



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

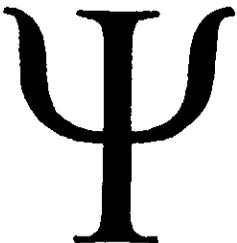
198
29.

FACULTAD DE PSICOLOGIA

USOS DE LOS FENOMENOS DEL TRANCE EN PSICOTERAPIA

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A N :
JOSE ALEJANDRO OLVERA GARCIA
MARIA DEL ROCIO OLIVARES DIAZ

DIRECTOR DE TESIS: LIC. PABLO VALDERRAMA ITURBE.



MEXICO, D. F.

265905

1998.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

AL LIC. PABLO VALDERRAMA ITURBE

Por su asesoría y dirección a la presente investigación; por su apoyo y confianza otorgado con la convicción de que lo hecho estuvo impregnado de profesionalismo y un gran entusiasmo por adquirir y desarrollar nuevos aprendizajes y conocimiento.

A NUESTROS SINODALES

Mtro. Alfonso Salgado Benítez
Dr. Benjamín Domínguez Trejo
Mtra. Ma. Asunción Valenzuela Cota
Lic. Celso Serra Padilla

Por sus valiosas aportaciones, desde las diversas líneas y enfoques en los que cada uno se desarrolla, contando así, con un invaluable enriquecimiento al presente trabajo.

A NUESTRA AMIGA

Colaboradora incondicional, Rocío Arronte Rosales, de quien recibimos comentarios y apoyo técnico a lo largo de la presente investigación pero sobre todo, por su amistad y ejemplo de entrega al trabajo.

AGRADECIMIENTOS

DEDICO ESTA TESIS

A MI HIJO L. ALE

Cuando tengas edad suficiente para leer esta tesis, podrás entender estas palabras entresacadas de un ensayo de Emerson sobre la confianza en uno mismo:

En este mundo es fácil vivir según las opiniones del mundo;
en la soledad es más fácil vivir según las propias opiniones,
pero admirable es aquel que en medio de la multitud
conserva dedicadamente la independencia de la soledad.

A MI MADRE TEO

Que ha pasado por las llamas de las duras circunstancias de la vida y ha salido de ellas purificada.

A LA MEMORIA DE MI PADRE JESUS OLVERA

Quien nunca confundió la posesión de bienes con la buena vida.

A LA MEMORIA DE MI HERMANO MARIO

Un hombre que se formó asimismo para el bienestar de los demás.

A MI AMIGA ROCIO ARRONTE

Porque ha sido una guía y apoyo en los momentos difíciles. Por su esfuerzo, colaboración, dedicación, aprecio y motivación.

A MIS HERMANOS

Héctor:

Quien me fortaleció con su apoyo y comprensión

José Luis:

Por su vitalidad e inquietud que lo ha llevado a explorar horizontes
inimaginables.

Roberto:

Por su tenacidad por triunfar.

Lilia:

Por brindarme su apoyo y cariño.

Jaime:

Hombre maduro que lleva un gran niño interno.

Jesús:

Quien aprendió a poner lo duro con lo duro.

Arturo:

Quien ha encontrado una gran luz que oriente su camino: DIOS

Claudia:

Quien para ella su gran tesoro es su familia

A MIS CUÑADAS Y CUÑADOS

Dora, Clara, Verónica, Laura, J.Luis y Javier.

A ANGELICA

En recuerdo a nuestro amor.

A LA SRA. JUANITA, EL SR.ROBERTO, DAVID Y SILVIA

Por su comprensión y apoyo.

A MIS SOBRINAS

Gaby, por ser amiguita; Nallely, por la promesa que encierra; por esa pregunta maravillosa: "Tío, ¿ya acabaste la tesis?"

A mis demás familiares.

A LA UNAM

Mi alma mater y seno espiritual; por haberme formado como un profesionista consciente de la necesidad de promover el bienestar social.

A ROCIO OLIVARES

Es un privilegio para mí agradecer el que haya compartido con todo entusiasmo sus conocimientos, experiencias y práctica profesional.

A MIS AMIGOS

Fernando Canto, Edgar Bustamante y J.Luis Bueno, como muestra de imborrable recuerdos juveniles.

A MIS PACIENTES

Guías y maestros, que me han enseñado mucho de ellos y de mí mismo.

ALEJANDRO OLVERA GARCIA

A LA MEMORIA DE MI PADRE

Por motivar mi elección profesional a través de su amor y comprensión para con los otros, además de su solidaridad a quienes en algún momento de su vida lo rodearon.

A MI MADRE

Por su entrega y amor incondicional, lo cual me ha permitido desarrollarme positivamente tanto personal como profesionalmente.

A DIANA Y RAÚL

Por su ejemplo de tenacidad para alcanzar metas propuestas, pero sobre todo, por su cariño, comprensión y apoyo brindado en momentos decisivos de mi vida y carrera profesional.

A MI HIJO MARCOS MIGUEL

Por su presencia, que me motiva día con día a seguir por el camino de la superación tanto personal como profesional y quien me enseña a diario la difícil tarea de lograr vincular la teoría con la práctica al percatarme a cada instante del potencial infinito e increíble que representa cada ser humano.

A MIGUEL ANGEL

Por su presencia; por haberme permitido soñar e iluminar nuevamente mi vida y la de Marcos Miguel.

A MI AMIGO Y COLEGA

Alejandro Olvera García, por compartir conmigo sus conocimientos de ayer, hoy y seguramente mañana, pero sobre todo por su valiosa amistad que me ha enseñado la importancia de aprender para dar; por su sencillez, apoyo incondicional; por su ejemplo de tenacidad y perseverancia; por su sensibilidad y motivación para que seamos profesionistas de excelencia y entrega a la profesión elegida. Mil gracias.

A MIS AMIGAS CASI HERMANAS

Sombra Rivas Arancibia, Angeles Cervantes Cervantes y Rocío Arronte Rosales, por su solidaridad en todo momento que lo he necesitado pero sobre todo por su cariño y compañía con el cual he contado infinitas veces.

A MIS AMIGOS DE SIEMPRE

Erika Osorio, Adriana García, Alejandro Maravilla, Emilio y Pepe Alvarez Icaza, Luzma Longoria, Margarita Escalante y Miguel Luna, por su apoyo sin reservas, en diversos momentos de mi vida y carrera profesional.

A MIS TIOS

Ethel y Chucho

Por su apoyo en todo sentido y cariño incondicional de siempre, pero en especial por sus muestras de sencillas y valores familiares que me han hecho apreciar cada vez más la importancia de preservar la familia por encima de intereses personales.

Caty y Gerardo

Por su apoyo y cariño, que me ha permitido sentirme segura y acompañada en los momentos cruciales de mi vida, además de que siempre me han hecho sentir que puedo contar con ellos como si fueran mis padres y compartir mis logros personales y profesionales.

Rosy y Pepe

Por sus innumerables muestras de cariño, apoyo y dedicación a lo largo de toda mi vida, lo cual me ha hecho sentir la confianza y necesidad de alcanzar metas y superarme día a día.

Ramón y Greis

Por su apoyo incondicional y en todo sentido pero sobre todo por su cariño en momentos difíciles de mi vida y por trasmitirme a través de su ejemplo, la importancia de buscar la superación en todos los ámbitos.

Eli y Javi

Por sus invaluable muestras de apoyo y solidaridad en todo momento que lo he necesitado, pero sobre todo por su cariño, comprensión, confianza y respeto otorgado en todo momento y por disfrutar conmigo de logros personales y profesionales.

A MIS PRIMOS

Cynthia, Viviane, Lorena, Gerardo, Ericka, Mayrine, Jaime Ramón, Elisa, Yarmeline, Rodrigo, Juan Carlos, Javier, Edgar, Brenda, Eduardo, Ariadna y Melissa, por su cariño y compañía de toda la vida.

ROCÍO OLIVARES DÍAZ

ÍNDICE TEMÁTICO

RESUMEN	1
----------------------	---

INTRODUCCIÓN	3
---------------------------	---

CAPÍTULO I ASPECTOS TEÓRICOS EN RELACIÓN A LA HIPNOSIS

I.1 DEFINICIONES DE LA HIPNOSIS.....	22
I.2 MITOS SOBRE LA HIPNOSIS.....	25
I.3 CONTINUO ENTRE TRANCE FORMAL E INFORMAL.....	28
I.4 PROFUNDIDAD DEL TRANCE.....	31
I.5 ASPECTOS PSICOLÓGICOS: FENÓMENOS DEL TRANCE.....	34
I.6 ASPECTOS FISIOLÓGICOS.....	39
I.7 TEORÍAS DEL ESTADO Y NO ESTADO.....	51

CAPÍTULO II DOS FORMAS DE TRABAJAR LA HIPNOSIS

II.1 HIPNOSIS CLÁSICA.....	56
II.1.1 SUGERENCIAS DE LA SUGESTIÓN.....	56
a) ANTECEDENTES Y DESEMPEÑO.....	56
b) LEYES DE LA SUGESTIÓN.....	58
II.1.2 PRINCIPIOS Y TÉCNICAS PARA LA PRODUCCIÓN DE TRANCES FORMALES.....	62
a) PREPARACIÓN DEL PACIENTE.....	62
b) PRUEBAS DE SUSCEPTIBILIDAD.....	66
c) TÉCNICAS DE INDUCCIÓN HIPNÓTICA.....	68
d) TÉCNICAS DE PROFUNDIZACIÓN.....	77
e) USO TERAPÉUTICO DEL TRANCE FORMAL.....	83
f) ESTABLECIMIENTO DE UNA SEÑAL CONDICIONAMIENTO.....	88
g) TERMINACIÓN DE LA HIPNOSIS FORMAL.....	90
II.2 NUEVA HIPNOSIS.....	92
II.2.1 PREMISAS BÁSICAS.....	94
II.2.2 SUGESTIONES INDIRECTAS: EVOCACIONES.....	100
II.2.3 TÉCNICAS DE INDUCCIÓN.....	112
a) INDUCCIÓN A TRAVÉS DE SUGESTIONES INDIRECTAS.....	112

b) CREAR O REVIVIR UNA ESCENA PLACENTERA.....	113
c) COPIA VERBAL.....	114
d) INDUCCIÓN CON UN PASATIEMPO.....	115
e) INDUCCIÓN A PARTIR DE LA UTILIZACIÓN DE METÁFORAS.....	116

II.3 COMPARACIÓN DE LAS DOS FORMAS DE TRABAJAR LA HIPNOSIS.....	118
---	-----

CAPÍTULO III EMPLEO DE LA HIPNOSIS EN PSICOTERAPIA

III.1 ALGUNOS CRITERIOS PARA LA APLICACIÓN DE LA HIPNOSIS EN PSICOTERAPIA.....	122
III.2 LA HIPNOSIS COMO FACILITADOR TERAPÉUTICO	137
III.3 CATALIZADORES PARA LA EVALUACION (DIAGNÓSTICO).....	139
III.4 CATALIZADORES EN PSICOTERAPIA DE ORIENTACIÓN PSICOANALÍTICA.....	140
III.5 CATALIZADORES EN PSICOTERAPIA DE ORIENTACIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL.....	143
III.6 CATALIZADORES EN TERAPIA FAMILIAR.....	148
III.7 DESEMPEÑO DE LA HIPNOSIS COMO CATALIZADOR TERAPÉUTICO.....	151

CAPÍTULO IV USO ESTRATÉGICO DEL TRANCE

IV.1 TÉCNICAS DE DISOCIACIÓN.....	154
a) CONFLICTO EXPERIMENTAL.....	154
b) ATENCIÓN A LOS SILENCIOS DEL DIÁLOGO.....	156
c) DIÁLOGOS ENTRE PARTES CONFLICTUADAS.....	157
d) ELABORANDO PÉRDIDAS.....	159
e) METERSE EN EL LUGAR DEL OTRO.....	159
IV.2 TÉCNICAS DE AMNESIA/HIPERMNESIA.....	160
a) CREACIÓN DE AMNESIA.....	160
a.1) AMNESIA Y SUGESTIÓN POSHIPNÓTICA.....	161
b) HIPERMNESIA.....	163
b.1) HIPNOPEDIA.....	163
b.2) REGRESIÓN DE EDAD.....	165
b.2.1.) TÉCNICAS PARA PRODUCIR REGRESIÓN.....	165

b.2.2.) REGRESAR A ETAPA ANTERIOR AL SÍNTOMA....	167
b.2.3.) RECUPERAR RECURSOS.....	168
b.2.4.) TRATAMIENTO HIPNOANALÍTICO DE CONFLICTOS TRAUMÁTICOS.....	169
 IV.3 TÉCNICAS DE ANESTESIA/ANALGESIA.....	175
a) RELAJACIÓN HIPNÓTICA.....	175
b) SUGESTIONES DIRECTAS.....	176
c) FROTAR LA ZONA AFECTADA.....	176
d) DISTRACCIÓN/AMNESIA.....	177
e) REMPLAZO O SUSTITUCIÓN HIPNÓTICA DE SENSACIONES.....	178
f) CONCENTRACIÓN EN EL DOLOR COMO ALGO NUEVO.....	179
g) DISOCIACIÓN HIPNÓTICA.....	180
h) DESPLAZAMIENTO DEL LUGAR DEL DOLOR A OTRA ÁREA DEL CUERPO.....	181
i) REGRESIÓN HIPNÓTICA PARA PRODUCIR ANESTESIA.....	181
j) DISTORSIÓN TEMPORAL HIPNÓTICA EN LA PRODUCCIÓN DE ANESTESIA.....	182
 IV.4 EMPLEO DE SUGESTIONES POSITIVAS.....	187
 IV.5 DISTORSIÓN DEL TIEMPO.....	189
a) CONDENSACIÓN DEL TIEMPO.....	190
a.1.) LA PREOCUPACIÓN HIPNÓTICA.....	190
b) EXPANSIÓN DEL TIEMPO.....	191
 IV.6 MOVIMIENTOS MOTRICES INVOLUNTARIOS.....	192
a) CATALEPSIA.....	192
b) MOVIMIENTOS IDEOMOTORES.....	192
c) LEVITACIÓN DEL BRAZO.....	192
d) ESCRITURA AUTOMÁTICA.....	192
 IV.7 IMAGINACIÓN.....	195
a) IMAGINACIÓN PARA DESARROLLAR SALUD.....	195
b) REGRESIÓN DE EDAD.....	198
b.1.) TÉCNICA DE LA BOLA DE CRISTAL.....	199
b.2.) FORTALECIMIENTO DE LA AUTOESTIMA E INVITACIÓN A NUEVOS LOGROS.....	202
c) CONCRECIÓN.....	203

IV.8.- ALUCINACIÓN POSITIVA Y NEGATIVA.....	204
CAPÍTULO V EVALUACIÓN DE LA HIPNOTERAPIA.....	207
CONCLUSIONES.....	211
APENDICE "A"	
PRECAUCIONES EN EL USO DE LA HIPNOSIS.....	219
APENDICE "B"	
ESCALA DE LA CLÍNICA HIPNÓTICA STANFORD.....	222
BIBLIOGRAFÍA.....	236

RESUMEN

El propósito central del presente estudio no pretendió en ningún momento agotar el tema sino evidentemente lo contrario. Así pues, su principal interés fue aportar, a través de una serie de principios y utilización de técnicas el enriquecimiento del trabajo terapéutico.

Se analizó y señaló cómo y en qué forma el uso de los fenómenos del trance bajo la técnica hipnótica son elementos de gran utilidad en el manejo y eficacia de la intervención clínica. Asimismo, señaló las ventajas y limitaciones de la utilización de este enfoque, resaltando como una de sus ventajas principales la de poder ser considerada como un catalizador dentro de cualquier enfoque terapéutico trabajado. Pretendió desarrollar también lo más clara y organizadamente posible el proceso del trabajo con hipnosis a través de estructurar y organizar la presentación y manejo bajo esta técnica, con miras al mejoramiento y eficacia de la intervención clínica, en especial a lo referido al uso de los fenómenos del trance en psicoterapia. Todo ello presentado en forma de manual, de tal suerte que pueda ser una guía básica para todo aquel interesado en aprenderla y desarrollarla, con miras a enriquecer su preparación profesional.

Así entonces, el presente trabajo contempló específicamente:

- 1) Enfatizar a la hipnosis como una forma de atención focalizada, atenta y receptiva, con una conciencia paralela, en donde la imaginación y el sentimiento ponderan al razonamiento.
- 2) Desterrar mitos en rededor de la hipnosis que aún prevalecen hoy en día no solo en el público en general sino aún en los profesionales de la salud mental.
- 3) Mostrar que toda hipnosis es autohipnosis y por ende, esta técnica es un saber no un poder.
- 4) Enfatizar a la hipnosis como un excelente catalizador al combinarse con cualquier otro enfoque terapéutico.
- 5) Mostrar ciertas técnicas del trabajo hipnótico, con base a los fenómenos del trance a fin de que el profesional calificado las considere y valúe en la aplicación de su quehacer profesional.

6) Mostrar con pruebas que las técnicas hipnóticas pueden y deben ser consideradas como parte del equipamiento de todo terapeuta.

Obviamente, la presente investigación se basó en estrategias y fuentes de investigación documental que pretendieron hacer una demostración sistemática sustentada científicamente por posturas conceptuales, ligándolas con la experiencia clínica que nos ha confirmado una y otra vez los invaluable beneficios que han obtenido un sinnúmero de pacientes.

Utilizando los resultados obtenidos, a partir de estudios publicados, nos atrevemos a señalar que la técnica hipnótica muestra su eficacia indiscutible, sin embargo también sabemos que evaluar la efectividad de ésta no constituye un tema menos difícil que evaluar la efectividad de cualquier otro tipo de enfoque terapéutico, al existir los mismos problemas en cuanto a la dificultad para definir y medir la mejoría de un paciente en un momento dado o decidir qué es lo que constituye un grupo adecuado de control.

No por lo anterior queremos dejar de resaltar que consideramos que la hipnosis debe ser un instrumento de trabajo legítimo para el psicólogo en México, pues creemos que en la actualidad todavía la hipnosis continúa cubierta de mitos que es necesario desterrar. Consideramos necesario que la hipnosis goce en nuestro país de lo que en otros países tales como E.U. y Francia tiene ya su estatus por derecho propio.

Asimismo, consideramos imprescindible sensibilizar a los clínicos del país respecto de la urgencia para crear alternativas de solución a problemáticas psicológicas de nuestra población, donde estadísticas recientes aportadas por el Secretario de Salud Dr. Ramón de la Fuente (1998), refieren que 1 de cada 4 mexicanos padece o es susceptible de sufrir algún tipo de trastorno mental. Con ello, queremos unirnos con este trabajo a la propuesta de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el sentido de buscar, desde el punto y lugar en el que nos encontremos plataformas para la investigación, cuyo fin sea el promover el mejoramiento de la salud mental en general.

INTRODUCCIÓN

Toda técnica psicológica ha mostrado en mayor o menor grado, su efectividad en el tratamiento de problemas emocionales y psicosomáticos entre otros. La hipnosis en tanto técnica de ayuda a la conducta humana, no es una excepción, por ello, se pretende mostrar que esta técnica puede llegar a ser un auxiliar muy importante para resolver un sinnúmero de problemas, así como para contribuir a la prevención de los mismos.

Por ello, el objetivo central de éste es analizar y señalar cómo y en qué forma el uso de los fenómenos del trance bajo la técnica hipnótica son elementos de gran utilidad en el manejo y eficacia de la intervención terapéutica.

En los últimos años se ha hecho una correlación entre algunas psicopatologías y los fenómenos del trance. Cabe destacar que el DSM-IV considera que los pacientes con trastornos disociativos manifiestan puntajes altos en pruebas de susceptibilidad hipnótica; de igual forma, se han observado esas puntuaciones altas en pacientes bulímicas (Spiegel y Spiegel, 1978), lo que ha llevado a una serie de autores, entre ellos Gilligan (1987); Kershaw (1994); Lankton y Lankton (1986), a sugerir que en buena parte la psicopatología se puede explicar en función de los fenómenos del trance, donde incluso se ha hecho una división en cuanto a trances patológicos y trances curativos (Araóz, 1984).

Consideramos que la ventaja de este enfoque (hipnosis) es que permite un manejo psicoterapéutico sencillo, con alta efectividad y brevedad de tiempo; de aquí que se desprenda el objetivo principal del presente estudio que pretende demostrar a través del análisis de los fenómenos del trance y su utilización en la resolución de problemáticas psicológicas específicas cómo es que éste enfoque puede ser considerado de gran utilidad terapéutica. Paralelo a este objetivo se pretende demostrar a través de su utilización en el análisis de algunos casos presentados, por qué se puede considerar un catalizador bajo cualquier enfoque utilizado en terapia (llámese psicoanálisis, terapia cognitivo conductual o familiar) no reduciéndose por supuesto, sólo a estos enfoques. Sin embargo, es importante señalar aquí que en el presente estudio se hace énfasis al apoyo de los enfoques antes mencionados.

Dada la descripción de técnicas hipnóticas centradas en los fenómenos del trance, así como su combinación con algunas estrategias retomadas de otros

enfoques teóricos, podemos considerar a este trabajo como la presentación de un manual de hipnoterapia.

La metodología a seguir en el análisis del mismo se basa en estrategias y fuentes de investigación documental que pretenden hacer una demostración sistemática sustentada científicamente por posturas conceptuales ligándolas con la experiencia clínica y el análisis del tratamiento y manejo de casos o problemáticas psicológicas específicas, rescatando para ello, los resultados obtenidos, a partir de estudios publicados, para lograr señalar y afirmar que la técnica hipnótica funciona, es eficaz y digna de considerarse como herramienta valiosa dentro del trabajo clínico.

Sabemos que, desde la prehistoria, la hipnosis estuvo vinculada al quehacer clínico, así como a la investigación científica.

Como es característico del proceso científico, la hipnosis ha pasado lentamente por el sendero de la observación, cayéndose y volviéndose a levantar, ante la rigurosidad de la metodología científica.

Aquel intento por saber cada día más ha dado fuerza a los investigadores para seguir indagando.

A lo largo de miles de años han sucedido una serie de fenómenos que en su momento, al hombre le eran inexplicables de tal suerte que éste atribuía explicaciones a fuerzas superiores o espíritus, pero que posteriormente, gracias a la observación y experimentación del método científico, el hombre ha ido desentrañando algunos de los secretos que la naturaleza y la mente humana han puesto en su camino, haciendo con ello, a un lado, las explicaciones místicas o sobrenaturales.

Dada la revisión bibliográfica inherente al tema y, tomando a su vez, las revisiones hechas por Chertok, 1964; McDougall, 1967; Baudouin, 1980; Barber, 1981; Araóz, 1984; Boring, 1985; LeCrom, 1989 y O'Hanlon, 1989, refiriéndonos a la historia y fenómenos asociados a la hipnosis, podríamos considerar que el estudio moderno de ésta, probablemente podría partir con Franz Anton Mesmer (1734-1815), creador de un método al que denominó "Magnetismo Animal", el cual sustentaba como premisa básica, la de ser un sistema curativo que se remontaba a fundamentos teóricos contemplados en el siglo XVI, con base en los planteamientos de Paracelso (1493-1541), acerca

de las influencias cósmicas y su interrelación con los cuerpos celestes y el hombre; teorías que fueron continuadas más tarde por algunos activos seguidores como Van Helmont (1577-1644) y Robert Fludd (1574-1637).

Mesmer, doctorado en filosofía y medicina, estuvo muy influido por las Teorías de Paracelso y en su tesis doctoral titulada De Planetarium Influxa, afirmaba que existía una energía etérica, creadora de materia, que lo penetraba todo y que ejercía una gran influencia sobre los hombres y otros seres vivos.

Alrededor de 1770, el padre Hell, de la Compañía de Jesús, residente en Viena, Austria, se hizo famoso por las curas magnéticas obtenidas con el sistema de aplicar planchas de acero sobre el cuerpo desnudo de sus pacientes. Mesmer, se inspiró en estas ideas del trabajo del padre Hell y también realizó aplicaciones de igual manera sobre sus pacientes. Más tarde, descubrió que el colocar imanes a las planchas de acero era innecesario ya que con oportunos y estudiados pases (imponer las manos en ciertas zonas del cuerpo del paciente), se producían los mismos efectos curativos. Mesmer, postuló entonces, que el hombre tenía una fuerza o energía magnética, que debía estar perfectamente armonizada, de no ser así, el hombre enfermaba. Lo cierto es que pronto creció extraordinariamente la fama de Mesmer, gracias a las curaciones que realizó sobre infinidad de pacientes.

El tratamiento de Mesmer, con frecuencia aplicado a varios enfermos a la vez, (lo que hoy conocemos como sesiones de psicoterapia de grupo), comprendía un ceremonial impresionante. Los enfermos entraban en una pieza poco iluminada con el suelo cubierto de una espesa alfombra, además de que en ciertas ocasiones, escuchaban música de Mozart como parte de dicho ritual (según parece, Mozart era amigo de Mesmer) (Chertok, 1964). Además de aspirar un delicado perfume de flor de naranjo, los pacientes se tomaban de la mano en torno a una cubeta llena de agua magnetizada a través de limaduras de hierro que eran colocadas en su interior. En este ambiente impresionante y sugestivo, llegaba el médico vestido con un traje malva y portando en su mano una varita amarilla que colocaba sobre sus pacientes produciendo en ellos el llamado "Magnetismo animal" (lo que posteriormente entenderíamos como sugestión). Lo que Mesmer intentaba provocar era una "crisis", es decir, una violenta reacción del enfermo, mezcla de ruidos, convulsiones, espasmos, gritos, llantos y también alucinaciones. Tales reacciones le parecían curativas, ya que en su experiencia mucha gente había obtenido beneficios con ello.

Era tal cantidad de pacientes que acudían a Mesmer en busca de curación, que su fama creció notablemente, sin embargo, a la vez que crecía ésta, por otro lado, aumentaba también la crítica y el escepticismo, por parte de los científicos de la época. Estos no veían con buenos ojos los sistemas y el revuelo causado por sus curaciones casi milagrosas; por ello, Luis XVI, pidió a la Academia de Ciencias de París, un Informe oficial sobre el llamado "Magnetismo Animal". Así, se formó, en 1784, una comisión con médicos miembros de la Academia de Ciencias de París y médicos de la Facultad de París, quienes llegaron a la siguiente conclusión: "Comprobando que el fluido magnético no puede ser reconocido por ninguno de nuestros sentidos, concluimos que no ejerce ninguna acción sobre los enfermos que se someten al mismo...".

Sin embargo, es importante hacer mención que la conclusión de la comisión sí destacó el importante papel de la imaginación en la producción del fenómeno "magnético" al afirmar que: "La imaginación sin magnetismo produce convulsiones. El magnetismo sin imaginación no produce nada" (Chertok, 1964). De este modo y sin saberlo, los académicos reconocieron en dicho año (1784) el factor psicológico en las reacciones interpersonales como mecanismo curativo.

Posteriormente, un discípulo de Mesmer, el Dr. Charles D'Eslon, médico de la Familia Real, afirmó, a quienes habían notado que el tratamiento de Mesmer requería la participación activa de la imaginación de los enfermos, la siguiente aseveración: "Si la medicina de la imaginación es la mejor, ¿por qué no habríamos de practicarla?"- (Chertok, 1964). Según algunos autores, éste fue el principio de la Psicoterapia.

El Marqués de Paysegur (1751-1825), un antiguo oficial de artillería que al retirarse participó en un curso con Mesmer, había iniciado tras la condena de éste último por la Comisión Real, una serie de experiencias sobre el "Magnetismo Animal". Su principal sujeto de experimentación fue su jardinero llamado Víctor, el que habitualmente se comportaba tímido y reservado. Tras algunas sesiones, aplicándole el sistema anteriormente mencionado, éste se empezó a mostrar seguro y con más carácter. Paységur entonces, empezó a tratar a mucha gente. La gran diferencia con respecto a Mesmer fue en relación a cuando magnetizaba a las personas, éstas no convulsionaban, no presentaban "crisis" con "pases", tan solo adormecía a los enfermos, diciéndoles que al

despertar desaparecerían sus perturbaciones neuróticas, lo que frecuentemente sucedía; es decir, ya usaba la sugestión bajo hipnosis (Inglis, 1989).

También fue el primero en describir el “sonambulismo artificial”, consistente en una conducta similar al sueño producido por circunstancias mesméricas. Posteriormente y continuando con el proceso histórico de la hipnosis, aparece en 1841, en Inglaterra, un suizo, de nombre Lafontaine quien también hacía exhibiciones de magnetismo, en la ciudad de Manchester. Acudió a sus demostraciones un hombre que cambiaría de alguna manera el curso y devenir del magnetismo transformándolo en lo que hoy conocemos como hipnotismo. Se trata de un cirujano escocés llamado James Braid (1795-1860) quien al principio y como es frecuente entre los científicos y médicos en general, acudió receloso y bastante escéptico, pensando que todo era superchería y engaño y de alguna manera, asistía para desenmascarar a Lafontaine, pero no solamente no consiguió confirmar esta idea preconcebida, sino que acudió dos veces más a dichas demostraciones. En la segunda demostración hubo algo especial durante la misma que le llamó poderosamente su atención y fue el que una persona se vio imposibilitada para abrir sus ojos ante la acción de Lafontaine. Braid se convenció del fenómeno y admitió estar ante algo digno de estudio, por ello acudió a una tercera demostración de Lafontaine. En esta ocasión pensó que el fenómeno tenía una naturaleza de tipo psicológico y realizó sus propios experimentos; así fue como Braid acuñó el nombre de hipnosis (de la palabra griega “Hypnos” que significa sueño).

Seleccionó gente muy sugestionable para comprobar su teoría, es decir, personas muy fácilmente hipnotizables. De no haber sido así, esto es, si hubiese elegido personas más refractarias (difíciles de hipnotizar), quizá su teoría no la hubiera podido confirmar; en todo caso, lo que quiso comprobar fue que la causa de los fenómenos observados era de tipo psicológico y por ende, no eran debidos a ningún agente externo.

Los sujetos pasivos de sus experimentos fueron tres: su asistente, su criado y su propia esposa. Al primero le ordenó mirar fijamente el cuello de una botella, éste entró en trance a los tres minutos de estar cumpliendo la instrucción dada; el segundo tardó dos minutos y medio contemplando atentamente una preparación farmacéutica. En cuanto a su esposa, le encomendó la tarea de mirar fijamente la tapadera de un azucarero, quien tardó dos minutos y medio para caer en trance. Con ello, Braid afirmó que él no los había adormecido sino que ellos mismos habían entrado en ese peculiar estado

de adormecimiento. A partir de este momento, Braid anunció su teoría según la cual la hipnosis depende de una condición exhaustiva de los ojos, producido por el mirar fijo, que se extiende al cerebro, produciendo el sueño.

No todo el mundo estuvo de acuerdo con este término, no obstante, todos coincidieron en considerarlo muy importante. De alguna manera se comprobó que los estados de trance o sanambulismo, que en este momento se consideraban procesos idénticos, no eran producidos por ningún fluido ni por algún operador que los transmitiera, sino eran fenómenos producidos por el mismo paciente que experimentaba los fenómenos del trance.

Fruto de sus observaciones y transcurridos más de dos años de investigación, publicó una obra que la tituló: "Neurohipnología" (1840), donde estableció el nombre de hipnotismo para este tipo particular de "sueño nervioso", como él lo denominó. Dicha obra captaba entre otras cosas, el poder tarapéutico de la sugestión verbal, misma que se ha utilizado para practicar operaciones quirúrgicas bajo hipnosis, sin utilizar ningún otro analgésico. El éxito de sus tratamientos, así como de las explicaciones racionales que sobre ello daba en su publicación contribuyeron tanto, como el mismo término utilizado, el cual garantizaba los conocimientos científicos de la época.

Al principio de su trabajo Braid pensaba que la fijación de los ojos en algún objeto y el que las personas entraran en trance hipnótico se debía a efectos fisiológicos, producidos por el cansancio del músculo elevador del párpado, sin embargo, después de observar que la fijación de los ojos tenía efectos ambiguos cuando el paciente no sabía qué iba a suceder, lo llevó a concluir que el procedimiento propiciaba un actuar psicológico en la persona, magnificando su creencia respecto a que algo importante estaba a punto de ocurrir. Después del procedimiento preliminar de fijación del ojo, Braid daba a sus pacientes sugestiones verbales directas sobre su curación y bienestar.

Este hecho es importante ya que Braid consideró al fenómeno hipnótico como algo psicológico y en este momento (1845) propone una discusión y demostración ante la Academia de Ciencias de París para argumentar el fenómeno en términos psicológicos y no debido a influencias de energías ni a un cansancio visual, pero dicha Academia le niega la posibilidad de plantear su demostración.

Por otro lado, el francés Jean Martín Charcot (1825-1893), quien para el año 1880 gozaba de un reconocimiento sólido en el plano nacional e internacional como el principal neurólogo de la época, en sus investigaciones, usando hipnosis con pacientes histéricas, quienes presentaban síntomas asociados con ataques epilépticos, notó que estos ataques eran notoriamente difíciles de distinguir de sus equivalentes ataques histéricos. La explicación, consideró Charcot, debía ser que la hipnosis era una forma inducida de ataque al cual sólo los histéricos eran susceptibles. Al mismo tiempo, logró convencerse asimismo y a sus seguidores de que la histeria era una perturbación neurológica. Afirmaba que los histéricos no eran simuladores sino que sufrían de una forma de degeneración del cerebro. Describió los síntomas en ambos estados (la histeria y la hipnosis) en términos médicos, como modificación de los estados musculares, de los movimientos reflejos y de las respuestas sensoriales; en esta forma los presentó a la Academia de Ciencias, la misma que había rechazado anteriormente, en dos ocasiones (una al mesmerismo y otra al braidismo), las argumentaciones estudiadas de dicho fenómeno, a donde Charcot logró una completa aprobación de sus hallazgos.

La semejanza entre los síntomas de la histeria y la hipnosis lo llevó a pensar que la susceptibilidad a la hipnosis era característica de esta patología y, en cierto sentido, un síntoma de la misma. Tal afirmación fue considerada, en parte, como cierta ya que se había encontrado que algunos individuos, al ser hipnotizados presentaban supresión de síntomas, principalmente en el caso de la histeria (Spiegel y Spiegel; 1978); pero dicha afirmación también tenía su parte errónea pues como lo demostró la Escuela de Nancy, Francia, la hipnosis depende de la sugestibilidad y ésta no es un síntoma psiconeurótico. Lo sobresaliente es que, decir que la hipnosis es una forma de histeria dista mucho de lo cierto ya que se ha demostrado que sujetos de muy alta susceptibilidad hipnótica presentan una salud mental satisfactoria (Hilgard, 1965), sin embargo, el error fue afortunado porque al darle un giro médico al problema de la hipnosis, en una época en la cual la aprobación por parte de la Academia tenía importancia decisiva, logró con ello la aprobación y el inicio a una generación de jóvenes neurólogos practicantes, en la dirección correcta, aunque fue necesario posteriormente, hacer algunas modificaciones.

Así, cuando la hipnosis estuvo cubierta de magia, los médicos la rechazaron, cuando estuvo cubierta de psicología también la rechazaron pero cuando estuvo cubierta de fisiología la aceptaron. Lo cierto es que la ciencia

está llena de casos en los cuales las teorías equivocadas han llevado a progresos verdaderos.

Poco después de que la Academia emitiera su veredicto favorable sobre las presunciones de Charcot, se demostró que éstas eran falaces, principalmente a causa del trabajo de un desconocido médico rural que realizaba sus prácticas cerca de Nancy, Francia, llamado Ambroise Auguste Liébeault (1823-1905). Sus pacientes tenían una absoluta confianza en él, la cual la aprovechaba para decirles: “Si deseas que te trate con medicamentos lo haré, pero me tendrás que pagar como lo hacías antes, en cambio, si me permites hipnotizarte, te lo haré gratis”: (Inglis, 1989).

La artimaña de Liébeault funcionó, como también lo hizo su muy simple forma de tratamiento. El realizaba sugerencias tranquilizadoras, que promovían el sueño, seguidas de otras sugerencias destinadas a eliminar los síntomas cuando sus pacientes se encontraban en trance. Tan exitoso resultó el método que atrajo a uno de los insatisfechos pacientes del profesor Hyppolyte Bernheim (1837-1919). Cuando éste se enteró de que el tratamiento de Liébeault había tenido éxito, allí donde el suyo había fracasado se dirigió con cierta cólera a investigarlo. Convencido, por lo que presenció de que el hipnotismo funcionaba, lo adoptó en su Hospital de Nancy. Bernheim no aceptó la tesis de Charcot, en el sentido de que la hipnosis era un síntoma histérico. Liébeault y él estaban seguros de que podían usar la terapia hipnótica en pacientes que no eran neuróticos. Fue así como Bernheim desarrolló la tesis de Braid, la cual sugería que la hipnosis era sugestión. Entre los postulados desarrollados se encontraron:

- 1) No hay hipnotismo sino sugestión.
- 2) Existe igualdad en cuanto a la sugestibilidad, tanto en el estado hipnótico como en el estado de vigilia.

Inmediatamente, con la publicación del libro: De la Sugestión, de Liébeault, el interés del prestigioso médico Sigmund Freud (1856-1939) y Josef Breuer (1842-1925), despertó también su interés por la hipnosis.

Breuer, en el célebre ejemplo de Anna O., describió la incapacidad que tenía dicha paciente para tomar agua, ya que sólo podía apagar su sed consumiendo frutas, principalmente melón. Este hipnotizó a Anna O. y bajo éste estado encontró el recuerdo responsable de esta fobia. Antaño, una niñera

se había escandalizado al observar que Anna permitiera que un perro bebiera de su vaso de agua. El simple surgimiento de este recuerdo hizo que desapareciera el síntoma y Anna O. pidió un vaso de agua inmediatamente después de terminada la sesión, terminando con ello, también su fobia.

Fue un adelanto muy importante, ya que en la hipnosis con Mesmer, el paciente hacia "crisis", con Paységur, Braid, Liébeault y Bernheim, los pacientes recibían sugerencias que sugerían que al salir del trance saldrían sin sus síntomas; con Breuer, el paciente hablaba acerca de lo que experimentaba, buscando el origen de sus síntomas, más que el hipnotizador le diera sugerencias.

Por otra parte, cabe mencionar que Sigmund Freud fue discípulo del hipnotismo tanto en la Salpêtrière con Charcot, como en Nancy con Bernheim. Al principio, Freud utilizó la hipnosis en el tratamiento contra las neurosis, aunque posteriormente la abandonó.

Chertok (1985), describió que el psicoanalista reposa sobre la técnica de la asociación libre, en la práctica, la asociación raramente es libre y agrega, los psicoanalistas lo saben bien. Cuando los pacientes asocian verdaderamente se hallan en un estado cercano a un ligero trance hipnótico. Asimismo, también refiere, que es posible suponer que si un día se habilita a la hipnosis, muchos analistas se descubrirán como talentosos hipnotizadores.

Pierre Janet (1857-1947), vinculado entonces y en sus inicios con la Salpêtrière, se alejó de Charcot para acentuar más el carácter psicológico de la hipnosis, acercándose más a las ideas de la Escuela de Nancy. Janet creía que era posible cierta disociación funcional de la mente, de forma que, los diferentes elementos psicológicos de una persona, se escindían y actuaban más o menos independientemente unos de otros. Por ejemplo, si un paciente que se manifestaba rebelde a hablar en estado hipnótico, se le daba la siguiente sugerencia: "Su voz habla...su voz habla acerca de esto u otro", se observaba entonces que el paciente comenzaba a hablar ya que experimentaba que quien hablaba no era él sino su voz y esta disociación, por tanto, le hacía sentir capaz de expresar un conflicto que de otra forma hubiese sido inaccesible. Así, el paciente mismo no era responsable de ello, sino su voz la que decía tales y tan terribles cosas. Una vez que el conflicto había sido ventilado, gracias a la disociación, el paciente era llevado a expresar las ideas por sí mismos

sugiriéndole: “Usted lo dice”. El tema era después integrado al análisis de la psicoterapia que se estuviese trabajando (Guindes, 1972).

Una serie de experiencias tales como la doble personalidad y la realización de escritura automática, tratados por Janet, lo llevaron a crear la Teoría de la Disociación de la Personalidad, como aspecto de la hipnosis.

Janet testificó las fluctuaciones y el interés por la hipnosis, en su libro, Principios de la Psicoterapia (1948); recordó el notable aunque melancólico curso que la Psicología había seguido durante el último cuarto del siglo XIX, que había llevado a la hipnoterapia virtualmente a su desaparición.

Cabe recordar que aunque en los círculos médicos, el hipnotismo no había sido negado, pues nadie dudaba del poder reconocido de la sugestión, éste simplemente no se utilizaba como método de curación.

El trabajo de Janet pudo servir para agregar que nada similar a esta circunstancia había ocurrido antes en la historia. En innumerables ocasiones habían surgido modas en la ciencia y en la medicina que desaparecían cuando se comprendía que su promesa había sido ilusoria, mientras que con el hipnotismo esto no sucedió, sino lo contrario, aún cuando no se había establecido meramente la existencia real del trance inducido, junto con varios efectos paralelos tales como la insensibilidad al dolor y la sugestión posthipnótica, sin embargo, se veía que el hipnotismo funcionaba y aliviaba un sinnúmero de afecciones no sólo vinculadas con la medicina sino también en relación directa con la psicología, de ahí que la investigación realizada liberó a la psicología de su primitivo estatus en el mundo académico y científico, como despreciada derivación secundaria de la filosofía, dándole en cambio, independencia y una firme base bajo la forma de cátedras universitarias.

Los investigadores también habían ayudado a explicar gran parte de lo que había sido desconcertante en esa historia vinculada con el chamanismo y la brujería y, a pesar de todos los problemas con los que se enfrentaban los hipnoterapistas, no se podía poner en duda que la sugestión era capaz de tratar un amplio espectro de afecciones comunes, de manera más efectiva, rápida y económica, que los clásicos remedios alternativos utilizados y que en esa época eran, en el mejor de los casos, simples placebos.

Hacia finales del siglo XIX aparece Williams James, quien incluyera en 1890 un capítulo de su obra clásica: Principios de Psicología (versión española

de 1889), así como Wilhem Wundt, a menudo llamado padre de la Psicología Experimental, quien también escribiera un libro sobre hipnotismo. Ambos contribuyeron, a través de sus publicaciones, a proporcionar información destacada sobre hipnosis.

El avance más comprometedor en la primera mitad de ésta década, surgió de las investigaciones iniciales sobre el hipnotismo y fue la autosugestión una forma de autohipnosis inducida, que comenzó a utilizarse en 1920, como subproducto de la Escuela de Nancy. Fue ofrecida como psicoterapia por Jahannes Schultz, en Alemania y por Emile Coué, en Francia, respectivamente. El método utilizado por el primero, denominado "Entrenamiento Autógeno", atrajo poco la atención en su época, excepto dentro del círculo de los propios pacientes de Schultz y, su importancia, sólo se revelaría en el futuro cuando formó parte de la base de la biorretroalimentación; mientras que el método de Coué, durante un tiempo alcanzó repercusión internacional. Según se cuenta, Coué, un químico de Troyes, Francia, sustituyó un día por agua coloreada una medicina que un paciente reclamaba pero que a él no le estaba permitido prescribir. Los síntomas del paciente, sin embargo, desaparecieron. Sería, se preguntó Coué que: ¿La imaginación dentro de ciertos límites puede cumplir las mismas funciones que una medicina?. Realizó una peregrinación a Nancy, en 1885 y retornó a Troyes, convencido de que la sugestión bajo hipnosis era muy efectiva pero él no había hipnotizado al paciente a quien le dió el placebo; el agua coloreada entonces, debía ser el objetivo de la psicoterapia, es decir, la capacitación de los pacientes para curarse a si mismos a través de la sugestión.

