistencia de la tartamudez se usaron junto con la hipnosis, técnicas conductuales directivas; se le pidió que se mirara en un espejo y tartamudeara por varios períodos de tiempo, el tiempo que debía tartamudear se fue disminuyendo gradualmente. La tarea sirvió para diluir la ansiedad asociada con la falta de fluidez, segundo para hacerle notar que sí podía producir el tartamudeo a voluntad, entonces también podía inhibirlo. Es decir el paciente reconocía que tenía control sobre su síntoma y podía atacar los trastornos en la fluidez. Así también se producía un insight activo del problema. Bajo hipnosis se le hizo hablar de diferentes normas y con diferentes acentos, como si fuera inglés, de nueva Jersey o un Cómic. El tratamiento duró cuatro meses.

Después de la primera sesión de hipnoterapia el paciente comentó: "durante 19 años no pude hacer nada por mi problema, después de la hipnoterapia me di cuenta que no todo estaba perdido". Al término del tratamiento el paciente reportó que su ansiedad había bajado, estaba más relajado y seguro en su habilidad para hablar fluidamente. Antes de empezar el tratamiento se tomó una línea base de los parámetros de tartamudeo con respecto a tres dimensiones; a) número de palabras por minuto, b) duración del bloqueo, c) repetición de palabras. Des-

pués del tratamiento la hipnoterapia conductual fue exitosa produciendo una gran mejoría significativa estadísticamente a través de las tres dimensiones de tartamudez. En las visitas periódicas del paciente a la clínica se observó que las mejoras obtenidas en el tratamiento se mantuvieron.

4.5.6. DEPRESION:

Todos en algún momento de nuestra vida hemos padecido de depresión, en los que nos sentimos sin ganas de hacer nada, tristes, etc; en ocasiones con un motivo justificado y en otras sin percibir exactamente que nos tiene así. El problema, lo patológico comienza cuando ese estado afectivo es tan severo que se presenta por períodos prolongados y que es tan fuerte que perturba nuestras funciones cotidianas, que no permite el disfrute de la vida, que nos hace sentir tan mal que llega a perturbar nuestras funciones cognitivas y en sus últimas consecuencias puede llevarnos a una desesperación, a una desorganización tal que no deseamos vivir y deseamos incluso la muerte.

Los estados depresivos desorganizan toda nuestra economía tanto biológica como mental. Algunos de los síntomas de la depresión son insomnio o hipersomnio, aumento o disminución de peso, aumento o disminución del apetito, aumento o disminución psicomotora, disminución del interés del placer o de la actividad sexual, pérdida de energía, fatiga, sentimientos de inutilidad y autoreproches (Núñez, 1985).

Uno de los síntomas característicos de la depresión es la pérdida de la autoestima que resulta de la pérdida real o imaginaria de posición, una función, una incapacidad o de un afecto. Al desengaño, la decepción, la disminución de la autoestima los acompaña una cantidad de ira o de agresión, esta ira no es aceptada por el super yo, entonces se convierte en auto-agresión. La autoagresión, es otro de los síntomas principales de la depresión (Bellak y Small, 1982).

Las aproximaciones de tratamiento para la depresión son la psicoterapia Breve de orientación analítica o la cognitiva como la terapia racional emotiva, la hipnosis, el tratamiento farmacológico y la terapia electroconvulsiva. Bellak y Small (1982) afirman que los antidepresivos y la hospitalización deben usarse para prevenir el suicidio; pero que la piedra angular es el tratamiento psicoterapéutico, también afirman que las partes fundamentales son el fortalecimiento del yo que aumentará la autoestima, la reversión de la integración por medio de la catarsis y el apoyo.

El tratamiento hipnótico comúnmente se sienta en las bases descritas por Bellak y Small, En la hipnosis se usan las técnicas de fortalecimiento del yo, la regresión de la edad y

la sugestión para aumentar la autoestima, favorecer la catarsis y fortalecer la confianza y seguridad brindada por el terapeuta.

Sexton Maddock (1979) presentan dos casos de depresión tratados con una técnica de regresión en la edad y progresión en la edad. La técnica de la progresión a través de la imaginación guiada orienta al paciente hacia un mejor futuro.