Coué entonces popularizó la sugestión ofreciendo un simple método que cualquiera podía aprender para aplicarlo, derivado de investigaciones anteriores sobre hipnosis. Su método consistió en hacerles ver a sus pacientes lo siguiente:

Debemos en primer término reconocer la existencia de nuestros dos "yos", refiriéndose al consciente e inconsciente y entonces, el inconsciente, aunque esté lleno de recursos potenciales e invaluable, de los cuales carece el "yo" consciente o simplemente, no tiene percepción de los mismos, es lógico entender que éste consciente sea notablemente crédulo, quedando entonces, al inconsciente la tarea de atender a nuestras funciones automáticas. Si

algo anda mal, por lo tanto, la sugestión debe ser dirigida al inconsciente para subsanarlo". Asimismo, Coué planteó que **la voluntad no es la crucial para obtener mejoría sino la imaginación**. Para sustentar su afirmación citaba ejemplos como: "La voluntad no puede producir salivación o excitación sexual, pero esto sí lo puede lograr la imaginación". El reconocimiento de la supremacía de la imaginación era indudable, pero la pregunta fue: ¿Cómo puede ser entrenada la imaginación?. Fue para este fin que Coué creó su fórmula, es decir, daba la siguiente sugestión a sus pacientes: "Cada día que pasa, en todos los aspectos me siento mejor y...mejor". La utilizó originalmente con pacientes en trances ligeros, comunicándoles que estaban mejorando y luego les dijo cómo podían usarla ellos mismos. Después de asegurarse de que estaban en un estado de ánimo relajado, les sugería repetir la sugestión 20 veces, con una voz monótona, enfatizando la parte de la sugestión: "en todos los aspectos", a fin de recordar a la imaginación que el objetivo no era sólo eliminar algún síntoma no deseado, sino impulsar la acción a la fuerza de la vida para promover una salud mejor en general.

Uno de los seguidores de Janet en los Estados Unidos de Norteamérica fue Morton Prince (1845-1919), fundador de la Clínica Psicológica de Harvard, quien junto con Williams James y otros autores, formaron un grupo en Boston, que se interesó por analizar las cuestiones y su relación entre la hipnotizabilidad y el Síndrome de personalidad múltiple, los estados mentales y los síntomas físicos asociados. Estas experiencias las plasmaron en la publicación: Journal of Abnormal Psychology, la cual constituyó una especie de vela encendida junto con algunas otras que aún continuaban encendidas también, como elemento más en la continuación del estudio y comprensión del fenómeno de la hipnosis, logrando con ello su no extinción.

Al término de la Primera Guerra Mundial, la hipnosis tomó un gran auge; se utilizó en el tratamiento de los soldados que sufrían el "Shock de granada", resultado de la guerra de trincheras; utilizada por el psicólogo inglés, William McDougall (1871-1944) y otros especialistas del momento, colocaron nuevamente a la hipnosis como el foco de atención para los científicos de la época. Así, McDougall, en 1926, había recordando una experiencia relatada

por Pierre Janet, de una joven que bajo hipnosis parecía estar dispuesta a cometer un asesinato pero que despertó enfurecida cuando se le pidió que se desnudase, por tal motivo conjeturó que bajo hipnosis se produce una división temporal de la personalidad, en consecuencia, mientras una parte aceptaba sugerencias absurdas y las realizaba de una manera sistemática, la otra parte observaba silenciosamente, consciente de que todo consistía en un "juego"; si el juego amenazaba con excederse, sobrepasando los límites impuestos por los conceptos morales del hipnotizado, esta parte entraba en acción y ponía fin al "juego", interrumpiendo la hipnosis y asegurando la reintegración de la personalidad.

McDougall buscó una explicación en términos evolutivos; "el comportamiento humano bajo hipnosis sugirió, debe estar vinculado al instinto de sometimiento que existe en las especies gregarias de animales, es decir, vemos a algunos miembros de una manada o rebaño someterse dócil y tranquilamente al dominio, conducción y autoafirmación de otros miembros y no necesariamente por miedo". El estudioso del hipnotismo creyó, entonces, que la raza humana había conservado dicho instinto.

Con el desarrollo del lenguaje y el intelecto, las palabras se convirtieron en un medio para evocar esta sumisión dirigida. Junto con el prestigio otorgaron el poder de usar la sugestión, para obtener la obediencia física y mental sin provocar miedo.

El "yo" corrientemente dominante estaba preparado para abandonar el control de sus acciones bajo hipnosis, sugirió McDougall porque comprendía que ese control era entregado a subordinados que estaban más capacitados para cumplir las instrucciones que eran dadas cuando la mente consciente no las quería recordar por alguna causa, o en su defecto, las había olvidado.

Por otro lado, Clark Hull (1884-1952), quien fuera profesor de la Universidad de Wisconsin y luego en la Universidad de Yale, E.U., llevó a cabo, en una serie de investigaciones contempladas en los años de 1930 a 1932, cuyo objetivo era incorporar los fenómenos hipnóticos a la órbita de la doctrina conductista, mismos que fueron publicados en el año de 1933 en su obra: Hipnosis y sugestibilidad. En dichos experimentos meticulosos, en su uso de controles científicos y estadísticos, los cuales siguen siendo hoy en día modelos del método científico aplicados a métodos hipnóticos, fue uno de los primeros en llevar a la hipnosis a laboratorio y tratarla de estudiar de manera

científica. Por desgracia, Hull a semejanza de Freud abandonó la hipnosis una vez que trabajó venturosamente con ella.

Ahora sí podemos decir que la hipnosis es como una Ave Fénix que renace de sus cenizas. Esta ave que ha emprendido el vuelo con sus innumerables influencias llega hasta el día de hoy con Milton H. Erickson (1901-1980), a quien se le suele reconocer hoy por hoy, como la figura mundial más destacada en hipnosis médica. "Sus escritos sobre hipnosis constituyen la palabra más autorizada acerca de las técnicas para inducir un trance; sus trabajos experimentales explotaron las posibilidades y límites de esta inducción así como, establecieron la índole de la relación entre el hipnotizador y el sujeto hipnotizado" (De Shazer, 1991).

Erickson sostuvo que las personas tienen dentro de sí las capacidades naturales necesarias para superar sus dificultades y resolver problemas así como para entrar en trance y experimentar todos los fenómenos del mismo. Su enfoque consistió en hacer que dichas capacidades naturales del sujeto emergieran; siendo la hipnosis su herramienta principal, pero de ningún modo la única. Su trabajo tuvo una base mucho más amplia y más flexible. Refiriéndose a su estilo de trabajo decía: "Demasiados hipnoterapeutas llevan a sus pacientes a comer y siempre le sugieren lo que tienen que pedir, yo llevo al paciente a comer y le digo: Pida lo que quiera y, el paciente elige lo que quiere comer, de esta manera, no interfieren mis instrucciones, que no harían más que obstruir y obscurecer sus procesos internos" (O'Hanlon, 1989).

En la década de los 90 aparecen una serie de profesionales como Barber, Martin Orme, William Kroger, Herbert Spiegel, Hilgard y Hilgard, Crawford, Cruzelier, Spanos, Landy, Kihstron entre otros y, quienes han sido responsables del aumento e interés sobre el empleo de la hipnosis, debido fundamentalmente a la influencia de Milton Erickson; cabe mencionar que el proceso de la hipnosis ha cambiado también, en el sentido de ser, principalmente una especialidad médica a ser fundamentalmente una modalidad psicológica, enfatizando realmente este enfoque de la terapia, especialmente desde la muerte de Erickson, en 1980.

Durante los últimos 35 años los procedimientos hipnoterapéuticos han cambiado dramáticamente, ahora son más permisivos, participativos y controlados por el mismo paciente y esto parece deberse fundamentalmente a tres factores: el primero, la expansión de estos procedimientos gracias a su

utilización en la psicoterapia centrada en el paciente, el segundo, referido a los cambios en la cultura, que han alterado los roles tradicionales, incluyendo a los de terapeuta y paciente y el tercero, que en la psicoterapia, generalmente la relación entre terapeuta y paciente suele ser más cercana, flexible, creativa, permisiva, democrática y participativa, por lo que los procedimientos hipnoterapéuticos tienden a adquirir características relevantes en el tratamiento.

La tendencia ha llegado tan lejos que en el presente, el término procedimientos hipnoterapéuticos ya no se refieren a un grupo determinado de procedimientos que son administrados de forma más o menos estandarizada; en su lugar, hoy el término se refiere a la inmensa variedad de procedimientos en la cual el terapeuta proporciona sugerencias a los pacientes. Sin embargo, la naturaleza, tiempo y métodos de administración varían de terapeuta a terapeuta y de paciente a paciente.

En esta última década del presente siglo, en el cual, numerosas disciplinas científicas experimentan una rápida evolución, la investigación en neuropsicología y psicología como tal, han experimentado un gran desarrollo. Dentro de las líneas de investigación que convendría citar están:

* **La neuropsicológica**, donde existen evidencias que indican que personas altamente susceptibles a la hipnosis muestran una habilidad de filtrado de atención y sostenimiento de la misma, de manera más significativa que los de baja susceptibilidad. Esto tiene un correlato psicofisiológico con el lóbulo frontal distal. (Crawford, 1991; Pribram, 1991).

Asimismo y siguiendo en la misma línea de investigación, se ha podido demostrar que hay cambios en la dominancia hemisférica durante la hipnosis, en sujetos altamente susceptibles, donde se ha encontrado que el funcionamiento hemisférico izquierdo se muestra inhibido (Crawford y Cruzelier, 1992; McCormack y Cruzelier, 1993).

Así también, se han hecho hallazgos respecto a la actividad electrocortical de ondas theta (generalmente de 4 a 8 Hzs.) y susceptibilidad hipnótica (Meszarahos, Crawford, Szabo, Nagy-Kavacs y Revesz, 1989), quienes encontraron que el poder de ondas theta aumentaba en el hemisferio derecho en pacientes con alta susceptibilidad hipnótica.

Galbraith y Cols. (1970), reportaron aumento de poder en las ondas theta en la región posterior del cerebro y con frecuencia, en el lóbulo occipital.

Graffin, Ray y Landy (1995), sugirieron, debido a sus investigaciones, que se da una gran actividad alfa (8-12 Hzs.) en toda la corteza cerebral a excepción de las áreas posteriores del cerebro, donde se registró actividad de ondas theta.

* **La psicológica**, donde básicamente existen dos teorías que hablan acerca de la naturaleza de la hipnosis y nos referimos a:

- Teoría del Estado donde encontramos la explicación neodisociacionista, la cual sugiere que el hipnotismo implica una división de la conciencia.

- Teoría del No Estado, que es la aproximación social-cognitiva, la cual sugiere que los efectos de la hipnosis se deben a las expectativas de la persona hipnotizada y a sus esfuerzos por desempeñar el rol de sujeto hipnotizado.

Así, asumiendo lo anterior, sabemos que hoy en día, la hipnosis tiene aplicaciones práctica en diversos campos como lo es:

a) La educación, donde se ha utilizado para proporcionar una ayuda valiosa en el proceso de comprensión y memoria de cualquier material que se estudie (hipnopedia) (Granone, 1972).

b) En la aplicación del diagnóstico clínico, para delimitar las enfermedades funcionales de las orgánicas (Yates, 1966).

c) En la medicina, para el tratamiento de problemas psicosomáticos, ginecológicos, en anestesiología, dermatología y rehabilitación neuromuscular (Kroger, 1974).

d) En la psicología clínica como un proceso útil para establecer en el paciente, asociaciones mentales, recuerdos y potencias vitales para alcanzar la propia meta terapéutica (Erickson y Rossi, 1976).

e) En el comercio y la industria, para promover el empleo controlado de la imaginación y la autosugestión, para lograr una vida productiva, plena,

desarrollando el pensamiento positivo, generando a su vez, una vida productiva al máximo (Darle Carnegie, 1980 y Norman Vincent Peale, 1983).

f) En los deportes, para provocar, a través de la imaginación, la visualización y ensayo mental como elementos vitales de repertorio necesario para el éxito, a través de la "concentración intensa" o "juego mental". (French, 1984).

Así, el presente estudio tuvo entonces la finalidad de sensibilizar al profesional clínico en el sentido de que una determinada técnica es como la herramienta en las manos de un artista o artesano, donde las limitaciones en el conocimiento y uso de dicha herramienta colocaría en desventaja al artista más diestro, así como la escasez de colores o la mala calidad de pigmentos coartaría aún al más grandioso pintor.

La intención entonces fue tratar de introyectar en la mente del profesional calificado el aspecto de que la hipnosis es una excelente técnica que puede emplearse con éxito en las manos de aquel calificado que la conoce y la aplica en aras de la salud mental y/o física.

Consideramos que la hipnosis puede ser un instrumento de trabajo legítimo y confiable para el psicólogo clínico. La práctica clínica ha demostrado, más de una vez, que lo que funciona no son las teorías propiamente dichas, llámese psicoanálisis, conductismo, cognoscitivismo, etc., sino las técnicas empleadas en pro de la solución a problemáticas específicas. Por ello, creímos necesario y urgente darle a la técnica hipnótica la justa dimensión que merece; no es ninguna panacea pero ciertamente la praxis clínica nos ha confirmado una y otra vez los invaluable beneficios que han obtenido un sinúmero de pacientes y que muy seguramente seguirán obteniendo muchos otros más.

El objetivo principal del presente trabajo fue desarrollar y mostrar ciertas técnicas del trabajo hipnótico a fin de que el profesional calificado las considere y valúe en su trabajo diario.

Dado el interés por promover la utilización de esta técnica en psicoterapia, se pretende proporcionar los aspectos puntuales, detallados y necesarios, a través de un manual, lo mejor organizado posible, que permita paso a paso, a todo aquel calificado interesado en aprender, profundizar y por

supuesto, aplicar la técnica, los elementos necesarios para llevarla a cabo con eficacia en su trabajo clínico, así como mostrarle dentro de cada uno de los fenómenos asociados a ésta, su utilización y eficiencia clínica. Siendo así, que el contenido del presente estudio se desarrolló en cinco capítulos:

PRIMER CAPÍTULO.- Aborda las diversas definiciones que se han planteado los estudiosos del fenómeno así como los diversos mitos en torno al mismo, es decir, lo que es y no es la hipnosis. Asimismo se habla acerca de la diferenciación entre el trance formal e informal, como también de los aspectos psicológicos, donde se analizaron los fenómenos presentados bajo trance tales como la disociación, distorsión del tiempo, pensamiento de trance, amnesia o hipermnesia.

En otro punto del mismo capítulo se abordan los aspectos fisiológicos referidos a los cambios experimentados a nivel corporal, así como las Teorías del Estado y No Estado; se reflexiona acerca de, si la hipnosis es un estado diferente al de la vigilia.

SEGUNDO CAPÍTULO.- Se desarrollan de manera puntual, lo que conocemos como hipnosis tradicional o clásica *versus* moderna, tanto los parámetros que diferencian a cada una de ellas, enfatizando el manejo de los trances formales en la técnica clásica y los informales en la moderna; así como el uso e implicaciones de las sugerencias, mostrando su aplicación en casos clínicos.

TERCER CAPÍTULO.- Describe a la hipnosis como una técnica capaz de utilizarse como apoyo a una orientación o enfoque terapéutico, es decir, como un catalizador.

CUARTO CAPÍTULO.- Versa sobre la aplicación de la hipnosis con sus fenómenos de trance, como técnica de intervención principal apoyada en otras estrategias terapéuticas.

QUINTO CAPÍTULO.- Se realiza una evaluación de la hipnoterapia donde se hace énfasis que es más eficaz que el no tratamiento pero no más efectiva que otros enfoques terapéuticos, se destaca su brevedad en la solución de problemas, siendo esto una ventaja en comparación con otros enfoques, ya que se ha demostrado que tienen igual nivel de eficacia las terapias largas como las cortas.

En las conclusiones obviamente se plasmaron las que consideramos ventajas más sobresalientes de la técnica, con base en la praxis clínica así como las inquietudes y lo que consideramos, las repercusiones futuras del empleo de la técnica hipnótica en psicoterapia.

Finalmente incluimos algunos apuntes con referencia a las Precauciones en el uso de la hipnosis, así como la Escala de la Clínica Hipnótica Stanford, a manera de apéndices para todo aquel que crea pertinente considerarlo.

CAPÍTULO I

ASPECTOS TEÓRICOS EN RELACIÓN A LA HIPNOSIS

I.1 DEFINICIONES DE HIPNOSIS

El término de hipnosis así como el origen de esta técnica ha mostrado también, a lo largo del tiempo un proceso de cambio y una serie de transformaciones siendo que, el concepto ha ido variando de acuerdo a la orientación, ideológica y época en que se han ido ubicando cada uno de los autores que han tratado de definirla.

James Braid, recomendó definir a la hipnosis como: “El término hipnotismo se debe restringir solamente a aquellos casos en que el sujeto no recuerda al despertar lo que ocurrió mientras dormía, pero de lo cual se acordará perfectamente cuando vuelva a estar posteriormente en un estado de hipnotismo similar” (citado en Rossi, 1987).

Pierre Janet, pensó que la hipnosis consistía en la formación de una conciencia disociada secundaria con una particular actitud y memoria que temporalmente ocupaba el lugar de la conciencia normal. Este concepto sustentó la explicación de la amnesia poshipnótica y el automatismo que se observaba en la hipnosis (citado en Coboz, 1983).

Sigmund Freud, en su obra Psicología de las Masas y Análisis del Yo, comparó la hipnosis con el estar enamorado, diciendo: “Del enamoramiento a la hipnosis no hay gran distancia, siendo evidentes sus coincidencias. El hipnotizado muestra, con respecto al hipnotizador, las mismas pruebas de humildad, sumisión docilidad y ausencia de crítica que el enamorado manifiesta hacia el objeto de su amor. Comprobándose asimismo, en ambos, el mismo renacimiento a toda iniciativa personal. Es indudable entonces, que el hipnotizador se ha situado en el lugar del ideal del yo” (Freud, 1921).

Ivan Pavlov trató de dar una explicación de la hipnosis y sugestión, diciendo: “El sueño de esta manera producido, es un reflejo condicionado provocado por sugestión y se caracteriza por la presencia de un punto de guardia a través del cual se mantiene en contacto con el hipnotizador, por lo que se trata de un sueño parcial” (citado en Medeo, 1974).

C.L. Hull (1933), definió a la hipnosis como el reforzamiento de sugestiones. Relacionó la sugestión con la teoría del aprendizaje, afirmando que una asociación de palabras establecida, con su respuesta correspondiente, produce subsiguientemente una reacción de tipo ideo-motriz.

Ludwin, en 1966, desarrolló la definición conceptualizándola como un estado de conciencia alterado. Sostuvo que, un estado de conciencia alterado se podía alcanzar por medios psicológicos o químicos y que nuestra percepción del mundo se vuelve diferente bajo el estado hipnótico, a diferencia del estado normal de vigilia.

Cheek y LeCrom (1968), opinaron que la hipnosis era un mecanismo de defensa común en todos los animales. Mencionaban: "Cuando estamos heridos o amenazados, entramos en un trance hipnótico en el que disminuye la temperatura de la piel, la velocidad de la circulación sanguínea y en el que se limitan los movimientos y la respiración. Igualmente, se puede aumentar el control sobre las emociones y sensaciones en este estado".

Hilgard y Hilgard (1975), conceptualizaron a la hipnosis en relación a la teoría de la disociación, de la siguiente forma: "La hipnosis es una conciencia dividida o una disociación, donde la mente consciente puede enfocar su atención en un aspecto y la inconsciente en otro aspecto completamente distinto". Dicho de otra forma, ellos consideraron que mientras el sujeto está bajo hipnosis puede experimentar, por ejemplo, dolor sin sentirlo, en consecuencia, creyeron que la hipnosis era un estado alterado de conciencia en el que ésta puede dividirse y donde una parte del sujeto actúa de una forma hipnotizada y no experimenta dolor si el hipnotizador así se lo sugiere y la otra parte del sujeto, permanece sin estar hipnotizada y por tanto, percibe el malestar que su mente está reprimiendo, considerando a su vez, a esta última parte, actuando, como un observador oculto.

Sarbin y Coe (1972), propusieron que los individuos hipnotizados no se comportan tal cual son, ya que han experimentado un cambio en el estado interno de su persona, pero decretan el papel del sujeto hipnotizado tal como es definido por el hipnotista y por las instituciones socioculturales.

Para Erickson y Rossi (1979), "La hipnosis es esencialmente una comunicación de ideas transmitidas al paciente, en aquella forma en la cual éste será más receptivo para la evocación de experiencias y así motivarlo para explorar sus propias potencialidades corporales para el control de sus respuestas psicológicas, fisiológicas y conductuales".

Daniel Brown y Erika Fromm (1986), representantes de la corriente psicoanalítica, intentaron explicarla en los siguientes términos: "La hipnosis

tiene la función de proporcionar una regresión al servicio del yo, junto con mayor acceso a lo inconsciente”.

Beahrs (1988), definió la hipnosis desde tres perspectivas: Fenoménica, Transaccional y Formal-Procesal. La primera la vio como el proceso que lleva al paciente a experimentar alteraciones volitivas, perceptivas-memorísticas y cognitivas, tales como la lógica del trance, (según la define Orme en 1959); la segunda, la perspectiva Transaccional, que incluye al paciente y al hipnólogo, a la inducción y al estado hipnótico de sugestibilidad y la tercera, la Formal-Procesal, la cual contiene los anteriores elementos y atiende a la ritualización del proceso y a su etiquetamiento como “hipnosis”. Beahrs (1982), señaló también que puede haber muy diversos tipos de estados de trance hipnótico y al respecto, citó una conversación con T.X. Barber, en la que éste dijo: “Para empezar, si va a hablar de hipnosis, ¿por qué ha de referirse a hipnosis? Tal vez hay dos, tres o aún un número infinito de tipos de “hipnosis”.

Lo cierto es que, para fines de este estudio, hemos considerado a la hipnosis como una forma de concentración enfocada, atenta y receptiva, con una sensación de conciencia paralela, donde imaginamos y sentimos más que razonamos.

La relación entre la concentración hipnótica y la conciencia ordinaria es análoga a la relación entre visión macular y periférica, ya que la visión macular es intensamente detallada y colorista pero permite sólo la inspección de un campo visual limitado mientras que en la periférica se sacrifican la intensidad y el detalle por el examen más amplio posible del entorno. --

En cuanto a la receptividad, se emplea en dos sentidos; por una parte, la persona en hipnosis regularmente se encuentra en un estado pasivo, generando un tipo de comunicación donde el terapeuta puede decir prácticamente lo que quiera y el paciente está presto a cumplir sus indicaciones. En un segundo sentido, los pacientes en hipnosis tienden a aceptar, de manera más fácil, cualquier idea que se les proponga (Hilgard, 1965), con lo que la tendencia a cumplir las instrucciones dadas en estado hipnótico, comúnmente denominada, capacidad de sugestión, se incrementa notablemente.

En cuanto a la sensación de conciencia paralela, se refiere al reporte que varias personas refieren en el sentido de que experimentan como si una parte de ellos se encontrara hipnotizada y la otra, estuviera en estado de vigilia normal,

evaluando todo lo que estuviera aconteciendo. Un ejemplo que ilustrara esto sería la experiencia cotidiana de cuando una persona va conduciendo un automóvil y a la vez va conversando con el acompañante que lleva a su lado. Al llegar a un semáforo con luz roja que implica "alto", éste actúa deteniendo el auto a la vez que continúa conversando con su acompañante sin perder la hilación de ideas de su conversación; es decir, una parte de sí va conduciendo y la otra va platicando (sensación de conciencia paralela). Así, lo importante de rescatar en este punto es que la imaginación y sus sensaciones conexas a una imagen particular invitan más a experimentar emociones que a razonar hechos, lo que implica una cualidad de la hipnosis.

Ahora bien, una vez que ha sido definida la hipnosis válida para fines de este estudio se considera conveniente hablar de los mitos en relación a ésta, con la intención de clarificar el concepto así como precisar lo que es y no es la hipnosis, por ello, el siguiente apartado aborda algunos mitos en relación a este fenómeno.

I.2 MITOS SOBRE LA HIPNOSIS

A lo largo de los años han circulado una serie de mitos sobre el trance. A continuación mencionaremos algunos de tantos así como la explicación que los desmiente:

"La hipnosis es una forma de sueño".

La hipnosis no implica una pérdida de la conciencia ni es una forma de sueño; la asociación que se ha hecho entre hipnosis y sueño no ha sido muy afortunada. La gente a menudo espera, o teme encontrarse en un estado inconsciente al entrar en hipnosis, sin embargo, es importante señalar que ningún individuo pierde la conciencia o duerme al encontrarse dentro de un trance.

"La hipnosis implica una rendición de la voluntad".

La hipnosis tampoco implica una rendición de la voluntad y, por consiguiente, no se haya bajo el control del hipnotizador (Orne, 1959), sino al contrario, por medio de la hipnosis, se ha observado que el individuo puede tener un mejor control de sí mismo (Erickson y Rossi, 1979).

“La hipnosis es inducida por un hipnotizador”.

Al final, toda hipnosis es autohipnosis. Los individuos se introducen en un trance porque así lo desean; la hipnosis no puede inducirse sin la colaboración del paciente (Tordjman, 1978).

Erika Fromm y Short (1972), compararon la autohipnosis con la heterohipnosis (hipnosis con la ayuda de un hipnoterapeuta), encontrando que la autohipnosis resulta indispensable y necesaria para lograr la heterohipnosis. El trabajo del hipnoterapeuta sólo consiste en ser facilitador de la experiencia autohipnótica; de hecho, en algunos casos, el hipnoterapeuta parece convertirse en un obstáculo (Aráoz y Bleck, 1985).

“Los crédulos y los tontos así como las mujeres, se hipnotizan con mayor facilidad”.

No hay diferencias de sexo en la capacidad de hipnotizabilidad (Hilgard, 1965). Si acaso, la capacidad para el trance sólo requiere que el individuo que se somete a la experiencia confíe y se abra a ella.

“La hipnosis puede utilizarse para que la gente haga o diga cosas que normalmente no haría o diría”.

La hipnosis no se utiliza para que la gente haga o diga cosas que normalmente no las haría o diría (Orme, 1959). Los individuos participan activamente en su propia conducta de trance y por consiguiente, no puede obligársele a hacer o decir nada que no forme parte de su repertorio comportamental; por tanto, el hipnotizador sólo les anima para que se comporten de una determinada manera que tienen dentro de su repertorio y que quizá, no se habían percatado de ello.

“La hipnosis es peligrosa”:

La hipnosis es tan peligrosa como cualquier otra técnica psicológica en manos de personas no capacitadas para utilizarla, ya que el uso de la hipnosis puede ocasionalmente tener consecuencias imprevistas, por esta causa sólo la deben utilizar profesionales calificados. (Este tema se abarcará con mayor detalle en el Apéndice “A” de Precauciones en el uso de la hipnosis).

“Los hipnotizadores deben ser personas enérgicas, carismáticos o misteriosos”

Puesto que toda hipnosis es autohipnosis, las características del paciente son más importantes que las del propio hipnoterapeuta (Dowd y Healy, 1986).

“No se puede hablar cuando se está en trance”.

“No se puede recordar lo ocurrido aún después de salir del trance”.

El trance es una experiencia muy individual; algunas personas presentan, realmente, amnesia mientras que otras sí lo recuerdan todo (o unas cuantas cosas, o con mucha exactitud) (Granone, 1972). De igual manera, es muy frecuente que los individuos hablen mientras están en trance, especialmente si el hipnoterapeuta se los solicita.

Una pregunta interesante que a menudo se realiza, consiste en saber si la hipnosis por sí sola es terapia. Éste ha sido un gran punto de discusión; algunos autores, entre ellos Coboz (1983), han considerado que, por sí sola la hipnosis es terapéutica de ahí su denominación de “hipnosis pasiva” y algunos otros, como Crassilneck y Hall (1985), no la han considerado como tal; lo cierto es que sólo el profesional clínicamente calificado puede emplear la conducta de trance para solucionar problemas clínicos.

Otro mito que suele estar en la mente de la gente se refiere al pensamiento de que el trance hipnótico sólo sucede de manera formal, es decir, cuando una persona se encuentra en un estado de pasividad e inducido por otra persona; en realidad también sucede de manera informal, prueba de ello es el ejemplo conocido como “hipnosis de carretera”, referido a la conducta de la gente que viaja en automóvil de un lugar a otro sin darse cuenta del itinerario o trayecto, siendo que se da una atención focalizada que lleva a la persona a un estado de trance informal.

Este punto es de vital importancia, por tal motivo se desarrolla en el siguiente apartado el continuo entre trance formal e informal, donde la constante es la atención focalizada.

I.3 CONTINUO ENTRE TRANCE FORMAL E INFORMAL

La hipnosis no sólo ocurre de manera formal aunque a la gente común y corriente le son más familiares los trances formales, lo evidente es que hay sucesos diarios que son de naturaleza hipnótica. Por ejemplo, algunos individuos están tan profundamente absortos en una actividad, que pierden la noción del tiempo (distorsión del tiempo) o no se percatan de estímulos externos (atención focalizada).

Los hipnoterapeutas ericksonianos utilizan en especial y a menudo los trances informales donde, por lo tanto, el estado hipnótico no depende, para su producción, tan sólo de técnicas de inducción al trance lo que significa que éstos pueden ocurrir incluso, en un ambiente de total ausencia de técnicas; puesto que depende sobre todo, de la disposición del individuo para imaginar y pensar lo sugerido por el terapeuta, es decir, los trances pueden suceder de manera espontánea por el propio individuo.

Hablar entonces de trance informal y/o formal es hablar de un continuo. Por ejemplo, una persona en un estado informal de trance se encontrará en una habitación, absorto en un libro y muy probablemente no se percatará de que el teléfono está sonando, pero si se encontrara en un trance formal pueden ocurrir varias alteraciones sensorio-perceptuales, por ejemplo, se le indicará, en trance profundo (sonambólico) que al abrir los ojos no verá el teléfono aún cuando lo tenga frente de sí y éste reportará, efectivamente, que no lo vio (alucinación positiva). Lo que se quiere comentar con los ejemplos anteriores es que es difícil poner una línea divisoria en relación a dónde termina un trance informal y comienza uno formal, por lo que se habla de un continuo del mismo fenómeno. Ahora bien, ambos pueden ocurrir de manera espontánea o ser producidos con técnicas específicas y pueden ser clasificados en positivos y negativos (Aráoz, 1984), o en autovalorizantes o autodesvalorizantes (Gilligan, 1987), donde el positivo y autovalorizante será placentero mientras que el negativo y autodesvalorizante será insatisfactorio.

El trance informal se puede dar de manera espontánea, por ejemplo, en los sueños diurnos, cuando se conduce un automóvil por alguna ruta específica cuando una persona puede absorberse en sus pensamientos o fantasías al extremo de perder la noción del tiempo y "trascender" el espacio-tiempo o, cuando nuestra atención está focalizada en una actividad y no advertimos otra

que se desarrolla en la misma habitación. Acaso también se vea el pasado y el futuro como si ocurrieran en el presente.

Para Milton Erickson, (Erickson en Erickson y Rossi, 1989), el estado de trance informal era “un periodo de ensueño, atención selectiva o callada reflexión, donde el rostro tendía a perder animación, a parecer “chato”, “planchado”, además de que todo el cuerpo quedaba inmóvil, en la postura en que se encontraba y, en ocasiones presentando ciertos reflejos (tragar saliva, respirar profundamente, acelerar el ritmo cardiaco, entre otros)”.

Hemos formulado la hipótesis de que en la vida diaria la conciencia se halla en un estado de fluctuaciones constantes entre la orientación hacia la realidad general y la microdinámica momentánea del trance (Erickson y Rossi, 1981).

Cuando nuestra atención se abstrae momentáneamente, hasta el punto en el que el cuerpo parece petrificarse, los ojos se ponen vidriosos, la mirada inexpresiva y los procesos corporales se retardan, se ha producido un trance natural, aunque sólo sean observables, por unos cuantos minutos y en estos se puede manifestar también algunos fenómenos del mismo.

Con el fin de hacer más claro y evidente el conocimiento del trance dentro del proceso hipnótico se mencionan a continuación una serie de factores que pueden propiciar un trance informal.

FACTORES QUE ESTIMULAN EL TRANCE INFORMAL

Los factores que estimulan un trance informal son:

1) La interacción social puede producir trance. Una persona que se le capta su atención e imaginación a través de una plática (por ejemplo un cuento que tenga alguna moraleja relacionada con él o ella), que le sea significativa y que le estimule.

2) Señalizaciones inductivas visuales, auditivas y kinestésicas. En ocasiones, nuestra mirada se absorbe con una mirada, un gesto, un roce u otra conducta que puede ser inductora; del mismo modo, cierta acción de otra persona puede ser señal que desencadene en el otro una experiencia kinestésica interna ya sea, hacerle oír una voz interior o ver mentalmente un filme; un

toque ligero, una presión suave, activa o puede producir un “guión” completo. Este tipo de proceso ocurre, por ejemplo, cuando una persona ha sido víctima de incesto, y donde determinado toque por parte de su pareja acaso le traiga a la mente la escena incestuosa. Esto servirá de señal inductora para despertar una serie de emociones.

3) Factores biológicos. Los ritmos biológicos normales pueden alterar la conciencia y provocar el trance (Rossi, 1987). Las fluctuaciones fisiológicas normales de los procesos psicofísicos que experimentamos a diario producen mudanzas en la conciencia. Antes de la menstruación por ejemplo, es común que una mujer adopte una actitud más introspectiva, que se acompaña a veces de una caída del nivel de energía y de la tolerancia a las frustraciones. Obviamente este tipo de cambios no es exclusivo de la mujer, los hombres también presentan fluctuaciones en su energía y talante.

Ernest Rossi (1987), ha descrito varios ritmos naturales. Los ritmos circadianos son ciclos biológicos que ocurren cada 24 horas y pertenecen al ciclo sueño-vigilia, posible de ser interrumpido por hechos tensionales de la vida, por ejemplo, cambios en el ciclo laboral. El ritmo ultradiano es un ciclo de actividad seguida de un descanso que ocurre cada 90 minutos; se caracteriza por un dormir o soñar MOR (Movimientos Oculares Rápidos), dilatación de la pupila, respiración alternada por una y otra fosa nasal a causa del predominio alterado de los hemisferios cerebrales.

CONDUCTAS Y EXPERIENCIAS DURANTE UN TRANCE FORMAL

Chertok (1985), afirmó que no se puede reconocer si un paciente está en trance formal o no, por la falta de criterios clínicos objetivos y por el hecho de que el testimonio de los pacientes no inspira confianza. En uno de sus experimentos con hipnosis, rescatando aún las experiencias de los sujetos a los que sometió a dicha experiencia, no logró comprobar un trance hipnótico formal ideal, sino múltiples formas de trance que variaban según los individuos y aún, en un mismo individuo, según las condiciones de la sesión, sin embargo, los sujetos reportaron dos experiencias de manera constante:

- 1) Pérdida parcial del control
- 2) Pérdida del contacto con el entorno y la realidad.

La impresión general es que la persona se encuentra en una especie de sueño, puesto que parece estar internamente preocupada y desatendiendo a la mayoría de estímulos externos. De hecho, las habituales preocupaciones diarias pueden producir periodos breves de comportamiento que tienen, en cierta forma, cualidades semejantes a las del trance formal, aunque son mucho menos intensas. Asimismo se arguye que en la vida diaria, bajo la influencia de la hipnosis formal, el trance puede entenderse como la pérdida de contexto.

Shor (1965), sugirió que en hipnosis formal se da una pérdida generalizada de la orientación con referencia a la realidad, argumentando que se suspende temporalmente la "prueba" de la realidad.

Lo cierto es que con base a la experiencia clínica las características consistentemente observables, de la conducta de una persona en estado hipnótico formal profundo son:

- * Cierre lento de los ojos al momento de la inducción, a veces con reapertura parcial pero pasajera.
- * Fino temblor de pestañas al inicio de la inducción como producto de un movimiento casi imperceptible de los párpados.
- * Comportamiento pasivo.
- * Atención estrecha y selectiva
- * Aceptación de la distorsión de la realidad
- * Aumento notable de la sugestibilidad.
- * Facilitación del rol-playing
- * Amnesia hipnótica inducida.

Ya reconociendo lo que se experimenta bajo trance, vayámonos adentrando y centrándonos en el trance mismo, hablando ahora de la profundidad que se puede experimentar bajo este estado.

1.4 PROFUNDIDAD DEL TRANCE

Este término hace alusión a que todo individuo es diferente uno de otro por lo que cada uno posee diversos niveles en cuanto a la capacidad para el trance, así como para realizar tareas diferentes mientras se encuentran en un trance formal.

Dependiendo de la "profundidad" del trance, se muestra a continuación una clasificación que denota una serie de pruebas para el trance hipnótico formal (Tabla No.1), aunque, no es cierto de ningún modo, que estos fenómenos se clasifiquen siempre en este orden preciso; además de que, es importante señalar que la "profundidad" de la hipnosis puede tener poca relación con los beneficios obtenidos durante el tratamiento, especialmente para los pacientes con problemas menos graves (Crassilneck y Hall, 1985), sin embargo, esta tabla puede por lo menos alertar al hipnoterapeuta sobre lo que debe buscar en la conducta de trance y por consiguiente, proporciona un indicador general de la capacidad del paciente para el trance. Las intervenciones específicas posteriores podrán ser adaptadas luego, a la capacidad de cada individuo. (El anexo "B" también puede apoyar en la detección del nivel de trance en que se encuentra un paciente).

CLASIFICACIÓN Y PRUEBAS PARA EL TRANCE HIPNÓTICO	
FASE	PRUEBA
REFRACTARIO	- NO MUESTRA NINGUN SIGNO NI SEÑAL - RELAJACIÓN - CIERRE DE LOS OJOS - SACUDIDA DE LOS PÁRPADOS
TRANCE LIGERO	- SENSACIÓN DE ALETARGAMIENTO - CATALEPSIA DE LOS OJOS Y DE LOS MIEMBROS - RESPIRACIÓN PROFUNDA Y LENTA - ANESTESIA PARCIAL - PROFUNDIZACIÓN DEL ALETARGAMIENTO
TRANCE MEDIANO	- AMNESIA PARCIAL - CUMPLIMIENTO DE SUGESTIONES POST-HIPNÓTICAS - ALUCINACIONES POSITIVAS Y NEGATIVAS - CAPACIDAD PARA ABRIR LOS OJOS SIN SALIR DEL ESTADO HIPNÓTICO
TRANCE PROFUNDO (SONAMBULISMO)	- AMNESIA COMPLETA - ANESTESIA Y ANALGESIA POST-HIPNÓTICA - REGRESIÓN DE EDAD Y REVIVIFICACIÓN - PALIDEZ EN LOS LABIOS - ALUCINACIONES POST-HIPNÓTICAS

TABLA 1

A juicio de Erickson, el grado de profundidad necesario para tratar los problemas de un paciente, dependen principalmente de su personalidad, la naturaleza del problema y la etapa terapéutica en la que se halle. En algunos casos, sólo se requiere un trance leve para abordar un problema complejo, en otros se necesita un trance profundo aunque el problema sea relativamente sencillo. El terapeuta deberá, por tanto, aplicar su criterio y experiencia clínica, a cada caso particular. Si una técnica no da resultado, siempre podrá recurrir a otra (Erickson, 1980). Hay ocasiones que tan sólo se puede trabajar con trances informales, con muy buenos resultados mientras que en otros casos se necesitará de trances formales.

De acuerdo con Hilgard (1965), y desde una perspectiva formal del trance, el 90% de personas puede experimentar un trance ligero, durante el cual puede experimentar relajación y disminuir considerablemente la ansiedad y la aprensión. El 70% de los pacientes, es probable que logren un trance mediano, en esta etapa se puede obtener más pasividad y relajamiento donde también suele lograrse cierto grado de anestesia y amnesia, es aquí, por ejemplo, donde las obturaciones dentales pueden practicarse, en ocasiones, disminuyendo las molestias. A este nivel de trance pueden realizarse también, curaciones a personas con quemaduras, provocando menos dolores.

Wolber (1948), sugirió la siguiente prueba para saber si un paciente se encontraba en un trance mediano: Le pedía que contara del 1 al 10 y que borrara los números 4 y 8 de su mente. En trance entonces, el paciente contaba del 1 al 10 y si omitía los números citados entonces se le podía pedir ahora que, cuando saliera del trance siguiera olvidando dichos números (sugestión post-hipnótica) y si al salir los omitía significaba entonces que había logrado un buen trance mediano aunque hay que tener en cuenta que algunos pacientes con trance profundo, no generan amnesia por tanto, sólo hay que considerarlo como un punto-guía.

El 20% de los pacientes podrá alcanzar el trance profundo. Con esta profundidad suele obtenerse grados de anestesia considerable; a este nivel también, las personas pueden abrir los ojos y actuar como lo hicieran en estado de vigilia normal pero en realidad se encuentran en un estado de trance de nivel sonambólico.

En relación a los niveles de profundidad hipnótica, la investigación experimental ha desarrollado varias escalas para medir esta capacidad o profundidad del trance hipnótico.

Los test que a continuación se mencionan miden la capacidad de la persona para entrar en un trance formal. Estos incluyen el perfil de inducción hipnótica (PIH) (Spiegel y Spiegel, 1978), la Escala de Hipnosis Clínica para Adultos de Stanford, de Hilgard y Hilgard (1975), (el apéndice "B" describe esta escala); la cual tiene una versión para niños (Morgan y Hilgard, 1978), y la Escala de Sugestibilidad de Barber (Barber, 1979).

Fellow (1988), realizó una buena revisión de varias escalas y encontró que los resultados de las personas que son sometidas a estos tests cambian poco, independientemente de si, se les aplicó en un lugar diferente, por un profesional distinto o en condiciones disímiles.

Ahora bien, si ya mencionamos el porque consideramos la existencia de un continuo entre trance formal e informal, es importante señalar que mientras en un trance informal la persona recuerda, en un trance profundo la persona vive nuevamente el recuerdo. Este recordar y revivir es una manifestación hipnótica pero hay otras que a continuación las definiremos bajo la rúbrica de aspectos psicológicos como fenómenos del trance.

1.5 ASPECTOS PSICOLÓGICOS: FENÓMENOS DEL TRANCE.

La vivencia de los fenómenos psicológicos del trance se vive de manera muy personal ya sea bajo un trance hipnótico formal o bajo un trance informal.

Las manifestaciones de trances informales o formales sin una inducción, no hace disminuir la importancia de ambos tipos ya que la importancia radica en la producción de los fenómenos psicológicos del trance, y en muchos casos, sólo se pueden provocar bajo la inducción hipnótica ya sea a través de técnicas modernas o tradicionales. Para clarificar lo expuesto anteriormente se presenta a continuación la siguiente tabla en la que se describen dichos fenómenos:

FENÓMENO	MANIFESTACIÓN
1) Disociación	Experimentar experiencias divididas
2) Atención	Reducida
3) Movimientos Motores	Involuntarios
4) Sugestibilidad	Alta
5) Imaginación	Vivida
6) Memoria	Amnesia/Hipermnesia
7) Sensaciones kinestésicas	Analgesia/Anestesia
8) Percepción del tiempo	Extendiéndolo / contrayéndolo
9) Lógica del trance	Alucinación positiva y negativa

TABLA 2

DESCRIPCIÓN DE LOS FENÓMENOS DEL TRANCE

1) DISOCIACIÓN

La disociación supone distinguir dos experiencias o elementos, mediante palabras o acciones.

Este fenómeno psicológico e hipnótico ha sido ampliamente conocido. En análisis transaccional se puede entender cuando se habla de la separación de los estados psicológicos, en el “padre”, el “adulto” y el “niño”. Dicho de otro modo, el término corresponde a la separación que, en un momento dado se hace entre consciente e inconsciente, o la diferencia entre las emociones y el pensamiento, por citar algunos ejemplos.

Así, este fenómeno se puede experimentar teniendo la sensación de enojo mientras se muestra cortesía u otra actitud pero menos enojo; es decir, se

disocia la cognición del sentir. La disociación muestra que, bajo hipnosis se puede hacer ver a una persona un hecho traumático de su vida, mientras físicamente se encuentra relajado además de que también se puede provocar la disociación de pensamientos-sensaciones.

2) ATENCIÓN

Cuando una persona se encuentra en un trance informal o formal, su atención tiende a ser muy reducida o se vuelve selectiva, al punto que bajo un trance formal, el paciente hipnotizado sólo escucha la voz de quien lo hipnotizó y no otras, aunque éstas otras se pudieran estar dirigiendo a él. Lo mismo durante una trance informal, en él que una persona puede tener su atención tan absorta en un libro, película o cualquier otra acción, que no escucha el sonar del teléfono o que le están hablando.

3) MOVIMIENTOS MOTORES INVOLUNTARIOS

La gente normalmente produce conductas a su elección y respuestas volitivas. En trance en cualquiera de sus dos formas (formal o informal) suele experimentar que sus movimientos motrices son involuntarios. Por ejemplo, cuando un acompañante de un automovilista (no siendo él, el conductor) observa que van a tener un alcance o choque con otro auto, puede mover la pierna de manera involuntaria como queriendo frenar, sin tener por qué ya que él no va conduciendo.

En un trance formal a cualquier persona se le puede hacer producir movimientos automáticos. Por ejemplo, se le puede hacer girar las manos, una alrededor de la otra, mientras se dan sugerencias de que no podrá detener ese movimiento, y efectivamente sucede, es decir, la persona hipnotizada suele no parar hasta que el hipnotizador le pide que se detenga. Aquí la cuestión crucial es la sensación de involuntariedad que acompaña al movimiento, y si se les pregunta a las personas si tienen la menor sensación de control de la parte de su cuerpo afectada, suelen responder que no.

4) SUGESTIBILIDAD

La sugestión es la aceptación de una idea o conjunto de ideas por parte del individuo además de actuar conforme a ellas, partiendo de que las acepta. A

esto se le denomina sugestibilidad. Todo mundo somos sugestionables, tan lo somos que podemos aprender.

En trance, ya sea, formal o informal, se pueden dar sugerencias autoritarias, permisivas o de forma indirecta. Una autoritaria es dar una orden precisa. Permisiva, solicitando permiso a la persona para realizar un evento y de forma indirecta, se puede usar el lenguaje metafórico aludiendo de manera indirecta a la identificación de la persona con los personajes de la metáfora o la situación. Puede existir la heterosugestión en la cual otra persona proporciona las sugerencias, y la autosugestión en la cual el mismo individuo se administra las sugerencias, sin embargo, es importante no olvidar que finalmente toda heterosugestión es autosugestión.

Hawkin (1985), señaló con base a su experiencia que, en algunos pacientes, durante un trance formal profundo, su capacidad de crítica se ve disminuida, por lo cual aceptan de manera más fácil las sugerencias dadas por la persona que los hipnotizó.

5) IMAGINACIÓN

El acto de imaginar implica formar imágenes mentales que posean componentes sensoriales conexos. Las imágenes afectan los procesos sensoriales y a la inversa, los sentidos afectan el tipo de imágenes que una persona puede formar (Kershaw, 1992).

La formación de imágenes suele preceder a un cambio físico o seguirlo. Luria (1968), investigó la relación entre imaginería y respuesta física, y descubrió que uno de sus pacientes podía acelerar su ritmo cardíaco si se imaginaba que corría para alcanzar un tren.

Simonton y Mettews (1975), descubrieron que la naturaleza y la calidad de la imaginería de un paciente canceroso influían en su capacidad de manejar la enfermedad.

En hipnosis se estimula la imaginación de una persona a tal grado que una experiencia pasada la puede hacer muy vívida y afectar de manera más patente sus sentidos; el auditivo, el gustativo, kinestésico y/o visual. Gracias a estos componentes, el individuo puede formar una imagen futura positiva y

alterar las experiencias presentes; lo mismo puede hacer con el pasado, con el objetivo de que se contemple desde un punto de vista distinto.

6) MEMORIA

Durante el trance, la afeción a nivel de memoria se puede manifestar por amnesia, que es la pérdida de recuerdos o hipermnesia, que es la capacidad de recordar un evento con detalles mínimos. Muy íntimamente ligado a los recuerdos de memoria están las regresiones de edad hipnótica.

7) SENSACIONES KINESTÉSICAS

Son diversas las sensaciones kinestésicas que se pueden producir en un trance formal e informal, como los son, frío, calor, hormigueo, etc., sin embargo, el que más llama la atención es la anestesia, por su implicación de brindar bienestar ante el dolor. Cabe resaltar que tanto la anestesia como la analgesia se pueden producir por técnicas hipnóticas.

A través de los años, la hipnosis ha demostrado su utilidad en el manejo y control del dolor en diversos áreas de la salud tales como la odontología, la cirugía, la obstetricia o en la atención a dolores crónicos como lo es el caso del cáncer, por citar algunas. (Lassner, 1974; Melzack y Perry, 1975; Hilgard y Hilgard, 1975).

8) LA PERCEPCIÓN DEL TIEMPO

La percepción del tiempo es fácilmente distorsionable (Cooper y Erickson, 1959), ésta se refiere a la ausencia de correspondencia entre el tiempo real transcurrido y la percepción que se tienen del tiempo, ya sea extendiéndolo o contrayéndolo. Este es uno de los fenómenos fácilmente observables cuando una persona se encuentra en trance.

9) LÓGICA DEL TRANCE

Cuando nos encontramos en vigilia o plena conciencia evaluamos de manera continua los sucesos, comentarios o acciones cotidianas a las que estamos expuestos, así por ejemplo, si alguien nos da una manzana, la observamos y evaluamos si es una manzana. Es muy probable que alguien que se encuentre en trance profundo se le de una cebolla diciéndole que es una

manzana y lo acepte e incluso, la puede comenzar a comer y saborearla como si fuera una manzana, es decir, el sujeto es literal a las sugerencias que se le proporcionan bajo trance profundo. A esto se le llama lógica del trance.

Este término, acuñado originalmente por Orne (1959), lo definió como la capacidad que tiene un sujeto profundamente hipnotizado, para mantener percepciones o ideas inconsistentes desde un punto de vista lógico.

La lógica del trance se manifiesta a través de las alucinaciones, en las cuales el individuo ve algo que en realidad no está (alucinación negativa) o bien, no ve algo que sí está (alucinaciones positivas).

Este punto se pone de manifiesto en el siguiente experimento: Si a una persona hipnotizada se le pide que cruce un cuarto y en su camino ponemos una silla pero le decimos que no hay tal silla, no alucinará la existencia de la silla y simplemente pasará a un lado de ella. Se comporta como si no la viera, aunque por supuesto, si la vio, puesto que le dio la vuelta. En este caso es interesante observar que si a un sujeto no hipnotizado se le pide que simule estar en hipnosis y, ante la misma situación particular, éste se irá a estrellar contra la silla, pues tratará de ser congruentes con la errónea opinión de que la hipnosis cambia realmente las percepciones (Orne, 1959). Este fenómeno también se da durante vigilia, en especial durante el estado de trance informal. Un ejemplo de ello es aquella persona que tiene las llaves en una de sus manos, no se percata de ello y las anda buscando. No ve algo que sí está (alucinación positiva). O, el ejemplo de alucinación negativa: Cuando una persona presenta celos infundados. Ve algo que no está.

El siguiente apartado aborda otro de los aspectos importantes en la comprensión del proceso hipnótico, nos estamos refiriendo a los aspectos fisiológicos presentados en hipnosis.

I.6 ASPECTOS FISIOLÓGICOS.

Este apartado hace alusión al estudio de los cambios corporales asociados con la hipnosis o, en su defecto, a cambios que ocurren como resultado de ella, ya se a través de sugerencias directas o indirectas y de concomitantes fisiológicos de las emociones hipnóticamente inducidas.

Aunque su etimología parece relacionar a la hipnosis con el sueño, el electroencefalograma del estado hipnótico, no corresponde a ninguno de los cuatro estadios ya conocidos del sueño, sino que es semejante al estado de vigilia (Wallace y Fisher, 1987).

Los intentos para definir con precisión un criterio fisiológico correlacionado con la hipnosis, no ha tenido consenso entre los estudiosos del fenómeno, por lo que retomaremos algunas líneas de investigación que han encontrado relación entre la hipnosis y la actividad cerebral. Describiremos de manera sucinta algunas de estas líneas:

ELECTROENCEFALOGRAFIA (EEG) E HIPNOSIS

En estudios iniciales, con personas altamente susceptibles a la hipnosis, tales como los estudios de Evan (1973), reportaron que no hubo diferencias de EEG en grupos de personas con alta susceptibilidad hipnótica (AsH), respecto de personas con baja susceptibilidad hipnótica (BsH), sin embargo, algunos autores tales como London, Hart y Liebout (1968); Morgan, MacDonald y Hilgard (1974); Nowlis y Read (1968), sugirieron la existencia de una relación entre EEG alfa (generalmente de 8 a 12 Hz.), relacionada con alta susceptibilidad hipnótica, respecto de personas con baja susceptibilidad hipnótica en las cuales no se presentó el reporte de EEG mencionado.

Por otra parte, Perlini y Spanos (1991), sugirieron que las ondas alfa pueden tener una pequeña relación con el estado hipnótico, pero no aportaron más datos al respecto. Lo cierto es que las ondas alfa se han relacionado con el estar relajado y despierto (Junqué, Barroso, 1994).

Aunado a las investigaciones en relación a las ondas alfa e hipnosis se ha encontrado otra línea abierta, en torno a las ondas theta (generalmente de 4 a 7 Hz.). Galbraith y Cols. (1970), encontraron actividad theta en áreas posteriores y, en algunos casos, en regiones occipitales del cerebro. Por su lado, Sabourin y Cols. (1990), reportaron que existe una mayor actividad theta en personas altamente susceptibles a la hipnosis (AsH), respecto de las personas con baja susceptibilidad hipnótica (BsH).

Crawford y Cruzelier (1992), encontraron una fuerte relación entre ondas theta y alta susceptibilidad hipnótica (AsH), en una amplia variedad de sitios

del cerebro, así como también reportaron la tendencia a presentarse ondas theta al momento de la inducción hipnótica.

Por otro lado, Graffin y Cols. (1995), realizaron un estudio con 805 sujetos, sobre EEG e hipnosis, considerando un grupo con BsH y otro grupo con AsH, a los cuales se les realizó registros a lo largo de 3 fases:

1) Línea Base: Aquí se realizaron registros electroencefalográficos a ambos grupos antes de la inducción hipnótica, encontrando actividad theta en lóbulo frontal en el grupo de Alta Susceptibilidad Hipnótica (AsH), no así en el de Baja Susceptibilidad Hipnótica (BsH).

2) Durante una inducción hipnótica estándar, se realizaron registros electroencefalográficos, en ambos grupos, encontrando un incremento de ondas theta en lóbulo frontal en sujetos de BsH y un decremento de estas ondas en sujetos de AsH.

3) En estado hipnótico, ambos grupos mostraron actividad de ondas theta en lóbulo frontal y en áreas posteriores del cortex; asimismo, se observó actividad de ondas alfa en ambos grupos, en todos los demás sitios del cerebro.

4) No se encontró mayor actividad hemisférica en ninguno de los grupos.

Históricamente, las ondas theta han sido asociadas con una variedad de procesos como la supresión de tranquilidad, imaginación, movimientos oculares rápidos durante el sueño, resolución de problemas, atención y con procesos inhibitorios (Schacter, 1977; Walter, 1953).

Vogel y Cols. (1968), describieron dos clases de actividad de ondas theta. La primera, caracterizada por inactividad general y la segunda, con concentración durante la ejecución. Este tipo de ondas también han sido asociadas con atención sostenida (Bruneau y Cols.,1993; Tanaka y Cols., 1980).

Es importante recalcar aquí que, una condición necesaria para inducir hipnosis es captar la atención. Pensando en una inducción tradicional, se comienza a dar una serie de sugerencias monótonas a donde se espera que la persona que se está sometiendo a este proceso, excluya cualquier otro estímulo salvo los que le proporciona el hipnoterapeuta, es decir, se espera que filtre su

atención y que la sostenga; entonces es importante recordar aquí, nuevamente, que ya se había mencionado la existencia de un correlato psicofisiológico entre la atención (actividad de ondas theta en el lóbulo frontal) y la hipnosis, pero obviamente existe mucho más que esto respecto de los procesos de atención y los correlatos encontrados, ya que como han mencionado algunos autores, uno de los mejores predictores de la hipnosis está referido a la capacidad de atención sostenida (Tellegen, 1981; Tellegen y Atkinson, 1974; Nando y Cols., 1991; Crawford, 1991).

Cabe recordar respecto a las investigaciones de Graffin y Cols.(1995), mencionadas anteriormente, el aspecto de que, tanto el grupo de Baja susceptibilidad hipnótica (BsH) como el de alta susceptibilidad hipnótica (AsH), mostraron actividad de ondas theta en lóbulo frontal y respecto a esta misma cita suele también pertinente señalarse en este momento que, en comunicado personal con el Dr. Domínguez (1998), sugirió al respecto que, el concepto de AsH y BsH está siendo rebasado, ya que ahora se ha tomado en cuenta la atención sostenida y los procesos de atención/desatención como mayores predictores hacia la hipnosis, más que las escalas de susceptibilidad en sí mismas.

Para irnos complementando en el tema, a continuación describimos algunos aspectos psicofisiológicos de atención, para correlacionar la hipnosis con ella.

Dicho de modo sencillo, la atención se podría definir como el mecanismo por el cual nos preparamos para procesar estímulos. Enfocando lo que vamos a procesar determinamos que tanto serán procesados y decidimos si éstos demandan una acción (Heilman y Cols.,1987).

Junqué y Barroso (1994), hablaron de cuatro tipos de atención:

1) Mantener la atención en una tarea que se está realizando a lo largo de un tiempo requerido corresponde a la llamada **atención sostenida**.

2) Cuando se realizan dos tareas a la vez, estaremos ante la llamada **atención dividida**.

3) Si se seleccionan señales importantes de todo un conjunto de estímulos, se estará hablando de la **atención selectiva**

4) Si cambiamos de una tarea a otra, controlando primero una y luego la otra, se produce entonces una atención/desatención.

Ahora bien, antes de hacer correlaciones es necesario hablar de las estructuras cerebrales que participan en los procesos de atención.

Mesulam (1985), sugirió que el sustrato natural de la matriz atencional parece depender de la actividad de tres componentes:

- a) Actividad de la formación reticular troncoencefálica.
- b) De la corteza cerebral, especialmente de las áreas heteromodales y entre ellas, de la actividad prefrontal
- c) De la actividad talámica, donde se produciría la interacción de la actividad cortical y la reticular troncoencefálica. Uno de esos componentes, la actividad cortical, muestra una asimetría cerebral. La lesión unilateral derecha del cortex parietal posterior y prefrontal puede alterar la matriz atencional y dar lugar a la aparición de un estado confusional caracterizado por:

- 1) Alteraciones de vigilancia y distractibilidad elevada.
- 2) Incapacidad para mantener una secuencia coherente de pensamiento
- 3) Incapacidad para llevar a cabo una secuencia de movimientos intencionados. Esto no ocurre con lesiones similares en el hemisferio izquierdo. Según Mesulam, esto podría deberse a que el hemisferio derecho tiene una mayor influencia general sobre la formación reticular y tronco encefálico.

Lo anterior, permite reconocer que, en los procesos de atención hay una asimetría interhemisférica, con predominio del hemisferio derecho (Cohen, 1993; Heilman y Cols., 1983 y Gainotti y Cols., 1985).

Una serie de investigadores han pretendido un mapa neurológico de la hipnosis, en el que se ha destacado la relación entre hipnosis y hemisferio derecho.

Macleod-Morgan (1979), hicieron la sugerencia en el sentido de que, posiblemente, la hipnosis es un trabajo del hemisferio derecho.

Posteriormente Crawford y Cols. (1989), encontraron mayor actividad de ondas theta en el hemisferio derecho en sujetos altamente susceptibles a la hipnosis (AsH), mientras realizaban tareas con los ojos cerrados y operaciones aritméticas e imaginación.

Nuevamente, la Dra. Helen Crawford en combinación de Cruzelier (1992), encontraron, aunque no significativamente, en el hemisferio derecho, de personas altamente susceptibles a la hipnosis (AsH), mayor actividad de ondas theta, no encontrando asimismo, diferencias en hemisferios cerebrales en sujetos con baja susceptibilidad hipnótica (BsH).

Crawford, hacia 1994, en su artículo Brain dynamics and hypnosis: Attentional and disattentional process, sugirió haber encontrado evidencias significativas en personas AsH y hemisferio derecho, donde éste correlato psicofisiológico se relaciona a los correlatos cognitivos conductuales de personas AsH, con mayor habilidad en la filtración de la atención, atención sostenida y desde luego, con una gran capacidad de atención y desatención, respecto de las personas con BsH.

Es probable, de acuerdo al modelo atencional de Mesulam, que el proceso de atención tenga que ver con cierta asimetría cerebral, pero aún las investigaciones continúan.

Lo cierto es que existen otras líneas de investigación, como lo es la:

ESPECIALIZACIÓN HEMISFÉRICA E HIPNOSIS

Una inspección visual simple de las mitades del cerebro humano podría llevar a un observador casual a concluir que son imágenes exactas una de la otra, sin embargo, un cuerpo de evidencias, que crece rápidamente, sugiere que los hemisferios cerebrales del cuerpo humano son muy diferentes, al menos en lo que respecta a su función. En otras palabras, el cerebro muestra un grado considerable de lateralización funcional. Cada hemisferio parece estar especializado para la realización de tareas algo diferentes donde el lenguaje es una de las más importantes. Para una gran mayoría de seres humanos, este importante proceso está localizado principalmente en el hemisferio izquierdo (Benson, 1985). De hecho, tomada como un todo, la investigación sobre la lateralización de las funciones cerebrales, apunta las siguientes conclusiones: en muchas personas, aunque no en todas, el hemisferio izquierdo se especializa en actividades como hablar, leer, escribir; en el pensamiento lógico y en el análisis de la información, mientras que el hemisferio derecho se especializa en el control de ciertos movimientos, en la síntesis (unión de elementos aislados), en la comprensión, imaginación y comunicación de las emociones. Estas conclusiones han recibido apoyo de muchos estudios que han empleado

métodos y procedimientos distintos. A continuación se describen algunos de ellos.

Investigaciones con personas intactas (no dañadas del cerebro), como lo es el caso de la investigación corrida por Milner (1974), quien utilizó la sustancia de amital-sódico, el cual inyectaba en una arteria a un lado del cuello. Esta droga, anestesia rápidamente el hemisferio cerebral correspondiente según su aplicación. Durante los pocos minutos transcurridos antes de que la anestesia pase, una persona puede ser probada, en diferentes tareas. Los estudios que utilizaron este procedimiento indicaron que en la mayoría de los individuos, el hemisferio izquierdo poseía habilidades verbales mucho más desarrolladas que en el hemisferio derecho y, por ejemplo, cuando el hemisferio derecho era anestesiado, los participantes podían, por medio de su hemisferio izquierdo recitar letras del alfabeto o días de la semana, nombrar objetos familiares y repetir oraciones. En contraste, cuando el hemisferio izquierdo era anestesiado y sólo se disponía del otro hemisferio, los participantes experimentaban considerablemente, más dificultad para realizar esas tareas.

Los estudios cuyos procedimientos incluyen tomografías por emisión de positrones, proporcionan evidencia adicional a favor de la lateralización de las funciones cerebrales. Estos estudios indican que cuando los individuos hablan o trabajan con números, se incrementa la actividad del hemisferio izquierdo, en contraste, cuando trabajan en tareas perceptuales, por ejemplo, tareas en las que se comparan formas, se percibe un aumento en la actividad del hemisferio derecho. (Springer y Deutsch, 1985).

De modo interesante, investigaciones adicionales proponen que, mientras los individuos trabajan en la integración mental de algún tema, la actividad es mayor en el hemisferio izquierdo respecto del derecho (Cacioppo, Petty y Quintanar, 1982), sin embargo, una vez que el pensamiento lógico ha terminado y se ha tomado una decisión, la mayor actividad ocurre en el hemisferio derecho, que parece desempeñar un papel mayor en el pensamiento global no analítico.

Una siguiente línea de evidencia apunta a las diferencias entre los hemisferios (izquierdo y derecho), en relación a la capacidad para reconocer y comunicar las emociones. Estudios de Bryden, Ley y Sugarman (1982), indicaron que el hemisferio derecho es más rápido que el izquierdo, para reconocer señales de activación emocional, como las expresiones faciales.

Existen muchos estudios relacionados con personas que han perdido la conexión entre los hemisferios cerebrales (“pacientes con el cerebro dividido”), debido a una operación o a un accidente y, como se ha venido mencionando, cada hemisferio cerebral desempeña diversas funciones en la percepción y la conducta humana (Ver Gazzahiga, 1970; Kimura, 1973).

Resultados de los estudios de Sperry, (1970) y Walsh, (1978), se han aplicado a la teoría psicoanalítica y a la teoría de comunicación, las cuales involucran las actividades y funciones del hemisferio derecho ya que son, en términos fenomenológicos, las que Freud denominó “proceso primario” y las del izquierdo corresponden a las que llamó “proceso secundario”. Desde la perspectiva de la teoría de la comunicación, puede suponerse que la comprensión de las modalidades de comunicación analógicas son esencialmente tarea del hemisferio derecho, mientras que la comunicación digital y en particular, el lenguaje, es procesado en el lado (por lo general) dominante del cerebro. Las dos partes del cerebro normal están conectadas, de modo que la información digital y la analógica están integradas (Ver tabla 3).

ESTILOS COGNITIVOS

HEMISFERIO IZQUIERDO	HEMISFERIO DERECHO
COMUNICACIÓN DIGITAL	COMUNICACIÓN ANALÓGICA
INTELLECTO CONVERGENTE INTELECTUAL DEDUCTIVO RACIONAL VERTICAL DISCRETO ABSTRACTO REALISTA DIRIGIDO DIFERENCIAL SECUENCIAL HISTÓRICO ANALÍTICO EXPLÍCITO OBJETIVO SUCESIVO	INTUICIÓN DIVERGENTE SENSUAL IMAGINATIVO MATAFÓRICO HORIZONTAL CONTINUO CONCRETO IMPULSIVO LIBRE EXISTENCIAL MÚLTIPLE ATEMPORAL HOLÍSTICO TÁCTICO SUBJETIVO SIMULTÁNEO

TABLA 3

FUENTE: SPRINGER Y DEUTSCH, 1981,p.186

Como se desprende del cuadro anterior, los dos tipos de comunicación no sólo difieren entre sí, sino que son opuestos en varios aspectos. Usan diferentes tipos de signos, la analógica por ejemplo, utiliza signos que son imágenes con representaciones sensoriales; la digital, fonemas, morfemas, números; la analógica, no se sujeta a reglas sintácticas y carece de negación; la digital se organiza secuencialmente, de acuerdo a la sintáxis, usa la negación, se sujeta a categorías causales, espacio-temporales y tiende a ser cuantitativa más que cualitativa. La analógica maneja totalidades (gestalten) y procesos, aunque a veces, toma la parte por todo, mientras que la digital maneja unidades segmentarias ("bits" de información), descomponiendo un "todo" en sus partes para analizarlo y entenderlo. La analógica es rica en significados, pero tal riqueza se paga con la imprecisión y la ambigüedad; hay tal cantidad de significados posibles que ello predispone a la confusión. La digital transmite información precisa pero limitada. La función de la analógica es captar procesos, expresar emociones, manejar el aspecto de relación (paralela, simétrica o complementaria). La digital por su parte se encarga del manejo de la información objetiva, de analizar las situaciones, de confirmar, por medio de la obtención de nuevos datos y el proceso de los disponibles, las intuiciones analógicas.

Como se puede apreciar, estos hallazgos sobre la especialización de cada uno de los hemisferios, se puede relacionar con la sugestión ya que ésta es la vía básica de la hipnosis y, entonces nos preguntaríamos ahora, ¿Qué es una sugestión?. Aunque las opiniones sobre este particular difieren mucho entre sí, para fines de este trabajo se puede decir que se trata de una comunicación (generalmente analógica). Toda sugestión invita a comportarse como si el caso fuese esto o aquello, por consiguiente, ella es una prescripción de comportamiento, así por ejemplo, la sugestión: **"Imagínese usted que le están cayendo unas gotas de limón en su boca"** (hablando el lenguaje del hemisferio derecho). Esto provocará en muchas personas un flujo inmediato de saliva, es decir, una reacción fisiológica que de otro modo no se podría obtener por la fuerza de voluntad (lenguaje del hemisferio izquierdo).

El carácter decisivo de la sugestión está en el carácter "como sí" de la situación. La persona en cuestión es, por decirlo así, estimulada a crear en su imaginación otra realidad y esta imaginación conduce a un resultado concreto (hemisferio derecho).

En terapia se trata con mucha frecuencia de transmitir cualidades vivenciales antes de conocimientos intelectuales (Watzlawick, 1983, p.79), por lo que podríamos pensar que, hacer énfasis en la comunicación analógica puede ser lo que promueva el cambio, por lo que las sugerencias deben estar dirigidas a la activación de las funciones del hemisferio derecho. De hecho, la hipnosis puede verse como la activación de las funciones del hemisferio derecho.

En la hipnoterapia se considera a la comunicación analógica como la comunicación terapéutica; sólo se usa la comunicación digital para dar información objetiva a los pacientes, cuando la naturaleza del problema así lo requiere.

En los casos clínicos de Erickson (citado en Haley, 1973), existen numerosos ejemplos en los que se proporciona información a los pacientes de los temas siguientes: funciones y comportamiento sexual, estructura y función del cuerpo, cambios esperados en las personas y sus relaciones, en función del ciclo vital en el que se encuentran. Hay que hacer notar que, al dar esta información Erickson se adaptaba al lenguaje y nivel cultural de cada uno de los pacientes en cuestión, además de que, con frecuencia “mataba dos pájaros de un tiro”, por decirlo así, ya que a la vez de que proporcionaba información al paciente, introducía elementos analógicos para cambiar el marco referencial de éste (cambiar sus imágenes del mundo) y con frecuencia para, a partir de la información proporcionada, introducir sugerencias. En este mismo sentido, Rossi y Cheek (1988), postularon que existe un fundamento neurológico que explica el cambio en las percepciones de las personas, pues las sugerencias realizan una inhibición selectiva combinada y una excitación. Los autores plantearon que existen moléculas mensajeras hormonales (“sustancias de información”), que modulan la neurotransmisión. Estos neuromodeladores estimulan o inhiben la sinapsis al igual que la actividad en la mayoría de los otros sistemas de células, tejidos y órganos del cuerpo, de varias regiones cerebrales, que conducen a una disociación de todos los estímulos, excepto, la voz del hipnotista.

Durante el trance se pueden evocar nuevamente los mapas involucrados en el problema, al recordar con hipnosis los eventos o experiencias sensoriales y emocionales traumáticos y darles un nuevo encuadre.

En trance se reactivan las sustancias de información (neuromoduladores) hormonales liberadas que, originalmente codificaron e imprimieron el evento

como una condición neurológica ligada al estado traumático y es puesto en contacto con los procesos cognitivos y verbales ordinarios del paciente, que están usualmente presentes todavía aun en estados ligeros. Esto permite que sean accesados y terapéuticamente reencuadrados dichos recuerdos.

INDICES PERIFERICOS

Están relacionados con algunos cambios corporales asociados con la hipnosis o en su defecto, a cambios que ocurren como resultado de ella.

Aunque no todas las investigaciones tienen consenso respecto de los cambios fisiológicos experimentados en hipnosis, sin embargo, se tomarán algunas referencias como lo es el argumento de Edmonston (1981), quien propuso dos etapas del proceso hipnótico. La primera la denominó, hipnosis pasiva o respuesta de relajación, que se caracteriza por un conjunto específico de cambios fisiológicos que concuerdan con respuestas funcionales vegetativas parasimpáticas, contrarias a la reacción de alarma o huida y, una segunda etapa llamada hipnosis activa, que se caracteriza por cambios fisiológicos que varían según el estado sugerido.

Por otro lado, Coboz (1983), sugirió que, cuando alguien se encuentra en hipnosis profunda pueden evocarse los siguientes cambios:

- 1) A nivel respiratorio se presenta una disminución del consumo de oxígeno y la eliminación de bióxido de carbono, de la frecuencia respiratoria.
- 2) A nivel cardiovascular se presenta una disminución de la frecuencia cardíaca.
- 3) A nivel de química sanguínea, el PH disminuye con un incremento de exceso de bases y una disminución del lacto sanguíneo.
- 4) A nivel de electromiografía, se observa una disminución en la misma.

En relación a este mismo punto, Domínguez y Cols. (1993), sugirieron que existe un incremento en la temperatura periférica de la mano dominante como de la no dominante.

En general, los cambios fisiológicos se interpretan como actividad metabólica disminuida. Esto es de suma importancia ya que puede tener aplicación para el tratamiento de enfermedades psicósomáticas, por supuesto, acompañada de algunas otras estrategias terapéuticas.

Así, de los aspectos psicofisiológicos, podríamos hacer el siguiente resumen:

1) Ha habido mayor evidencia de actividad de ondas theta con hipnosis en hemisferio derecho (Crawford y Cruzelir, 1992, at elli.). Así también, las investigaciones de Graffin y Cols., 1995, sugieren actividad de ondas theta en lóbulo frontal y áreas posteriores del cortex, así como actividad de ondas alfa en las demás áreas del cerebro.

2) Las personas altamente susceptibles poseen habilidades de filtrado atencional más fuerte, lo que puede llevar a una mayor capacidad de atención sostenida. y, la habilidad para mayor atención/desatención puede tener relación con el hemisferio derecho (Crawford, 1994, et alli.)

3) La hipnoterapia usa como herramienta esencial a la sugestión, esto significa invitar a actuar “como si”, pero empleando el lenguaje del hemisferio derecho (la imaginación, el uso de metáforas, fantasía, etc.).

4) Hipnosis es cuando hablamos el lenguaje del hemisferio derecho.

5) En hipnosis “pasiva” se observa una actividad metabólica disminuida.

Llegado a este punto cabe aclarar que la comprensión de los mecanismo psicofisiológicos asociados a la hipnosis continúan bajo investigación y por ende, ante nuevos descubrimiento y asociaciones. Se han hecho varias propuestas para explicar dichos correlatos, sin embargo, las investigaciones en neurociencias continúan.

Pribram (1969), señaló en su momento que, el progreso de la investigación en un área concreta tiene lugar a través de una serie de estadios, el primero de los cuales se refiere a un descubrimiento. El segundo, a la acumulación de información detallada, el tercero, a un estadio de exploración y comprensión profunda y finalmente el cuarto, a un intento por sintetizar. En nuestra opinión, la investigación sobre hipnosis y psicofisiología se encuentra

en el tercer estadio. Todavía queda por realizar la síntesis teórica de lo recopilado.

Una vez revisados los fenómenos psicológicos y algunos aspectos fisiológicos de la hipnosis, nos da pauta para abordar las teorías de la hipnosis, mismas que han sido agrupadas en dos vertientes: Teorías del Estado y No Estado.

1.7.- TEORIAS DEL ESTADO Y NO ESTADO

Se han propuesto muchas explicaciones teóricas sobre los efectos de la hipnosis, pero para fines de este estudio se considerarán dos: Teorías del Estado versus Teorías del No Estado.

Las Teorías del Estado sostienen que la susceptibilidad a la hipnosis es resultado de una alteración en la conciencia despierta normal, mientras que las Teorías del No Estado sostienen que la susceptibilidad hipnótica se puede explicar por procesos psicológicos que no conllevan un estado especial de la conciencia. (Sheehan y Perry, 1976; Spanos y Barber, 1974).

TEORIAS DEL NO ESTADO.

En general, los que sostienen estas teorías tratan de demostrar que la capacidad de reacción a la hipnosis se debe a la combinación de la motivación a cumplir con los deseos del hipnotista y la capacidad para identificarse imaginativamente con las sugerencias específicas (Spanos y Barber, 1974).

Una investigación centrada en el factor motivacional, estudió la respuesta a las sugerencias hipnóticas siguiendo tres tipos de instrucciones:

La Primera: Los sujetos del grupo de inducción hipnótica recibieron instrucciones hipnóticas normales.

La segunda: Los sujetos del grupo de motivación no recibieron inducción, pero se les animó a cooperar con las sugerencias y hacer su mejor esfuerzo.

La tercera: A los sujetos del grupo control se les dijo sencillamente que se les iba a hacer una prueba.

Los resultados reportaron que el grupo de inducción hipnótica y el de motivación tuvieron resultados igualmente buenos con respecto a las sugerencias, en ambos casos, mejores que los obtenidos en el grupo control, de ahí, el investigador llegó a la conclusión de que la motivación para realizar lo sugerido es un factor importante en la capacidad de respuesta a la hipnosis (Barber, 1962).

Teodore Sarbin (1950), uno de las principales partidarios de las Teorías del No Estado, comparó a sujetos susceptibles a la hipnosis con actores dramáticos que se identifican tanto con su papel, que pierden toda distinción entre ellos mismos y su actuación, concluyendo entonces que, la hipnosis es una forma de "actuación" en la que el sujeto llega a creer por completo en las experiencias imaginativas que le sugiere el hipnotista. Según esta teoría las personas que tienen talento y experiencia en la representación imaginativa de papeles también deberían ser buenos sujetos para la hipnosis. Otra prueba hecha a esta predicción, fue la de Sarbin y Coé (1972), en donde demostraron que los estudiantes de Arte Dramático tenían una puntuación más alta en las pruebas de susceptibilidad a la hipnosis, a diferencia de los estudiantes de ciencias. Asimismo probaron que las personas más susceptibles a la hipnosis también muestran una gran identificación imaginativa en los sucesos de la vida diaria.

TEORIAS DEL ESTADO.

Por otro lado, los partidarios de las Teorías del Estado insistieron en que la hipnosis es más que motivación combinada con representación imaginativa de papeles, aunque ambos son factores de importancia. Según la noción del Estado, la hipnosis representa un estado alterado de conciencia. Las pruebas a favor de esta idea partieron de los informes de que las personas refieren experiencias subjetivas al hallarse profundamente hipnotizadas. Por ejemplo, informan que sus respuestas a las sugerencias son realizadas automáticamente y sin esfuerzos. Es como si los sujetos le otorgaran temporalmente el control de su conducta al hipnotista (Bowers, 1956).

También se ha intentado demostrar que la hipnosis tiene correlación con sucesos mentales diferentes de la conciencia despierta normal. Por ejemplo, Ernest y Josephine Hilgard (1975), propusieron que los sujetos profundamente hipnotizados experimentan una división o disociación de la conciencia que no se encuentra en estado normal.

Se puede definir entonces a la consciencia disociada como un estado en el cual se realizan al mismo tiempo dos actividades conscientes con muy poca o ninguna comunicación entre ambos. Por ejemplo, los sujetos hipnotizados pueden describir su experiencia en función de un “yo hipnotizado” que realiza lo que le sugiere el hipnotista, y un “yo no hipnotizado”, que supervisa más o menos al yo hipnotizado. A este segundo “yo”, los esposos Hilgard lo denominaron como el “observador oculto”. Ellos descubrieron un interesante ejemplo del “Observador Oculto”. En el transcurso de uno de sus experimentos acerca del control hipnótico al dolor, introdujeron una mano en un tanque de agua helada durante un minuto para producir dolor, en una escala de 0 a 10, donde el 10 significaba un dolor tan fuerte que el paciente deseaba sacar la mano del agua helada; al hacer una variación de sus experimentos, los esposos Hilgard les pidieron a sus sujetos hipnotizados que indicaran si “alguna parte” de ellos estaba en realidad consciente del dolor, apretando una tecla con la mano libre. La curva media de la tabla 4, muestra lo que sucedió. Mientras el “yo hipnotizado” informaba sentir niveles bajos de dolor, el otro “yo” (“observador oculto”) experimentaba un dolor bastante intenso, pero menos que en estado no hipnotizado. En otras palabras, los sujetos hipnotizados captan al mismo tiempo dos niveles diferentes de dolor siendo que los dos se comunicaban con los experimentadores en canales de respuesta diferente y disociados.

La curva superior de la tabla muestra que los sujetos no hipnotizados alcanzaron un nivel de dolor de diez puntos en 25 segundos, mientras que la curva inferior muestra como puntuaron los sujetos altamente susceptibles al dolor cuando se les hipnotizó y se les hizo la sugestión de que no sentirían dolor, donde su puntuación al dolor alcanzó un nivel de dos puntos después de 25 segundos, y después no mostraron cambios.

He aquí como describía su experiencia uno de los sujetos de Hilgard después del experimento:

“Ambas partes se estaban concentrados en lo que usted decía, en no sentir dolor. El agua molestaba a la parte oculta un poco porque la sentía algo, pero la parte hipnotizada no estaba pensando en mi brazo en absoluto”.
(Hilgard y Hilgard, 1975 p. 173).

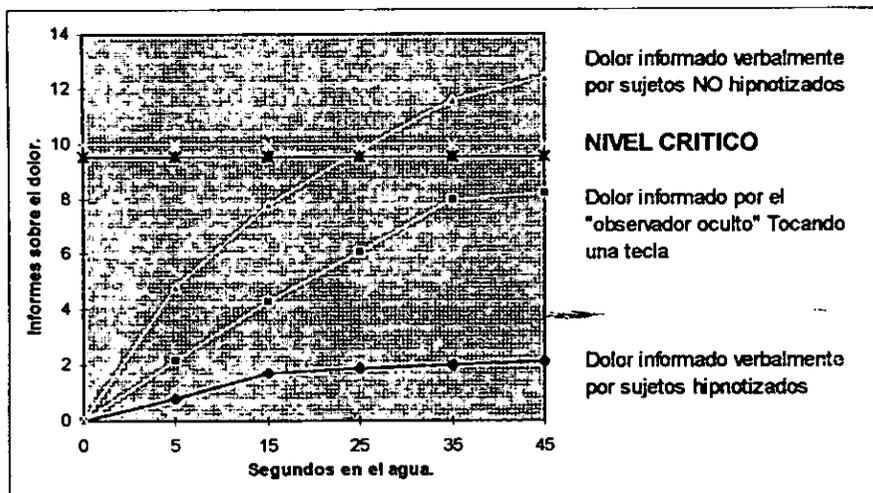


TABLA 4

LA INTENSIDAD DEL DOLOR SEGÚN INFORMARON LOS SUJETOS HIPNOTIZADOS Y EL "OBSERVADOR OCULTO" (HILGARD Y HILGARD, 1975, p. 178)

En resumen, las Teorías del Estado acerca de la hipnosis se derivan principalmente de los informes dados por los sujetos respecto a una alteración de la conciencia mientras estaban profundamente hipnotizados. No obstante, estos informes son vistos con escepticismo por muchos psicólogos porque suscitan todos los viejos problemas del método introspectivo. Por ejemplo, algunos psicólogos estiman que el "observador oculto" no es mas que una sugestión aceptada como válida por sujetos altamente sugestionables (Spanos y Barber 1974).

Los partidarios de la Teoría del Estado, en lugar de aceptar la hipnosis como un estado alterado de la conciencia, prefieren interpretar la susceptibilidad a las sugestiones hipnóticas en función de factores de motivación y capacidad. Estos teóricos sugieren que no hay fenómenos hipnóticos que no se puedan producir también por medios no hipnóticos. La meta principal de los partidarios del No Estado es demostrar que la capacidad imaginativa unida al deseo de realizar lo que otra persona sugiere pueden ser

las causas de la amplia gama conocida de los fenómenos hipnóticos (Barber, 1982).

Dentro de los teóricos incluidos como partidarios de las Teorías del Estado de la hipnosis están Chertok (1985), Erickson y Rossi (1981), Hilgard, (1965) y Spiegel y Spiegel (1978) y de las del No Estado, Barber (1982), Spanos y Barber, (1974), Sarbin y Coé (1972).

Nuestro trabajo comparte el punto de vista de las Teorías del Estado en el sentido de que creemos que en hipnosis se da un estado alterado de conciencia.

CAPÍTULO II

DOS FORMAS DE TRABAJAR LA HIPNOSIS

La inducción del fenómeno hipnótico y su uso terapéutico del mismo ha sido dividido en dos: hipnosis tradicional o clásica y moderna o ericksoniana (Aráoz, 1984).

A lo largo de este capítulo abordamos el proceso hipnótico tradicional así como los pasos que llevan a la producción del mismo, tanto como las leyes de la sugestión en su sentido tradicional. Por otro lado consideramos también los preceptos básicos de la hipnosis moderna o ericksoniana.

II.1 HIPNOSIS CLÁSICA

En la hipnosis clásica se presume que todo el fenómeno hipnótico es derivado de una inducción a través de las sugerencias directas que hace el terapeuta con la participación pasiva del paciente.

Por ello, el tema de hipnosis clásica o tradicional ha sido dividido en:

1) Sugerencias de la sugestión:

- a) Antecedentes de desempeño
- b) Leyes de la sugestión

2) Principios y técnicas para la producción de trances formales:

- a) Preparación del paciente
- b) Pruebas de inducción
- c) Inducción hipnótica
- d) Profundización hipnótica
- e) Empleo del trance hipnótico para el propósito terapéutico
perseguido
- f) Establecimiento de una señal-condicionamiento
- g) Terminación del trance

II.1.1 SUGERENCIAS DE LA SUGESTIÓN

a) ANTECEDENTES Y DESEMPEÑO

En todas las culturas a través de los tiempos, los médicos, terapeutas y curanderos, deliberada o indeliberadamente han mezclado las sugerencias con los medicamentos y procedimientos físicos. Estas sugerencias consistían en ideas, que comunicadas a los pacientes, les hacían esperar resultados positivos

del tratamiento. Transmitidas indirectamente mediante palabras o directamente mediante gestos, modales o señales subvocales, las sugerencias explícitas o implícitamente comunicaban ideas como las siguientes: "Esos procedimientos (ya fueran drogas, pociones, ungüentos, hierbas, etc.) tienen propiedades curativas poderosas. No tienes que preocuparte más, de hecho, puedes olvidarte de tu enfermedad, no morirás, tu salud se repondrá, esto te ayudará, te curará".