El primer caso presenta a una mujer de 34 años de edad casada, de raza blanca que presentaba una depresión con características histéricas. A los cinco años de edad perdió a su madre por tuberculosis después de una prolongada enfermedad con grandes períodos de hospitalización que las separaban. Poco después de la muerte de su madre fue a vivir con su tía, donde varios de sus primos mayores que ella tuvieron relaciones sexuales con ella. Cuando tenía ocho ó nueve años de edad. Cuando su madre agonizaba le había prometido que "pronto se reuniría con ella", pero al iniciarse en relaciones sexuales promiscuas sintió que nunca tendría la oportunidad de cumplir su promesa. Se procedió con la regresión en la edad hasta el momento de la muerte de la madre y el inicio de las experiencias sexuales, explorando y produciendo catarsis de los conflictos. En donde la hipnosis fue el medio por el cual se llegó a la solución del problema. Entonces se realizó la progresión de la edad conduciéndola hasta el cielo donde mantuvo una conversación con Dios y con su mamá, se le perdonó y se le otorgó el regalo de la vida eterna. Esta sesión dio como resultado una rápida disminución de la depresión, dejándolo el intento de suicidio y aminorándose también sus problemas somáticos.

El segundo caso que presentan es el de una mujer de 55 años deprimida que se había casado hacia unos dos años pero nunca se había recuperado de la muerte de su primer esposo, con el que había estado casada 30 años. En la regresión a la edad se puso a la paciente en el momento de la hospitalización de su esposo, poco antes de su muerte y se encontró que en la tarde, precisamente poco antes de que muriera ofreció una oración en la que pedía a Dios que le aliviara de su sufrimiento. En su mente empezaron a rondar dos pensamientos; le parecía que ella era quien estaba sufriendo por cuidar a su esposo y que constantemente está resando, por consiguiente era ella quien quería descansar y sus resos eran responsables de su muerte. Entonces la labor terapéutica se enfocó en quitarle la culpa que sentía por la muerte de su esposo. En la progresión en la edad entró en el cielo en el que veía a su esposo en perfecto estado físico, completamente aliviado y como lo recordaba cuando gozaba de buena salud. Así pudo reinterpretar sus oraciones, sólo que sería aliviar su sufrimiento y de ninguna manera apresurar su muerte. De ésta manera se despejó rápidamente la depresión y cuando se le entrevistó dos semanas más tarde estaba funcionando normalmente, trabajando en su jardín y reanudó relaciones se-

sexuales con su nuevo esposo.

Sexton y Maddeck (1979) concluyen que con éste método (regresión a la edad e introducción dentro del cielo), el estatus clínico de los pacientes se altera dramáticamente, el deseo de suicidio se abandona proporcionando un mejor ambiente para proseguir el trabajo terapéutico, las funciones sexuales se restablecen y mejoran.

4.6. COMENTARIO FINAL.

Además de las aplicaciones de la hipnosis a los problemas ya mencionados también se ha aplicado con éxito el tratamiento de la succión del pulgar, el comerse las uñas, en problemas maritales, el de bruxismo en la hemofilia, la colitis, la úlcera péptica, la hipertensión, transtornos menstruales, en problemas de aprendizaje y en la psicosis. También se ha aplicado a problemas jurídicos como en los casos de testigos que bajo hipnosis recuerdan la descripción de una persona, una situación o el número de la placa de un automóvil. Por otro lado -- quién no se ha enterado de sus aplicaciones al deporte para -- lograr en el deportista una mayor seguridad tranquilidad y concentración para ayudarlo a poner en juego el máximo de sus capacidades.

CONCLUSION

Desde la "prehistoria" de la hipnosis es claro que esta siempre estuvo vinculada a' quehacer clínico así como también a la investigación científica desde que el hombre propositivamente se dedicó a ese menester. Como es característico del proceso científico la hipnosis ha pasado lentamente por el sendero de la observación cayendo y volviendo a levantarse ante la rigurosidad de la investigación. Aquel intento del saber siguió dando fuerza a los investigadores para indignar más, así apareciendo la escuela de Nancy y la de Salpêtrière. La primera de estas explicaba a la hipnosis como un fenómeno causado -- por procesos mentales normales y la segunda atribuye el fenómeno a causas más fisiológico-orgánicas anormales; aunque como ya se dijo anteriormente, esta teoría era totalmente errónea. Sin embargo estas posiciones con respecto a procesos mentales y fisiológicos-orgánicos siguen manteniéndose y constituyen el punto de partida para entender la hipnosis. En la primera comisión de 1784, en la que participó entre otros Benjamín Franklin, se encontró que realmente no existía una fuerza física en aquel fenómeno, que no existía tal magnetismo; pero que sin embargo -- aquello era producido por procesos de la imaginación y el pensamiento. Otros también dijeron que desde un punto de vista curativo el fenómeno era peligroso. Lo interesante de estas declaraciones es que dejan ver que existe algo más que un fenómeno psíquico en los procesos de salud-enfermedad, entonces se empezaba a hablar de una medicina de la imaginación, una medicina psicológica. Era muy difícil para los científicos de entonces aceptar que a través de los procesos mentales se pudieran desencadenar síntomas y enfermedades y aún más difícil era admitir -- que esos procesos también pudieran curar o aliviar en alguna medida las dolencias de una persona. Otras comisiones posteriores --

res encontraron que aunque no existía un fenómeno físico, (un fluido magnético) si ocurrían otros fenómenos y que por lo tanto la hipnosis era una realidad. El estatus de la hipnosis en ocasiones era muy elevado y en otras caía por los sueldos debido a declaraciones oficiales y malas publicidades en los espectáculos públicos. Aparicieron innumerables figuras que cambiaron los panoramas como Braid, Libeaut, Freud, Paylov y posteriormente Hul, quienes a su manera intentaron descubrir los procesos suscitados en la hipnosis, pero no sólo la investigaron sino que la ampliaron en su práctica clínica.

Hilgar (1965) realizó un resumen de las características descriptivas del estado hipnótico que explican más claramente que muchas definiciones lo que es la hipnosis. En ésta se pueden observar: una disminución de la función de la planeación, una redistribución de la atención, una disponibilidad de recuerdos visuales del pasado, el aumento de la habilidad para producir fantasías, una reducción del examen de la realidad y tolerancia a la distorsión de la realidad, un incremento de la sugestibilidad, un rol conductual, amnesia de lo sucedido durante el estado hipnótico.

Los testimonios de la investigación de más de 150 años confirman el proceso hipnótico a pesar de las dificultades de su definición. Desde un punto de vista personal podríamos definir a la hipnosis como una técnica psicológica aplicable a la clínica y a la experimentación que consiste en el manejo de las percepciones, la atención, las sensaciones, la imaginación y las emociones, así como el manejo de la dinámica de la personalidad para producir un estado alterado de la conciencia donde al individuo es capaz de percibir y/o alterar sus sensaciones y procesos fisiológicos cognitivos que en el estado normal de conciencia le son difíciles o imposibles de percibir y alterar. Espero que lo escrito aquí sea claro para describirlo, o al me-

nos dar una idea somera del proceso.

En la primera y segunda guerra mundial la hipnosis toma auge por su eficiencia clínica en el tratamiento de la neurosis de guerra y en la década de los sesentas es recomendada su enseñanza en las escuelas de Medicina, como lo menciona Gorsky (1981) pues éste tiene grandes alcances en proceso preoperatorios y postoperatorios de pacientes. Este es un indicador del estatus actual de la hipnosis; pero tal vez habría quien digese que las consideraciones históricas y su práctica clínica hasta la década de los sesentas no sería un indicador muy fidedigno de la posición actual de la hipnosis ya que tal vez sus aspectos teóricos fueron pobres. Aquí se demostró también que de una u otra forma la hipnosis posee una gran riqueza teórica. Este es un fenómeno el cual es explicado dentro de diferentes contextos, desde posiciones que tienden al psicoanálisis, enfoques conductuales hasta teorías fisiológicas como la Pavloviana.