Como prueba de ello, y haciendo un poco de historia, Shapiro (1971), señaló que antes de la década del 1940 prácticamente todos los medicamentos que se suministraban a los pacientes eran placebos, esto es, los medicamentos en sí eran inefectivos para curar la enfermedad, pero los pacientes eran ayudados a recuperar su salud mediante las sugerencias explícitas o implícitas que acompañaban a las medicinas: "Esto te curará".

Las siguientes tres consideraciones que a continuación se explican, pueden clarificar el poder del efecto placebo (sugestivo) en la historia de la curación médica:

1.- Las primeras drogas efectivas que podrían destruir la bacteria patógena (las sulfamidas), no estuvieron disponibles hasta la década de 1940, y en cuanto a los antibióticos, no se extendió su uso hasta la década de 1950. Antes de estas fechas, no existían drogas disponibles para combatir microorganismos patógenos, de hecho, sólo un puñado de medicamentos, tales como la digitalina y la rawolfia estaban disponibles en todo lugar y tenían algo más que un efecto placebo o sugestivo (Shapiro, 1971).

2.- A pesar de la ineficacia general de los medicamentos, los documentos históricos muestran sin lugar a dudas que los terapeutas, médicos y curanderos servían de ayuda en la recuperación del enfermo, y que a veces contribuían enormemente al proceso de curación como resultado de los efectos sugestivos de sus procedimientos.

3.- Frank (1972), demostró que los aspectos sugestivos de la curación eran importantes porque aumentaban los procesos de auto-curación de los pacientes al reforzar sus esperanzas de vivir; de acabar con su incapacidad y sufrimiento y ser curados. Además de eliminar la aprensión y el miedo, los factores sugestivos también eran importantes porque reducían el desvalimiento

y la desesperanza, y cuando se proporcionaban en un ambiente de cercanía interpersonal disminuían significativamente los sentimientos de abandono.

En resumen, al reducir la aprensión y la ansiedad asociada a la enfermedad, yaumentar las esperanzas y las expectativas positivas, y tratar el desvalimiento y el desamparo, los factores sugestivos activaban los mismos procesos de auto curación que, a fin de cuentas, juegan el papel más crucial.

Barber (1981), explicó cómo se desempeña la sugestión dentro de los individuos, la cual esta resumida en tres postulados, (1) el comportamiento inadaptado y la psicopatología se mantienen al menos en parte, por las autosugestiones negativas o erróneas (p.ej. “no debería haber hecho eso”, “no pude hacer nada bien” “soy inútil”, “incompetente”, “feo”, “incapaz de gustar” e “impopular” “la gente no es buena y siempre está intentando fastidiarme”); (2) las autosugestiones negativas que mantienen y exacerbaban el comportamiento inadaptado, el cual se puede cambiar a través de muchas técnicas e incluso, a través de todos los procedimientos que incluyan una buena psicoterapia; (3) estos procesos de cambio, sin embargo, se pueden catalizar dándolos directamente a los pacientes, o bien guiándolos para darse a sí mismos sugestiones interrelacionadas; aquellas que aumentan la relajación, la calma, la paz mental y el abandono de las preocupaciones, y aquellas que aumentan la autoestima, las expectativas y las actitudes más positivas hacia uno mismo, hacia los otros, hacia las tareas futuras y los problemas de la vida.

Se busca por lo tanto reducir o “eliminar” las autosugestiones negativas que los pacientes se dan a sí mismos constantemente.

A continuación, se describen las leyes de la sugestión directa que son el instrumento preferente de la hipnosis clásica.

b) LEYES DE LA SUGESTIÓN

Emile Coué (1857-1926), según se cuenta, un químico de Troyes, Francia, sustituyó un día por agua coloreada una medicina que un paciente reclamaba pero que a él no le estaba permitido prescribir. Los síntomas del paciente, sin embargo, desaparecieron. ¿Sería, se preguntó Coué, que la imaginación dentro de ciertos límites puede cumplir las mismas funciones que una medicina? Esto lo llevó a desarrollar la idea de la autosugestión en la cual el individuo se daba sugestiones y lo acompañaba de imaginación, sin embargo,

su trabajo fue más lejos y creó las Leyes de la Sugestión que a continuación se describen:

LEY DE LA ATENCIÓN CONCENTRADA

Siempre que se concentre la atención en una idea, esa idea tendrá espontáneamente a ser realizada.

Shrout (1990), describió, con un ejemplo clásico esta Ley:

“Si hubiera un tablón de quince centímetros de ancho extendido a lo largo de un edificio y yo preguntara:

“¿Puede recorrer este tablón, de un extremo a otro sin caerse?”. Usted diría:

“¿Qué quiere decir con, si puedo hacerlo sin caerse?”.

“Bueno, sólo tiene quince centímetros de ancho. ¿Puede caminar de un extremo a otro del tablón sin tocar el suelo?”. Usted contestaría:

“Ciertamente, puede hacerlo, cualquiera puede hacerlo”. Entonces, yo diría: “Bueno, eso es maravilloso, hemos publicado avisos en el diario, pegado cartelones, vendido un montón de entradas y mañana al mediodía tendremos ese tablón colocado entre los dos edificios, a más de treinta metros del suelo, y hemos estado buscando algún voluntario que estuviera dispuesto a caminar sobre él. Estamos tan contentos de que ese voluntario sea usted”. Estoy seguro de que protestaría “¡Un minuto! ¡Detenga todo! ¡No estoy dispuesto a treparme a treinta metros del suelo y caminar sobre un tablón de quince centímetros de ancho!”.

Creo que todos reaccionarían de esa manera, es seguro que una persona que lo intentara, una vez encontrándose en el piso diez de un elevador y mirando por la ventana entre un edificio y otro, en el que ha sido colocado el tablón de treinta centímetros, mire por la ventana diez pisos hacia abajo y diga; ¡No existe suficiente dinero en el mundo como para tentarme siquiera a hacer tal cosa!

Lógicamente no existe razón alguna para que alguien lo haga. Si puedo caminar por el tablón cuando está sobre el piso, también debería poder cuando está suspendido más de treinta metros en el aire. ¿Por qué no puedo hacerlo?,

¿cuál es la diferencia?. La diferencia es que la persona menea la cabeza y piensa “No puedo hacerlo”.

Coué lo explicaría de esta manera: **la Ley de la atención concentrada** significa que cuando una persona concentra su atención en una idea, esta tiende a realizarse. Ahora si usted se concentra en la idea de que se va a caer, existe una tendencia a que la idea se realice. ¡Se cae!. Esta idea puede comprobarse en el escenario o en una clase y la llamamos prueba de susceptibilidad al “retroceso”. Si se tiene una idea en su mente y su atención está concentrada en esa idea, entonces esta tiende a expresarse y materializarse en una experiencia real.

Asimismo, una concentración intensa sobre una imagen mental aceptable da por resultado que esa imagen se convierta en realidad. No obstante, esto sólo puede ocurrir si el individuo considera esa imagen como estática y normalmente aceptable. Una sugestión puramente intelectual no funcionará; en consecuencia, un hombre que padece problemas de eyaculación no mejorará por la simple repetición de la frase “Yo controlo mis reflejos eyaculatorios”, antes bien, él deberá imaginarse vívidamente en una escena sexual en la cual goza intensamente siendo capaz de controlar su eyaculación, y obtendrá mejores resultados.

LEY DEL ESFUERZO REVERTIDO

Es cuando el estado mental es tal que se piensa “Me gustaría hacer esto... pero no puedo”; entre más se intente realizar, menos posible será llevarlo a cabo, así sean muchas las ganas que se tengan.

Los siguientes ejemplos ilustran dicha Ley:

Una persona que aprende a montar en bicicleta, no muy segura aún de su equilibrio, verá un árbol frente de sí, y lo asaltan dudas, de seguro, se estrellará contra el árbol mientras trata desesperadamente de evitarlo.

Otro más que puede mostrarnos como se maneja la sugestión durante el periodo de inducción y profundización del trance es el siguiente:

“Entre más se esfuerce en tener los ojos abiertos, más pesados los sentirá... eso es entre más se esfuerce en tenerlos abiertos... más pesados los sentirá, y se irán cerrando poco a poco”.

LEY DEL EFECTO DOMINANTE

Está basada en el hecho de que una emoción fuerte siempre tiende a remplazar a una débil. La unión de una emoción fuerte con una sugestión siempre hará que dicha sugestión sea más efectiva. Observe como la amenaza de un peligro reprimirá de inmediato cualquier sensación de placer o comodidad.

Volviendo a retomar el ejemplo de Coué del tablón: Cuando una sugestión (caer) se relaciona con una emoción (temor), ésta se convierte en la idea dominante en la mente, contrarrestando o desplazando a cualquier otra, de manera que la emoción del miedo penetra en la simple idea de caer y ella entonces se convierte en el temor de caer. La combinación de emoción más la sugestión (la idea imaginada de caer) le otorga poder supremo en ese momento.

Coboz (1983) refiriéndose a algunos elementos en este sentido y haciendo alusión a Coué, explica:

- 1.- Cuando existe confusión entre lo que es la voluntad y la imaginación, la fuerza de la imaginación siempre sobresale.
- 2.- Cuando la voluntad y la imaginación están en concordancia, una no se suma a la otra, sino que se multiplican.
- 3.- La imaginación puede ser educada, es decir, no se puede pensar en dos cosas a la vez, esto es dos ideas pueden estar cercanas pero no superpuestas y permanecen siendo distintas. Cada pensamiento que ocupe exclusivamente nuestra mente, se vuelca para nosotros y tiende a transformarse útil.

II.1.2 PRINCIPIOS Y TÉCNICAS PARA LA PRODUCCIÓN DE TRANCES FORMALES

Para hablar de hipnosis es necesario hablar de trance, entendiéndolo como una reducción creciente del foco de atención y se puede producir de diversas formas.

De acuerdo a la revisión de varios autores (Hartland, 1974; Granone, 1972; Scott, 1973, entre otros), podríamos sugerir que dentro de la hipnosis tradicional o clásica se sigue un procedimiento lineal dividido en varias etapas específicas que comprenden:

a) PREPARACION DEL PACIENTE: Se refiere al establecimiento de una relación con el paciente, estableciendo un adecuado rapport, un diagnóstico y clarificando los conceptos erróneos que pudiera tener sobre la hipnosis.

La preparación implica tres aspectos esenciales: la motivación, el establecimiento de la relación con el paciente, y la clarificación de conceptos erróneos sobre la hipnosis, es decir, disipa mitos con relación a ésta (ver apartado I.2).

Es indispensable que exista motivación para producir hipnosis, ya hemos mencionado que, por lo general, es casi imposible hipnotizar a una persona contra su voluntad, pues para tener éxito, debe estar dispuesta y sin temores. Entre más motivación tenga una persona a ser hipnotizada, es más probable el éxito que se tendrá en la inducción; en consecuencia si el sujeto cree que va a obtener mejoría en su problemática con la ayuda de la hipnosis, ésta puede ser motivante y por ende, obtener beneficios.

Existe otro factor igualmente importante, que es disipar temores y ansiedades, que pueden ser obstáculos serios para la inducción del trance, ya que la mayoría de los fracasos al inducir al estado hipnótico, se deben a la falta de una preparación adecuada del paciente y a la falta de una discusión apropiada antes de intentar la inducción.

Para eliminar dudas, se sugiere:

- 1) Preguntar siempre al individuo que sabe sobre la hipnosis.

2) Siempre es deseable hacerle ver que es diferente estar en hipnosis que en el sueño. Para disipar esta duda es aconsejable pedirle al individuo que cierre sus ojos y que ponga atención a todos los ruidos de alrededor; se le explica que en hipnosis pasa lo mismo, aunque puede estar con los ojos cerrados o no, él puede hablar, escuchar y llevar a cabo algunas otras funciones normales que hace en vigilia.

El establecimiento de la relación terapéutica en general, es un factor importante. Muchos pacientes van a que se les hipnotice esperando entrar en trance inmediatamente. Se recomienda satisfacer esas peticiones, puesto que los pacientes que obtienen aquello que piden tienden a mejorar más (Lazarus, 1971). Esto es especialmente cierto partiendo de que las expectativas parecen ser un indicador poderoso del éxito de la hipnosis.

La mayoría de la gente tiene distintos conceptos erróneos de la inducción del trance, o posteriormente es probable que los individuos desarrollen sentimientos positivos sobre la hipnosis y empleen mejor el trance si piensan que han tenido una primera experiencia satisfactoria. Los hipnoterapeutas ericksonianos, en particular, defienden la idea de que cualquier conducta que muestran los pacientes durante el primer trance sea interpretado (a dichos pacientes) como una señal de que han entrado satisfactoriamente en trance ya que esto aumenta las expectativas y eleva la motivación.

a.1) ALGUNOS CONSEJOS ANTES DE PRODUCIR LA INDUCCIÓN

El proceso es muy fácil de llevar a cabo en un consultorio ordinario o en cualquier lugar destinado. Se sugiere emplear un sillón cómodo, una habitación tranquila, libre de luces intensas y con ausencia relativa de ruidos súbitos e inesperados (cabe decir, que éstas son condiciones ideales, pero se puede prescindir de ellas; en ocasiones el mismo dolor humano propicia esa intimidad necesaria en cualquier lugar, para que se inicie el proceso hipnótico).

Se le pide al paciente, que se ponga cómodo, se le explica que durante todo el proceso hipnótico él permanecerá completamente consciente, que hará y hablará sólo aquello que él desee; que es aconsejable que siga al pie de la letra las sugerencias que se dan, para conseguir un mayor éxito, argumentándole que finalmente, toda hipnosis es autohipnosis y que con la guía del terapeuta lo logrará.

Una adecuada relación entre el terapeuta y el paciente, ayuda a que sea mayor el éxito en el proceso hipnótico. De igual manera la persona que va a producir hipnosis va consiguiendo más éxito, a medida que mayor confianza tenga y por supuesto, también la confianza invadirá al paciente.

Todo aquel que quiera utilizar a la hipnosis como herramienta, debe confiar en sí mismo. La confianza, en buena parte, se refleja en la voz, base del éxito, por otra parte, cuando la voz es vacilante o se tartamudea, difícil será inducir a un sujeto al trance hipnótico.

Los términos “hipnosis” y “trance” pueden o no emplearse para producir hipnosis o se pueden sustituir por el término “relájate”, “tranquilízate”, “vamos a hacer una meditación,” es decir, retomar la ecología mental del paciente en cuestión.

Barber (1981, p.p. 473-474), sugirió que para mejorar la actitud y respuesta del paciente hacia la psicoterapia, es deseable usar el término autohipnosis, debido a las siguientes razones:

1.- Etiquetar al proceso como autohipnosis evita o al menos minimiza muchos miedos que se encuentran a menudo cuando la situación se denomina hipnosis tales como: el miedo a estar bajo control de otro, a no darse cuenta de lo que ocurre o al estado inconsciente, a revelar secretos, a no salir del trance y muchos otros temores que han sido descritos exhaustivamente por Miller (1979) y Strillerman (1957). Aunque estos temores pueden ser reducidos dedicando tiempo y esfuerzo para explicar a los pacientes qué es la hipnosis, son muy difíciles de erradicar porque derivan de afirmaciones erróneas sobre ésta, a las que casi todo el mundo en nuestra cultura está expuesto a diario, y que provienen de otras personas y de los medios de comunicación.

2.- Al etiquetar la situación como autohipnosis y definirla como un proceso de relajación profunda, de calma y ecuanimidad, el terapeuta puede minimizar o evitar completamente muchas otras preocupaciones, ideas

contrarias y preguntas que los pacientes tienen antes, durante o inmediatamente después de la hipnosis tales como: ¿podré salir del trance? ¿cómo sabré si estoy realmente hipnotizado? no estaba hipnotizado porque una de las sugerencias no tuvo efecto, o porque oí todo lo que dijiste, o porque recuerdo todo lo que ocurrió”.

3.- Definir la situación como autohipnosis sitúa la responsabilidad de experimentar la calma y otros efectos sugeridos en el paciente y minimiza o elimina una concepción errónea que se encuentra en algunos pacientes en relación a que ellos no deben hacer nada por que estarían “engañándose” si intentaran que las sugerencias tuvieran efecto. Responsabilizar a los pacientes de su progreso en la terapia puede aumentar sus sentimientos de auto-dominio (Orne y McConkey, 1981). Esto reduce los problemas que surgen cuando el paciente depende demasiado del terapeuta.

4.- Los psicoterapeutas pueden proceder más congruentemente con su formación y perspectiva cuando asumen sus procedimientos hipnóticos bajo la rúbrica de la autohipnosis. No tienen que adoptar una postura autoritaria (“Yo soy el hipnotizador y tú vas a ser el hipnotizado”) y pueden evitar las “fantasías de omnipotencia” y el “jugar a ser Dios todo poderoso”, ideas que a menudo están asociadas con el rol del hipnotizador (Linder, 1960). En lugar de eso, pueden adoptar un rol más congruente como es el de guía, y explicar cada procedimiento a sus pacientes mientras proceden democráticamente con su cooperación y acuerdo previo (Struss, 1982).

5.- El modelo de la autohipnosis permite a los terapeutas ser mucho más flexibles. Por ejemplo, en vez de seguir adelante con poca retroalimentación, como es típica cuando los pacientes son formalmente “hipnotizados”, el enfoque autohipnótico permite al terapeuta avanzar lentamente, paso a paso, obteniendo un máximo de retroalimentación de sus pacientes. Los terapeutas primero,

pueden guiar a los pacientes a desarrollar una “mínima auto-hipnósis” pidiéndoles respiren lentamente, mientras se sugieren a sí mismos calma, tranquilidad, paz y relajación. Después de recibir retroalimentación de este primer paso, los terapeutas pueden pasar al siguiente, diciendo por ejemplo: “Ahora abandónate a una sensación de calma más profunda, mientras te imaginas a ti mismo sentándote solo en una Catedral grande y majestuosa que se encuentra absolutamente silenciosa...”. De hecho, cuando la situación se estructura como autohipnósis, no hay límite para la flexibilidad potencial del terapeuta, por ejemplo, no sólo puede indicar al paciente, “ahora abandónate a la auto-hipnósis” o “entramos en autohipnósis”, sino también, “ahora yo estaré en autohipnosis y cuando alcance un estado profundamente pacífico, te hablaré desde lo más profundo de mi ser...”.

b) PRUEBAS DE SUSCEPTIBILIDAD

Estas pruebas sirven para iniciar una relación agradable con el paciente, permitiendo al mismo tiempo que éste se vaya acostumbrando a la manera de actuar, gestos, tono de voz, léxico y modismos de expresión del hipnoterapeuta. Aquí, es interesante intercalar explicaciones que clarifiquen al paciente sus dudas, para el despojo de sus temores.

Cabe mencionar que estas pruebas sólo se utilizan en caso de que se quiera proceder a emplear técnicas de inducción hipnótica tradicional. Asimismo, sirven para observar el grado de resistencia a la hipnosis, por lo que estas pruebas de preinducción sirven para hacer una selección inicial de la hipnotizabilidad del paciente.

Como existe cierta relación entre algunas clases de sugestibilidad y la susceptibilidad a la hipnosis, han sido descritas varias “pruebas de sugestibilidad” que pueden ser aplicadas antes de intentar la inducción del trance.

De tiempo en tiempo se han descrito muchas de estas pruebas, pero se describen a continuación tres de empleo común:

1.- LEVITACIÓN Y PESADEZ DE LA MANO Y EL BRAZO

Esta prueba puede utilizarse como una primera técnica de inducción del trance así como una prueba de susceptibilidad. Se le dice al paciente que extienda los dos brazos hacia el frente, que coloque una palma hacia arriba y la otra hacia abajo y que cierre los ojos; asimismo, se le pide que imagine que se ha colocado un gran peso en la primera, haciendo que cada vez pese más y que se ha atado un globo de helio en la segunda, haciendo que cada vez sea más ligera, se hacen repetidamente sugerencias, como: "Y tu mano derecha se está haciendo cada vez más pesada y tu mano izquierda se está volviendo cada vez más ligera". La diferencia final entre las dos manos es un indicador general de la hipnotizabilidad del individuo. (Esta técnica deriva de los trabajos de Erickson, 1949).

2.- ATRACCIÓN Y REPULSIÓN DE LAS MANOS

Se dice al paciente que extienda las manos hacia adelante, con las manos una enfrente de otra, y que cierre los ojos; se le hacen sugerencias de que las manos son como imanes y que se juntan o se separan, por ejemplo: "Y puedes sentir como tus manos se van repeliendo cada vez más (o se van atrayendo cada vez más)".

Si las manos llegan a tocarse finalmente, se puede hacer la sugerencia de que las manos del paciente se apretarán y que será muy difícil (o imposible) separarlas; sin embargo, si se hacen desafíos como éstos y el paciente lo logra superar, es importante aliarse al logro del paciente, de otra manera, el sujeto considerará la prueba como un fracaso y se podría perder credibilidad en el terapeuta. (Esta técnica deriva de los trabajos de Weitzenhoffer, 1964).

3.- BALANCEO DE LA POSTURA

Se dice al paciente que permanezca en su pie derecho y que cierre sus ojos. El hipnotizador coloca luego las manos sobre los hombros del paciente y las mueve ligeramente hacia adelante y hacia atrás, haciendo la sugerencia al sujeto de que su cuerpo seguirá esos movimientos. El hipnotizador puede aumentar gradualmente la magnitud del movimiento y la respuesta del sujeto es precisamente un indicador de el grado de hipnotizabilidad del individuo. En algunos casos el hipnotizador puede desear llevar sus manos mucho más hacia atrás con el fin de ver si el paciente cae también hacia atrás en sus brazos.

Obviamente, esto ¡no deberá intentarse! con un persona más pesada que el propio hipnotizador. (Esta técnica deriva del trabajo de Jagot, 1980).

Algunos autores no consideran de utilidad las pruebas de preinducción y sugieren que se evalúe la susceptibilidad hipnótica por la respuesta del paciente a la misma inducción.

De acuerdo con esto, describiremos a continuación la inducción del trance hipnótico.

c) TÉCNICAS DE INDUCCIÓN HIPNÓTICA

Este tema describe los aspectos prácticos de técnicas hipnóticas de inducción. El propósito es el de dar a conocer al lector una relación razonable de las mismas.

Es deseable que el terapeuta exprese las sugerencias de acuerdo a sus ideas y personalidad, no se recomienda, por tanto, que se repita ninguna de las verbalizaciones sugeridas. Es importante que se sigan los principios descritos.

1) PRINCIPIOS GENERALES DE LA INDUCCIÓN

La principal indicación para la inducción radica en la fijación de la atención. El estado hipnótico se produce por la repetición constante de una serie de estímulos sensoriales monótonos y rítmicos, los cuales pueden ser visuales, auditivos o incluso táctiles.

ESTIMULOS VISUALES.- Mirar un punto fijo, en especial si se mantienen los ojos en una posición un tanto tensa, pronto produce la fatiga de la retina, visión borrosa y sensación de cansancio en los ojos; al mismo tiempo induce la concentración y se fija la atención. También se han usado otros estímulos visuales para producir el mismo resultado, tales como el péndulo oscilante, discos o espejos rotatorios, e incluso se puede emplear un metrónomo, para el mismo propósito y este proporciona al mismo tiempo, tanto las ventajas estimulantes visuales como auditivas.

ESTIMULOS AUDITIVOS.- Hablar al paciente en una forma monótona, rítmica y persuasiva también tiende a producir el mismo estado mental y en especial si se hacen sugerencias repetitivas de relajamiento. La

incorporación de ciertas palabras claves como: “relajadamente, cansancio y pesadez”, entre otras, aceleran mucho el proceso. Algunos hipnotizadores incluso, refuerzan esto con una música de fondo suave y monótona, con un compás acentuado. Después de todo, está bien reconocido el efecto que sobre los nativos tenían los golpes monótonos de los tambores tribales.

ESTIMULOS TACTILES.- Las caricias suaves sobre la piel, en especial la de la frente parece ejercer una fuerte influencia relajante e hipnótica.

La mayoría de nosotros hemos experimentado este efecto sedante de relajamiento, que suele presentarse cuando nos están arreglando el pelo o nos aplican masajes en la peluquería.

Los variados métodos para la inducción hipnótica dependen del uso de una o más de estas formas de estímulos para producir una fatiga sensorial; no deben causar sorpresa sus efectos si nos damos cuenta de la frecuencia con que las personas se duermen mientras escuchan conferencias, sermones monótonos o incluso mirando la televisión.

El número de posibles técnicas de inducción que podrían utilizar los terapeutas es potencialmente infinita, limitada sólo por su propia creatividad, por tanto, se anima al propio lector para que desarrolle sus propias inducciones favoritas.

A continuación se presentan algunas:

c.1) FIJACIÓN DE LOS OJOS

Se saca provecho de la fatiga natural de los músculos oculares y de la creencia común de que los ojos se vuelven pesados, de forma involuntaria cuando uno entra en un trance.

Se le dice al paciente que va a entrar en autohipnosis mirando fijamente a un punto específico, justo por encima de la línea normal de visión (y a menudo se le sugiere que no parpadee), mientras que el terapeuta hace la sugestión de que sus ojos se están volviendo cada vez más pesados y que en un momento dado será imposible mantenerlos abiertos. Finalmente, el paciente cierra los ojos, no por las sugestiones del terapeuta sino por la fatiga de los músculos oculares, sin embargo, el paciente supone que realmente está en

autohipnosis y por consiguiente, se aumenta su credibilidad en el terapeuta. Se puede utilizar una inducción como la siguiente:

“Y ahora, conforme empiezas a entrar en autohipnosis sentirás como tus ojos se hacen cada vez más pesados; en un momento dado, estarán tan pesados que desearás cerrarlos o bien, se cerrarán automáticamente. Cuando suceda esto sabrás que estás en auto-hipnosis. “Siente como cada vez están más pesados...cada vez más pesados”. Cuando se cierran, el terapeuta puede decir:

“Y ahora que has entrado en autohipnosis, sientes satisfacción y bienestar, sabiendo que eres capaz de entrar en la profundidad de una autohipnosis que creas satisfactorio para ti en estos momentos”.

Una aplicación de la descripción de esta técnica inductiva con una variante podría ser la siguiente:

“Selecciona un objeto como puede ser un punto en la pared o en el techo, la llama parpadeante de una vela, una luz o un anillo de tu mano, mira fijamente a ese objeto; si tus ojos se extravían vuelve a mirar fijamente el mismo objeto, sigue mirando al objeto hasta que tus ojos se cansen, y luego, deja que tus ojos se cierren, de modo que puedas empezar a relajarte. Tu respiración empezará a ir más despacio, se tornará una respiración lenta, profunda, rítmica; te irás sintiendo cada vez más relajado, más tranquilo, sólo te sentirás más relajado, tranquilo y relajado. Tu cuerpo se volverá más suelto y flácido. Sentirás cómo se va extendiendo la relajación por todo el cuerpo, cada vez más, entrando en autohipnosis”. (Esta técnica deriva de los trabajos de Braid referidos en el primer capítulo).

c.2) PROCEDIMIENTO DE CONTRASTE DE COLORES

Se utiliza un elemento de apoyo (ver tabla No. 5): una cartulina con dos rectángulos unidos que son de color rojo insaturado y blanco que producirán un color complementario que cambia a verde, pero también se puede hacer con cualquier otro color brillante e instaurado que dé un color complementario.

En esta ocasión tomaremos como ejemplo la cartulina de color rojo y blanco, siendo dicha cartulina del siguiente tamaño, para llevarla en la cartera o agenda:

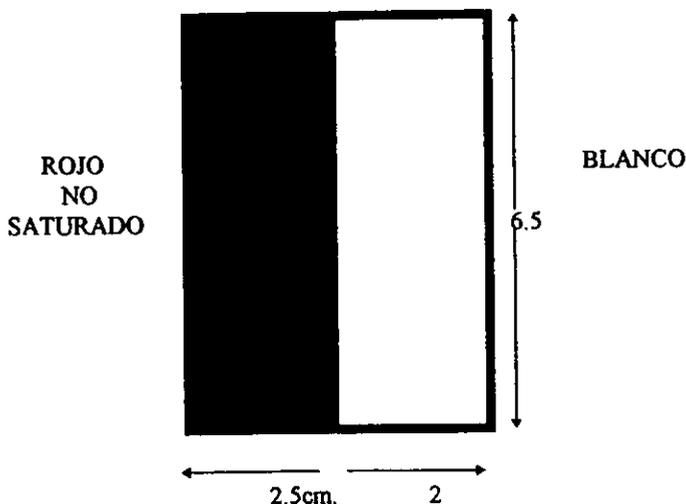


TABLA 5

La inducción se lleva acabo de la siguiente manera:

- a) El paciente se instala cómodamente en un sofá o sillón.
- b) Se le pide al paciente que extienda su braz derecho y que tome la cartulina, que se fije en el borde y el área blanca, en particular en donde se unen los dos colores; que fije muy bien su vista en esta área y que muy pronto notará que un fenómeno curioso se manifestará: el fenómeno del contraste de colores.

Se le dice al paciente: "A través de este fenómeno comprobaremos si sus ojos se han fatigado. Por el momento, continúe mirando fijamente los dos colores y el espacio en donde se unen. Sólo siga mirando fijamente en la línea donde se unen los dos colores, pronto se producirá el fenómeno de modificación de colores. Dentro de un momento percibirá una banda estrecha de color rojo más intenso del lado rojo y al mismo tiempo, una estrecha banda de blanco más brillante a lo largo del lado blanco. El fenómeno del contraste de los colores demostrará la fatiga de sus ojos, demostrando su relajación, y así irá experimentando la autohipnosis, por tanto, empezará a experimentar pesadez sobre sus párpados y al mismo tiempo su mano y brazo derecho que sostienen la cartulina, tendrá que bajar. Una sensación de pesadez va a empezar a invadir

todo su cuerpo. Es muy probable que usted empiece a percibir un color complementario por la misma conjunción de los dos colores blanco y rojo, este color resultante es un verde, un color verde, si es así, mueva el dedo índice de su mano izquierda, apenas note la primera impresión de contraste de colores, mueva el índice, cuando aparezca la franja de color verde y esto indicará que usted está entrando en autohipnosis”.

c) En este punto, pueden suceder dos cosas, que el paciente no reaccione, en cuyo caso conviene insistir, repitiendo parcial o totalmente las sugerencias, o que el paciente realice la señal que se le pide permitiendo que el terapeuta continúe: “Bien, muy bien,... siga observando esa franja de color verde..., su brazo derecho se hace pesado..., pesado..., pesado..., pesado..., su brazo derecho se hace pesado..., pesado..., cada vez más pesado..., su brazo se va a bajar hasta posarse sobre el sofá, y cuando su brazo se pose sobre el sofá, sus ojos se cerrarán, se cerrarán sin que pueda evitarlo. En cuanto cierre los ojos, encontrará el premio de la relajación, usted podrá relajarse, relajarse, relajarse, relajarse completamente. Sus ojos se cerrarán. El cansancio invade todo su cuerpo. La franja verde le ayuda a relajarse..., relajadamente..., relajadamente..., relajadamente..., tranquilamente..., tranquilamente..., tranquilamente, su visión se nubla, su brazo es pesado..., muy pesado... su brazo pesa cada vez más..., su brazo se baja..., su brazo se baja sin que pueda evitarlo.

d) Cuando el brazo del paciente baja, el terapeuta coge la cartulina que sostiene el paciente y se puede seguir diciendo: “Muy tranquilamente..., muy protegidamente..., protegidamente..., seguramente..., seguramente. Disfruta de esta calma. La calma te invade y no pienses en nada, se siente bien, realmente bien. Su brazo derecho está cómodamente extendido sobre el sofá. Su brazo descansa... descansa..., todo su cuerpo está cómodamente tendido..., todo su cuerpo descansa... descansa..., es como si estuviera de vacaciones, cómodamente tendido al sol; ninguna preocupación le perturba..., está disfrutando de la calma. La calma invade todo su cuerpo. Usted no piensa en nada..., el sol acaricia su cuerpo y usted no piensa en nada, se siente bien, realmente bien. La agradable sensación que le proporciona el sol y la calma le produce tranquilidad. No tiene ninguna preocupación, ninguna obligación; puede descansar, relajarse muy profundo..., relajarse muy profundo..., no hay razón para resistirse; no hay nada más que hacer, está relajado, sus músculos están relajados. La calma le rodea, la calma se encuentra en su interior..., relájese, adentrándose aún más en autohipnosis”.

Este procedimiento tiene la ventaja de aumentar la confianza del paciente hacia la hipnosis y al terapeuta, puesto que el fenómeno de contrastes de colores se produce casi de manera infalible, antes o después, como consecuencia de la fatiga ocular. Cuando el paciente comprueba que ese fenómeno responde a un hecho fisiológico indiscutible, desaparece su aprensión.

Esta técnica está basada en los trabajos de Storkvis (1952) (citado en Weitzenhoffer, 1964).

c.3) MÉTODO DE INDUCCIÓN CATALÉPTICA

El profesor Sacerdote (1972), de Nueva York, indujo a la autohipnosis mediante una posición cataléptica del brazo y de la mano del paciente, provocada simplemente al levantar sin gran esfuerzo estas partes con su mano abierta colocada bajo la muñeca del paciente, de tal modo que su dedo índice pueda sentir el latido de la arteria radial, mismo que se encuentra abajo de la muñeca, del lado del dedo pulgar. Después de uno o dos minutos sin explicar ni decir nada, comienza a quitar imperceptiblemente los dedos debajo de la muñeca, para volverlos a aplicar en apoyo de su mano si siente que ésta es incapaz de permanecer arriba por sí sola. Si la mano tiende a caer se modifica evidentemente la presión de la arteria radial, sobre el índice del terapeuta, con lo que éste puede sentir la sensibilidad, la tensión y el grado de inmovilidad de la muñeca. Esta maniobra puede repetirse varias veces en el espacio de unos minutos o de pocos segundos, hasta que se advierta que el paciente comienza a manifestar fenómenos catalépticos, es decir, que los músculos pierden la sensibilidad y se inmovilizan en cualquier postura.

Tomando la muñeca del paciente, argumenta Sacerdote, “yo le sugiero ante todo que dirija y concentre su atención sobre una acción recíproca entre su mano y mis dedos. A continuación, con el movimiento imperceptible de mis dedos sugiero vagamente al paciente que su mano podría permanecer arriba, sin caer”.

Hay tres variantes de esta técnica:

a) No hablar, no dar sugerencias verbales, como sugiere el profesor Sacerdote, aunque el movimiento suave del dedo índice sobre la arteria radial del paciente es una sugestión no verbal.

b) Se puede apoyar de otra técnica hipnótica que se llama "Pases". Una vez que el paciente tiene levantada su mano con sensación de rigidez o pesadez, misma que se logra presionando la arteria radial de manera inicial, procede el terapeuta con la misma mano que se ha venido trabajando, en hacerla recorrer por la mano y luego con el brazo del paciente, del lado que se inicio este proceso e ir recorriendo suavemente el cuerpo del paciente, sin tocarlo y dando sugerencias de manera repetitiva acerca de que esa misma sensación la comenzará a experimentar en cada parte del cuerpo por donde se vaya recorriendo la mano, e irá entrando en autohipnosis. Es recomendable dejar al último la cara para cuando se haga el proceso; en la cara se dan sugerencias de pesadez y en los párpados sugerencias en el sentido de que éstos se cerrarán. (Es deseable emplear esta variante cuando la persona tiene la mano rígida o pesada y aún no ha cerrado los ojos).

c) En esta variante, cuando se tiene al paciente presionando suavemente su arteria radial, se puede dar sugerencias verbales como la siguiente:

"Lleve su atención a su mano y observe un punto especial en ella (anillo, cicatriz, etc.); muy bien, capte las sensaciones que hay en ella, no es necesario decir nada, simplemente concéntrese... muy concentradamente... muy tranquilamente..., empezará a sentir sensación de rigidez o tal vez de pesadez, cualquiera de estos dos síntomas son normales... para entrar en autohipnosis, su respiración se va a empezar a hacer libre... profunda y despacio... sin forzarla... sin forzarla... muy suave... muy tranquilamente... relajadamente... relájese... relájese... muy relajadamente... su respiración se hace profunda y despacio, trate de que no venga ningún pensamiento... ninguno, si llegase a venir alguno, repítalo tres veces... tres veces el mismo pensamiento y verá como su mente se pone en blanco, sin ningún pensamiento; si existe uno, en él, está el deseo de relajarse, tranquilizarse, sentirse bien y con bienestar... Muy profundamente, relájese tan profundo como le sea posible... todo está bien... todo está bien... sus párpados empezarán a experimentar sensación de pesadez... pesados... pesados... pesados... poco a poco se irán cerrando... y si se resiste en tenerlos abiertos más se van ir cerrando... cerrando... muy seguramente... tranquilamente... se van ir cerrando... cerrando... cerrando !CIERRELOS¡. Su relajación es cada vez mayor... mayor... y mayor... Siéntase ahora en autohipnosis".

c.4) BLOQUEO DE LOS GLOBOS OCULARES

Esta técnica se puede llevar a cabo de la siguiente manera. Una vez cómodo el paciente en un sillón, se puede llevar el dedo índice a la raíz de su nariz o en medio de las cejas. Se le pide que trate de observar el dedo para entrar en autohipnosis, que haga tensión, tensión... tensión... y cuando ya no pueda más que cierre los ojos. Una vez cerrando los ojos se pueden dar sugerencias de tranquilidad. "Muy bien... lleva tu atención a tu respiración... siente como se hace más profunda y despacio, relájate... muy tranquilamente". Una vez que el paciente cerró los ojos, el terapeuta coloca el dedo pulgar y medio en sentido lateromedial de los ojos, mientras que el índice de la misma mano se fija sobre la depresión de la frente situada sobre las cejas; se ejerce una presión muy suave, de modo que no produzca dolor sugiriéndole al paciente que gire al mismo tiempo los ojos hacia arriba, de modo que miren fijamente un punto que está situado por encima de la base de la nariz. De igual forma se le impide que abra los ojos, o se le invita a que no los abra. Con la mano izquierda, se puede sostener la nuca del paciente, esto es optativo. Se añaden sugerencias como:

"Voy a contar del cinco al uno y cuando llegue al uno va a ser muy difícil que abras los ojos. Cinco, haz tensión con los ojos, mirando con los ojos cerrados hacia arriba... mirando hacia arriba... entre más te esfuerces en mirar hacia arriba, mayor será tu premio, la autohipnosis, una relajación profunda, continúa haciendo tensión, tensión al mirar hacia arriba. Cuatro, continúa haciendo tensión... tensión, al mirar hacia arriba. Tres, muy bien continúe mirando hacia arriba... empezará a experimentar una sensación de cansancio, de relajamiento. Dos, prepárese para relajarse lo más profundo que desee. Uno, relaje sus ojos, respire profundamente... libremente... continúe respirando... y cada vez que exhale el aire, se relaja más profundo".

Terminada la maniobra, se invita al paciente a que abra los ojos y se le dice: "Intente abrir sus ojos, pero será tan difícil, que aunque lo consiga, le resultarán tan pesados que en seguida se le cerrarán de nuevo". En caso de que el paciente logre abrir los ojos y que no los cierre se puede empezar nuevamente la maniobra, u optar por otra. Esta técnica deriva de los trabajos de Granone (1972). (Evitar hacer este procedimiento cuando el paciente usa lentes de contacto porque puede lastimarse).

c.5) TÉCNICA DE INDUCCIÓN A TRAVÉS DEL RELAJAMIENTO

Se le solicita al paciente que se siente lo más cómodo que pueda, cierre los ojos y déjese relajar y descansar. "Siéntase como si estuviera aquí solo, que nadie lo observa, está muy tranquilo, concéntrese en su respiración y manténgala tranquila y relajada; no la detenga ni la controle y cada vez que exhale relájese un poco más. Relájese un poco más. Permita que toda la tensión salga de su cuerpo. Está cómodo y relajado y cuando exhala cuenta uno y cuando inhala cuenta dos. Cuando exhala cuenta uno y cuando inhala cuenta dos. Concéntrese ahora en sus manos y en sus brazos, que no haya tensión ni en sus manos ni en sus brazos. Deje que sus manos y brazos descansen completamente. Deje que se apoyen en los brazos del sillón o en sus piernas. Sienta sus manos y brazos muy pesados... muy pesados. Deje que sus hombros caigan y estén relajados. No hay tensión en sus hombros. Que no haya tensión en su cuello. Trate de poner su cuello en una posición cómoda y relajada. Deje que su cabeza descansa y permita que los músculos de su cabeza se relajen completamente. Concéntrese nuevamente en su respiración. Que su respiración sea tranquila y profunda y cada vez que exhala se relaje un poco más. Se relaja un poco más y cuando cuenta uno y cuando inhala cuenta dos. Que no haya tensión en su frente ni en el entrecejo. Relaje su frente y permita que sus cejas caigan suavemente y sin tensión. Que no haya tensión alrededor de sus ojos. Mantenga sus párpados apenas cerrados sin ningún esfuerzo, sin ninguna tensión. Concéntrese ahora en su mandíbula. Relaje su mandíbula y ponga sus dientes ligeramente separados y mientras su mandíbula descansa, usted se relaja un poco más. Que no haya tensión ni en su lengua ni en su garganta. Deje que su lengua caiga en la base de la boca y relájese completamente. Que sus labios se toquen suavemente sin ninguna presión. Que no haya tensión en su pecho, que éste se mueva suavemente cuando respira, mantenga su respiración suave y relajada, y cada vez que exhale relájese un poco más, relájese un poco más. Que no haya tensión en los músculos de su estómago. Deje que su estómago se mueva suavemente cuando respira. Mantenga su estómago relajado. Deje que su espalda y sus caderas se relajen, que se apoyen cómodamente en el respaldo y en el asiento de su silla. Sienta su cuerpo muy pesado descansado sobre la silla. Que no haya tensión ni en sus piernas ni en sus pies. Que sus pies descansen pesadamente sobre el piso. Usted se siente muy cómodo, muy tranquilo sin ninguna tensión, su respiración es suave y tranquila. No hay tensión en su cara, ni en su pechos, ni en su estómago. Se siente muy cómodo y muy relajado. Sienta como se hunde

cada vez más profundamente". (Esta técnica deriva de los trabajos de Jacobson, 1932).

c.6) 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 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 el payasito la moneda se hará más y más pesada, tan pesada que se resbalará y caerá. Cuando esto suceda, caerá la moneda y te sentirás muy relajado, tan relajado que tus ojos se cerrarán. Observa muy fijamente al payasito, tienes 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 resbalará y caerá en el piso, cuando esto suceda no te fijes en que cayó en el piso sólo relájate y tus ojos se cerrarán, 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 procederá a profundizar) (Olness, 1975, en García de la Cadena 1994 p. 144).

d) TÉCNICAS DE PROFUNDIZACIÓN

En la práctica las técnicas de profundización son indistinguibles, a menudo, de las técnicas de inducción; se representan generalmente como una continuación de la experiencia del trance. Realmente, el término mismo de "profundización" evoca la suposición anticuada de la hipnosis como una forma

de sueño y, por consiguiente, sólo debería emplearse en sentido metafórico, sin embargo, puede tener cierto valor el comunicar al paciente que la autohipnosis es una experiencia progresiva y que el procedimiento se desarrolla lentamente; además, la profundización en el trance puede constituir un método para que el hipnotizador evalúe, a lo largo del tiempo, la capacidad del paciente, para la autohipnosis, implicándole éxito en la realización de tareas más difíciles.