Los encuadres teóricos de la hipnosis están representados en un amplio campo de las teorías psicológicas y esto no es nada extraño pues como Milton Erickson lo señaló la mayoría de los enfoques terapéuticos tienen su origen en ésta técnica, las técnicas de condicionamiento desde Thorndike hasta Skinner derivas de Pavlov quien estaba totalmente inmiscuido en la hipnosis y lo mismo sucedió con Freud y su técnica, de tal manera que frecuentemente se encuentran similitudes en lo que se hace con hipnosis y otras aproximaciones. Desde el punto de vista teórico y práctico la hipnosis está muy relacionada con otras formas de psicoterapia, aún la Retroalimentación Biológica (R.A.B.) que aparentemente se vería distante; por ejemplo algunos estudios sobre el control de la temperatura con R.A.B surgieron a consecuencia del control obtenido mediante la hipnosis. Por otro lado la hipnosis cuenta con una amplia gama de técnicas de inducción profundización y procedimientos de tratamiento.

El uso de la hipnosis en la psicoterapia tiene grandes ventajas como la de fomentar una imaginación vívida, mejorar el rapport con el terapeuta, favorecer un estado de relajación, motivar al sujeto, darle mayor autocontrol, etc. La bondad de la hipnosis dentro de un tratamiento más global resulta clara y su integración con la teoría del aprendizaje y la modificación conductual traerá enormes ventajas como una conceptualización más clara y un tratamiento más ventajoso para diversos males (Sacerdote 1972).

Los resultados de las aplicaciones clínicas de la hipnosis reportados en revistas de investigación y en la literatura en general son bastante estimulantes. Los resultados de la aplicación clínica de la hipnosis no son tan satisfactorios como se deseara en el tabaquismo, alcoholismo y obesidad sin embargo estos son problemas muy difíciles de tratar desde cualquier aproximación terapéutica y los resultados de la hipnosis son comparables a los de otras aproximaciones aunque en algunos casos se han reportado logros bastante positivos. Particularmente conozco el caso de un adolescente alcohólico tratado con hipnosis, que al menos hasta la fecha se ha mantenido libre del problema. Por lo que respecta a trastornos como la enuresis, el sonambulismo, la depresión, las fobias, la ictioris y las ce-faleas entre otros, ésta ha demostrado resultados bastante buenos. Frecuentemente ha sido mejor alternativa de tratamiento o ha representado una parte fundamental para el bienestar del paciente como el caso del Lupus Eritematoso o en los conmovedores ejemplos de la hipnosis en la ayuda de pacientes cancerosos mostrados por Erickson. Como la retroalimentación biológica una de las áreas de aplicación de la hipnosis donde sus resultados son bastante estimulantes es en las enfermedades de origen orgánico y en el ambiente hospitalario.

Actualmente la terapia breve está de "moda" por sus --

aplicaciones positivas. La hipnoterapia es una técnica que puede considerarse como breve y que presenta más ventajas que el psicoanálisis en términos de tiempo, costo y por tanto de accesibilidad a la población de nuestro país.

También es necesario aclarar que por ningún motivo se caiga en la tentación de creer que por sí sola la hipnosis resolverá todos los problemas o será una panacea. La hipnosis en ocasiones es la técnica de tratamiento principal y en otras se integra como elemento auxiliar.

La hipnosis es un fenómeno y una técnica la cual constantemente se está investigando y llevando a la práctica clínica en países como los Estados Unidos, Australia y Canadá entre otros del primer mundo.

Para finalizar se podría decir que la hipnosis mantiene un buen estatus con respecto a las otras psicoterapias y los reportes de investigaciones muestran resultados bastante buenos por lo que se afirma que la hipnosis es una herramienta terapéutica de suma importancia en el desempeño clínico del psicólogo. Aunque la literatura especializada en el tratamiento hipnoterapéutico de desórdenes psicósomáticos y somáticos se encuentran formados en su mayoría por descripciones de casos, que si bien son útiles ya que permiten el conocimiento de diversas técnicas aplicadas a casos concretos: no permiten inferencias estadísticas, ni el control de algunas variables relevantes. Lo anterior conduce a un llamado para que las futuras investigaciones se realicen con una metodología más adecuada, que posibilite una terminología más clara y el asilamiento de las variables significativas para la eficacia del tratamiento, todo esto permitirá que los procedimientos se adecuen con precisión a diversos elementos particulares de los pacientes y del contexto terapéutico en que se empleen.

BIBLIOGRAFIA

CAPITULO I.

- Barratt. Fundamentos de los Métodos Psicológicos. México: Limusa, 1981, pp. 14, 6-152, 158.
- Blum G. Hypnosis in Psychodynamic Research. En Gordon J. Hand Book of Clinical And Experimental Hypnosis. New York: Macmillan, 1967.
- Bramwell. J. Milne. Hypnotism: Its History, Practice, and Theory. Third Edition Philadelphia: Lippincott, 1930.
- Darnot, R. Mesmerism and the End of the Enlightenment in France. Cambridge: Harvard University. 1968. pp. 16-40.
- Davison G. y Neale J. Psicología de la Conducta Anormal. México; Limusa, 1980, pp. 37-41
- Ellemberg, H.F. The Discovery of The Unconscious: The History and Evolution of Dynamic Psychiatry. New York: Basic Books, 1970.
- Frankel F y Zamansky. Hypnosis at its Bicentennial. New York: Plenum Press, 1978, pp. VII.
- Freud S. Obras Completas. Madrid; Biblioteca Nueva, 1981. Tomo I pps. 4-72.
- Gorsky B. y Gorsky S. Medical Hypnosis. New York: Medical Examination, 1981.
- Hartland J. La Hipnosis en Medicina y Odontología. México: CECSA. 1974, 25-33.
- Hull C. Hypnosis and Suggestibility; an Experimental Approach. New York; Appleton-Century-Crofts, 1933.
- Kroger W. Hipnosis Clínica y Experimental. Buenos Aires: Glem, 1974, Tomo I, pps. 19-25.
- Montserrat L. Hipnotismo. México: Olimpia, 1978, pps. 9-52.
- Perry, C. The Abbé Faria: A Neglected Figure in The History of hypnosis. En: Frankel y Zamanshy. Hipnosis at Its Bicentennial. New York: Plenum Press, 1978, pp. 37.

- Zax M. y Cowen E. Psicopatología. México; Interamericana. - 1983. pps 33-34, 78-83.
- Sheehan P. y Perry C. Methodologies of Hypnosis: A Critical Appraisal of Contemporary Paradigms of Hypnosis. New York, -- Wiley, 1976.
- Spanos y Barber. Toward a Convergence in Hypnosis Research. - American Psychologist, 1974, 29, pp. 500-511.
- Weitz enhufer A. What did he (Bernheim) Say?. En: Frankel y - Zamansky- Hypnosis at its Bicentennial. New York: Plenum Press, 1978, pp. 47.
- Wolberg L. Medical Hypnosis. New York; Grune and Stratton, - 1984, pp. 1-19.
- Volgyesi F. La Hipnosis en el Hombre y en los Animales. Méxi co: CECSA, 1978, pps. 20-100.

CAPITULO II.