Como muestra la tabla núm. 1 (Ver I.4) de Niveles de Profundidad, ciertos fenómenos son característicos de diferentes niveles de trance, aunque existe desacuerdo sobre qué fenómenos son característicos, exactamente, de que niveles. Por estas razones se describen siete técnicas de profundización.

d.1) CUENTA EN ORDEN PROGRESIVO Y REGRESIVO

En esta técnica se puede contar hacia adelante o bien hacia atrás, hasta un número, con sugestión de que por cada número contado irá profundizando cada vez más en trance o relajándose más profundo.

Ejemplo: “Ahora voy a contar del 1 a 10, durante este conteo de 1 a 10 sentirás que te induces en un estado auto-hipnótico más profundo... 1 el contar te ayuda a profundizar..., 2 cada número te lleva hasta un nivel más profundo..., 3 haciendo que profundices tanto como quieras..., 4 continuando con una respiración lenta y profunda..., 5 y con cada número, con cada respiración, sientes que te vas relajando más..., 6 cada vez más relajado..., 7 cada vez más profundamente..., 8 sintiéndote cada vez más, y más relajado..., 9 más profundo..., 10 muy profundo, muy profundo estado de relajación, sintiéndote totalmente relajado. (Técnica derivada de los trabajos de Erickson, 1948).

d.2) TÉCNICA DE LA ESCALERA

Se empieza diciendo más o menos lo siguiente:

“En este momento usted está relajado, pero quizá le gustaría gozar de una relajación mayor”. Si el paciente responde afirmativamente, el terapeuta continúa. “Voy a indicarle que debe hacer. Le resultará muy fácil. Debe saber que nada va a cambiar para usted, no sentirá nada en particular la única diferencia será que, dentro de un momento, va a estar más relajado que ahora. Y no dude en consultar si algo le sorprende o le intriga. Ahora me gustaría que imaginara una escalera con veinte escalones. Imagínese en lo alto de esa escalera. No es necesario que imagine la escalera, basta que evoque una parte

de los veinte escalones. ¿Ya está? Indíquemelo levantando su dedo índice de su mano derecha. Perfecto, se encuentra mentalmente en lo alto de la escalera, y desde el escalón que está pisando ve algunos otros. Dentro de un momento voy a empezar a contar. Conforme baje los veinte escalones se sentirá más y más relajado, ¿está listo para emprender el descenso imaginario?. Levante el dedo índice de su mano derecha para decir si. Si la respuesta es afirmativa, el terapeuta prosigue: Voy a contar, veinte, un escalón hacia abajo...Diecinueve, baja...Dieciocho, baja otro escalón. Quizá ya perciba que su relajación es mayor. Es posible que se sienta más relajado en unas partes de su cuerpo que otras. Puede que los hombros y el cuello estén más relajados, o tal vez tenga usted la impresión de que sus piernas están más relajadas que sus brazos. Esto no tiene ninguna importancia; solo una cosa es importante, que usted se sienta bien, cada vez más relajado...Diecisiete baja otro escalón. Es muy probable que esta relajación sea más profunda, una relajación agradable...agradable...agradable...agradable... profundamente...Dieciséis... su relajación aumenta... muy tranquilamente... muy relajadamente... se siente bien, cada vez mejor. Quince... ya ha recorrido un cuarto del camino. Ha descendido un cuarto de la escalera; quizá no se desvanecen progresivamente los ruidos, que hasta ahora lo molestaban o le distraían. Puede ser que note que lo que todavía puede oír ya no le molesta, sino que se integra armoniosamente en el universo de la relajación que disfruta con ese momento. Catorce, muy bien posiblemente notará que esa agradable sensación que produce la relajación se apodera de sus hombros, de sus brazos...No excluye que sienta una pesadez mayor en un brazo que en otro, no importa. Lo esencial es que sea cada vez más consciente de esa agradable sensación de relajación que experimenta. Tal vez esta sensación le de la impresión de pesar más, o quizá al contrario; se siente más ligero. No tiene ninguna importancia. Trece, muy profundamente, muy relajadamente, muy tranquilamente... muy tranquilamente. Doce, se encuentra en el doceavo escalón. Su respiración es lenta y profunda, usted está muy relajado; note que su cuerpo está cada vez más relajado. Once, puede que en su mente surja alguna duda; puede que se pregunte a dónde lleva todo esto, pero al mismo tiempo que es consciente de este hecho, solo importa su relajación sumamente agradable que se apodera de todo su cuerpo. Diez, desciende el décimo escalón y se encuentra a mitad del camino del final de la escalera. Probablemente notará el aumento considerable de una sensación de pesadez cada vez más, que le protege de cualquier preocupación. Nueve, baja un escalón más, cada vez más relajadamente, tranquilamente... protegídamamente... protegídamamente... protegídamamente. Ocho, ya está en el octavo escalón disfruta de manera intensa de la relajación que se apodera de usted.

Siete, desciende hasta el séptimo escalón, muy relajadamente, relajadamente, relajadamente, profundamente, profundamente, profundamente...muy profundamente. Seis, sexto escalón, goza plenamente esta relajación cada vez más, tranquilamente, tranquilamente, muy tranquilamente. Cinco, ha llegado a este escalón, ha dejado atrás las tres cuartas partes del camino... nada le importa, disfruta cada vez más y más esta relajación. Cuatro, ha bajado hasta el cuarto escalón puede ser que la agradable pesadez de sus brazos y piernas se acentúa. De cualquier forma, es consciente del hecho de lo único que importa que es la sensación que le está brindando esta experiencia, esta relajación agradable que elimina todo lo que podría molestarle o inquietarle. Tres, está en el tercer escalón, muy cerca del final de la escalera, liberado de cualquier preocupación y de cualquier problema, y gozando de una relajación extraordinaria, que se va profundizando. Su cuerpo pesa, pesa y está relajado, se siente a gusto, perfectamente relajado. Se siente a gusto, perfectamente relajado Dos, desciende el segundo escalón, está muy cerca de la meta se siente muy bien, descansado, perfectamente a gusto y absolutamente consciente de lo que pasa ¡¡ATENCIÓN!! Uno, ya está, se encuentra al final de la escalera. Se siente profundamente relajado, y esta sensación continúa acentuándose; con cada respiración aumenta su relajación. Ahora que ya descendió las escaleras, imagine que camina hacia un sillón muy cómodo y usted se sienta y se relaja muy profundo”. Este procedimiento deriva de los trabajos de Erickson, (1948).

d.3) SUGESTIONES CADA VEZ MÁS INTENSAS DE PESADEZ EN LOS MIEMBROS Y DE PROFUNDA RELAJACIÓN

Se puede profundizar un estado autohipnótico dando sugerencias de pesadez, tipo entrenamiento autógeno de Schultz, (1932), (citado en Kraff, 1964 p. 61). Por ejemplo: Consiste en repetir por un lapso de 20 a 30 segundos, la sensación correspondiente a la fórmula: “El brazo derecho está pesado.. pesado... pesado..., y como cada vez esta más pesado, te relajas aún más profundo, muy profundo... relajadamente en una autohipnosis cada vez más tranquilizante. Ahora bien, estas sugerencias de pesadez del brazo derecho si es diestro y viceversa si es zurdo; luego del brazo dominante, se pasa al otro. Pierna dominante enseguida, para pasar a la otra; luego el tronco, hasta llegar a la cabeza. Posteriormente de haber dado sugerencias de pesadez, se puede proceder de igual forma dando sugerencias de sensación de calor en cada parte del cuerpo, acompañando estas sugerencias con un relajamiento más profundo.

En caso que el paciente experimente una gran sensación de calor, se puede proceder a que imagine que se le coloca una toalla húmeda en la frente, la cual le va a dar sensación de frescura.

d.4) TÉCNICA DE LA LIGEREZA

También se puede emplear la sugestión de ligereza. Se comienza invitando al paciente a que ponga su atención en alguna parte de su cuerpo, por ejemplo: “Capta, siente tu pierna derecha, la vas a empezar a experimentar cada vez más ligera”. Así, con cada una de las partes del cuerpo y se puede acompañar con las siguientes sugestionas: “Cuanto más ligero se vuelve el cuerpo más relajado te sientes”; también se puede sugerir que el cuerpo es tan ligero que el paciente se siente como si flotara, “flotando, en un trance cada vez más profundo”.

d.5) TÉCNICA DE LA FRAGMENTACIÓN

Otro método de profundización utilizable es la fragmentación. Se hipnotiza, se deshipnotiza y rehipnotiza sucesivamente al paciente; se hace la sugestión de que profundice aún más el estado autohipnótico. Antes de la deshipnotización se pide al sujeto que relate los pensamientos, sentimientos y sensaciones experimentadas en el momento de máxima relajación y autohipnosis; luego, se deshipnotiza al paciente. Estas sensaciones le son sugeridas en la siguiente inducción. Se le dice asimismo que caerá más profundamente en cada nueva inducción. Por ejemplo, si el paciente ha relatado: “Me sentía flotar en nubes blancas”, esto es incorporado en la inducción siguiente, mediante el comentario: Usted caerá más y más profundamente, conforme se siente “flotar en blancas nubes”. Si ha dicho: “vi toda clase de luces coloreadas”, se le comenta: “Ahora, cuando vea las luces coloreadas, se relajará más y más profundamente” y adentrándose en la experiencia autohipnótica”.

Otra variante de esta técnica puede ser que al sugerir al paciente que sus párpados se vuelvan a abrir, luego cerrar; esto implicará que cuando finalmente los cierre, entrará en un estado de relajación más profunda. Al pedirle que los vuelva a abrir y que los cierre, esto conllevará a que, cada vez que los cierre entrará en una relajación más profunda. También se puede pedir que un brazo se vuelva rígido y luego se relaje cada vez más, con cada

repetición del procedimiento y que cada vez se irá relajando más su brazo y todo su cuerpo. (Esta técnica deriva de los trabajos de Weitzenhoffer 1964).

d.6) RESPIRACIÓN

Se le sugiere al paciente concentrarse en su respiración: se le puede decir: "Respire profunda y lentamente", indicándole que en cada exhalación, irá entrando en un estado de autohipnosis o relajación mas profunda.

d.7) ESCALA DE LA PROFUNDIDAD DE LA HIPNOSIS

Le decimos al paciente que se imagine una escala, numerada de 0 hasta el 36, donde el 0 denota que está bien despierto ("como estaba usted cuando entró en esta habitación") y el 36 denota "el grado más profundo posible de autohipnosis que podría imaginar usted mismo alcanzar". Le decimos al paciente que los números del 1 al 12 representan una autohipnosis ligera, del 13 al 24 una autohipnosis mediana y del 25 hasta el 36, representaría el estado de hipnosis más profundo que podría imaginar. Usted está en algún lugar entre ambos. Le pedimos que dé un número que representará para él a qué profundidad se siente en ese momento.

El paciente no tiene alternativa, pero da un número entre el 0 y el 36, que equivale a admitir que está en autohipnosis. Podemos decirle entonces que cuando el terapeuta cuente hasta 36, subjetivamente sentirá que entra en una hipnosis más profunda. Recíprocamente, al contar hacia atrás hasta el 0, le hará sentirse menos autohipnotizado o salir de la autohipnosis.

Podemos hacer la cuenta lentamente, sincronizada con los movimientos respiratorios (por ejemplo, un número por cada tres movimientos respiratorios). Una variante de la misma es: "contar a la inversa por sorpresa". Si por ejemplo, el paciente da el número 10, la cuenta es inicialmente hacia atrás, quizá hasta el 6, y entonces continúa hacia un número más alto. Esto es, con frecuencia, muy efectivo en la profundización de la autohipnosis.

Debe notarse que, para el paciente, tal escala tiene una significación y expresa una sensación subjetiva de como un número puede utilizarse en cada sesión de hipnosis.

De paciente a paciente, las escalas no tienen ninguna significación comparativa.

Esta técnica deriva de los trabajos de Scott (1973).

e) USO TERAPÉUTICO DEL TRANCE FORMAL

Casi cualquiera puede aprender a realizar las inducciones hipnóticas con relativa rapidez y, con un buen sujeto hipnótico, se puede demostrar los fenómenos del trance, pero requiere de una mayor preparación para hacer uso terapéutico del mismo.

Básicamente en la hipnosis clásica, existen tres procedimientos, uno es el efecto sedante, otro es la hipnoterapia sugestiva directa y el tercero es la hipnoterapia de catarsis.

La hipnosis ha sido empleada como efecto sedante, donde sólo se mete en autohipnosis al paciente sin darle ninguna sugestión, absolutamente ninguna. Carpa (1992), sugiere buenos resultados en los trastornos del sueño, la fatiga, la falta de concentración, los espasmos generales y la hipertensión. Esta hipnoterapia se conoce también con el nombre de sueño hipnótico curativo.

En la hipnoterapia sugestiva directa el paciente recibe sugestiones por parte del terapeuta y el paciente se mantiene en estado pasivo; se busca la supresión del síntoma con esta técnica. En la hipnoterapia de sostén se busca siempre hacer catarsis de emociones, así como reencuadrar los problemas a través de nuevas interpretaciones que se den de los hechos, aunque a menudo se pueden hacer intercalación de hipnoterapia sugestiva directa y de sostén.

EL EMPLEO DE SUGESTIONES DIRECTAS

Parece que el uso terapéutico más directo de la hipnosis tradicional consiste en sugerir que los síntomas de los pacientes desaparecerán cuando despierten. Esta técnica de sugestión posthipnótica es un método antiguo, aunque muchos artículos han señalado que los síntomas pueden eliminarse efectivamente de esta manera, sin embargo, existe todavía bastante controversia en torno a la eliminación de los síntomas porque muchos terapeutas de orientación psicoanalítica piensan que el síntoma puede ser sustituido por otro más debilitador, o que la pérdida del síntoma pueda acarrear un trastorno psicológico subyacente grave y empeorar la condición del

paciente. Como consecuencia de esto, los terapeutas preocupados por la posibilidad de sustitución del síntoma han elaborado una técnica alternativa. En vez de sugerir al paciente que va a quedar libre del síntoma, se sugiere un síntoma menos debilitador, es decir, el terapeuta proporciona al paciente un síntoma sustituto, por ejemplo; un tic puede desplazarse a una parte del cuerpo menos evidente, como los dedos del pie o de la mano, e interferir así menos con su trabajo.

Para ilustrar lo anterior se muestra el siguiente caso: Un Doctor en química, al momento de exponer sus investigaciones con sus colegas, comenzaba a experimentar un gran nerviosismo, manifestado en sudoración en la frente. Al momento, su síntoma principal hacía presencia, originándole a su vez que comenzara a tartamudear. Se le llevó la sudoración a sus manos, y con esto el empezó a tener mayor seguridad en sus exposiciones.

Karlin y McKeon (1976), han recomendado, no obstante, el método de eliminación del síntoma en la hipnosis en el marco más amplio de terapia multimodal de orientación conductual de Lazarus (1973). Argumentan que si las quejas de aprensión del paciente se tratan efectivamente al principio de la terapia, después es posible hacer frente a otros aspectos menos apremiantes, pero quizá más importantes, relacionados con sus problemas.

La sugestión directa para la eliminación o sustitución de un síntoma parece producir algunas veces resultados llamativos aunque son mucho más escasos de lo que la literatura popular podría hacernos creer.

A continuación se sugieren unas guías que hay que considerar al momento de dar sugestiones directas.

1.- Siempre deberá aunar el efecto que desee producir con el que realmente está experimentando en ese momento. Por ejemplo; "el dolor suele ser causado y siempre se agrava con la tensión. Cuando usted se vaya relajando y se sienta menos tenso.. empezará a sentir más bienestar. Y al aumentar su relajamiento... poco a poco desaparecerá el dolor por completo. En la medida que el individuo se relaje más, ciertamente irá disminuyendo el dolor.

Si a una persona se le quiere llevar el síntoma de una parte del cuerpo a otra, por ejemplo, el caso del Doctor en Química, al que se le llevó la sudoración de la frente a las manos, para lo cual se le fue haciendo un recorrido

con las manos del terapeuta desde la cabeza hasta llegar a sus manos, simbolizó con ello, que se llevaba el sudor de una zona a otra.

2.- Siempre es mucho más fácil la aceptación de una sugestión positiva que la de una puramente negativa.

Nunca resulta muy provechoso sugerir a un paciente que sufre de dolor de cabeza, que su dolor va a desaparecer. En la mayoría de los casos, es más o menos fácil producir una sensación de calor en la parte afectada por sugestiones directas, en especial si esto va acompañado de toques suaves en la parte afectada. Si la sugestión positiva de este calor va en aumento se une entonces a la sugestión de relajamiento y tenderá a la desaparición gradual del dolor; es muy probable que ocurra esto. Por ejemplo: "Cuando le toco la frente..., siente una sensación de calor que se le extiende por toda la frente y, si sigo tocándole la cabeza..., el calor va aumentando y va sintiendo cada vez más bienestar en la cabeza. En pocos momentos sentirá la cabeza tan caliente y confortada que la sentirá mejor". (Evitar incrementar la sensación de calor en la cabeza en pacientes migrañosos).

3.- En ocasiones es más fácil la aceptación de una sugestión si ésta se asocia con una emoción apropiada.

En algunos individuos es posible hacer que el corazón lata más rápido, sólo por sugestión directa, sin embargo, en otros sujetos es lo imaginativo lo que induce esa situación. Por ejemplo, "imagine que usted va conduciendo su auto a 100 Km./hr. y de momento ve que un niño se atraviesa en su camino y... los frenos no le funcionan". En muchos individuos es más efectivo este tipo de sugestiones para que el corazón lata más aprisa.

También si queremos que una persona se sienta tranquila es mejor rescatar una experiencia donde haya experimentado tranquilidad, que darle la sugestión de tranquilidad.

Así como es importante tomar en cuenta lo antes mencionado para obtener un beneficio de las sugestiones, también, es deseable considerar los siguientes puntos propuestos por García de la Cadena (1994 p.p. 125-126).

a) Las sugestiones directas deben siempre redactarse en forma tal que resulten clara y sin ambigüedades. El

individuo no debe tener dudas respecto a la intención que se le trasmite; sólo debe ser posible una interpretación. Si no es así, con frecuencia se obtendrán resultados muy desconcertantes e inesperados. A un paciente que tenía terror de salir a la calle a causa del tránsito, un hipnotizador le dijo en una ocasión que cuando saliera de sus habitaciones, ya no se preocupara por el tránsito, que podría cruzar la calle sin el más mínimo temor. El paciente obedeció sus instrucciones tan al pie de la letra que terminó en un hospital, a causa de haber sido atropellado.

b) Deben evitarse a toda costa complicaciones excesivas. Es esencial la sencillez. Deben hacerse todos los esfuerzos posibles para evitar la confusión en la mente del sujeto. Mientras más complicadas sean las sugerencias, más difícil será que el individuo lo acepte.

c) Se sugiere no emplear la palabra “debe”, ya que el individuo puede sospechar de una dominación.

d) Al expresar las sugerencias puede adoptarse un patrón definitivamente rítmico, las repeticiones son esenciales.

Es deseable que se vuelvan a expresar las mismas ideas, repitiéndolas constantemente, una y otra vez. Asimismo, al dar ritmo con la respiración, la sugerencia se hace más efectiva. Por ejemplo: “Y lo mismo se seguirá sucediendo todos los días... y usted seguirá sintiendo lo mismo siempre... **tan** fuerte, con **tanta** intensidad... con **tanta** certeza... con **tanta** fuerza cuando está conmigo en este cuarto”. Si repite esas sugerencias en voz alta, observará que las palabras “tan” y “tanta” acentuarán el ritmo, como el movimiento de un metrónomo. También notará que la elección de las tres palabras, **intensidad, certeza y fuerza**, es por completo deliberada. Las frases no solo aseguran la repetición, sino que también expresan la misma idea básica en tres formas distintas. En algunas ocasiones es conveniente preguntarle al individuo si entendió bien lo

que se le dijo, y hacerle que repita las sugerencias exactamente como se le han dado.

e) No importa lo profundo que sea el trance, jamás se le debe dar al sujeto una sugerencia que pudiera encontrar desagradable y objetable, hay que tener el máximo cuidado de evitar cualquier acción que pudiera hacer que el sujeto se sintiera ridículo o incómodo entre él y otras personas.

f) En las sugerencias terapéuticas, las más importantes y cruciales siempre deberán dejarse hasta el final. Principie el tratamiento con las sugerencias de menor importancia, seguido por las que tengan un poco más de importancia y concluyendo con las de mayor importancia; es probable que las últimas sean aceptadas con más facilidad.

g) Las sugerencias deberán expresarse en todo lo posible para que se conformen con los hábitos y pensamientos conocidos del individuo. Si se hace esto, debe llevarse a cabo como cosa natural, y habrá menos probabilidades de que despierte una crítica consciente.

Es de vital importancia que las sugerencias deban expresarse en un tono de tranquilidad, convicción, con la máxima confianza en su efectividad, además de ser presentadas de un modo flexible, no autoritario y que estén ajustadas a las necesidades únicas del paciente. Esto significa que las sugerencias que el sujeto acepta cubren alguna necesidad interna básica saludable y tendiente al propio crecimiento.

EMPLEO DE HIPNOTERAPIA DE CATARSIS

Son muchos los psicólogos que se han sentido impresionados por el rápido acceso que la hipnosis da a la memoria de los años infantiles, llegando a veces el paciente en trance hipnótico formal-profundo a revivir ciertos sucesos infantiles, como la fiesta de cumpleaños, con toda clase de detalles: regalos ofrecidos, palabras de felicitación de los padres, etc. Algunos pacientes adoptan una voz claramente infantil mientras recuerdan estas escenas; claro que éstas conductas están más de acuerdo con las concepciones actuales del paciente sobre las conductas de esas edades que con las conductas de entonces.

La opción de evocar sucesos pasados bajo los efectos hipnóticos ha hecho que muchos profesionales de la salud mental intenten hacer uso de la hipnosis para generar abreacción y elaboración interna de los efectos acumulados y de las vivencias traumáticas. Por ejemplo: los accidentes personales, parálisis y afonías de tipo histérico, entre muchos otros síntomas, si en hipnosis se reviven y elaboran internamente las vivencias traumáticas y con los contenidos afectivos reprimidos, los síntomas patológicos, pueden desaparecer tal y como lo señalara Breuer y Freud en estudios sobre histeria a partir del caso clásico de "Anna O.". Todavía hoy se recomienda la hipnosis catártica en relación a los efectos traumáticos. Así por ejemplo, la regresión en el momento anterior a una afonía histérica, suele traer alguna luz sobre las experiencias traumáticas que la precipitaron. Una vez más el revivir la experiencia traumática puede ayudar a recobrar la voz normal y a que interprete los hechos desde una nueva perspectiva. (Esta técnica se analizó en el cap. (IV.2.b.2).

ñ EL ESTABLECIMIENTO DE UNA SEÑAL CONDICIONAMIENTO

Hacia el final de la primera sesión de hipnoterapia, es conveniente establecer una señal de condicionamiento. Esto con el fin de ahorrarse el trabajo de volver a hacer todo el procedimiento de hipnosis en futuras inducciones y para proteger al paciente en contra de accidentales hipnosis.

La inducción del trance hipnótico por primera vez, en ocasiones puede ser laborioso y consumir mucho tiempo; por cierto, puede tomarse desde 15 minutos hasta varias horas asegurar una profundidad satisfactoria, y si fuera necesario repetir todo el procedimiento en cada ocasión posterior, es seguro que se verían limitados los usos prácticos de la hipnosis. Tendría que dedicarse tanto tiempo y energía sólo en la inducción que quedaría muy poco tiempo para propósitos terapéuticos. Afortunadamente, es fácil lograr el condicionamiento del individuo mediante sugestión posthipnótica para que entre al estado de trance mediante una señal verbal, o cualquier otro estímulo sonoro, cutáneo y/o visual. Puede ser de la siguiente forma refiriéndose a una señal verbal, cada vez que yo te diga "tranquilízate" entrarás en trance, igualmente se puede utilizar la frase "relájate profundamente o entra en autohipnosis", etc. Mediante estímulos sonoros, al sonar una campana, al escuchar un aplauso, etc...; cutáneos: "Cada vez que toque tu hombro entrarás en autohipnosis", "cuando toque tu muñeca de la mano derecha entrarás en autohipnosis" etc...; visuales: "Cada vez que usted vea esta vela prendida", "este punto en la pared", entrarás

en autohipnosis". Se le puede hacer al paciente una sugerencia como la siguiente, mientras está en autohipnosis:

"Escuche con atención. Desde ahora en adelante no será preciso que pase por todo el proceso de autohipnosis cada vez que usted viene aquí. Cuando yo le toque con mi dedo índice la muñeca de su mano, (o cualquier otra señal que pueda ser convenida, si se desea), inmediatamente y con toda facilidad usted entrará en autohipnosis tan profundo como usted lo desee". Se repite esta sugerencia y luego se le puede decir al paciente; "Ahora usted va a salir del estado de auto-hipnosis y le mostraré la señal, que haya quedado convenida. En este momento usted sentirá mi dedo índice en su muñeca y volverá a un relajamiento tan profundo como el de este momento e incluso más profundo si usted lo desea. Después de esto se le saca del estado hipnótico y se hace la señal convenida, para mostrarle que responderá a la misma.

Hartlan (1974), consideró que el principal peligro no está en la susceptibilidad a la hipnosis como tal, sino en la susceptibilidad a la hipnosis contra la voluntad del sujeto. Hartlan cita un ejemplo de la eficacia de decirle al sujeto "sólo podrás ser hipnotizado por la persona que tú desees".

Durante el tratamiento de una escolar de 14 años de edad, que había sido una sonámbula excelente, juzgó necesario protegerla con esta fórmula. Hartland refiere que unos doce meses después del tratamiento se encontró con el padre de la escolar en un reunión social, y le dijo que mientras estaban de paseo fueron a ver una exhibición teatral de hipnosis. En el transcurso de esta, el ejecutante imprudente pretendió que podría garantizar que hipnotizaría a su hija. A pesar de sus esfuerzos el ejecutante fue por completo incapaz de introducir incluso el estado hipnótico más ligero, y se excusó ante el auditorio sobre la base de que este era uno de los muy raros casos en que una persona era por completo inhipnotizable. El padre anuncio entonces que esto era muy curioso ya que la niña estaba acostumbrada a entrar en trance de hipnosis profunda siempre que su doctor sencillamente le decía que se durmiera (p. 83).

g) TERMINACIÓN DE LA HIPNOSIS FORMAL

Para sacar al paciente fuera del trance de la autohipnosis, se considera que lo mejor es emplear el procedimiento inverso al de la inducción y profundización hipnótica; de este modo, si se hipnotizó al paciente empleando el procedimiento de inducción cataléptica, se sugiere nuevamente tomar la mano, sin tomar la muñeca, se empieza dando un masaje suavcito en la mano, dando sugerencias que se está suavizando su mano, y que poco a poco va a ir recobrando el movimiento de su cuerpo, a su propio ritmo y poco a poco va a ir abriendo los ojos.

En otros casos, un método popular es contar de 1 a 5 o de 10 a 1. Al tiempo que se dan sugerencias a los pacientes para que se activen y recobren sus fuerzas, sintiéndose muy bien, relajado, tranquilo, es útil evitar el término "despertar", puesto que esto sugiere la percepción errónea de que el sujeto estaba dormido. Puede ser que algunos pacientes sigan estando en trance ligero después de la terminación formal de la hipnosis; también es probable que presente un retardo psicomotor, pero gradualmente se reanudan sus actividades normales; es deseable esperar un momento así como no sugerir de manera inmediata actividades que requieran reflejos rápidos, como el conducir un coche.

A menudo los detractores de la hipnosis aluden a la dificultad que conlleva a dar por terminado el trance hipnótico, sin embargo, es muy raro que a un hipnoterapeuta, e incluso el menos experimentado, le cueste sacar a una persona hipnotizada; pero aunque eso sucediera, la prolongación del estado hipnótico no entraña ninguna consecuencia perjudicial. Un ejemplo de terminación de la hipnosis puede ser:

"Voy a contar lentamente de 5 a 1 y cuando llegue a uno abriré los ojos. Cinco... los párpados comienzan a hacerse ligeros...Cuatro... cualquier sensación de pesadez o de somnolencia van a ir desapareciendo... Tres empieza brevemente a recuperar sus movimientos del cuerpo... Dos... se encuentra próximo a abrir los ojos, relajado, tranquilo, sin ningún malestar... Uno abra sus ojos".

Aunque se sugiere que en la primera sesión el terapeuta cuente para sacar del trance, en la segunda sesión, se sugiere que ambos cuenten y a partir

de la tercera, el paciente la realice, esto le da confianza al paciente ya que puede finalizar el estado autohipnótico por si mismo.

Si llegáramos a observar que la persona no abre los ojos una vez acabado de contar del cinco al uno nuevamente hay que volver a contarle.

Cuando el trance es muy profundo o fue por tiempo prolongado (más de dos horas), es deseable contar a partir del diez al uno. Scott (1973), refiere que cuando un paciente no se puede deshipnotizar, aunque es raro, puede ser debido :

- a) Una reacción defensiva, donde el paciente prefiere permanecer en estado hipnótico más que enfrentarse a la realidad del estado consciente.
- b) A la no aceptación de las sugerencias que fueron dadas bajo estado hipnótico.
- c) El paciente está muy a gusto y no quiere salir.

Hartland (1974), afirma que el método dorado es preguntar al paciente por qué no quiere salir del trance, frecuentemente, esto dará la clave al terapeuta con relación a por qué esto es así, y de esta forma indicarle lo que ha de hacer.

En ocasiones es conveniente darle la sugestión que se va a quedar dormido durante tres minutos como si fuera una hora, y que se le va a despertar para sacarlo del trance hipnótico.

Algunos pacientes reportan que al salir del trance les duele la cabeza, generalmente se remedia dándoles sugerencias durante un nuevo trance indicándoles queden dormidos tres minutos, y se les saca del sueño para continuar con el trance, y una vez que se dan las sugerencias de que hay relajamiento en su cabeza o sensación de frescura en su frente se les saca finalmente del trance, y regularmente salen sin dolor.

Es deseable rescatar la experiencia una vez terminada la sesión de hipnosis, rescatando sensaciones, y en conclusión cual ha sido su experiencia.

Otro dato que es importante, es el tono de voz, donde es deseable que sea dinámico, a diferencia del de inducción y profundización que regularmente es cálido y monótono.

Cabe destacar que en ocasiones se puede acompañar el conteo de finalización, con aplausos en caso de que el paciente no quiera salir así como con un tono autoritario.

II.2.- NUEVA HIPNOSIS

La hipnosis moderna fue creada y desarrollada en buena parte por Milton Erickson (1901-1980). Erickson desarrolló su técnica hipnótica a lo largo de su vida. Al comienzo de su carrera usaba hipnosis clásica y la definía como sueño (1958), haciendo uso durante ella, de sugerencias directas. Posteriormente pasó a un trabajo más indirecto con empleo de trances naturales, sugerencias implícitas, metáforas y símbolos para comunicarse con la mente inconsciente (Lankton y Lankton, 1983).

Para Erickson la hipnosis constituía una labor de búsqueda, dirigida a encontrar el significado, la función o el origen "inconsciente" del problema, pero otra gran parte estaba orientada directamente hacia las soluciones.

La hipnosis puede llevarse a cabo de tal manera que parezca una conversación en situaciones muy naturales, por lo que el paciente ni siquiera puede tener conciencia de la inducción al trance; la inducción no es un paso previo, ya que es parte del trabajo terapéutico.

Inducir un trance es un modo de entrar en la realidad del paciente. La hipnosis siempre es el producto de una reducción creciente del foco de atención o conciencia del paciente. El terapeuta ericksoniano proporciona un contexto, crea una invitación mediante el rapport intenso o genera un ambiente que, si ha sido adaptado a las necesidades específicas del individuo, satisface sus requerimientos al momento de entrar en trance.

En palabras de Erickson, " la persona hipnotizada sigue siendo la misma persona, solamente su comportamiento es alterado por un estado de trance, pero aún así ese comportamiento alterado deriva de la experiencia de la vida del paciente y no del el terapeuta; es más, el terapeuta sólo puede influir en la forma de autoexpresión. La inducción y manutención de un trance sirve para

proporcionar un estado psicológico especial, en el cual el paciente puede reasociar y reorganizar sus complejos psicológicos y utilizar sus propias capacidades en una forma concordante con su propia experiencia (Erickson en Erickson y Rossi, 1978, p.43). Entonces, el fenómeno hipnótico “es esencialmente una comunicación de ideas al paciente, en aquella forma en la cual este será más receptivo para la evocación de experiencias y así motivarlo para explorar sus propias potencialidades corporales para el control de sus respuestas psicológicas, fisiológicas y conductuales (Erickson y Rossi, 1978, p. 19).

“Erickson borró los límites entre terapia hipnótica y no hipnótica. Desarrolló una técnica de trance “natural” que no requería un ritual obvio de inducción al trance. A veces ni siquiera decía al paciente que estaba empleando hipnosis. Esto es importante ya que indica que las “sugestiones” hipnóticas no necesitan el ritual de inducción al trance para tener efecto” (O’Hanlon, 1989, p.152).

“Cada vez que nuestra atención se abstrae momentáneamente hasta el punto de que el cuerpo parece petrificarse, o los ojos se ponen vidriosos y los procesos corporales se retardan se ha producido un estado de trance natural”. (Kershaw, 1992 p. 25).

“En el estado hipnótico, el trance, genera una apertura al inconsciente, en donde se pueden producir un nuevo aprendizaje” (Erickson y Rossi, 1980 p. 18). En hipnosis la conciencia se disocia de lo inconsciente. La mente consciente es ese estado de conciencia en el que ocurren la evaluación activa y la toma de decisiones. La mente inconsciente es un depósito de todas las experiencias que uno ha tenido en la vida. La memoria se va desvaneciendo en el nivel consciente pero se conserva intacta en el nivel inconsciente, al menos así lo creía Erickson (Ibid). “La mente inconsciente sirve de protectora y aunque la mente consciente no siempre se percató de la influencia que aquella ejerce en la toma de decisiones, ambas contribuyen a originar las acciones del individuo” (Kerschaw, 1994, p. 25).

“La idea fundamental de la hipnosis ericksoniana es la posibilidad de generar la resolución de problemas en un nivel inconsciente por medio de disociación. El enfoque terapéutico ericksoniano es alentar a la mente inconsciente a acceder a sus propios recursos y utilizarlos, los que vuelve un aprendizaje y una reorganización en el nivel inconsciente, seguidos de cambios

de conducta y resolución de problemas en el nivel consciente” (Kerschaw, 1992, p. 32).

Una de las formas en que se alienta a la mente inconsciente a acceder a sus recursos es a través de sugerencias indirectas “que son ambientes semánticos que facilitan la búsqueda y procesos internos dentro de una persona. No determinan lo que el paciente hará, sino que exploran y facilitan el sistema de respuesta de él” (Erickson y Rossi, 1976).

La nueva hipnosis se puede valer de trances informales o formales, ambos se pueden lograr mediante sugerencias indirectas, ya que la hipnosis es un estado de predisposición a utilizar lo aprendido, para quebrantar pautas, disposiciones mentales y disfunciones. El enfoque ericksoniano se orienta a lo no patológico, y si a los recursos, primordialmente hacia el futuro.

II.2.1 PREMISAS BÁSICAS

Cada persona es una individualidad única, por tanto, la psicoterapia debería formularse de manera tal que satisfaga la singularidad de las necesidades en vez de amoldar al paciente a una hipotética teoría de la conducta humana (Erickson en Zeig y Gilligan, 1994).

Según Erickson, no debería haber ninguna teoría: el Terapeuta debería inventar una nueva junto con un nuevo método para cada paciente (Erickson y Rossi, 1979).

O’Halon, (1988), en el prefacio de su libro Raíces Profundas, hizo alusión a que la obra de Erickson desconcertó a muchas personas entre ellas a él mismo, arguyendo: “Cuando terminé de estudiar con él, estaba más confundido que al inicio ya que Erickson no desarrolló ninguna sistematización” (p.18).

Erickson no desarrolló ninguna teoría psicoterapéutica ni se sentía atado por ninguna teoría, solo lo guiaba un sentido de la curiosidad y flexibilidad, combinado con un agudo sentido de observación. Como ha descrito Haley (1980, p. 203). “Erickson no tiene ningún método establecido. Su enfoque se orienta hacia la persona particular y su situación, y siente que sólo con experiencia uno puede saber qué hacer con un paciente en especial. Una parte de su éxito se debe a su tenacidad en el trabajo con el paciente. Si un

procedimiento no da resultado él prueba con otros, hasta que alguno resulta eficaz”.

Hay varios autores que han intentado sistematizar el trabajo de Erickson entre ellos. Haley, (1967, 1973, 1985), en donde destaca el enfoque estratégico de su trabajo.

Beahrs (1982), hizo énfasis en sus técnicas hipnóticas. Bandler y Grinder (1975), delinearon principalmente un modelo lingüístico para la inducción al trance, mismo que denominaron Modelo Milton; otra sistematización fue propuesta por David Gordon y Maribeth Meyers-Anderson (1981), quienes hicieron énfasis en:

- 1) Carácter indirecto.
- 2) Disociación consciente/inconsciente.
- 3) Utilización de la conducta del paciente.

Se han descrito otras sistematizaciones del trabajo de Erickson. De Shazer (1985), sugirió que el trabajo de Erickson era una fuente inagotable de mapas terapéuticos, aunque a cada lector de él, (Erickson) le correspondía descubrirlos por sí mismo.

Se dice que una gran diferencia entre Freud y Erickson, es que el primero era experto en explicar el por qué de las cosas, mientras que el segundo era experto en dar los cambios en las personas, sin explicarse como se daban.

Aún cuando Erickson no se adhirió a una teoría psicoterapéutica determinada, no obstante, en su trabajo con pacientes operó a partir de varias premisas básicas. Nunca las especificó, más bien se han recogido de sus escritos.

Recogiendo el trabajo de Erickson y de algunos autores que sistematizaron su trabajo, entre ellos Kershaw, 1992; Zeig, 1985; Bandler y Grinder, 1975; O'Hanlon, 1989; Rosen, 1985; Rossi, 1982; Haley, 1984; por citar algunos, a continuación se describen algunas premisas básicas:

1.- Durante el trance, la realidad es menos importante y la atención se vuelve hacia el interior. La hipnosis facilita el rapport y la responsabilidad. La hipnosis no crea nuevas aptitudes, pero permite el acceso a potenciales

inusitados, a los que se llega a través de la revivificación de las experiencias previas del paciente.

2.- La inducción de la hipnosis. Toda persona puede ser hipnotizada. Se requiere la cooperación del paciente, un setting terapéutico, de modo que el lenguaje y el enfoque del hipnotizador deben adecuarse para emplear todo lo que el paciente presente.

El hipnotizador debe tener presente su rol y su meta, que es fijar la atención, apartarla de la realidad externa y volverla hacia la experiencia interior.

3.- La hipnosis puede llevarse a cabo de tal manera que parezca una conversación de manera muy natural donde se invita al paciente a sentir más que pensar, imaginar más que razonar; centrar más su atención en él que en los estímulos exteriores, por lo tanto, no necesariamente la hipnosis tiene que ser un ritual formal.

4.- Un abordaje ericksoniano emplea trances naturales, que son momentos de foco interior, para quebrantar pautas y dispositivos mentales disfuncionales que generen nuevos aprendizajes.

5.- No es necesario que el paciente tenga conciencia de que la inducción ya se ha iniciado o que está en proceso de ejecutarse.

6.- Se emplea mayormente sugerencias indirectas que se limitan a aflojar la rigidez de la persona en medida suficiente como para que ella descubra otros modos de pensar y comportarse, capaces de eliminar síntomas de tal forma que la sugestión indirecta en el paciente encuentre su propio significado y modo de resolver su problema.

7.- La mente consciente.- Es ese estado de la práctica que es portador de funciones destinadas a la toma de decisiones, las evaluaciones, el pensamiento lógico y lineal .Erickson (Erickson en Havens, 1984), no compartía la idea de la mayoría de las terapéuticas psicodinámicas en cuanto a que el material inconsciente debe ser interpretado a la mente consciente; para él, los marcos de referencia conscientes son a menudo rígidos y no objetivos, por lo que se producen los síntomas.

8.- La mente inconsciente.- Erickson (en Kershaw, 1992), veía al inconsciente como una entidad real, con sus propias aptitudes separadas. La mente inconsciente es el almacén de todas las experiencias, de potenciales desconocidos y letales; es brillante, vigilante, literal e infantil; es una fuente de emociones por lo tanto hay que trabajar con el inconsciente ya que es considerado el recurso de lo positivo y no como un caldero negativo de impulsos y conflictos suprimidos y primitivos.

9.- Toda experiencia es registrada y originada en una pauta particular en la mente inconsciente. Estos recuerdos inconscientes pueden recuperarse y utilizarse como recursos para resolver problemas actuales. Todo aprendizaje experiencial que hayamos hecho puede servir después como recurso para resolver problemas. Aprender a caminar, hablar, a percibir la sensación de hambre y sus señales; a decir no y sí a nosotros mismos y a los demás, a trabajar en equipo y ser un individuo; he ahí sólo algunos aprendizajes experienciales que adquirimos a una edad bastante temprana y que utilizamos con frecuencia en la adultez.

10.- Cada individuo posee los recursos necesarios para atender problemas presentes y futuros (Erickson y Rossi, 1980). El enfoque ericksoniano consiste en hacer emerger esos recursos.

11.- Cada persona es un ser único dotado de muchos recursos, algunos de los cuales los puede reconocer o no.

12.- Cada persona tiene muchas opciones para resolver cualquier problema. El papel del terapeuta consiste en facilitar la recuperación del recurso y en ayudar a generar por este camino el cambio de actitud, de conducta o de sentimiento dentro del inconsciente del paciente. "La extensión del cambio sólo puede ser anticipado en un nivel inconsciente" (Kershaw, 1992, p. 38).

13.- La meta principal de la hipnoterapia ericksoniana, no es la abreacción, ni el descubrimiento, sino la coordinación entre el funcionamiento consciente e inconsciente.

14.- Los síntomas aparecen cuando las personas intentan utilizar el mismo estado de consciencia y no encuentran los recursos necesarios para abordar determinados problemas. Erickson decía que "los problemas

psicológicos existen precisamente porque la mente consciente no sabe como producir una experiencia psicológica y un cambio de conducta en la medida que desearíamos” (Erickson y Rossi, 1979, p.18).

15.- Dentro del problema está la solución. Gilligan (1982,1987) sostuvo que los fenómenos de trance son idénticos a los fenómenos del síntoma. Un individuo puede utilizar insuficientemente o en demasía determinado fenómeno de trance. La respuesta al problema se puede hallar en el interior del complejo de síntomas (Gilligan, 1987).

16.- Cada individuo posee su propio estilo de aprendizaje para recombinar y desplazar la experiencia (Lankton, 1986, p.32). Por ejemplo; el que hace foco casi exclusivamente en lo negativo no puede, cuando se le pide, hacer foco en aspectos positivos. No obstante, tal vez logre diferenciar matices de negatividad en un 100%, lo importante sería que lograra graduar dentro de su negatividad un menor porcentaje, 80% por ejemplo, es decir, hay días que no son tan negativos, la pregunta sería ¿Cómo le hace en los días que no está tan negativo?. La conclusión es aliarse a la forma de aprendizaje del paciente aún cuando ésta sea sólo la negatividad.

17.- Los fenómenos de trance se pueden considerar síntomas, recursos y vehículos para que el terapeuta induzca un trance en una persona. Fenómenos de trance sintomático aparecen cuando una persona es incapaz de resolver un problema, queda atrapado en un círculo vicioso de conflictos. Los fenómenos del trance, en sentido general, pueden ser recursos útiles si se utilizan con convencimiento. Beahrs (1982), sugirió la posibilidad de que rotular a un paciente con un término psiquiátrico sólo sirve en realidad para bloquear una intervención adecuada del terapeuta. Si éste es capaz de ver el problema como una “habilidad hipnótica mal utilizada”, podrá enseñar al paciente a usar sus recursos internos para resolver problemas.

Haley describió el uso ericksoniano del síntoma en el caso de una joven esposa que deseaba espaciar las visitas de sus suegros. Contrajo una úlcera incapacitante. Erickson le dijo: “En realidad, no quiere a sus suegros. Son un dolor de estómago cada vez que vienen; esto debería perfeccionarse en provecho de usted; ciertamente, no pueden pretender que usted limpie el piso si vomitan cuando vienen” (Haley, 1980, p. 127). La paciente siguió el consejo: cada vez que venían sus suegros, vomitaba y ellos tenían que limpiar el piso. No sólo dejaron de visitarla con tanta frecuencia, sino que además se

marchaban en cuanto ella empezaba a tener mal semblante. Erickson comentó: “Necesitaba verse impedida, por lo cual reservó todo su dolor estomacal para el momento en que vinieran sus suegros. Esto lo satisfizo (...) Su estómago era tan bueno que podía echar a los parientes” (Haley, 1980, p. 128).

Para trabajar por el logro de la resolución de un problema, el terapeuta puede usar los fenómenos de trance que la persona emplea en un trance sintomático para inducir un trance curativo.

18.- Orientación hacia el futuro. Es un valor básico que diferencia el enfoque ericksoniano de las terapias orientadas primordialmente hacia el pasado (Gilligan, 1987; O’ Hanlon, 1989). Erickson fue el primero en introducir en la psicoterapia una orientación de “futuro”. Casi no le interesaba la “arqueología psicológica”, y procuraba apartar a los pacientes de su pasado, volcándolos hacia el presente y el futuro, donde podía abordar las dificultades de modo más adecuado.

“Lo que se busca primordialmente en la psicoterapia, no es el esclarecimiento del pasado inmodificable; se va a psicoterapia por insatisfacción con el presente y con el deseo de mejorar el futuro”, (Watzlawick, Weakland y Fisch, 1994, p. IX).

19.- Orientación hacia las soluciones. Erickson, centraba su atención más en la solución que en el problema. Los pacientes presentan problemas y ponen el acento en lo que no pueden hacer; los terapeutas ericksonianos se organizan pensando en las soluciones, en lo que puede hacer el paciente. No existen problemas, existen soluciones, es pensar más en términos de recursos que de déficit.

20.- Cooperancia. Este concepto lo acuñó De Shazer, en 1989, basándose en el concepto de “utilización” de Erickson (1961), el cual hace énfasis, que sea cual fuera la conducta, actitud o sentimiento del paciente, son leña para fogata, la fogata del cambio. Se utiliza todo lo que el paciente traiga y se reencuadra como algo positivo, que ayude. Nunca se irá en contra de él.

En un caso de un paciente que mostraba resistencia, a no entrar en trance, Erickson se limitó a indicarle que permaneciera cada vez más despierto, que mantuviera los ojos bien abiertos, etc... Puesto que el paciente

estaba decidido a resistir las instrucciones de Erickson, se vió obligado a consentir la inducción del trance (Erickson en Haley, 1971).

La idea tradicional de resistencia no cabe en este enfoque cooperativo (De Shazer, 1989). El concepto de resistencia es un concepto que ha limitado a los terapeutas porque parten del hecho de que hay resistencia y no recursos. La resistencia es una mera señal de que el terapeuta y el paciente no cooperan; en otras palabras su trabajo conjunto no es muy bueno. Este problema puede remediarse con ajustes del terapeuta o del paciente.

Una vez revisadas las premisas básicas de la hipnosis ericksoniana procederemos a abordar un aspecto de vital relevancia en la nueva hipnosis, nos referimos al aspecto de las sugerencias indirectas.

II.2.2 SUGERENCIAS INDIRECTAS: EVOCACIONES

Las técnicas ericksonianas que facilitan la inducción, sugerencias indirectas o evocaciones, como propósito fundamental, tienen la intención de ir llevando a la persona hacia su mundo interno para que él mismo encuentre soluciones a sus problemas. Se describen a continuación algunas de ellas:

1) Sugerencia Implícita

Es aquella inserta en una formulación o pregunta que, es apenas destacada por medio de una alteración apropiada del tono de voz, que guía al otro hacia una meta específica.

Ejemplos: “Me pregunto si querrá ir al cine esta noche”.

“No sé si ahora entrará en trance”.

También puede adoptar la forma de un símbolo o una narración metafórica como la famosa historia de la planta de tomate que relató Erickson a Joe, un florista canceroso que sufría atrozmente. Erickson describió la siembra, el cuidado y el crecimiento de una planta de tomate, y diseminó en el relato sugerencias en torno de la comodidad, la seguridad, la paz y el no sentir molestias; el florista pudo dormir y hasta experimentó cierta mejoría física (Erickson, 1966).

2) Ilusoria Alternativa

Es una formulación o pregunta que sólo ofrece dos alternativas que conducen ambas a un resultado determinado. Por ejemplo: "¿Prefiere entrar en trance ahora o más adelante de la consulta?". El supuesto apriori es "entrar en trance" y sólo se ofrecen dos alternativas: hacerlo ahora o dentro de unos minutos.

"¿Le gustaría entrar en un trance ligero o en un trance profundo?", "puede entrar en trance con los ojos abiertos o cerrados, lo que le resulte más cómodo", "puede ir entrando en trance rápidamente o con mayor lentitud". Todas estas implicaciones tienen una presuposición común: que se entrará en trance en algún momento. Lo que está en cuestión es el grado de profundidad del trance, que se produzca antes o después, con los ojos abiertos o cerrados, rápida o lentamente. Desde luego, incluso aunque se empleen estas técnicas, el paciente puede negarse a entrar en trance, o resistirse, pero en la mayoría, los pacientes están dispuestos a entrar en trance.

El uso de esta clase de presuposiciones facilita el proceso. En una de sus inducciones, Erickson le dijo al paciente "Bien, Monde, esta vez me gustaría que se tomara su tiempo para entrar en trance. No quiero que entre en trance demasiado pronto, ya sabe qué fácil es para usted... no tan rápido" (Erickson en Grinder, DeLozier y Bandler, 1977 p.p. 121-122). Se estaba presuponiendo que la mujer iba a entrar en trance. Sólo se discute la rapidez; también está implicando el hecho de que entrar en trance le resulta fácil.

Las dos preguntas siguientes pueden dar lugar a la misma respuesta verbal; una es: "¿Ha estado usted en trance antes de ahora?" y la otra, "¿Ha estado alguna vez en trance?". La implicación de la primera oración es que va a entrar en trance en el futuro inmediato. Esta implicación falta en la segunda; mediante el empleo de diversas oraciones que implican que el sujeto experimentará el trance en algún momento futuro, se crea un contexto o una expectativa que facilita la obtención del estado. Desde luego, el uso de oraciones presuposicionales no "hace" que un sujeto entre en trance; se trata sólo de uno de los elementos involucrados en la creación del contexto conveniente.

3) Verdades aceptadas

Son aciertos que expresan algo generalmente aceptado. Ejemplos: “El sol sale por la mañana y se mete al atardecer”.

“Todos saben qué es relajarse: todos saben lo que es sentirse satisfecho tras un trabajo arduo”.

4) Sugestiones abiertas

El carácter primordial de las sugestiones abiertas, reside en que ellas no especifican ningún significado en especial. En la mayoría de los métodos de asesoramiento psicológico, la especificidad y presentación concreta son valoradas como buenas habilidades terapéuticas, pero en el trabajo de Erickson, especialmente en la hipnosis, se hace hincapié en exactamente lo contrario. Las palabras de Erickson empleadas en la mayor parte de sus comunicaciones eran lo que podría denominarse “palabras vacías”, vacías en tanto carente de referencia y significados específicos. Esas palabras vacías no tienen especificación en cuanto a tiempo, persona, lugar, cosa o acción. El paciente puede llenarlas con sus propios significados, porque el terapeuta o hipnotizador no ha establecido ningunos. Lo interesante es que cualquier respuesta dada, se tendrá por correcta, con lo cual se eliminará toda resistencia.

Ejemplos: “Puede respirar tranquilo sabiendo que su inconsciente está trabajando para usted”(es una afirmación de mucha utilidad probable con un paciente de asma).

“Usted puede valerse de sus pasadas experiencias personales para aprender a enfrentar el presente”.

Del mismo modo, el empleo de estas palabras en una inducción de trance ayuda al paciente a crear su propia experiencia del trance mediante la interpretación de estas palabras muy ambiguas, vacías, que usa el hipnotizador.

Una de las dificultades que presenta una técnica como la de la fantasía guiada consiste en que las palabras son a menudo demasiado específicas para el sujeto u oyente, y tal vez interfieran su experiencia. Una fantasía guiada ericksoniana podría ser, por ejemplo: “Puede ir a un lugar particular, crearse una experiencia particular y atravesarla de un modo más apropiado para usted”.

No lo es en cambio un enunciado tan específico como el siguiente: “Ahora usted se encuentra en el bosque y está mirando los árboles, y ve los rayos de luz que se filtran desde lo alto”. Algunas personas podrán seguir muy bien esta fantasía guiada, pero otras se sentirán perdidas. No podrán visualizar, o les parecerá que no proceden como se debe, o se pondrán a construir algunos aspectos de la experiencia que difieren de la descripción que se les da.

Otro efecto de las sugerencias abiertas consiste en que el oyente se centre más interesadamente para dar sentido a esas manifestaciones vagas y a veces desconcertantes.

5) Resultado Implicado

Es una formulación o pregunta que induce al otro a pensar en la idea no expresada y a comportarse conforme a ella. Ejemplos: “¿En cuál de estas sillas le gustaría sentarse?”. La implicación es que el individuo quiere sentarse en una silla. “Desconozco qué cambios experimentará su conducta”, donde la idea implícita es: “Su conducta cambiará”.

La implicación se puede expresar igualmente mediante la conjugación condicional “sí”. Ejemplo: “Si entra en trance, podrá averiguar muchísimo más acerca de sus capacidades”.

Una de las hijas de Erickson, Betty Alice, contó la historia divertida de una interacción que tuvo con su padre, siendo ella mucho más joven. Relata que su padre estaba sentado leyendo el diario, ella se acercó y le dijo en tono desafiante: “si eres un psiquiatra tan competente, ¿no podrías darme una dieta para bajar de peso?”. Erickson bajó la mirada pausadamente, le dirigió una mirada severa y respondió con aspereza: “¿De veras quiere que te dé una dieta para bajar de peso?”. Betty Alice recibió el mensaje claro y tonante de que no debía desafiarlo porque la pasaría mal, replicó: “¡No, señor!” (en Kershaw, 1992, p. 69). En este caso, Erickson usó la implicación de manera muy enérgica, por medio del tono de voz y de la expresión facial.

En otro ejemplo, Erickson trató a una mujer que tenía una cicatriz en la cara, marca que cubría constantemente con las manos, porque la avergonzaba. “La convenció de que saliera con uno de los alumnos de él; en esa cita tendría que llevar dos maletines, desde luego, esto le impedía ocultar la cicatriz, y la

joven descubrió muy pronto que el muchacho no se horrorizaba por el aspecto de ella” (Erickson, en Rosen, 1986, p. 64).

6) Sugestiones que abarcan todas las alternativas posibles

Las formulaciones que cubren todas las posibilidades que ofrece una clase de conducta son indiscutibles. Con esta sugestión cualquier respuesta que dé el paciente será la correcta y se la definirá como cooperación con el terapeuta. Ejemplos:

“Tal vez quiera ponerse cómodo, ya sea apoyando las manos en las rodillas, en el regazo o en los brazos de la silla, o prefiera buscar otra posición para sus manos”.

“Puede entrar en trance con los ojos abiertos o puede entrar en trance con los ojos cerrados, o puede entrar en trance con los ojos entreabiertos”.

7) Oposición de Opuestos

Consiste en el empleo de dos conceptos o experiencias distintos, en el mismo contexto u oración, es decir “cuanto más suceda esto, tanto más ocurrirá lo opuesto. Ejemplos:

“Usted puede acordarse de olvidar lo que no es importante”

“Es interesante que usted pueda sentirse cómodo incluso con cosas que son incómodas”.

“Cuanto más se esfuerce en tener los ojos abiertos más se irán cerrando”.

“Cuanto más tenso esté ahora, tanto más relajado podrá estar después.

8) Vinculación

Vincular es reunir dos o más elementos entre los que antes no existía tal asociación. Los siguientes son ejemplos tomados del trabajo de Erickson:

“Se le dijo que cerrara los ojos y repitiera su relato de principio a fin; que lo hiciera lentamente, con cuidado...” y él lo hizo; el mero sonido de su propia voz sirvió para inducir en él un trance satisfactorio. (Rossi, 1980, vol 1, pág. 128).

“... límitese a mirar este pisapapeles,... al mirarlo mantendrá sus ojos quietos, esto mantendrá quieta su cabeza, y esto mantendrá quietos sus oídos”. (Rossi, 1980, vol. 1, pág. 302).

9) Doble vínculo

Son enunciados que presentan una doble vinculación bajo la forma de una conexión ilógica, pero con similitud en el contenido. Ejemplos:

“Puede entrar en trance ahora, o puede aprender observando cómo su cónyuge experimenta una alteración de conciencia”.

“Entrará en trance paulatinamente o su inconsciente tendrá una experiencia simbólica”.

10) Juego de palabras

Se emplean juego de palabras para sorprender o confundir, se pueden realizar a partir de palabras humorísticas de similitudes fonética. Ejemplos:

“Error del pirata” (por error del paciente).

“Trance acción (por transacción)”.

11) Contradicción Intrínseca

En este caso los opuestos se incluyen en una sola frase como en “la misma diferencia”, “frío ardiente”, “dulce tristeza”, y “Armas para la paz”.

En un caso de Erickson, a una mujer promiscua pero muy temerosa de los hombres y del sexo, él le dijo que tal vez obtuviera un “placer resentido” al convertir el pene rígido y amenazante del hombre en un objeto flácido y desvalido (Rosen, 1986, pp. 36-37).

12) Confusión

Técnica en la cual el paciente se ve enfrentado con un conjunto de enunciados abrumadoramente ilógicos, hasta que renuncia a seguirlos, y entra en trance. Esta técnica se emplea con intelectualizadores muy resistentes, u obsesivos compulsivos. En su artículo sobre el tema (Rossi, 1980, vol.1),

Erickson relata dos incidentes que lo llevaron a crear esta técnica. El primero tuvo que ver con un compañero de laboratorio, que se jactó ante los condiscípulos de que iba a conseguir que Erickson realizara la parte difícil y tediosa de un experimento pero, Erickson le trastornó el esquema; cuando llegó el momento, le dijo resueltamente: “Ese gorrión en realidad voló a la izquierda, después, de pronto, hacia la derecha y luego hacia arriba; sencillamente no sé lo que ocurrió a continuación”.

Mientras el compañero se quedaba mirándolo azorado, reunió el equipo necesario para la parte fácil del experimento y se puso a trabajar. Sin darse cuenta de lo que hacía, el compañero tomó el resto del material y también emprendió el trabajo; sólo más tarde advirtió que estaba realizando la parte difícil.

Otro incidente crucial se produjo un día que Erickson avanzaba “a toda vela” y, al dar la vuelta en una esquina chocó con un hombre. Antes de que éste pudiera pronunciar una palabra, Erickson le echó una mirada a su reloj y dijo: “Son exactamente las dos y diez”. En realidad eran casi las cuatro. Erickson se fue, dejando en el lugar al hombre perplejo.

A partir de esas precoces travesuras, Erickson comprendió que en ambas personas había producido respuestas análogas al trance. Decidió experimentar con este fenómeno utilizándolo en una técnica de inducción deliberada, y descubrió que funcionaba muy bien. Ejemplos:

“Usted está allí y yo estoy sentado aquí, pero su allí es mi aquí y mi aquí es su allí, de modo que usted está aquí y yo estoy allí.

“Usted puede experimentar una sensación en su mano diestra o siniestra, y la sensación en su mano siniestra es una sensación diestra pero, ¿no resulta siniestra?”.

13) Negaciones triples

Se usan tres negaciones en una oración a fin de confundir a la mente consciente y desorganizar una determinada línea de pensamiento. El inconsciente no procesa los negativos, (Kershaw, 1994); en consecuencia, esa parte de la mente oye estas enunciaciones en el modo positivo. La mente inconsciente opera con procesos primarios o imágenes, símbolos y metáforas;

en tanto que la mente consciente usa procesos secundarios o pensamientos verbalizados. “Entre las características del proceso primario figura la ausencia de negaciones y tiempos verbales. El proceso primario destaca las relaciones entre personas o cosas representadas metafóricamente; el secundario (mente consciente) se centra en personas o cosas específicas” (Bateson, 1972). Ejemplos:

“Usted no sabe si ahora no es el momento oportuno para no entrar en trance”.

“Usted no necesita hacer nada con su mente consciente para no descubrir qué estado no le sirve para permitir que su mente inconsciente comunique algo significativo”.

14) Tiempo verbal

El uso del tiempo pasado, presente y futuro dirigirá la mente inconsciente hacia una dimensión temporal, al mismo tiempo que se impartirá una sugestión. Ejemplos:

“Usted puede entrar en trance ahora” (presente)

“Usted ya entró en trance en muchas oportunidades anteriores” (pasado)

“Usted entrará en trance. Tal vez entre en un trance mañana” (futuro)

“Usted ha entrado en trance ahora” (presente perfecto)

“Usted había entrado en trance en muchas oportunidades anteriores” (pasado perfecto)

“Usted habrá entrado en trance la próxima vez que lo vea” (futuro perfecto)

15) El uso de Metáforas

Otra modalidad importante de impartir sugestiones indirectas es el empleo de metáforas. Esta estrategia comunicativa al inconsciente minimiza las resistencias, puede inducir trances; evoca recursos inconscientes en los pacientes para la solución de problemas (Zeig, 1985). Hay que poner énfasis en el poder evocador de estas formas de comunicación. Todos hemos experimentado este efecto leyendo poesías que nos tocan de un modo especial, o un texto narrativo que nos ha conmovido, o bien, al contemplar una película; hemos experimentado la sensación de ser justamente nosotros los protagonistas de la poesía, de la narración o de la película aún siendo muy conscientes de que

no es más que una ficción, experimentamos pese a ello determinadas emociones evocadas por aquel tipo de comunicación recibida y, por su medio, vivimos una experiencia real y concreta.

Erickson, a menudo hablaba sobre un tema para referirse a otro; prefería un enfoque indirecto. Al examinar su tendencia contraria al enfoque directo, Erickson dijo: "... Usted no puede permitir que su paciente sepa mucho sobre ello, no sería su paciente si pudiera manejarlo él mismo y perfeccionar, consciente y deliberadamente las ideas de usted" (Haley, 1985, vol.2 p. 121).

De hecho, para un hipnotizador es habitual inducir al trance a un sujeto por medio de narraciones de historias evocadoras, como es habitual transmitir sugerencias bajo la forma de metáfora.

El lenguaje evocador ha sido, desde siempre, el tipo de comunicación preferido de los grandes líderes religiosos, de los revolucionarios y los dictadores, así como de los escritores y poetas. Basta pensar en las parábolas de Cristo o las anécdotas de Buda, o más cercano a nosotros en el tiempo, en el estilo propagandístico de Mussolini y Hitler.

Pero aún a quien se mantenga todavía escéptico en lo que se refiere al poder que posee este tipo de lenguaje (que es el lenguaje del inconsciente) para inducir a las personas a determinados comportamientos, le ha de ser ciertamente difícil resistirse a la rigurosa demostración hecha al respecto por el famoso sociólogo David Phillips con la formulación del "efecto Werther" (1974,1979,1980) (citado en Watzlawick, 1994).

Este fenómeno tiene una larga e interesante historia. La publicación de la novela de Goethe "Los sufrimientos del joven Werther," que narra el vehemente desengaño amoroso y el suicidio del joven protagonista, el cual produjo un efecto perturbador, además de un gran éxito para el autor; el libro, con su gran impacto y amplia divulgación, provocó por toda Europa una oleada de suicidios por imitación. Tan potente fue este efecto que en varios países las autoridades prohibieron la circulación del libro.

El trabajo de Phillips sigue las huellas del "efecto Werther" en los tiempos modernos. Su estudio demuestra

que, inmediatamente después de un suicidio de primera página, aumenta vertiginosamente la frecuencia de suicidios en aquellas zonas en las que el hecho ha obtenido gran resonancia.

Según las estadísticas sobre suicidios en los Estados Unidos, de 1947 a 1968, en los dos meses sucesivos a un suicidio de primera página, se produjeron por término medio 58 suicidios más por encima de la cifra normal pero, además, se presentó una impresionante semejanza entre las condiciones del primer suicida famoso y los de quienes se suicidaban posteriormente, o sea, si el suicida famoso era anciano, aumentaban los suicidios en estos mismos; pero Phillips no se ha detenido en esta constatación, de hecho, procediendo al mismo análisis de posibles “efectos Werther” en otros ámbitos distintos del suicidio, ha demostrado que dicho efecto funciona también para las acciones como actos de violencia, o al contrario, actos heroicos. La condición previa es que sean actos que reciban publicidad y que el receptor sea una persona semejante, o se sienta semejante al protagonista del episodio narrado.

La metáfora es una analogía implícita que identifica imaginativamente un objeto con otro y atribuye al primero una o varias cualidades del segundo, o lo enviste de cualidades emocionales o imaginativas asociadas con el segundo. (Holman, 1978, p. 314). Holman, percibió la diferencia entre el “tenor” y el “vehículo” de la metáfora. “El tenor es la idea que se expresa, el tema o la comparación; el vehículo es la imagen por cuyo intermedio se transmite esta idea (...) El tenor y el vehículo, tomados juntamente, constituyen la figura del lenguaje, la analogía, el “giro” del significado que transmite la metáfora” (Holman, 1978 p.314). Las características referenciales y emotivas de la metáfora puede ir más allá de estos significados para comunicar una verdad.

A menudo la gente usa metáforas para sus problemas, por ejemplo, “me siento en un hoyo”, “veo todo oscuro”, “peleamos como perros y gatos”, etc. A partir de la metáfora que usa la gente de sus problemas se puede usar para

hacer inducciones. Se verá más adelante en inducciones metafóricas y en uso estratégico de la metáfora.

16) Intercalar sugerencias

Erickson desarrolló la técnica de intercalación de sugerencias terapéuticas dentro de una conversación con una meta específica. La usó para absorber la atención del paciente y distraerlo de todo lo posible que estorba a la terapia. Podemos valernos de ella para obtener la cooperación del paciente y evocar diversos recursos que él ahora usa mal, o en forma incompleta (Erickson, 1966). También podemos insertar estas sugerencias implícitas en una historia anecdótica o metafórica con miras a provocar diferentes fenómenos de trance o coadyuvar al cambio de actitudes, emociones o conductas.

17) Adaptarse al lenguaje del paciente

Una de las diferencias básicas entre psicoterapia tradicional y moderna ericksoniana consiste en que desde la primera sesión se comienza por llevar al paciente a una nueva "lengua". Este proceso de aprendizaje consume inevitablemente mucho tiempo y contribuye a prolongar de forma sustancial las terapias clásicas. "En la hipnosis se viene empleando, en cambio, desde hace mucho tiempo, el procedimiento radicalmente opuesto: el hipnotizador aprende y utiliza el lenguaje del paciente" (Watzlawick, 1992, p. 124). es decir, el terapeuta no sólo se esfuerza por comprender con la mayor rapidez y amplitud las posibles expectativas, temores, esperanzas, prejuicios; en una palabra, la concepción del mundo de su paciente, sino que además presta atención a su lenguaje en el más estricto sentido de la palabra y lo utiliza para expresar con él sus propias comunicaciones. Es claro y patente que a un niño debe hablársele de distinta manera que a un adulto, y a una persona sencilla de distinta manera que a un catedrático. El terapeuta tiene que hacer el oficio de camaleón; de adaptarse a los pacientes. Quizá el ejemplo mejor conocido de cómo Erickson empleaba el lenguaje del paciente, es el caso del paciente del hospital estatal que quedó al cuidado de Erickson y sólo hablaba "ensalada de palabras". El hombre dominaba el inglés, pero refería exclusivamente frases que no tenían sentido (para los otros) como "...balde de arena, balde de manteca de cerdo, la grasa está en el fuego, tomé un neumático desinflado..." Había permanecido más de nueve años en el hospital, y aunque parecía estar tratando de comunicarse, nadie todavía había sido capaz de entenderlo. Fue internado sin identificación, no se obtuvo de él ninguna historia, ni se le proporcionó ninguna

terapia. Cuando Erickson heredó el caso, envió a una taquígrafa que debía sentarse cerca del hombre y registrar todo lo que dijera. Una vez transcritas todas sus manifestaciones, Erickson las estudió con cuidado, pero no pudo discernir en ellas ninguna comunicación significativa; en consecuencia, decidió hablar “ensalada de palabras” y comunicarse con el paciente en su propio lenguaje. Se presentó al hombre, y cuando éste, en respuesta, emitió su “ensalada”, Erickson le contestó a su vez con otra “ensalada”, en un tono sincero. Al principio el paciente pareció escéptico, pero pronto comenzó a mantener largas conversaciones con Erickson en “ensalada de palabras”, incluso empezó a diseminar en su ensalada expresiones con significado y con el paso del tiempo aumentó el porcentaje de comunicaciones cuerdas. Gradualmente, Erickson obtuvo una historia, proporcionó una terapia y facilitó que al hombre se le diera de alta del hospital” (Gordon y Meyer Anderson, 1981 pp. 52-53).

18) Adoptar la modalidad sensorial del paciente

Bandler y Grinder (1975), desarrollaron una técnica que implica hacer corresponder los verbos y predicados de la gente con las modalidades sensoriales que está usando, para facilitar el proceso terapéutico e hipnótico. Advirtieron que algunas personas emplean palabras orientadas visualmente, por ejemplo, “veo lo que quieres decir” o “no acabo de verlo claro”. Otros usan palabras auditivas, por ejemplo, “suena que las cosas van bastante bien”. Las palabras referidas a sensaciones constituyen una tercera categoría, por ejemplo, “a veces siento como si fuera a explotar”, o “tengo la sensación de que esto no va a funcionar”. Es como si los pacientes hablaran dialectos diferentes y tuvieran dificultad para entender y ser entendidos por hablantes de otros dialectos.

Bandler y Grinder sugirieron que el terapeuta se ajuste a la modalidad sensorial del paciente a fin de indicar comprensión y desarrollar empatía, lo que a su vez puede facilitar la inducción hipnótica, por lo que las sugerencias indirectas se pueden emplear usando mayormente el sistema de representación que utiliza el paciente.

Una vez abordadas las premisas básicas y haber descrito la manera de aplicar las sugerencias indirectas, se puede proceder a la descripción de técnicas de inducción ericksonianas.

II.2.3 TÉCNICAS DE INDUCCIÓN EN LA NUEVA HIPNOSIS

Hipnotizar a alguien es relativamente sencillo, saber usar el trance de manera estratégica, requiere de tiempo de entrenamiento. Hipnotizar a alguien es acompañarlo a donde el quiera ir, acompañarlo con cautela; es ponerlo en libertad, liberarlo.

Las técnicas de la nueva hipnosis parten de las experiencias propias del individuo y no de rituales como lo hace la tradicional, con experiencias ajenas a ellos.

A continuación se describen cinco técnicas sugerentes de cómo poder hacer la inducción a través de las experiencias propias del individuo aunque en realidad, hay que crearlas propiamente con cada paciente.

a) INDUCCIÓN A TRAVÉS DE SUGESTIONES INDIRECTAS

La inducción puede empezar de la siguiente manera:

Si "... tal vez usted experimenta en su cuerpo una sensación de pesadez, ligereza u otro tipo de sensación (sugestiones que abarcan todas las posibles alternativas). Sea cual fuere, esa sensación es perfectamente respetable porque es su sensación".

Después se puede usar confusión para desorganizar la mente consciente e impedir pensar del modo habitual. Un ejemplo sería: "Y usted puede quedar tan absorto en la lectura de ese buen libro que en su mente se formen imágenes de una manera tan interesante y vívida que... en verdad, puede tener la sensación de que está viendo un filme y, al rato, advierte que ha perdido la página que leía. No sabe con certeza en qué página lo dejó, ¿era la cincuenta y seis o la sesenta y cinco, la cincuenta y cinco o la sesenta y seis, o cuál era exactamente la página correcta en que acababa de leer, ¿era exactamente el pasaje que quería leer, o el pasaje correcto era el que dejó y que estaba a la izquierda?". Tras la confusión viene la disociación para seguir profundizado el trance. Por ejemplo: "su mano derecha o su mano izquierda tal vez

empiece a experimentar una sensación de livianez. No sé qué mano elegirá su mente inconsciente para tener esa sensación de livianez mientras su mente consciente la observa con curiosidad. Quizás empiece con un apretón leve, cuando su inconsciente elija”.

Su mente inconsciente ha elegido a su brazo y mano izquierdas para esa experiencia de levitación; para que pierdan peso y se eleven, se eleven... así está bien... recorriendo toda la distancia hasta su rostro”.

Mientras el paciente responde, podemos ratificar su respuesta y definirla como una hipnosis: “Y usted puede apreciar realmente el placer y el bienestar que es capaz de proporcionarle su trance”.

En este punto, tal vez expandamos el trance inicial y pasemos a un trabajo metafórico o procuremos suscitar más fenómenos hipnóticos.

Diversas formas del lenguaje nos proveerán de instrumentos sumamente eficaces. (Técnica tomada de Kershaw, 1992. pp. 57-58).

b) CREAR O REVIVIR UNA ESCENA PLACENTERA

Una de las formas más sencillas de inducir un trance es pedir a la otra persona que imagine una escena placentera y la viva con todos los detalles.

“Fijate que hora del día o de la noche es, nota la luminosidad o la oscuridad, siente la temperatura de ese lugar sobre tu piel, fijate si estás solo o acompañado, mira los colores y las formas, escucha los sonidos o el silencio, siente la posición de cada una de las partes de tu cuerpo o su movimiento; ahí en ese lugar, siente las texturas de lo que toca tu piel, en las manos, tal vez en la espalda o en cualquier otra parte y siente tu respiración ahí, en esa escena, vívela y disfrútala, porque estás sintiéndote como te quieres sentir, estás viviendo como quieres vivir.

Al recrearse la persona en trance una situación placentera, está construyendo ya en ella, una realidad en la que se siente como quiere sentirse, vive como quiere vivir y que

ya es parte del mundo interno que la determina. Esta técnica que Bandler y Grinder denominaron "Ensayo", es una sugestión que en lugar de palabras utiliza imágenes y sensaciones.

Si la verbalización no es directiva en cuanto a su contenido de la escena que va a aparecer, sí lo es, en cuanto al hecho de que sea una escena placentera donde está sintiéndose como se quiere sentir. El "Ensayo" es muy útil para que el paciente se dé cuenta de lo que quiere, desde su interior. (Tomada de Robles y Abia 1990, pp. 92-93).

c) COPIA VERBAL

La copia verbal tiene varios elementos. El primero consiste en copiar el vocabulario del sujeto para asegurarse comprensión y desarrollo del rapport; si el hipnotizador emplea por lo general la palabra inconsciente (tal como yo lo hago habitualmente), pero el paciente habla sobre el "subconsciente", el hipnotizador puede adecuar su vocabulario al del paciente.

Otro tipo de copia verbal se denomina "copia descriptiva". En la copia descriptiva, el hipnotizador básicamente describe la conducta que el sujeto despliega, operando como una maquina de biofeedback humana. Por ejemplo, el hipnotizador puede decirle al sujeto: "Sus manos reposan sobre sus muslos". Como efecto de la descripción de la conducta observable y del hecho de que se lleva al sujeto a enfocar ese aspecto de su experiencia, se puede facilitar el rapport y dar credibilidad al hipnotizador. Después de todo, este último sólo le está diciendo al sujeto la verdad acerca de su conducta.

Esto tiene por lo general el efecto de concentrar al sujeto sólo en ciertos aspectos de su experiencia, y tal estrechamiento del foco de atención puede ser inductor del trance. Para la mayoría de las personas en trance, más tarde, el foco se centrará en la experiencia más interna, pero al principio esa focalización en el cuerpo, la conducta y la experiencia sensorial puede facilitar el estado, (Tomado de O'Hanlon, 1989 p. 134).

d) INDUCCIÓN CON UN PASATIEMPO

Esta técnica corresponde al trabajo de Pérez F. (1994. pp. 73-74).

PROCEDIMIENTO

1.- Pedir al paciente que escoja un pasatiempo o actividad que le sea agradable. Por ejemplo: caminar, leer, jugar tenis, nadar, etc.

2.- Pedirle que tome la siguiente postura: sentado, muy cómodo, con la espalda derecha, los pies y las piernas juntas y las manos sobre los muslos, relajado y con los ojos perfectamente cerrados (postura de trance ericksonianos).

3.- Inducir el estado de trance nombrando pequeñas partes de la experiencia visual, auditiva y kinestésica que estén comprendidas en el pasatiempo escogido. La inducción se realiza hablando muy pausadamente, en un volumen bajo y en tono de voz ligeramente grave. Este proceso puede durar de diez a quince minutos. Si hubiera ruidos externos, por ejemplo del teléfono, de un automóvil, podemos reestructurarlos. Ejemplo para la actividad de caminar:

“Puedes ver las cosas que te rodean y sus colores... el lugar en donde estás caminando... también puedes empezar a escuchar el sonido que producen tus tenis o zapatos o tal vez de tus pies al caminar...puedes oír los sonidos que hay a tu alrededor... y los de tu inhalación y exhalación... puedes sentir cómo mueves tus músculos, las piernas, los brazos y disfrutar de eso...; y los ligeros y grandes cambios en las posiciones que toma tu cuerpo... mientras te permites sentir también el calor... etc.” Ejemplo de reestructuración:

(Si sonara el teléfono) “Ese sonido que produce el teléfono, te ayudara aún más a concentrarte en mi voz... y a disfrutar más profundamente el caminar...”

4.- Sacar a la persona del trance diciéndole que poco a poco volverá al lugar, sugiriéndole mover algunas partes del cuerpo. Por ejemplo: "Tal vez lo primero que puedas volver a mover voluntariamente sean los dedos de tus manos... después tus piernas... tu cabeza...", etc. "Al regresar te sentirás activo y despierto..." (Sugestión post-hipnótica).

En la medida en que regresamos al estado asociado, el tono, el ritmo y el volumen de la voz del terapeuta van haciéndose respectivamente menos grave, más rápido y alto.

e) INDUCCIÓN A PARTIR DE LA UTILIZACIÓN DE METÁFORAS

Las metáforas ofrecen una representación simbólica y totalizadora de una situación, donde se incluyen, en forma de imágenes, elementos que sería casi imposible incluir en una descripción verbal, entre otras razones, porque probablemente no tenemos conciencia de muchos de ellos. El "ver" una situación a través de una metáfora nos ofrece una perspectiva más completa y por lo tanto, la posibilidad de generar nuevas alternativas para la solución de problemas.

Usamos elementos metafóricos en nuestro lenguaje cotidiano. Nos referimos a una situación difícil diciendo que estamos en un hoyo, o que vemos todo negro; y cuando eso empieza a solucionarse, decimos que aparece una lucecita a lo lejos y que lo negro se va aclarando. A veces hablando de una relación conflictiva como una relación "de perros y gatos". Este lenguaje metafórico es una parte ideal para entrar al inconsciente, para inducir al trance, basta con un empujoncito: tomar cualquier descripción metafórica que surja espontáneamente en el paciente y continuar con ella. Por ejemplo, si alguien habla de que sufrió "heridas profundas" en su niñez, se le puede decir:

Todos las heridas, hasta las más profundas, cicatrizan tarde o temprano... unas cicatrizan de adentro hacia afuera, otras de afuera hacia adentro, pero lo más importante es primero limpiarlas bien para evitar cualquier infección y una vez que están limpias, dejarlas al aire, sin tocarlas, para que cicatricen; si son muy profundas, tal vez necesiten vendoteles durante un tiempo, pero de nada sirve una vez

que están limpias rascarles y rascarles porque eso lastima y retrasa la cicatrización. Y cuando las heridas sanan, la cicatriz queda ahí como un recuerdo, ya sin dolor, de esos momentos difíciles que ya pasaron, como recuerdo de esa experiencia a la que sobrevivimos y que nos sirvió para crecer.

Al escuchar el paciente esta verbalización, va evocando imágenes en relación con las heridas, como probablemente el lector lo haga al leerla. En ella, hay muchas sugerencias implicadas: todas las heridas cicatrizan, es decir, siempre podemos superar cualquier tipo de problemas y salir adelante. Las situaciones difíciles de la vida nos hacen crecer. Si estamos aquí recordándolas, es porque ya pasaron y las sobrevivimos. Es importante hablar de las cosas dolorosas, pero no sirve de mucho lastimarse repitiéndolas, sin salir de ellas. Algunas veces necesitamos de apoyo (vendoretas) durante un tiempo para sanar. Por más dolorosa y difícil que sea una situación, llega un momento en que se supera y deja de doler, aunque deje rastros, recuerdos.

Se puede continuar esa inducción o iniciar un diálogo con el paciente en lenguaje metafórico. Ejemplo:

T -- terapeuta

P -- paciente

T - Ahora estamos limpiando esas heridas para que puedan cicatrizar, tal vez algunas ya cicatrizaron.

P - Sí, toda esa época de enfermedades y hospital, siento que ya se superó.

T - Ya cicatrizó y la cicatriz es un recuerdo, ya sin dolor, de esos malos momentos. Te recuerda que ya pasaron y todo lo que te hicieron crecer, porque con ellos te fortaleciste.

P - Sí, aprendí a estar sola, a pasar menos mal los momentos difíciles.

Cada vez que responde, le contesto con metáforas que utilizo para sugerir que el cambio ya se dio, que la

situación dolorosa quedó en el pasado, para sugerir crecimiento. También podemos proponer directamente: Y esta situación que estás describiendo, ¿cómo podrías representarla en una metáfora? Deja que aparezca espontáneamente, utilizando tal vez colores, tal vez imágenes: plantas, animales, personajes o cualquier cosa que pueda aparecer. La primera imagen que surja, esa es, aunque parezca simple o extraña. ¿Ya te diste cuenta cuál es la metáfora?. Cuando asientes, continúa observándola con todos los detalles, fijate si los contornos están definidos o difusos, si tienen movimiento o no, mira los colores, observa en qué tipo de lugar o contexto está. Cuando una persona, una pareja, o una familia me cuenta su problema, vuelven a vivir ahí los efectos relacionados con esa situación; están sintiendo, pero además razonando, para explicarme lo que pasa. El representarlo con una metáfora sirve para que ésta surja realmente desde dentro del inconsciente.

El poner a la persona como observadora y a la expectativa, ayuda a eliminar del proceso la voluntad, la razón y la lógica. Le sugiero que puede usar colores o imágenes para facilitar que esto suceda. El decir “¿ya te diste cuenta...?” es una sugerión. Esta frase implica que la metáfora ya está ahí y lo único que hace falta es que la persona se dé cuenta. (Esta técnica ha sido tomada de Robles y Abia, 1990. pp. 98-101).

II.3 COMPARACIÓN DE LAS DOS FORMAS DE TRABAJAR LA HIPNOSIS

Una vez revisados los preceptos básicos de hipnosis tradicional y nueva hipnosis (ericksoniana), cabe hacer mención de lo que consideramos aspectos diferenciales entre ambos enfoques.

Hemos dicho que para hablar de hipnosis es necesario hablar de trance, así, recordemos que el trance es una reducción creciente del foco de atención y se puede producir de diversas formas, ya sea de forma espontánea, en donde se da, por ejemplo, en las ensoñaciones o cuando se lee profundamente un libro en donde le ponemos imágenes a lo que vamos leyendo.

Una persona puede absorberse tanto en sus fantasías y pensamientos, que puede perder la noción del tiempo y hasta del espacio.

Un trance puede ser inducido en el contexto de una relación con otra persona como son los casos de juegos o conflictos entre individuos, donde cada persona enfoca su atención, de manera creciente en cuanto a sentimientos positivos o negativos.

Un trance puede ser inducido por las acciones del terapeuta, de un modo formal y directo o, por medio de una conversación, siendo informal e indirecto.

Este capítulo tiene la intención de describir en qué forma el terapeuta puede inducir un trance de manera intencional, es decir, provocado con técnicas de manera formal o recurrir al trance espontáneo, que es autoinducido por el paciente, de manera inadvertida.

Tanto el trance formal como informal se puede lograr con sugerencias directas e indirectas, siendo que la hipnosis tradicional o clásica hace alusión al empleo de la sugestión directa mientras las técnicas modernas o ericksonianas enfatizan las técnicas indirectas. Este trabajo hizo énfasis en que ambas se pueden emplear y que una no es excluyente de la otra.

Es importante mencionar que existen personas que tienden a autorresponsabilizarse en lo que sucede con sus vidas, sintiendo un control sobre sus procesos diarios (locus de control interno), mientras hay otras personas que la responsabilidad de sus vidas las depositan en otros (locus de control externo). Finalmente, cualquier psicoterapia tenderá hacia el locus de control interno, sin embargo, hay pacientes que, siendo gente de locus de control externo, tienden a responder de manera positiva a sugerencias directas aunque siempre hay que tender a la sugestión indirecta, aunque claro, no se trata de una dicotomía de blanco y negro, hay que individualizar y ver de que manera responde mejor el paciente.

Ahora bien, adentrándonos en la diferencia entre ambos enfoques, describiremos puntualmente algunos aspectos relevantes referentes a la sugestión directa e indirecta.