- Araos, L. The New hypnosis. Trabajo presentado en the 25o. -- Anual. Scientific Meeting. Am Soc. Clinical Hypnosis, Delver. 1982.
- Araos L. The Paradox of New Hypnosis. Trabajo presentado en - la The Anual Scientific Meeting of The American Society of -- Clinical Hypnosis. Dallas, 1983.
- Baker, L. Resistance in hypnotherapy of primitive States: Its Meaning and Management. The International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 1983, vol. 31? No. 2, 82-89.
- Botto, Fisher y Soucy. The Effect of a Good and Poor adn Hipno tic Suseptibility in a Low demane situation. Int. Journ. - - Lin. Hyp. 1977, Vol. 25, No. 3, 175-183.
- Brenman M. y Gill M. Hypnotherapy. New York; Wilay, 1961, 25-- 50.
- Berenice C. Hypnosis in Psychiatry and Psychosomatic Medicine. Academy of Psychosomatic Medicine, 1982, Vol. 23, No. 5, 523- 525.
- Bauer y McCanne. Autonomic and Central Nervus System Respon- ding; During Hypnosis and Simulation of hypnosis. Int Jour. - Clin. Exp. Hyp. 1980, Vol. 28, No. 2, 148-163.
- Bowers S. Listening With The Third Ear: on playing inattention efectively, En Hypnosis at is Bicentennial, 1982, 3-14.
- Cobos Z Hypnosis. Edamex. México, 1983.
- Cardeña y Penella, Hipnoterapia. Hipnoterapia en el tratamien to del Alcohólico y el Tabaquismo. Tesis UIA, 1980.
- Davison y Goleman. The rol of attention in mediation and hypno- sis: a psychobiological perspective in transformation of -- consciouness. The Int. Jour. Clin. Exp. Hyp. 1977, Vol. 25, No. 4, 241-308.
- Freud S. Tres ensayos para una teoría sexual. En Obras Comple- tas Biblioteca Nueva, 1981, 4o. Edición. Tomo III 1207-1209.
- Freud S. Prologo y notas al libro de Bernheim. En Obras Com- pletas. Biblioteca Nueva, 1981, 4o. Ed. Tomo II, 4-12.
- Freud S. Proyecto de una Psicología para neurólogos. En Obras Completas. 1981, Tomo I, 210-341.

- Fourie y Lifschitz. Hypnosis: Depth or with. Perceptum and Motors Skill. 1982, Vol. 54, 906.
- Gorsky y Gorsky. Medical Hypnosis. Medical Examination Publishing CO. New. York. 1981, 8, 1-17.
- Gibson B. The application of hypnotic Techniques to therapy; - Some problems of theory and practice. Brithis Journal of Medical Psychology. 1979, Vol. 52, 141-195.
- Frankel H. Short- term Psychotherapy and Mypnosis. Psychother. Psychosom. 1981, Vol. 35, 236-245.
- Gardner. Teaching self- Hypnosis to Children. The International Journal of Clinical and experimental Hupnosis. 1981. Vol. 29, No. 3, 282-299.
- Hoskovec, J. Acritical of the Pavlov theory of Hypnosis, En - Psychophysiological Mechanisms of Hypnosis. 1969.
- Hartland J. La hipnosis en Medicina y odontologia. CECSA, Méxi co. 1974, 149-156.
- Hilgard Hypnotic Susceptibility. Harcourt, Brace and World. - Inc Nex York, 1965, 1-21. 377-397.
- Hilgard E. States of Conscienciusness in Hypnosis: Divisions- cr Lévers?. En Hypnosis at is Bicentennial. 1978, 15-36.
- Kroger, W. Hipnosis clinica y experimental. Glem, 7o. Ed. Bue nos Aires, 1974, Vol. I. 51-62.
- Pettinati, M. measurin hypnotizability in psychotic patients.- The Int Jour. Clin Exp. Hyp. 1982, Vol. 30 No. 4, 404-466.
- Stevens J. The electro encaphalogram; human recordins. En --- Bioelectric. Recordin techniques. Thompson and Patterson (edi tores) 1974, 85-98.
- Query T. Family Zize, Birth orden and hupnotizability. Int. - Jour. Clin Exp. Hyp. 1981. Vol. 29, No. 2, 107-109.
- Sheehan W. Factors influencing rapport in hypnosis. Journal - of abnormal Psychology. 1980, Vol. 89, No. 2 263-281.