En hipnosis tradicional o clásica, la sugestión directa hace alusión a lo que se espera que realice el paciente de manera precisa, mientras que la

sugestión indirecta, es una frase que pretende la evocación de un recurso y experiencias previas del paciente más que pretender decir al paciente lo que debe de hacer.

En la hipnosis clásica, se presupone que todo fenómeno hipnótico es derivado de las sugerencias directas que hace el terapeuta con participación un tanto pasiva del paciente. Lo típico es que en este enfoque se empleen sugerencias directas de dos tipos:

1) ATRIBUCIONAL: En donde se le dice al paciente lo que está experimentando. (Por ejemplo: “Usted está en un trance profundo”, o “está muy relajado”).

2) PREDICTIVO: En donde se le dice al paciente lo que va a experimentar. Por ejemplo: “Su brazo se elevará hasta su cara”, “Entrará en un trance profundo”, o “Va a relajarse más y más”.

Este tipo de sugerencias directas está bien si en el paciente aparece la respuesta adecuada, pero hay problemas si el paciente no responde, o lo hace de modo opuesto a lo esperado. Esta dificultad se evita en las técnicas modernas o ericksonianas, por medio del uso del lenguaje permisivo y con una participación más activa del paciente.

El lenguaje permisivo involucra el uso de “palabras que expresan posibilidad”, tal como “puede”, o “podría”, etc. y la presentación de opciones múltiples para lo que la persona está o estará experimentando o haciendo, por ejemplo: “Usted podría estar entrando en un trance profundo”, “su mano derecha podría elevarse hasta su rostro, o podría alzarce su mano izquierda, o ambas manos pueden permanecer cómodas sobre sus piernas, o podría suceder otra cosa totalmente distinta”.

En el enfoque ericksoniano se le procura al paciente una sensación de libertad y con ello se elude la resistencia potencial, asimismo este enfoque ericksoniano valida cualquier experiencia o respuesta considerándola como adecuada y aceptable, y sirve como un vínculo apropiado con el resultado que se desea. Por ejemplo:

“Si su mente consciente es distraída por los ruidos del medio ambiente o por sus pensamientos, su mente inconsciente puede tener mayor libertad para

ayudarlo a entrar en trance”, o si no se produjo la levitación sugerida de la mano perfecto, su inconsciente puede realizar elecciones apropiadas para usted, y quizá esas manos puedan desarrollar las sensaciones de pesadez o de soltura que acompañan a una experiencia de trance más profundo”. El terapeuta ericksoniano arregla las cosas de modo tal que ni él ni el paciente puedan fallar.

Podríamos decir que a los hipnotistas tradicionales les interesa producir fenómenos de tipo sonambúlico, así por ejemplo, hacer una cirugía mayor sin más anestésico que la hipnosis. En el otro extremo, los ericksonianos proponen el uso de fenómenos del trance que suceden de manera común, como se ha mencionado anteriormente con el ejemplo de “absorberse totalmente dentro de una historia, ya sea leída o vista en el cine, etc”. Entre estos dos extremos se puede usar la hipnosis en psicoterapia.

Ahora bien, la nueva hipnosis (ericksoniana), hace alusión a la inclusión del trance informal como al trance formal, inducido a través de sugerencias indirectas; mientras que la hipnosis tradicional hace énfasis en el trance formal con sugestión directa.

Con esto queremos decir que la nueva hipnosis (ericksoniana), no ha sido un parteaguas con relación a la hipnosis tradicional sino creemos que ha sido un continuo de la misma evolución y seguramente, en los próximos años se desarrollarán nuevas perspectivas en ambos enfoques.

Una vez explicados los aspectos teóricos y técnicos de cómo producir el trance en ambos enfoques (tradicional y moderno) pasaremos entonces a hablar de la hipnosis como facilitador terapéutico en algunos enfoques psicoterapéuticos.

CAPÍTULO III

EL EMPLEO DE LA HIPNOSIS EN PSICOTERAPIA

Una vez hecho el reconocimiento a las técnicas para producir trances, es momento de pasar al empleo de la hipnosis con fines terapéuticos.

Como ocurrieron casi todas las demás cosas, la rueda de la psicoterapia ha cumplido un círculo completo. Técnicas que en el pasado se abandonaron apresuradamente, si bien, con cierto pesar, se consideran hoy, de gran valor y se percibe una tendencia hacia la revaloración de estos procedimientos.

III.1 ALGUNOS CRITERIOS PARA LA APLICACIÓN DE LA HIPNOSIS EN PSICOTERAPIA

La hipnosis puede utilizarse en cualquier tipo de problema psicológico (Erickson y Rossi, 1980,; Barber, 1984; Kihlstrom, 1979 entre otros), pero no en cualquier tipo de persona (Capafons y Amigó, 1995).

Las contradicciones por peligros inherentes a la hipnosis son inexistentes (se analiza con más detalle este punto en el apéndice "A", Precauciones en uso de la hipnosis), sin embargo, sería inapropiado hipnotizar a una persona que reúna alguna de las siguientes características:

- 1) Pacientes de corta edad (menores de 5 años).
- 2) Personas psicológicamente mermadas en sus capacidades atencionales o para seguir instrucciones.
- 3) Personas con un rechazo intenso hacia la hipnosis (sobre todo trances de tipo formal), pues no colaborarían, incluso abandonarían el tratamiento.
- 4) Hipnosis formal con personas poco sugestionables o susceptibles a la hipnosis (ver apéndice "B").
- 5) Personas que deseen ser hipnotizadas para experimentar sensaciones únicas o extraordinarias (quedarían defraudadas), o para viajar a otras vidas pasadas o futuras (¡no tendrían éxito!).

6) Personas que deseen ser hipnotizadas bajo el supuesto de que su cambio de comportamiento será automático, sin implicar esfuerzo alguno por su parte, ya que probablemente, no responderían bien a las sugerencias ni ejecutarían apropiadamente el resto del plan de intervención. En este caso, convendría comenzar por una reestructuración cognitiva antes de aplicar la hipnosis.

Probablemente no exista problema clínico que alguien en algún lugar, alguna vez, no haya intentado curar por medio de hipnosis, sin embargo, hay algunos trastornos que son mucho más tratables por hipnosis que otros. A continuación describimos algunos de ellos.

EL EMPLEO DE LA HIPNOSIS EN MEDICINA.

SÍNTOMAS PSICOSOMÁTICOS Y DE CONVERSIÓN.

Puede tratarse una gran variedad de síntomas somáticos. Su efectividad puede atribuirse a varios aspectos de la experiencia hipnótica; la capacidad de disociar, la capacidad de producir alteraciones en la percepción, el control motor y la capacidad afin de descubrir nuevos medios de relacionar mente y cuerpo. Por una parte, el tratamiento de los síntomas psicósomáticos, como el de la ansiedad, supone reconocer la existencia del estrés o, al menos, una comunicación representada por el síntoma y, por otra, supone enseñar al paciente un método de rehabilitación y control sintomático.

MIGRAÑA

En el tratamiento de la migraña, la hipnosis también se ha empleado. A continuación describimos la investigación realizada por Anderson, Basker y Dalton, (1975), con 47 pacientes que previamente habían sido atendidos en una clínica y que cumplían estrictamente los criterios de migraña. La mitad de los pacientes fueron asignados aleatoriamente a un tratamiento fundamental basado en procedimientos hipnóticos y la otra mitad a uno con drogas generalmente prescritas en los marcos médicos para esta dolencia, esto es, dosis de 5mg. de procloroperazina tomadas cuatro veces al día durante el primer mes, y dos veces al día en los meses sucesivos y ergotamina tomada al primer signo de migraña. En este proyecto trabajaron cuatro médicos, cada uno trató a la mitad de sus pacientes con procedimientos hipnóticos y a la otra mitad con la terapia con drogas. Los pacientes eran vistos una vez al mes, durante un periodo de un año.

Durante la primera parte del año, los pacientes asignados al tratamiento hipnótico participaron al menos en seis sesiones en la que fueron expuestos a tres procedimientos (1) recibieron repetidas sugerencias de relajación profunda y calma, seguidas de sugerencias que los harían sentirse en adelante menos tensos, ansiosos, aprensivos, más felices y enérgicos (2) Aprendieron a darse a sí mismos sugerencias de relajación profunda y calma (auto-hipnosis). (3) Se les instruyó a darse así mismos autosugerencias de tranquilidad y visualización de lugares agradables para ellos. "Llegar a estar más y más en calma... más y más cómodos..." en cualquier ocasión en que sintieran el primer signo del comienzo de la migraña, sin necesidad de cerrar los ojos o sentarse.

Como lo muestra la siguiente tabla (núm. 6), el 44% de los pacientes tratados con hipnosis no presentaron dolores de cabeza o migraña durante los últimos tres meses del proyecto, comparado con el 13% de los pacientes tratados sólo con drogas. Como puede verse en la tabla, también la medida del número de migrañas decreció notablemente con el tratamiento hipnótico, pero no así en el tratamiento con drogas; y el número de pacientes que sufrían de ataques de migraña muy severos e incapacitantes disminuyó notablemente en el tratamiento hipnótico, pero no disminuyó en absoluto en tratamientos con drogas.

Parece probable que la hipnosis centrada en relajación profunda y autosugerencias de mantener la ecuanimidad durante las actividades que suceden durante el día, reducen la severidad y frecuencia de sentimientos y emociones negativas que la desencadenaban. La reducción y emociones negativas se debe aparentemente a los efectos de calma y distracción de los procedimientos auto-hipnóticos y de autosugestión. Es importante enfatizar aquí, que una serie de estudios revisados por Mitchell y White (1977), y por Adams y Cols. (1980), indicaron que los individuos con predisposición a la migraña, los dolores de cabeza, usualmente son precipitados por pensamientos, sentimientos y emociones negativas como el resentimiento y la ira.

En resumen parece que la hipnosis puede resultar útil en pacientes con migraña porque los calma y desvía su atención, atenuando así los sentimientos y emociones negativas que desencadenan los dolores de cabeza.

TERAPIA HIPNÓTICA VERSUS TERAPIA CON DROGA EN EL TRATAMIENTO DE LA MIGRAÑA		
RESULTADO	TRATAMIENTO HIPNÓTICO N=23	TERAPIA CON DROGA N=24 (procloroperaz + ergotomina)
La media del número de migrañas:		
6 meses antes de la terapia	4.5	3.3
los primeros 6 meses de la terapia	1.0	2.8
los segundos 6 meses de la terapia	0.5	2.9
Número de Pacientes con ataques incapacitantes:		
6 meses antes de la terapia	13	10
los primeros 6 meses de terapia	4	13
los segundos 6 meses de la terapia	5	14
Pacientes que no presentaron migrañas durante los últimos 3 meses de la terapia.	10 (44%)	3 (13%)

TABLA NÚM. 6

ASMA.

Existe una considerable literatura que demuestra la efectividad de la hipnosis para ayudar al paciente asmático, (ver por ejem., Edwards y Maudley, 1979; Lazarus, 1979). Los estudios demuestran que la hipnosis es tan efectiva como los medicamentos, sobre todo en aquellos pacientes en los que el asma se desencadena por factores emocionales (Horton, 1978).

“Una joven asmática de 16 años había sido hospitalizada tres veces en tres meses por causa de su enfermedad. No respondía a la adrenalina y se sentaba derecha en la cama, mientras que su madre estaba a su lado masajeándola con la mano. Se enseñó a la paciente una simple inducción

hipnótica con levitación de mano y se le dijo que cada aliento que tomaba iba a ser un poco más profundo y un poco más fácil. Transcurridos 5 minutos respiraba con menos sonido y ya podía tenderse en la cama. Se le enseñó a practicar este ejercicio de autohipnosis cada una o dos horas y toda vez que sintiera un ataque inminente. Paulatinamente se le retiró la medicación. Fue rehospitalizada un mes después, pero nunca más en los próximos 10 años. Utilizó diariamente el ejercicio de autohipnosis; disminuye el uso de inhaladores de isoproterenol y abandonó los esteroides por completo” (McFadden, 1969; p. 103).

ENFERMEDADES PSICOSOMÁTICAS GASTROINTESTINALES.

Numerosos investigadores (Dunbar, 1986), indican que factores psicossomáticos son capaces de producir espasmos del trayecto gastrointestinal. Los pacientes con esta sintomatología suelen referir un estómago nervioso, o que se hacen mariposas en su estómago. Existen evidencias que reportan buenos resultados con hipnosis en el tratamiento de estas personas. (Kroger, 1974; Covino y Frankel, 1993).

TRASTORNOS CONVULSIVOS

Las convulsiones tanto histéricas como orgánicas, han sido tratadas con éxito mediante la hipnosis (Kroger, 1974; Spiegel y Spiegel, 1978). Diversos estudios han demostrado que incluso niños con focos convulsivos claramente documentados pueden conseguir un mejor control utilizando una combinación de medicación y autohipnosis para contener la ansiedad y afrontar el estrés (Burrow y Dennertein, 1980), sin embargo, la autohipnosis es especialmente efectiva para ayudar al paciente a controlar las crisis histéricas. Muchos de estos pacientes son altamente hipnotizables y puede considerarse la crisis como una disociación hipnótica espontánea (Spiegel y Spiegel 1978). El control de la crisis por parte del paciente puede demostrarse utilizando una regresión hipnótica hasta el momento del último episodio espontáneo de crisis y puede mostrarse al paciente que autoproduciendo las crisis puede aprender gradualmente a controlarlas.

REHABILITACIÓN.

Todo individuo que sufre una incapacidad física o una enfermedad crónica irreversible experimenta una pérdida importante y dolorosa, que para muchos es la más devastadora de su vida.

La pérdida tiene una gran relevancia tanto en el terreno físico como en el emocional, por lo tanto, tienen una gran relevancia los aspectos emocionales en la rehabilitación. La hipnosis puede apoyar el proceso rehabilitatorio tanto con motivación, para continuar con la terapia física o de cualquier otro tipo de rehabilitación propiamente. Existen numerosos casos publicados que hacen visualizar al paciente acerca de cómo estaba antes de la lesión, para traer el recuerdo de como respondía esta parte afectada y, en alto porcentaje se a observado mejoría en el control del dolor y en el apoyo psicoterapéutico general. (Kroger, 1974; Krueger, 1988.)

CÁNCER

Los trabajos muestran (ver, por ejemp. Pellicer, 1994) alto beneficio para un amplio aspecto de problemas que aquejan al paciente canceroso como el tratamiento del dolor, tratamiento de las náuseas y vómitos anticipatorios asociados a la quimioterapia, aumento de la longevidad/regresión de la enfermedad y en el empleo de apoyo psicoterapéutico inespecífico (ver para más detalle en imágenes para la salud).

TRASTORNOS DERMATOLÓGICOS

Hay diversos estudios que indican que la hipnosis puede ser efectiva para alterar la temperatura y el flujo de sangre en los capilares (Winchel y Cols. 1988; Frankel y Cols. 1973). Estudios controlados han demostrado que la hipnosis es más efectiva que una condición de control sin tratamiento para la eliminación de verrugas (Surman y Cols. 1973). Trastornos como psoriasis, han sido tratados también con éxito mediante hipnosis (Veiga y Cols., 1984).

DOLOR

A través de los años, la hipnosis ha demostrado su utilidad en el manejo y control del dolor en diversos ámbitos: Odontología, dolor crónico, cirugía,

obstetricia, cáncer, etc. (Lassner, 1974; Melzack y Perry, 1975; Hilgard y Hilgard, 1975; Dominguez, 1996). (Para más detalle, ver técnicas de anestesia/analgésia en el punto 4.3).

CARDIOLOGÍA

Puede producirse taquicardia paroxística, extrasistolias y arritmias, por la rememoración espontánea de memorias traumáticas (Luria, 1979). El miedo, la ansiedad y el shock repentino se hallan asociados con frecuencia al dolor precordial. (Benson y Cols. 1975). Aunque no tenemos estudios sistemáticos del uso de la hipnosis con trastornos cardíacos, existen informes clínicos acerca de la mejoría en pacientes (Kroger, 1974).

CONTROL DE HÁBITOS.

TABAQUISMO.

Al paciente que desea dejar de fumar y que sugiere la alternativa de la hipnosis, se le enseña a utilizar un ejercicio de autohipnosis a fin de consolidar el compromiso al cambio conductual y desarrollar un recurso alternativo para las épocas en que la necesidad de fumar crea un conflicto.

Las instrucciones para entrar en trance pueden ser numerosas, pero puede resultar útil enseñar al paciente alguna inducción sencilla. Por ejemplo, puede decirse al paciente que cuente del uno al tres. "A la una, hará una cosa; mire arriba; a las dos, dos cosas; cierre lentamente los ojos y tome un aliento profundo; y a las tres, tres cosas; expulse el aire, relaje los ojos y deje flotar su cuerpo". A continuación puede pedírsele que medite tres cuestiones críticas 1) "para mí el tabaco es un veneno", 2) "necesito mi cuerpo para vivir y, 3) "debo a mi cuerpo respeto y protección".

Con técnicas hipnóticas parecidas se ha reportado un éxito de un 20 a 30% a dos años de seguimiento (Perry y Cols. 1975).

ALCOHOLISMO

La hipnosis también ha mostrado ser efectiva como método para el tratamiento del alcoholismo. La clínica Menninger de Topeka, Kansas E.U., hace uso de la hipnosis para ayudar a sus pacientes alcohólicos, al asociar la

sobriedad con sentimientos de satisfacción. Los pacientes emplean la visualización para desarrollar una nueva autoimagen que les confirme que ellos pueden disfrutar de la vida sin necesidad de estar ebrios; también se les enseña a valorizar una mente lúcida y sobria así como una percepción sensorial apropiada, además de intentar alcanzar este nivel máximo en todas las funciones corporales.

En un estudio de control llevado a cabo en el hospital de veteranos Winter (por Staton, 1979) ensayó el empleo de cuatro tipos diferentes de tratamiento uno de los cuales era hipnosis. Los resultados indicaron que el promedio de mejoría del grupo que utilizaba el tratamiento hipnótico era un 12% más elevado que el de los demás grupos.

De acuerdo con este estudio, la absorción de sugerencias positivas por parte de los pacientes, es la mayor contribución de la hipnosis al control del alcoholismo. Sugerencias tales como "cada momento sin alcohol es precioso... cada día de sobriedad es un glorioso regalo de salud y vida", son frases extremadamente evocativas, aunque simples, que contribuyen positivamente a la visión del individuo acerca de sí mismo y de su vida sin necesidad del alcohol.

TRASTORNOS DE ALIMENTACIÓN

La hipnosis puede ser útil en la terapia para reducir el peso al menos en dos formas.

1) Muchos individuos con sobrepeso comen anormalmente cuando se sienten solos, sin amor, enfadados, con sentimientos de auto-critica o culpables, en consecuencia, un aspecto muy importante es el modo de ayudar al paciente a separar estos sentimientos y emociones negativas del acto de comer. Esta unión indeseable entre los sentimientos negativos y el comer en exceso puede ser atacada a través de hipnosis (Barber, 1979).

2) También los procedimientos hipnóticos pueden utilizarse para enfocar la facilitación de cambios conductuales que se relacionan directamente con el control de peso, por ejemplo, pueden utilizarse sugerencias que puedan facilitar el aumento de la actividad y el ejercicio, así como para comer cantidades moderadas de comida adecuada, lentamente, saboreando, concentrándose exclusivamente en la comida. (Anderson, 1985). En una

revisión sobre la efectividad de la hipnosis con el sobre peso, Barbasz y Spiegel (1980), sugirieron una efectividad reportada en diversos estudios de un 28 a 74%.

En años recientes se ha registrado un creciente interés por los trastornos como el de la anorexia nerviosa y la bulimia, que son presentados con mayor frecuencia cada vez, sobre todo entre las mujeres adolescentes. Ciertas pruebas recientes sugieren que los pacientes bulímicos pueden resultar altamente hipnotizables a diferencia de los anoréxicos (Pettinat. H., y Cols. 1985), donde la prueba de hipnotizabilidad puede resultar útil para diseñar un plan de tratamiento general. Estos pacientes altamente hipnotizables suelen tener rasgos histriónicos, en contraposición a los de carácter límite (Garner, y Grafingel, 1988). Como tales, pueden responder más a la psicoterapia intensiva fijadora de límites, unida a intervenciones familiares activas diseñadas para interrumpir las luchas coléricas-dependientes que con frecuencia caracterizan sus relaciones familiares (Minuchin, 1974). Asimismo, estos pacientes con trastornos de la alimentación altamente susceptibles pueden ser capaces de utilizar un ejercicio de autohipnosis que subraye el concepto de alimentación en relación al cuerpo. Un enfoque así puede ser el único componente de un plan general de tratamiento que pueda incluir un programa de modificación conductual asociado al peso, el control de la dieta, terapia familiar y tratamiento farmacológico de la depresión o trastorno del pensamiento. Entre otros autores. Torem (1992); Vanderlinden y Vandereycken (1990), sugieren el empleo de la hipnosis con resultados alentadores para el tratamiento de estos problemas alimenticios.

TRASTORNOS DE ANSIEDAD

Sullivan (1959), definió la ansiedad como la sensación de que “algo debe ser diferente inmediatamente”. La sensación de desamparo que acompaña a la ansiedad suele ser reforzada por el efecto de bola de nieve generado por las manifestaciones somáticas de la ansiedad (Echeburúa, 1992). El malestar psicológico inicial va seguido o precedido por algún signo físico de tensión: tensión abdominal, sudor en las palmas de las manos, temblor o inquietud física.

La psique responde al malestar de soma y viceversa (Selye, 1951), dando lugar al medio cognitivo para poner en perspectiva la ansiedad, para traducirla en temor en algo, en vez del temor a nada; igualmente, cierta dosis de ansiedad

tiene una importante función de señal. Al igual que el dolor, alerta al organismo ante los problemas que exigen atención.

Puede enseñarse al paciente a llegar por sí solo al trance (autohipnosis) y dejar relajar su cuerpo. Al relajarse, el paciente puede empezar a disociar la tensión psicológica de la somática. Mientras mantiene este estado de reposo físico, se enseña al paciente a visualizar una pantalla imaginaria. Al principio es útil hacer ver a estos pacientes una imagen agradable, un lugar en el que normalmente se encuentran bien. Se les puede enseñar a utilizar la pantalla para representar problemas que los ponen ansiosos o fóbicos.

Una técnica consiste en que el paciente divida la pantalla “preocupada” a la izquierda (“en el lado siniestro”), en la que visualizará los problemas más molestos y, una parte de la pantalla, a la derecha, para anotar las soluciones. Es importante que estos pacientes aprendan a mantener la sensación física de relajación, mientras se enfrentan a los problemas psicológicos representados en la pantalla. Así, mediante el uso de la hipnosis, el paciente puede aprender, en cierto sentido, a preocuparse, en vez de intentar evitar o combatir la ansiedad. El aspecto de disociación de la experiencia hipnótica es especialmente útil para enseñar al paciente a disociar el malestar psicológico del somático. Con este tipo de técnicas han obtenido buenos resultados (Barber, Spanos y Chaves, 1974; LeCrom, 1981; Spiegel y Spiegel, 1978).

FOBIAS

Las técnicas que incluyen la hipnosis tienen como principales ventajas su brevedad y fácil aprendizaje por el paciente. Puede utilizarse la experiencia de trance tanto para inducir la relajación física frente al estímulo provocador de ansiedad como para enseñar a estos pacientes a preocuparse para este encuentro enfocando los aspectos de la experiencia que provocan menos ansiedad. Por ejemplo, los pacientes con fobia al avión suelen combatir inconscientemente con este medio de transporte. Pueden aprender a reestructurar su perspectiva desarrollando una sensación de flotación con el avión. En la preparación, el paciente practica en estado de trance, pensando en el vuelo, imaginándose sentado en el avión, flotando con él y también viendo al avión como una extensión de su cuerpo que le permite ir más rápidamente de un lugar a otro. Así aprende el paciente a reestructurar la experiencia, desde la sensación de estar preso en el avión a la de utilizar el avión para sus fines. Tiene tanto la sensación física de flotar en el avión como el marco cognitivo de

considerar al avión como una extensión de su cuerpo. La mayoría de pacientes eligen entrar en el trance auto-hipnótico repetidamente durante el viaje, sobre todo en los momentos estresantes, como los despegues y aterrizajes. En un estudio realizado por Spiegel, y Cols. (1981), de seguimiento de 178 pacientes tratados con una única sesión de estas instrucciones autohipnóticas, con un tiempo de seguimiento medio de cinco años y medio, 52% comunicaron un dominio parcial o completo del problema.

Una vez que se han descrito algunos procedimientos, en algunos tratamientos y su validación del empleo de la hipnosis en los mismos, y los cuales nos hace referencia a una clasificación de la psicopatología tradicional, cabe mencionar que se han venido desarrollando algunas líneas de investigación en las que se sugiere que la psicopatología se puede explicar, al menos en parte, en términos de fenómenos del trance.

HISTERIA, TRASTORNOS DISOCIATIVOS E HIPNOSIS

En el libro DSM-IV La entrevista Clínica de Othmer, y Othmer (1996), avalado por la American Psychiatric Association (APA), aporta técnicas para determinar, valorar y aplicar criterios para el diagnóstico de acuerdo al DSM-IV. Entre las pruebas que sugieren se realicen son las de sugestibilidad: disociación. Los autores comentan.

Algunos síntomas y signos psiquiátricos parecen deberse a la autosugestión, como son los síntomas de conversión y los disociativos, que se pueden producir o anular con hipnosis, por lo tanto, la habilidad de ser hipnotizable o altamente sugestionable pueden ser una condición necesaria, pero no suficiente, para el desarrollo de estos síntomas. (Pag. 181).

Por lo tanto el grado de hipnotizabilidad de un paciente puede ofrecer útiles datos adicionales en una evaluación diagnóstica. La literatura reciente indica que una alta respuesta hipnótica va asociada a ciertos síntomas. Los fenómenos hipnóticos, como la disociación, amnesia, lógica del trance, distorsión del tiempo, pueden llegar a ser el instrumento para la expresión del conflicto intrapsíquico o interpersonal en diversas patologías (Kershaw, 1992; Beahrs, 1986; Guilligan 1987; Kihlstrom, 1979).

Sin embargo, haremos énfasis en algunas patologías tal como la personalidad múltiple, que desde tiempos de Janet y Morton Pricse trataban con hipnosis, estados de fuga (Spiegel y Spiegel, 1978), o psicosis histéricas (Kihlstrom, 1979). Estas observaciones están enraizadas en la literatura más antigua que identificaba la histeria con la hipnosis. Se sabe actualmente que la gran mayoría de sujetos altamente hipnotizables son normales (Hilgard, 1970); no obstante, ello no elimina la posibilidad de que, en algunas personas con grave estrés de desarrollo o bien situacional, la hipnotizabilidad puede estar implicada a la sintomatología. Algunos pacientes desarrollan un síndrome de síntomas y una pauta de relación interpersonal que constituyen magnificaciones de fenómenos hipnóticos. Estos síndromes incluyen una tendencia al cumplimiento compulsivo con los demás, un sentido interior no racional de inferioridad y diversos síntomas disociativos y de conversión de carácter espontáneo.

La psicosis histérica no se incluye en el DSM-IV de la APA, aunque el síndrome se ha descrito repetidas veces en la literatura en términos que recuerdan al clínico un episodio esquizofrénico agudo (distinto del límite o del crónico): grave estrés ambiental, buen funcionamiento promobido y buenas relaciones objetales; volatilidad emocional, descompensación rápida, florida y rápida recomposición. La categoría de trastorno psicótico breve con desencadenantes breves del DSM-IV es lo que más se acerca a la descripción de ese síndrome. La idea de que estos episodios psicóticos agudos son fundamentalmente diferentes de la esquizofrenia crónica y límite se ha visto reforzada por la reciente investigación genética.

Los síntomas histéricos pueden adoptar muchas formas. El DSM-IV reconoce varios estados disociativos, como lo son los trastornos ficticios, donde la característica esencial de este trastorno es la producción intencionada de signos o síntomas físicos o psicológicos (Criterio A). Esta definición tiene un aire de manipulación consciente, más que la erupción de material inconsciente y la disociación indisciplina y espontánea, típica de los pacientes con síntomas histéricos.

El DSM-IV incluye también trastornos de somatización... (“anteriormente histeria o síndrome de Briquet”); es un trastorno polisintomático que se inicia antes de los 30 años, persiste durante varios años y se caracteriza por una combinación de síntomas gastrointestinales, sexuales, seudoneurológicos y dolor... (DSM-IV p. 457).

El trastorno histriónico de la Personalidad (personalidad histérica), “Lo decisivo es que muchos síntomas histéricos, incluidos cientos de estados psicóticos, pueden conceptualizarse como estados de trance espontáneos e indisciplinados, que responde al tratamiento con hipnosis”. (Spiegel, Spiegel, 1978, p. 241).

TRASTORNOS DISOCIATIVOS

“La característica esencial de los trastornos disociativos consiste en una alteración de las funciones integradoras de la conciencia, la identidad, la memoria y la percepción del entorno. Esta alteración puede ser repentina o gradual, transitoria o crónica. En esta sección se incluyen los siguientes trastornos:

La amnesia disociativa, se caracteriza por una incapacidad para recordar información personal importante, generalmente de naturaleza traumática o estresante, que es demasiado amplia para ser explicada por el olvido ordinario.

La fuga disociativa, se caracteriza por viajes repentinos e inesperados lejos del hogar o del puesto de trabajo, acompañados de incapacidad para recordar el propio pasado; de confusión acerca de la propia identidad y asunción de otra identidad nueva.

El Trastorno de identidad disociativa, (antes personalidad múltiple), se caracteriza por la presencia de uno o más estados de identidad o personalidad que controlan el comportamiento del individuo de modo recurrente, junto a una incapacidad para recordar información personal importante, que es demasiado amplia para ser explicada por el olvido ordinario.

El Trastorno de despersonalización, se caracteriza por una sensación persistente y recurrente de distanciamiento de los procesos mentales y del propio cuerpo, junto a la

conservación del sentido de la realidad..." (DSM-IV, p. 489).

Lo interesante es que el DSM-IV sugiere que hallazgos de laboratorio, de estas personas, que demuestran cualquiera de estos trastornos disociativos puntúan altos en los tests estándar de hipnotizabilidad. Esta entonces puede servir para tratarlos (Spiegel y Spiegel, 1970).

De forma similar, la literatura sobre el trastorno de personalidad múltiple propone que la alta hipnotizabilidad es un factor consicuo (Bowers, 1991).

La idea de utilizar la hipnosis para integrar estas partes disociadas de sí es una antigua idea, bien descrita por Morton Prince en el siglo anterior. Estos pacientes inusuales son teóricamente interesantes porque representan una conjunción de alta hipnotizabilidad y grave estrés del desarrollo, que habitualmente incluye abuso físico o sexual o de ambos tipos. Los individuos con síntomas disociativos extremos, incluso psicosis, con un inicio rápido y dramático de los síntomas, pueden padecer bien un trastorno disociativo extremo ligado a su alta hipnotizabilidad.

SINTOMATOLOGIA

Cada síntoma es una forma valiosa de comunicación indicadora de que algo anda mal. El dolor que causa señala a quien lo padece que algo se ha desequilibrado y descontrolado. Desde una perspectiva interaccional, los síntomas son secuencias congeladas de conductas que son reiterativas y comunican la solución idéntica de un problema. Una conducta hipnótica espontánea aparece a menudo como un síntoma (Frankel 1976). Los síntomas presentan diversos aspectos: complejo de conductas, tiempo de reacción, conceptualización y conducta alterada, ideodinamismo y significado simbólico.

Veamos algunos ejemplos de fenómenos del trance en síntomas, es decir, trances negativos.

En trastornos de estrés postraumático, se ha observado que muchos pacientes con esta patología, muestran disociación ante el evento traumático (Rossi y Cheek, 1988), es decir, que el paciente no se acuerda de lo que ocurrió durante el evento traumático; ya sea total o parcialmente, existe una disociación para proteger al yo (Kershaw, 1992). A menudo, el tratamiento con hipnosis ha

puesto el acento en una revivificación para integrar el trauma. Con esto se pone énfasis en que el fenómeno de trance (disociación) cumple una función patológica; y, para un fenómeno de trance patológico, un fenómeno de trance curativo.

En un excelente ejemplo de cómo utilizar el fenómeno de trance, específicamente la lógica de trance, Pérez (1994, p.115), con una paciente que refirió haber cursado cuatro carreras profesionales y no dedicarse a ninguna de ellas porque no le agradaban, además de no saber a que dedicarse, en una sesión recordó:

“Cuando tenía cinco años había decidido ser pintora y su padre se había reído mucho de ella. Se le metió en trance y se le hizo una regresión dirigida a esa edad. Le pedí (Pérez a su paciente) que bajara el volumen a esa risa que aún escuchaba en su interior (alucinación negativa) y que al hacerlo comprometiera toda su vida en lo que quería (alucinación positiva), entonces dijo: ¡Sí!, eso es, soy pintora”.

Pérez comenta que en dos años posteriores a esta sesión ella montó su primera exposición de pintura.

En el capítulo IV USO ESTRATÉGICO DEL TRANCE, se dan más ejemplos, de trances negativos o patológicos y que son tratados terapéuticamente con fenómenos del trance positivos o curativos.

Por lo general, todos los síntomas contienen alguna forma de fenómenos de trance, tal vez amnesia, distorsión del tiempo, lógica del trance, anestesia o hipermnesia, entre otros (Guilligan, 1987).

De hecho Erickson (Erickson en Erickson y Rossi, 1979), veía los síntomas como recursos bloqueados, es decir, los síntomas contienen a menudo la solución del problema. Las personas usan sus recursos de una manera excesiva o de una forma insuficiente y este proceso puede conducir a la formación de síntomas. Varios autores proponen una frecuente equivalencia fenomenológica entre síntomas y los fenómenos del trance (Guilligan, 1987; Frankel, 1976; Horowitz, 1983). El complejo de síntomas es una secuencia rígida de conductas y actitudes inmovilizadas que se repiten una y otra vez. En

muchos casos, la solución se encuentra en la conducta de trance empleada como parte de su mismo complejo (Erickson y Rossi, 1979).

Lo anterior nos abre la posibilidad de emplear la hipnosis en una gran cantidad de problemas, pero sería tonto pensar que todos los problemas se pueden solucionar con el trance. Si bien, para nosotros es una herramienta útil, no descartamos otros enfoques e incluso, muchos de ellos nos son muy enriquecedores al momento del abordaje terapéutico; pero también la hipnosis puede potencializar técnicas de otros enfoques. Mahoney (1989), sugirió que hay una fuerte tendencia hacia el eclecticismo técnico entre los terapeutas, donde se estima que el 35% de ellos emplean técnicas de cualquier orientación, es decir, más que salvar un sistema teórico, se interesan por la solución de problemas que aquejan a los pacientes. Bajo este contexto se describe a la hipnosis como catalizador o potencializador en otras técnicas como lo es en psicoanálisis, cognitivo-conductual y terapia familiar. En el siguiente capítulo se habla exclusivamente de estrategias terapéuticas con hipnosis.

La hipnosis puede ser utilizada por psicoterapeutas de diversas orientaciones, así como por profesionales de otras áreas (médicos, odontólogos o de cualquier otra disciplina vinculada al factor humano).

Para fines de mayor comprensión, éste capítulo ha sido dividido en tres partes. En la primera se habla de la hipnosis como facilitador terapéutico y de por qué lo es. En una segunda se habla de la hipnosis en apoyo a los diagnósticos psicológicos y en la tercera se habla de la hipnosis como catalizador o auxiliar de otros instrumentos terapéuticos de diversas orientaciones.

III.2 LA HIPNOSIS COMO FACILITADOR TERAPÉUTICO

Casi todos los pacientes en psicoterapia pueden tener beneficios de la hipnosis (Spiegel y Spiegel, 1978) y esto se debe a que la hipnosis realiza el efecto de las técnicas psicoterapéuticas debido a una redistribución de la atención, a un aumento en la disponibilidad de los recursos interiores; a una elevación en la capacidad para la producción de imágenes mentales, a la creatividad, así como al incremento en la sugestibilidad, entre otros aspectos.

Además de los catalizadores antes mencionados, pueden existir también los siguientes:

1.- Un número considerable de pacientes con expectativas positivas acerca de la hipnosis, piensan que la psicoterapia es más interesante y pertinente cuando se incluye hipnosis como componente importante.

2.- Los pacientes con expectativas positivas hacia la hipnosis, ven al terapeuta que utiliza hipnosis como un terapeuta mejor formado, más preparado y con más conocimientos que otros (Barber, 1988).

3.- Cuando los pacientes con expectativas positivas son expuestos a procedimientos considerados hipnóticos, sus expectativas y creencias sobre la eficacia de la terapia, generalmente aumentan y estas expectativas tienden a convertirse en profecías autocumplidoras, es decir, aquellos que esperan buenos resultados terapéuticos generalmente los obtienen (Lazarus, 1971).

4.- Cuando se usan procedimientos hipnóticos, generalmente, se le pide al paciente que se recueste, cierre los ojos y se relaje, con lo cual, desde ese momento cabe esperarse que se concentre en las sugerencias que le serán dadas. Un efecto facilitador importante de las terapias que incluyen tales procedimientos, es que a partir de este momento, el terapeuta tiene la oportunidad de hablar a su paciente de forma muy personal y significativa, lo que es difícil de hacer en una conversación común y corriente entre dos personas, sin el efecto de la hipnosis. A partir de esto, el terapeuta puede decir prácticamente cualquier cosa que considere benéfica para su paciente y éste la asimilará.

5.- Los aspectos mencionados tienden a converger en un beneficio importante. Los pacientes expuestos a estos procedimientos generalmente están más motivados a permanecer en terapia con lo que la proporción de abandono se reduce, de manera que el terapeuta tiene una mayor oportunidad para ayudar a su paciente.

Otros dos puntos a considerar para tener un efecto catalizador de la hipnosis, son los que propone Barber (1988):

1.- Puede la hipnosis catalizar un proceso terapéutico, sin embargo, depende de muchas variables, especialmente de la relación paciente-terapeuta y de las evaluaciones que realicen ambos sobre los sucesos terapéuticos anteriores.

2.- Al contrario de lo que pudiera parecer, su eficacia depende poco de la relajación y calma que se alcance. Los “motores” que impulsan el efecto catalizador son más sutiles, incluyendo las creencias y expectativas sobre la hipnosis y las sugerencias explícitas e implícitas que forman parte del procedimiento, por ejemplo, sugerencias como: “Ahora podemos hablar con más libertad y significativamente”. Esto debido a la situación especial que se ha creado a través de las sugerencias, para hablar sin inhibiciones, así como por la situación que rodea a la hipnosis.

Así, entonces la hipnosis puede catalizar el proceso desde su diagnóstico hasta propiamente su tratamiento a través de la denominada terapia.

III.3 CATALIZADOR PARA LA EVALUACION (DIAGNOSTICO)

La hipnosis ha sido empleada como instrumento diagnóstico, ya que puede utilizarse para explorar la base de quejas físicas que no pueden atribuirse a patología orgánica alguna. Se hipnotiza al paciente y después se le sugiere que sus síntomas van a desaparecer, si en efecto, el síntoma desaparece, se considera que la dificultad es funcional (no orgánica). En algunos casos se ha observado resultados llamativos. Un paciente cuyo brazo estaba paralizado, por ejemplo, tuvo una libertad de movimiento total después de las instrucciones hipnóticas. Existe sin embargo un problema con ésta técnica de eliminación de síntomas. Es posible que la analgesia inducida hipnóticamente enmascare el dolor real debido a un trastorno físico, por ejemplo, durante la sesión de hipnosis es posible sugerir a un paciente que se queja de dolor de espalda, que no va a sentir más dicho dolor y que va a poder estar erguido; sin embargo, hay que señalar que, de existir una causa física real, el procedimiento hipnótico no la eliminaría.

Otro método de diagnóstico que utilizó la hipnosis como sistema para poner de manifiesto los conflictos psicológicos que se supone subyacen a los trastornos físicos fue utilizado por Rosen (1953). Aplicó la hipnosis a pacientes cuya dificultad física no había respondido al diagnóstico y tratamiento médico. No solía informar a los pacientes de que iban a ser hipnotizados, pero explicaba que iba a utilizar un método que les ayudaría a relajarse. Les pedía que se concentraran en la zona del cuerpo que les molestaba, sin restricción alguna podía dejar que sus pacientes vagabundearan por todo su cuerpo pero al final hacía que volcaran su atención y concentración a la zona del cuerpo en cuestión. Aquí, las reacciones del paciente se utilizan

para ayudar a inducir la hipnosis. El terapeuta clínico se adapta a la respiración del paciente y comenta las conductas que ocurren espontáneamente (sonrojos, temblores, golpeteos con los pies, etc.), de tal manera que el paciente sea consciente de ellas. Los comentarios sobre estos fenómenos que ocurren espontáneamente se hacen de tal manera que el paciente crea que sigue un patrón fisiológico que debe esperarse, luego se le dice al paciente que ocurrirán otros fenómenos que el hipnotizador describe detalladamente, sin embargo, dichos fenómenos son imposibles desde el punto de vista fisiológico o anatómico, por ejemplo: "Tu mano está entumecida" (anestesia de la mano). Cuando estos fenómenos ocurren se deben por tanto a las sugerencias del hipnotizador e indican que el paciente está siendo inducido a la hipnosis. A continuación el terapeuta intenta poner de manifiesto las razones psicológicas que hay detrás de la dificultad en cuestión.

Los métodos de evocación de fantasías se utilizan a menudo para develar dinámicas psicológicas. Una de éstas técnicas consiste en, por ejemplo, sugerir al paciente que está sentado en un teatro en el que el protagonista es él y aparece frente al telón (como una especie de desdoblamiento de su persona proyectándose). Se le sugiere detalladamente que el protagonista, o sea él, está experimentando los mismos síntomas que aquejan al paciente. Luego, la cortina se abre y una mirada de sobresalto aparece en la cara del protagonista; una mirada de sorpresa porque ve en el escenario la causa de sus síntomas. El terapeuta habrá de esperar que aparezcan signos de respuesta emocional en el paciente, antes de pedirle que describa la escena. La escena muy probablemente contendrá elementos de relevancia personal que están influyendo en las dificultades del paciente y, donde el terapeuta los retomará para contribuir a los esfuerzos terapéuticos posteriores.

III.4 CATALIZADORES EN PSICOTERAPIA DE ORIENTACION PSICOANALITICA

La hipnosis como ya mencionamos anteriormente, puede utilizarse como técnica complementaria para acelerar el progreso de la psicoterapia, en este caso, lo vincularemos con el enfoque psicoanalítico.

La hipótesis general que subyace a éstos métodos es que la hipnosis facilita el hacer consciente el material inconsciente del paciente. El cómo se combine con la terapia dependerá de la estrategia general del terapeuta.

Wolberg (1948), utilizaba la hipnosis en combinación con el psicoanálisis bajo una técnica que él llamó "hipnoanálisis", cuyo término lo han utilizado otros autores (Gill y Brenman, 1959; Linder, 1966). Como se pensaba que el material inconsciente podía obtenerse mediante hipnosis, Wolberg consideró a la hipnosis como vía para romper la resistencia terapéutica y acelerar el insight, por lo que el "hipnoanálisis" constituyó una forma radicalmente breve de la psicoterapia profunda.