CAPITULO III

- Araoz, D. The New Hypnosis. Brunne And Masel. New York, 1984.
- Diamont, M. Hypnotizability is modifiable: An alternative -- approach. Int. Journ. Clin. Exp. Hyp. 1977, Vol. XXV, No. 3, - 147-166.
- Erickson, M. Patterns Of The Hypnotic Techniques Of Milton -- Erickson. Meta Publication. USA. 1975.
- Gardner. Teaching Self-Hypnosis To Children. Int. Journ. Clin. Exp. Hyp. 1981, Vol. XXIX, No. 3, 300-312.
- Haley, J. Terapia No Convencional. Paidos. Buenos Aires, 1977.
- Hartlan, J. La Hipnosis en Medicina y Odontología, CECSA, Mé- xico, 1974.
- Havens, R. Using Modaling and Information to Modify Hipnotiza bility. Int. Journ. Clin. Exp. Hyp. 1977, Vol. XXV, No. 3. - 167-174.
- Gorsky. Introduction to Medical Hypnosis. Medical Examination Co. New York, 1981.
- Kroger. Hipnosis Clinica y Experimental. Glem. Buenos Aires, 1974.
- Matheson, G. A Rapid Induction Techique. Amer. Journ. Clin. - Hyp. 1979, Vol. XXI, No. 4, 297-299.
- Olness, K. The Use of Self-Hypnosis in the Treatment of Chil- dhood Nocturnal Enuresis. Clinical Pediatrics. 1975, Vol. XIV, No. 3, 273-279.
- Pelletier, A. Three Types of Guided Imagery in Hypnosis. 1978, Trabajo presentado en la reunión anual de la ASCH.
- Sacerdote, P Teaching Self-Hypnosis to Adults. Int. Jorun. -- Clin. Exp. Hyp. 1981, Vol. XXIX, No. 3, 282-299.
- Teitelbaum, M. Hypnosis Induction Technics. Charles Thomas. - USA. Illinois, 1978.
- Volgyesi, F. La Hipnosis en el Hombre y en los Animales. - - CECSA. México, 1978.
- Wolberg, L. Medical Hypnosis. Grune adn Stratton, New York -- 1948.

CAPITULO IV.

- Araos. Hypnosis and sex therapy- sex Hypnotherapy,. Contemporary Psychology. 1980. Vol. 25, No. 12, 1010-1011.
- Araos. Hypnosex Therapy. American Journal of Clinical Hypnosis. 1983, Vol. 26, No. 1, 37-41.
- Araos. Negativa Self - Hypnosis. Journal of Contemporary Psychotherapy. 1981, Vol. 12, No. 1, 45-52.
- Bauer y MacCanne. An Hipnotic Technique for Treating Insomnia. Int. Journal Clinical Exp. Hypnotherapy. 1980. Vol. 28, No. 1. 1-5.
- Bellak y Small. Psicoterapia Breve y de Emergencia. Pax. Méx-1982. pp. 139-147.
- Barber. Hypnosis, Suggestion and Psychosomatic Phenomena. En-Healing Implications for Psychotherapy. 1978. pp. 269-292.
- Chusid. Neuroanatomía Correlativa. El Manual Moderno. Méx. - 1980. pp. 238.
- Davenport- Slack. A Comparative Evaluation of Obstetrical Hipnosis and Antenatal Childbirth Training. Int. Journ. Clin. -- Exp. Hyp. Vol. 23, No. 4, 266-281.
- Davis y Dawson. Hypnotherapy for Weight Control. Psychological Reports, 1980, Vol. 46, 31-314.
- De Piano y Salzberg. Clinical Application of Hypnosis To Three Psychosomatic Disorders. Psychological Bulletin. 1979, Vol. - 86, 1223-1235.
- Ewin. Clinical use of Hypnosis for Attenuation of Burn Depth. En Hypnosis at its Bicentennial. Frankel, Ed. Pennsylvania, -- 1976.
- Epstein. Hypnotherapeutic Control of Exhibitionism. Int. - -- Journ. Clin. Exp. Hyp. 1983. Vol. 31, No. 2, 63-66.
- Frankel F. Shor Term Psychotherapy and Hypnosis. Psychother - Psychosom. 1981. Vol. 35, 236-243.
- Fredericks. The Value of The Teaching Hypnosis in The Practice of The Anesthesiology. Int. Jour. Clin. Exp. 1980. Vol. -- 28, No. 1, 6-15.
- Freud. Un caso de Curación Hipnótica. En Obras Completas. Tomo I. Biblioteca Nueva. Madrid. 1981, pp. 22-29.

- Freud. Estudios sobre la histeria. En Obras Completas. Tomo I. Biblioteca Nueva: Madrid, 1981. pp. 39-168.
- Finkelstein. Re-establishment of Traumatically Disrupted Finger Flexor Function. Int. Jour. Clin. Exp. Hyp. 1982. Vol. 30, No. 1, 1-3.
- Gravitz. Non-Verbal Hypnotic Techniques in a Central Deaf -- Brain Damaged Patient. Int. Journ. Clin. Exp. Hyp. 1981, Vol. 29, No. 2, 110-116.
- Guyton. Tratado de Fisiología Médica. Interamericana. 1977, - pp. 572-583, 738-740. 1977.
- Haley J. Terapia no Convencional. Amorrortu. Buenos Aires, -- 1973.
- Hart. R. The Influence of a Taped Hypnotic Induction Treatment Procedure on The Recovery of Surgery Patients. Int. - - Journ. Clin. Exp. Hyp. Vol. 28, No. 4, 324-332.
- Kroger. Hipnosis Clínica y Experimental. Glem Buenos Aires, - Tomo III, 1974.
- Lansky. Possibility of Hypnosis As an Aid In Cancer Therapy. - Perspectives in Biology and Medicine. 1982. Vol. 25, No. 3.- 496-503.
- Lazarus. Multimodal Behavior S. Therapy. Springer Publishing. Company. New York. 137-142.
- Luce y Segel. El Insomnio. Siglo XXI, Méx. 1971, pp. 121-130.
- Mahoney y Mahoney. Control Permanente de Peso. Trillas. Méx.- 1981. pp. 15-23.
- Núñez R. Integración del Estudio Psicológico. Trillas Méx. -- 1985. pp. 70-71.
- Olness. The Use of Self Hypnosis in the Treatment of Childhood Nocturnal Enuresis. Clinical Pediatrics, 1975. Vol. 14, pp. - 273-279.
- Pelletier. Tree Types of Guided Imagery in Hypnosis. Trabajo presentado en la Reunión anual de la Asociación de Hipnosis - Clínica en Atlante. 1978.
- Pulver y Pulver. Hypnosis in Medical and Dental Practic. Int. Journ. Exp. Hyp. 1975, Vol. 23, No. 1, pp: 28-47.
- Polk. Treatment of Exhibitionism in a 38 Years-old Male by -

- Hypnotically Assisted Covert Sensitization. Int. Journ. Clin. Exp. Hyp. 1983. Vol. 31, No. 3, pp 132-138.
- Reid, Ahmed y Levie. Treatment of Sleepwalking. American Journ. of Psychotherapy. 1981, Vol. 35, No. 1, pp. 27-37.
- Schneck. Hypnotherapy for Pytalism. Int. Journ. Clin. Exp. Hyp. Vol. 25, No. 1 pp 1-3.
- Smith y Balan. A Multidimensional Approach To Pain Relief: Case report of a patient with systemic Lupus Erythematosus. Int. Journ. Clin. Exp. Hyp. Vol. 31, No. 2, pp. 72-81.
- Sexton y Maddock. Age Regression and Age Progression in Psychotic Neurotic Depression. American Journal of Clinical Hypnosis. 1979, Vol. 22, No. 1, pp. 37-41.
- U.N.A.M. Problemas del Alcoholismo. 1982.
- Surwit. Behavioral Approaches to Raynaud's Disease. Psychother Psychosom. 1981. Vol. 36, pp. 224-245.
- Volgyesi. F. La hipnosis en el Hombre y en los Animales. CECSA, 1978, pp. 121-258.
- Wadden y Anderton. The Clinical use of Hypnosis. Psychological Bulletin. 1982, Vol. 91, No. 2, pp. 215-243.
- Vox. Diccionario Manual de Medicina y Salud. Bibliograf. Barcelona. España. 1979.
- Wolberg L. Medical Hypnosis. New York, Grune and Statton, 1948.
- Yates. Retroalimentación de la Temperatura; control gastrointestinal y problemas relacionados. 1980, pp. 203-255.
- Depsey y Granich. Hypno-Behavioral Therapy in the Cse of a Traumatic Stutterer: Case study. Int. Jour. Clin. Exp. Hyp. 1978, Vol. 26, No. 3, 125-133.
- Cardaña y Penella. Hipnoterapia en el tratamiento del Alcoholismo y el tabaquismo. Tesis. U.I.A. 1980.
- Yates. Terapia del Comportamiento. Trillas, Méx. 1980. pp. 33 144.