Jacob Conn (1968), utilizó la hipnosis en psicoterapia dinámica en una forma que él llamó "hipnosíntesis". La premisa básica fue que la hipnosis servía para sintetizar y reunir los aspectos dispares de sus vidas, lo que daría lugar a un funcionamiento más armónico. Conn no insistió en el pasado ni hizo que sus pacientes recordaran cosas olvidadas, sólo definió la importancia de las ideas preconcebidas que tiene el paciente respecto a la psicoterapia y al retrato de su terapeuta ideal. Así, Conn consideró a los pacientes como participantes activos en su propia recuperación. La terapia entonces tuvo el objetivo de ayudarle al paciente a liberarse de las resistencias naturales que tenía para resolver sus propias dificultades. Así también, la hipnosis para Conn fue un procedimiento permisivo. El no pretendió inducir niveles profundos de hipnosis sino permitir a los pacientes que, según sus necesidades, determinaran su propio nivel hipnótico. No se estimuló en ningún sentido a los pacientes mientras estuvieron en trance, ni fue necesario que exteriorizaran su conflicto ya que Conn creyó que los pacientes que hacían esto sólo estaban intentando agradar al terapeuta porque pensaban que así mejorarían. Observó bajo su procedimiento que los pacientes pudieron hablar tranquilamente, incluso de acontecimientos muy traumáticos, si se les daban instrucciones oportunas.

Lo mencionado anteriormente tiene el objetivo de mostrar como la técnica hipnótica ha sido un recurso utilizado por varios terapeutas, que a su vez, le han aportado elementos y cuyos resultados han sido muy alentadores para el paciente, por lo cual la técnica ha ido madurando a través del tiempo y la práctica clínica, con el objetivo de ir perfeccionando para ser una herramienta capaz de dar resultados confiables y duraderos en menor tiempo y con mayores alcances cada vez.

Volviendo a adentrarnos al tema, a continuación se describen algunas técnicas que pueden ayudar en el proceso analítico:

1) Romper resistencias durante la asociación. Aquí nos referimos a, cuando un paciente de psicoanálisis no continúa la asociación libre después de haber manifestado material significativo, el psicoanalista puede retomar la técnica hipnótica para sugerir, por ejemplo:

“Vamos a ayudarte a entrar en autohipnosis. Después de que hayas alcanzado un estado de profunda calma, permitirás que los pensamientos surjan libre y fácilmente... produciendo nuevos insights, nuevas comprensiones...”.

2) Sueño hipnótico. Similarmente, el paciente en psicoanálisis puede que recuerde sólo un fragmento de un sueño que parece útil o importante. El psicoanalista puede catalizar, bajo la técnica hipnótica el recuerdo del resto del sueño mediante la siguiente declaración:

“Mientras yo te guío más profundamente a un estado de relajación profunda, podrás recordar y volver a experimentar una mayor parte de tu sueño y verlo más claramente”.

Después de dejar pasar un periodo de tiempo para que el paciente se adentre más en autohipnósis, el psicoanalista puede sugerir:

“Te sientes como en un sueño y somnoliento... como si estuvieras en la cama de tu casa, durmiendo ligeramente... somnoliento... como en un sueño... durmiendo ligeramente...flotando... tan somnoliento y como en un sueño... ves (se le cita el fragmento del sueño previamente manifestado)... y continuas soñando...”.

Generalmente el paciente manifestará material adicional sobre el sueño. El material adicional provocado por las sugerencias, puede ser el mismo que apareció en el sueño original, pero en caso diferente no será especialmente importante, puesto que manifestará los mismos procesos primarios, la misma clase de condensaciones, simbolizaciones y procesos ilógicos que el material original y, seguirá de procesos similares de pensamiento inconsciente. El principio que subyace a lo que aquí se utiliza, hace referencia a que el recuerdo en un suceso puede ser aumentado cuando la persona se re-experiencia imaginativamente a sí misma en la situación original, y revitaliza así, los sentimientos o estados de ánimo allí presentes. Este principio supone que un

procedimiento útil para recordar un sueño es aquel donde la persona se permita sentirse somnolienta, aletargada y como en un sueño.

Los principios que se aplican a la interpretación de los sueños son similares. Un método útil para catalizar la interpretación consiste en dar sugerencias para “sentir el significado del sueño” y para experimentar “el significado profundo que subyace a cada carácter y evento del sueño”, donde la intención es que el paciente se sienta “como en un sueño... somnoliento... como si estuviera durmiendo en la cama”.

3) Escritura automática. Se da al paciente un papel y lápiz después de haberle hipnotizado, con la instrucción de que escriba los elementos importantes asociados con algún material analítico. Presumiblemente, el paciente no es consciente de lo que está escribiendo, por ello, la respuesta escrita se produce como si la mano estuviera disociada de los pensamientos conscientes. El mensaje escrito se somete después a interpretación psicoanalítica (para más detalle de ésta técnica, ver el tema de movimientos motores involuntarios).

4) Regresión y revivificación.- El terapeuta sugiere que el paciente se vaya haciendo más y más joven, volviendo a una etapa concreta de su vida. Se sugiere que se vuelva a vivir experiencias de aquella época y el contenido de éstas se utiliza en la sesión psicoanalítica. (Ver el apartado de regresión).

III.5 CATALIZADORES EN PSICOTERAPIA DE ORIENTACIÓN COGNITIVA CONDUCTUAL.

Los procedimientos hipnóticos pueden catalizar algunas técnicas que se utilizan en la terapia de conducta (Wolpe, 1969).

Weitzenhoffer (1972), señaló que los hipnoterapeutas han utilizado durante algún tiempo métodos que son bastante similares a las técnicas ahora denominadas “terapia de conducta” y que la diferencia principal radica en el empleo de los principios de aprendizaje, lo cual no había sido reconocido durante mucho tiempo por los hipnoterapeutas o, cuando llegaban a reconocerlo, no lo aplicaban sistemáticamente.

Kroger y Fezler (1976), describieron un método que ellos llamaron “condicionamiento en la imaginación”. Postulaban que todas las personas son

capaces de participar en la hipnosis y combinaban técnicas de la terapia de la conducta y de las hipnoterapias de orientación psicodinámica. Su método consistía en entrenar a los pacientes para que respondieran hipnótica o autohipnóticamente a imágenes estándar que podían emplearse después para revertir las respuestas condicionadas no pertinentes (síntomas). Por ejemplo, se le sugería al paciente una primera serie de imágenes en las cuales se pretendía que el paciente tuviera presente los cinco sentidos básicos mientras se le hipnotizaba. El terapeuta presentaba escenas que estimulaban dichos sentidos, como:

“Vas caminando por la playa, sintiendo el frío, la humedad, la arena, el calor del sol, el sabor de la sal en el agua etc”.

Posteriormente, estos mismos elementos se retomaban en la terapia acomodándolos a las necesidades del paciente, es decir y por ejemplo, la capacidad para sentir calor podía relacionársele con escenas sexuales cuyo objetivo sería contracondicionar sensaciones asociadas con interacciones sexuales no gratificantes. Los autores mencionados presentan varios ejemplos de esto en muchas otras áreas (problemas sexuales, alcoholismo, fobias, depresión, asma, etc.), con sus respectivos condicionamientos de imágenes.

En la técnica de Wolpe (1958), respecto a la desensibilización sistemática con pacientes que experimentan fobias, se siguió el siguiente método:

- 1) Se entrenaba a los pacientes para que se relajaran profundamente.
- 2) Se elaboraba una lista de escenas en orden ascendente, dependiendo el grado en que producía miedo.
- 3) El paciente imaginaba éstas escenas, en el mismo orden, ya estando relajado. El objetivo era desensibilizar el miedo del paciente ante situaciones reales.

Con lo anterior podemos observar que las técnicas de relajación en las que se emplea hipnosis pueden utilizarse de forma parecida. Para algunos pacientes, las técnicas hipnóticas pueden dar mejores resultados que las no hipnóticas, sin embargo, por el momento, no hay modo alguno de predecir con exactitud qué pacientes van a responder más favorablemente a cada una de ellas. También es posible que la inducción de la hipnosis incremente la capacidad imaginativa de algunos pacientes. Las escenas imaginadas, por

tanto, habrán de ser muy similares a los contextos reales, incrementando así la generalización del aprendizaje a las circunstancias de la vida real.

La técnica de modificación de conducta conocida como detención del pensamiento (Rimm y Master, 1974), puede ser catalizada cuando se aplica en un contexto hipnótico, al menos con algunos pacientes. En lugar de simplemente informar a los pacientes que siempre que aparezca una idea obsesiva e indeseable, ellos “oirán” (en la imaginación) al terapeuta gritándoles: “¡Detente!”; se le puede instruir para ensayar el procedimiento de detener el pensamiento en la imaginación durante la hipnosis, especialmente después de haber dado sugerencias de calma y relajación profunda. Puede practicarse, pensando en las ideas obsesivas e indeseadas y luego inmediatamente, “oír” al terapeuta gritarle: ¡“DETENTE”!, con más fuerza.

Una gran cantidad de procedimientos hipnóticos que utilizan el ensayo imaginativo, también son útiles en la terapia de conducta. Por ejemplo, el terapeuta puede sugerir a los pacientes que se vean a sí mismos en el futuro después de haber aprendido a enfrentar exitosamente los problemas; luego, mirando hacia atrás, desde la perspectiva del futuro, revivan en la imaginación, paso a paso, los fracasos y los éxitos que los han llevado a superar las dificultades de la vida. En una línea similar, el terapeuta puede sugerir a los pacientes que se escuchen como una “guía interna”, que tiene una sabiduría y comprensión profunda, cuando les dice cómo superar sus dificultades o ver su “sí mismo ideal” o a la “persona que podrían ser”, afrontando sus problemas de una forma nueva.

Se utiliza un procedimiento hipnótico relacionado al anterior para ensayar imaginativamente nuevas formas más exitosas de afrontar situaciones. Por ejemplo, los pacientes que se sienten ansiosos cuando se aproximan a una situación social nueva, pueden recibir sugerencias, primero para entrar en hipnosis y luego para imaginar la nueva situación completa a medida que se mantiene en calma y permite que el “nerviosismo” disminuya gradualmente, hasta el punto donde ya no preocupa en lo absoluto. Lo mismo se puede hacer con una madre que tenga problemas de relación con su hijo, a la cual se le pide entrar en hipnosis y luego se le dan sugerencias para que se vea a ella misma intercambiando ideas con su hijo, calmadamente, con un sentimiento profundo de paz, etc.

En técnica de Biofeedback, en la que se utiliza instrumentos para proporcionar a una persona señales inmediatamente visibles y continuas sobre funciones de su cuerpo de las que se presupone la persona no es normalmente consciente, lo más frecuente es que el biofeedback muestre un feedback externo de órganos viscerales tales como el corazón o los vasos sanguíneos, aunque también puede referirse a un feedback de cualquier función fisiológica que incluya actividad del sistema nervioso central (ondas cerebrales) y actividad de la musculatura estriada periférica que no esté suministrando un feedback normal (después de un ataque, por ejemplo). Miller (1975), señaló que el aprender a controlar respuestas viscerales puede ser parecido a aprender a lanzar la pelota a un aro de baloncesto. Mientras que los músculos que intervienen en el lanzamiento del balón proporcionan en el aprendizaje un feedback inmediato y utilizable, la musculatura lisa, las glándulas y los vasos sanguíneos, que son los órganos típicos de los que se ocupan los investigadores de biofeedback, no facilitan un feedback disponible al momento. Con ayuda de la electrónica puede obtenerse un feedback aprovechable que el aprendiz puede emplear para modificar funciones antes incontrolables según los mismos principios utilizados por un jugador de baloncesto para aumentar el porcentaje de canastas encestandas. Para tener mayor porcentaje o facilitar el encestar las canastas, la hipnosis puede convertirse en un apoyo al biofeedback.

Dicara (1970), sugirió como catalizador de biofeedback a la hipnosis, ya que el individuo se encuentra mayormente concentrado sobre la retroalimentación biológica de la respuesta psicológica que se está trabajando.

A continuación se describe un estudio en el que se ha hecho combinación de ambas técnicas, con buenos resultados. El ambicioso intento de Melzack y Perry (1975), para tratar el dolor crónico, procedente de patologías somáticas bien determinadas y resistentes a los analgésicos y narcóticos, se apoyó en un diseño de tres condiciones:

- a) Grupo de 6 personas y técnica de biofeedback durante 8 sesiones.
- b) Grupo de 6 personas, técnica de hipnosis, relajación y autocontrol durante 4 sesiones.
- c) Grupo de 12 personas, combinación de técnicas; hipnosis y biofeedback por un total de 10 sesiones.

Los resultados permitieron apreciar que el grupo que recibió tratamiento combinado (hipnosis-biofeedback) mostró una disminución significativa de la

percepción del dolor, si se comparaban las sesiones de tratamiento con la línea base. Ninguno de los otros grupos mostró disminuciones significativas. Por lo anterior, se pudo afirmar que la combinación de ambas técnicas proporcionó resultados óptimos.

LA HIPNOSIS EN LA REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA

La terapia cognitiva conductual (Beck y Emery, 1985; Meichenbaum, 1977), mostró que las autoverbalizaciones negativas pueden afectar seriamente la salud emocional del individuo. Araoz (1985), alegó que las “autosugestiones negativas” o la aceptación sin críticas de imágenes y pensamientos negativos de tipo hipnótico, pueden superarse reemplazándolos por imágenes y pensamientos más positivos y adaptativos.

La primera tarea del terapeuta es ayudar a los pacientes a descubrir sus pensamientos negativos y autoderrotistas. Una técnica consiste en pedir que traiga a la memoria una situación problema y se acuerde de lo que estaba pasando justo antes de la situación; es necesario estar en trance para realizar esto, la relajación puede servir de ayuda. Los pacientes pueden emplear también el autoregistro, en el que en una hoja van registrando los pensamientos y las imágenes que proceden inmediatamente a la situación problema. Se le puede decir también que mientras se encuentran en un trance ligero, que se imaginen a sí mismos en la situación problema y que informen de los pensamientos y las imágenes que les vengan a la mente.

La segunda tarea es ayudar al paciente a construir pensamientos y expresiones alternativas que reemplacen a las negativas. De forma ideal, cada expresión negativa identificada debería reemplazarse por la expresión positiva correspondiente. El terapeuta puede, por ejemplo, ayudar al paciente a crear una tabla de dos columnas, en la que los pensamientos negativos se encuentren en un lado y los positivos en el otro. Después de que se induce el trance, el terapeuta puede entrenar al paciente a decir por ejemplo:

“Incluso, si no tengo éxito en todo, sigo teniendo valor” o, “Puedo aguantar que me rechacen incluso aunque no me guste”.

O bien, utilizando imaginación, el terapeuta puede pedirle al paciente que se imagine una situación problema; que se imagine a sí mismo afrontándola con nuevos métodos que se han discutido previamente con el terapeuta. Por

ejemplo, el clínico puede decir, "Imagínate a ti mismo diciendo, puedo mirar a esa persona a los ojos y actuar asertivamente" y luego hacerlo. Se pueden construir imágenes de uno mismo y autoverbalizaciones positivas.

A continuación se describe un resumen del artículo Anxiety about Anxiety: The Use of Hypnosis With Rational-Emotive Therapy, de Albert Ellis (1986), respecto de la combinación de Terapia Racional Emotiva (RET) e Hipnosis:

1) Muchas autoridades creen que la hipnosis terapéutica trabaja a través de la sugestión (entre otros Coué, 1921; Barber, 1966) y consiste principalmente en proporcionar a los pacientes unas frases positivas fuertes e inducirles a que las interioricen, para luego actuar de acuerdo a ellas. Por otro lado, la RET enseña a sus pacientes cómo enfrentar y reevaluar sus auto-revelaciones negativas (Ellis, 1962, 1973), pero también hace hincapié (igual que otras formas de terapia cognitiva-conductual) en la utilización repetida e incesante de frases de entrenamiento positivas o racionales (Dryden y Ellis, 1986).

2) En hipnosis se sostiene que los seres humanos se transforman con ideas, imágenes y cogniciones y que pueden aprender a entrenarse para cambiar estas cogniciones; con lo cual también habría un cambio significativo en sus sentimientos y acciones (Araoz, 1985, Ellis, 1962). La RET comparte este principio (Ellis, 1986).

3) Tanto la RET como la hipnosis dan mucha importancia a la realización de tareas en casa y a la desensibilización en vivo; con frecuencia animan a los pacientes a que hagan las cosas que temen hacer y a que trabajen contra sus sentimientos de baja tolerancia a la frustración y contra sus adicciones autodestructivas (Ellis, 1986).

4) La hipnosis y la RET coinciden en que sus métodos son altamente activo-directivos.

III.6 CATALIZADORES EN TERAPIA FAMILIAR

Algunos terapeutas familiares han tenido una fuerte influencia de los procedimientos hipnóticos de Milton Erickson, entre otros, Jay Haley (1971), John Weakland y Paul Watzlawick (1973); Steve De Shazer (1983,1985); Hudson O'Halon (1986,1989,1992), Carol Kershaw (1992), por citar algunos.

Una de las primeras influencias que recibió la Terapia Familiar fue precisamente la prescripción de conductas, es decir, pedir al paciente que hiciera algo entre una sesión y otra. Aquí es importante señalar que Erickson, en algunos de los casos, en lugar de prescribir sugerencias post-hipnóticas bajo trance, invitaba al paciente a un comportamiento diferente al precedente en una situación problemática, dando esta sugerencia en vigilia. Valiéndose de innumerables ejemplos demostró que de este modo se pueden obtener éxitos terapéuticos duraderos y asombrosos, aún en caso clínicamente graves.

Otra influencia de la hipnosis en Terapia Familiar fue el contar al paciente metáforas, anécdotas, etc., en las cuales se buscaba revestirlas muchas veces de sugerencias, ya que en muchas ocasiones una metáfora o un chiste pueden decir más que una explicación lógica de un asunto.

Durante la narración de la metáfora se invita a la persona a imaginar; a sentir más que a pensar; sobre todo se cuentan metáforas que tengan que ver con su problema y en el cual su problema encuentre solución, es decir, se invita a imaginar como si se construyera, por así decirlo, una nueva realidad, presuponiendo que la ficción es aceptada por el paciente. El ejemplo más sencillo de esto es el siguiente caso:

A una familia se le invita a manejar límites con su hijo adolescente con problemas de alcoholismo, entre ellos se les sugiere que se le impida la entrada a su hogar si llega ebrio, pero la familia se resiste por temor a que le suceda algún accidente fuera de casa, por ello se les platica la siguiente metáfora:

“Un amigo le contaba a otro acerca de sus experiencias respecto a su reciente viaje por las selvas de Sudamérica, donde en uno de sus paseos, caminando por una vereda, a su paso le salió un tigre y en el último momento, cuando lo tenía muy cerca, sacó su escopeta y le disparó por lo que el amigo pregunta:

Y..., ¿qué hubiera pasado si no hubieses llevado tu escopeta?. El relator le contesta:

* Pues hubiera sacado mi machete y se lo hubiera aventado; el amigo le vuelve a inquirir:

Y..., ¿qué hubiera pasado si no hubieses traído tu machete?.

* Pues hubiera agarrado una piedra y se la hubiese aventado; el amigo vuelve a preguntar:

Y..., ¿qué hubiera pasado si no hubieses encontrado una piedra al momento?.

* El viajero contesta: Bueno, ¿tú eres amigo mío o del tigre?.

Lo cierto es que se vale ser amigo del tigre y ser cómplice de su conducta destructiva o podemos impedirla, la decisión es de ustedes”.

En sesiones posteriores la familia reportó un buen manejo de límites y como consecuencia una disminución significativa de la conducta alcohólica del adolescente.

Otra influencia de la hipnoterapia a la Terapia Familiar es el uso de la resistencia. En lugar de explicarla y así, en muchos casos reforzarla, mejor se le prescribe.

Una resistencia prescrita convertida en imposición deja de ser resistencia. Esto se observa en los pacientes afectados a quienes sólo se les ofrece dos posibilidades: o bien, continúan su conducta de resistencia pero ahora en el marco de prescripción terapéutica, lo cual en ese momento ya no es una resistencia en cuestión sino un cumplimiento, o bien, renuncia a la conducta en cuestión precisamente para oponerse a la exigencia del terapeuta. Para expresarlo en términos de la teoría de la comunicación, se trataría entonces de un doble vínculo terapéutico. El uso de la resistencia lleva a De Shazer (1983,1985), a desarrollar el modelo de cooperancia, el cual se basa en el modelo de utilización que aplicaba Erickson al momento de hipnotizar, es decir, si a un paciente se le invitaba a relajarse y se tensaba, se le invitaba entonces a tensarse y regularmente se relajaba, o sea, se unía a la resistencia. Este mismo principio se traspola a la forma en que se hipnotiza, para trabajar en la sesión terapéutica.

Estas han sido otras tantas influencias que ha legado la hipnoterapia a la Terapia Familiar. Ahora, para su mayor comprensión describiremos algunas técnicas que pueden aplicarse y combinarse.

La mayoría de los profesionales de la Terapia Familiar asumen que el paciente (la Familia) dispone de recursos internos para el cambio (HawKins,1985) (premisa básica ericksoniana) y por lo tanto, se puede asumir que se requiere la hipnosis para acceder a esos recursos inconscientes (creatividad, afecto, altruismo, posibilidad de cura, etc.).

En general, la hipnosis clínica que se utiliza en un encuadre de terapia individual, se puede aplicar en el contexto familiar; donde el trabajo hipnótico puede utilizarse de varias maneras:

1) Como terapia individual tradicional.

2) Como terapia individual dentro de la familia. En este caso, el terapeuta trabaja con un miembro, estando la familia presente. El encuadre familiar que uno de los miembros logre promueve una abreacción emocional, provocando a su vez el tomar conciencia de alguna situación específica o en su caso, propicia un nuevo autoconocimiento.

3) Hipnosis de "grupo" familiar. En este caso el terapeuta trabaja con toda la familia al mismo tiempo. Maneja alguna forma de relajación o fantasía grupal guiada, donde todos los miembros de la familia están "activamente" imaginando lo que puede hacer ante un problema específico, llevándolos ya sea a uno o a todos a la toma de conciencia espontánea o a nuevas abreacciones.

Es importante reiterar que la hipnosis en este contexto es una estrategia facilitadora o catalítica en la que se incorporan las estrategias de Terapia Familiar.

III.7 DESEMPEÑO DE LA HIPNOSIS COMO CATALIZADOR TERAPÉUTICO

Como podemos observar, la influencia de la hipnosis en estos tres sistemas terapéuticos ha tenido sólo repercusiones benéficas. En Psicoanálisis, Freud recibió influencia para desarrollarlo; en conductismo, lo han practicado entre otros, Clark Hull, Joseph Wolpe, Joseph Cautela, Arnos Lazarus, Ellis, con alentadores resultados y que no decir de la Terapia Familiar, donde la influencia que le legó la hipnoterapia es significativa.

Watzlawick (1987), sugirió que la hipnosis es el mito terrible de las escuelas de psicoterapia, sobre todo de las tradicionales donde, por una parte se muestran los éxitos, a veces sorprendentes, que son innegables y por la otra, estos mismos éxitos que son muy difíciles de incluir y explicar científicamente sobre todo, dentro de las teorías del cambio tradicional.

Por otro lado, uno de los sustentos de la Terapia Familiar es que los problemas no pasan en un individuo sino entre individuos, es decir, los

problemas son intersíquicos. La psicoterapia individual ha hecho énfasis en que los problemas son de naturaleza intrapsíquica, o sea, que sucede dentro del individuo y por otra parte tenemos el postulado de diversas orientaciones acerca de la conducta/síntoma, donde todas sus estrategias están encaminadas hacia el manejo de síntomas. Asimismo, hay orientaciones que preconizan la solución dinámica, a través de las estrategias psicodinámicas. Dentro de todos estos postulados, la hipnosis ha mostrado beneficios y por lo tanto, capacidad de solución al manifestarse en este campo del bienestar humano.

Ya habiendo mencionado cómo y para qué utilizar la hipnosis en psicoterapia, pasaremos a detallar el uso del trance dentro de la misma, a través de la descripción de algunas estrategias.

CAPITULO IV

USO ESTRATÉGICO DEL TRANCE

Las estrategias que a continuación se describen, pueden emplearse como intervención principal con apoyo de otras estrategias. Pensamos sobre todo, que pueden servir de guía a todo un plan terapéutico. Esperamos que las técnicas que se describen sean un estímulo para la creación de intervenciones eficaces.

Cabe señalar que las técnicas se pueden emplear no importando el nivel de trance; o hacerlo con trances naturales como formales, ser directo o indirecto, ya que las técnicas hipnóticas deben ajustarse a la medida de las necesidades individuales de la situación específica. Por consiguiente, se invita a quien aplique estas técnicas, conozca a fondo todo tipo de estrategia hipnótica y aprecie plenamente al paciente como persona íntegra y no defienda ningún sistema teórico sino se interese en la persona y en las técnicas.

“Cada persona es de una individualidad única, por lo tanto, la hipnoterapia debe formularse de tal manera que satisfaga la singularidad de sus necesidades, en vez de amoldarlo al hecho de una hipotética teoría de la conducta” (Erickson, en Zeig y Gilligan, 1994; p. 35).

A lo largo de sus escritos, Erickson argumentaba que no debería haber ninguna teoría y el terapeuta debería inventar una nueva con su paciente. Quizás parezca una tarea abrumadora; quizás implique no saber qué procedimientos anticipados se aplicarán a un paciente. A veces se tendrá que pasar sobre la marcha, por así decirlo, o bien idear intervenciones “bajo fuego”.

La brevedad de nuestra experiencia, en el uso de diversas técnicas, nos ha llevado a la conclusión de que ninguna posee poderes mágicos; en lo que sí podemos insistir es en la escucha atenta de la exposición del paciente, por un clínico que posee una formación e intuición suficiente para seguirlo paso a paso. Si el clínico es creador y sabe qué está aconteciendo, también sabrá cuál es el medio más probable de provocar el cambio en ese paciente.

El clínico debe de conocer al paciente con el que está trabajando a fin de poder individualizar la terapia, o sea, utilizar la técnica más conducente a la liberación de las fuerzas creadoras que encierran a ese paciente particular, esta es la función de la técnica. Insistir en las técnicas y criticar la tendencia a no atribuirles poderes mágicos no son actitudes contradictorias. Las técnicas son como las herramientas en manos del artista o artesano: La limitación de las herramientas disponibles coloca en desventaja al artista más diestro y, la

escasez de colores o la mala calidad de pigmentos coartaría aún a los más grandes pintores, del mismo modo lo haría, la limitación de las técnicas y la falta de creatividad.

Las técnicas a las que se hace alusión, se hacen con base a los fenómenos del trance; hay estrategias que hacen inclusión a dos o más fenómenos, se incluyen donde se considere que tienen más características de un fenómeno que de otro.

IV.1 TÉCNICAS DE DISOCIACIÓN

La disociación es la capacidad de separar:

1) Los afectos de la cognición, en donde la persona es todo sentimiento y poca razón.

2) La cognición de los afectos, en donde la persona es toda razón, y le cuesta trabajo entender los sentimientos fundamentales como la ira, vergüenza, alegría, culpa, soledad, etc.

3) La cognición y los sentimientos, donde la persona actúa de manera compulsiva es decir, ni piensa ni siente.

La disociación existe desde un continuo. Puede ser leve en las experiencias comunes de la vida y más intensa en un trauma, “podemos experimentar una disociación de los sentimientos a consecuencia de una conmoción o trauma y generar una barrera amnésica ante dichos sucesos” (Rossi y Cheek, 1988).

El trastorno de personalidad múltiple es un ejemplo de disociación extrema (Spiegel y Spiegel, 1978).

Es deseable modular y administrar la intensidad del afecto y cognición por motivos de salud mental. Veamos algunas intervenciones que utiliza el fenómeno de disociación.

a) CONFLICTO EXPERIMENTAL

Hay cierto tipo de pacientes que les cuesta trabajo manifestar sus emociones, sobre todo el enojo o malestar hacia las personas que los rodean, actúan como “buenas gentes”, sin embargo, es probable que muchos de ellos

presenten problemas psicosomáticos; bajo trance se les puede pedir que describan algún acontecimiento y provocarles que no se de disociación del afecto con el cognitivo, por lo que el procedimiento desencadena una intensa experiencia emocional que desensibiliza al paciente.

En 1935, Erickson publicó el relato de una neurosis experimental creada en el curso de la hipnosis, en un hombre que sufría de eyaculación precoz. Después del experimento, el paciente pudo reconocer de que manera el conflicto inducido se aplicaba a su actual problema emocional. Varios días más tarde, y por primera vez, pudo realizar un coito exitosamente.

Tal como lo ha señalado Erickson (1944), es muy importante el fraseo con que se hace la inducción del conflicto experimental. En cuanto a los términos que se usan en el caso, no cabe proceder eficazmente si se hace caso omiso de las sugerencias que se le hacen al paciente, bajo hipnosis, que son las siguientes:

“Ahora mientras usted sigue relajado, voy a hacer aflorar en su mente un acontecimiento ocurrido no hace mucho tiempo. Mientras yo se lo relato, usted ha tenido sus razones para olvidar este acontecimiento, pero, al recordárselo, usted memorizará todos los detalles, uno por uno, pero tenga presente esto: Mientras voy repitiendo lo que yo conozco de ese hecho, usted lo recordará todo completo y cabalmente, tal como en realidad ocurrió y más aún, usted volverá a experimentar las diversas y contradictorias emociones que sintió en dicha ocasión y se sentirá exactamente en el mismo estado de ánimo en que se hallaba cuando tal cosa sucedió”. En ese momento el terapeuta sugiere una situación ficticia ideada en función de las dificultades reales del paciente. Por ejemplo, si éste tiene un problema en relación con la expresión de sentimientos hostiles, la sugerencia del caso podrá evocar una situación en la que el paciente ha actuado en forma hostil o bien una situación que haya inducido en él una hostilidad a causa de haber tenido la sensación de habersele tratado en forma injusta. Se le sugiere un sentimiento de hostilidad al mismo tiempo que se le invita en el sentido de experimentar en forma aguda tal emoción.

Una variante de llevar a cabo el ensayo mental, puede ser la siguiente: Si una persona o pareja sufren un bloqueo que les impide experimentar sentimientos o contenerlos, se puede volver a revisar un acontecimiento significativo de su pasado como si lo miraran en una película reproducida por una video grabadora y proyectada en televisión, utilizando todos los controles:

arranque, parado, pausa, avance acelerado, rebobinado. El terapeuta ayuda al paciente a descubrir el punto exacto en que usó la anestesia emocional para adormecer sentimientos y disociarse de ellos. Cuando el paciente es incapaz de contener sus emociones, su terapeuta señala el punto exacto donde se produce la disociación de la cognición, y se trabaja con los "controles" de la videogradora, enseñándole a dar respuestas "más adecuadas".

Para poder llevar esto a cabo se puede proceder con la siguiente secuencia:

1.- Pedir un examen crítico de la conducta disociada o problemática en todos sus niveles (actitud, conducta, respuesta fisiológica) bajo trance con los controles de la video.

2.- Hacer que elija aquel recurso de trance que considera le ayudará a cambiar de respuesta.

3.- Hacer construir un guión escénico con el recurso de trance, para ponerlo en escena con la respuesta deseada.

Por ejemplo: Una mamá soltera con tres hijos se mostraba muy agresiva con ellos, al hijo menor de 5 años lo golpeaba de manera constante, no podía controlar su impulso de pegarle por cualquier cosa. Bajo trance, se le pidió sintiera, qué manifestaciones experimentaba su cuerpo. Ella manifestó que cuando sentía no controlar su impulso, sentía asimismo su cuerpo pesado del tronco hacia arriba. Bajo trance, el terapeuta le pidió que ubicara un estado de tranquilidad así como una situación con la cual la pudiese asociar. Ella vio una cruz que le inspiraba mucha tranquilidad, entonces, se le manejó un guión escénico en el cual, ante el indicio de querer pegarle a su hijo inmediatamente viera en su mente esa imagen de la cruz, la cual la invitaría a retirarse de ese lugar a otro cercano evitando así golpear a su hijo y funcionó. Posteriormente, se trabajó el abandono de su pareja, el manejo adecuado de límites; integrarse al mundo productivo y llevar a cabo una vida más tranquila con todos sus hijos.

b) ATENCIÓN A LOS SILENCIOS DEL DIÁLOGO

Es muy común que dos personas estén luchando por el control de una sobre otra, sobre todo, esto se da en parejas. No se escuchan, se agreden mutuamente, los dos creen tener la razón, se vuelven acusadores y susceptibles. En fin, suele estar muy contaminado de agresión el diálogo; espera uno, qué

dice el otro para agredirlo. Se pueden sugerir dos actividades. Primero, que enfoque su atención en el silencio entre sus diálogos, es decir, en qué inicia un discurso y otro. Se le enseña al paciente a estar muy atento entre la última palabra de la otra persona y la primera de él. En este espacio es el momento clave que se decide qué se va a responder. Se lleva al paciente a un guión en pantalla mental y respuestas alternativas más propias para evitar agresiones y ser más asertiva. Las personas en un principio suelen quejarse respecto a que su respuesta sale de su control. Una vez que empiece a atender los silencios entre diálogos, posiblemente se sienta más inclinada a elegir la respuesta que produzca un mejor resultado.

c) DIÁLOGOS ENTRE PARTES CONFLICTUADAS

Otra intervención potente que usa la disociación, consiste en hacer dialogar al paciente con las diversas partes de su ser que están en conflicto (Watkins y Watkins, 1979; Beahrs, 1982). Por ejemplo, al trabajar con pacientes de sobre peso, se puede hacer la siguiente disociación:

“Existe una parte de ti que se resiste a perder peso y que recupera el peso que pierdes. Esa parte puede obtener muchos beneficios del comer en exceso (o sobrealimentarse). Quizás esa parte actúe así para superar la soledad y la infelicidad... también es justo que esa parte tenga una oportunidad para hablar... a medida que entras en autohipnosis yo le hablaré a esa parte y me gustaría que ésta parte hablara...”

También se genera disociación para hablar con la parte positiva del paciente, sobre todo cuando está inhibida. Por ejemplo, a un paciente deprimido se le puede decir: **“parece haber una parte de ti que puede experimentar alegría, bienestar... Después de que entres en autohipnosis, me gustaría comunicarme con esa parte de ti... y saber cómo le hace para emanar alegría...”**

Estas sugerencias se deben adaptar al lenguaje del paciente. Esta técnica de hablar con diversos estados de conciencia es muy versátil. Veamos otros usos que se le puede dar.

En la disolución o desaparición de emociones dolorosas, puede llevarse el siguiente proceso:

1) Identificar los sentimientos doloroso, malestar hacia otras personas vivas o muertas, hacia uno mismo, hacia alguna parte del cuerpo.

2) Dialogar con esta identidad dolorosa y puede ser opcional que estas identidades le hablen al paciente.

3) Reencuadrar esos sentimientos dolorosos como protectores, como útiles, aliados, como una experiencia para crecer, etc.

4) Imaginar que se actúa de manera tranquila en un futuro inmediato con la ayuda de esa experiencia dolorosa.

Así por ejemplo: Una mujer que había terminado con su pareja, manifestó que sentía soledad, depresión y rechazo por parte de los hombres hacia ella. (en vigilia se le pidió que dibujara un rostro con cada una de esas emociones, una vez que lo realizó, se procedió a meterla en trance y se le pidió que las antropomorfizara (que la soledad se convirtiera en una persona de cuerpo completo, con el rostro que había dibujado) y que se imaginara que esa persona “la soledad” estuviera sentada frente a ella, y que dialogara con esta entidad; descubrió que cada una de estas “entidades” era su aliada. “Soledad” la reconfortó, “Depresión” la protegió y cuando sentó en la silla “al rechazo”, sucedió algo curioso: se acurrucó hasta hacerse una pelotita, su voz sonó mucho más joven y rompió a llorar. “¿Cuántos años tienes?”, se le preguntó. “Cuatro”, respondió . Empezó a contar una situación en que deseaba desesperadamente estar con su mamá, pero ésta se hallaba bebiendo alcohol, completamente inaccesible a cualquier contacto. Se sintió rechazada y sola, y dijo: “No puedo salir de este sentimiento, así me siento constantemente”. Se comenzó un dialogo entre ella adulto (tiempo actual) y ella niña (tiempo pasado), en la siguiente forma:

T: Terapeuta

P: Paciente

T: Quizá usted pueda cuidar a esta niñita de cuatro años.

P: No sé cómo hacerlo. Me siento tan mal... (tenía dos hijos propios y había descrito, en tono cálido y complacido, los cuidados que les prodigaba).

T: ¿Qué haría si su niñita acudiera a usted llorando, porque se siente sola y rechazada?

P: Pues... la abrazaría (abrazo su propio cuerpo con naturalidad) y le diría que se pondrá bien, que yo la protegeré y que la amo. (se repitió a sí misma estas palabras una y otra vez, sollozando. Por último, su voz cambió, afirmándose y serenándose, dejó de llorar y empezó a sentirse más a gusto).

d) ELABORANDO PÉRDIDAS

A lo largo de la vida, el ser humano se encuentra con pérdidas de seres queridos ya sea por fallecimiento, o porque deciden no compartir más su vida al lado de la otra persona. Perder el afecto que proporciona otro ser, suele ser doloroso, hay personas que pueden hacer un buen manejo de esa pérdida pero otras caen en la depresión o manifiestan otros rasgos de psicopatología. Una estrategia que puede ayudar en el proceso de duelo es la siguiente:

Una vez en trance se le dice al paciente que traiga la imagen de la persona perdida, que la visualice frente a él, que le diga cosas que seguramente quedaron pendientes, que reclame y también agradezca todas las cosas buenas que compartieron. Una vez hecho lo anterior, que facilita la integración de la persona perdida, se pueden rescatar experiencias agradables que ambos hayan vivido, se puede invitar al paciente que las capte, que sienta todas las sensaciones de vivir nuevamente esos recuerdos, agradecer a esa persona el compartirlos, que el paciente sienta que esos momentos lo van a acompañar y que por eso y algunas otras cosas más valió la pena compartir juntos. Sin embargo, es momento de la despedida; pedir al paciente que se despidiera, en caso que diga que no, hay que seguir trabajando con el paciente el duelo, tal vez a través de un ritual, en caso afirmativo que se despidiera de esa persona, llevando dentro de sí todos los recuerdos sin que la lastimen. Posteriormente se puede llevar al paciente a visualizar una escena en su futuro inmediato, actuando como quiera actuar, llevando todo lo positivo, toda la experiencia que aprendió, sin que ésta le moleste. Se le pregunta quienes serían los primeros en darse cuenta de esta nueva conducta, en qué lo observarían, con el objeto de que el paciente lo empiece a hacer.

e) METERSE EN EL LUGAR DEL OTRO

Cuando exista un empantanamiento entre una pareja o miembros de una familia, no obstante quieran resolver el problema se puede hacer en trance, a través de imaginar el asumir el rol del otro y desde ahí asumir los sentimientos y perspectivas del otro. De este modo cada uno puede reexaminar, desde la perspectiva del otro, y puede crear un guión escénico actuando como el otro, con base a la comprensión del punto de vista nuevo.

La capacidad de experimentar los sentimientos y actitudes de otros, en muchas ocasiones lleva a una comprensión y hacia una disposición de mayor cooperación.

IV.2 TÉCNICAS DE AMNESIA / HIPERMNESIA

Los fenómenos de trance que suceden a nivel de memoria son amnesia/hipermnesia.

Describiremos sobre todo algunas implicaciones prácticas en psicoterapia.

La primera es el olvido de lo acontecido; la segunda es la capacidad de recordar acontecimientos hasta en sus mínimos detalles. Podemos visualizar la amnesia como un continuo que va del olvido temporario del pasado reciente a un olvido más profundo donde se sepultan recuerdos y sentimientos traumáticos.

a) CREACIÓN DE AMNESIA

Cuando un paciente ha alcanzado el estado sonambúlico, probablemente saldrá con una amnesia espontánea (Hartland, 1974). En algunos casos, el paciente puede requerir un entrenamiento especial para olvidar ciertos aspectos de toda experiencia del trance.

El primer paso consiste en establecer cuanto es lo olvidado. Si el paciente recuerda todo, se le puede decir en la experiencia siguiente, exactamente antes de finalizar, usted puede imaginar que está durmiendo, en su casa, que tendrá un breve sueño, después del cual, se le abrirán los ojos y tendrá la impresión de haber dormido. Recordará inmediatamente su sueño, pero inmediatamente después de relatarlo le quedará probablemente un recuerdo confuso de los demás aspectos del trance. Podrá incluso, si usted lo desea haberlos olvidado cuando se le pregunte al respecto. Si el paciente alcanza una amnesia parcial a consecuencia de sugerencias se le podrá decir en la sesión hipnótica siguiente: **“El olvido es una experiencia normal y constituye un medio de evitar una carga excesiva del pensamiento. El olvido se produce fácilmente al pasar la atención de una a otra cosa. Así, por ejemplo, usted se olvidó la vez anterior de cosas que habían ocurrido. (La experiencia específica del caso deberá ser mencionada). Esto es**

perfectamente normal. Hoy usted olvidará posiblemente muchas cosas, la mayor parte de las que experimentará ahora, o tal vez todas. Después de salir del trance usted tendrá mucho sueño y se quedará dormido. Tan pronto se quede dormido usted, tendrá un sueño y unos minutos después se despertará de golpe, como si estuviera en su casa, en la cama, y acabará de despertar de un profundo sueño. Usted recordará que soñó algo, pero no recordará qué”.

Hay algunos pacientes que no pueden desarrollar la capacidad para la amnesia. Se ha observado que algunos pacientes entre más amnesia generen durante el trance, las sugerencias post-hipnóticas que se imparten tienen un efecto más contundente, (Hartlan, 1974).

a.1) AMNESIA Y SUGESTIÓN POST-HIPNÓTICA

El empleo de la metáfora por sí sola crea un estado hipnótico natural (capta la atención del oyente), pero también se puede decir las bajo un trance formal y aún en este estado se le puede aplicar de diversas maneras. Una de las formas en que se puede aplicar es a través de contar una historia o metáfora, provocando amnesia en una fracción de la metáfora, y haciendo una sugestión post-hipnótica. Ejemplo: “Esta parte de la historia que te voy a contar la vas a escuchar muy bien con tu inconsciente... y por tal motivo éste no olvidará nunca lo que aprendió... mientras que tu consciente si lo olvidará (disociación consciente/inconsciente); entre más lo recuerde tu inconsciente menos lo recordará tu consciente (sugestión post-hipnótica). Esta es la parte que tu consciente olvidará... (Aquí se usa otro tono de voz diferente al que se venía empleando). Al final, le decimos “Cuando despiertes te vas a sentir muy contento...”. Lo sacamos del trance diciéndole que su inconsciente va a retener lo que le sirvió de este aprendizaje. Le pedimos que nos platique lo que recuerda y cómo se siente. A continuación presentamos un caso ilustrativo:

María llegó a terapia sintiéndose triste, sola, sin ganas de hacer nada. Al explorar su motivo ella refirió que hace mas de un año su marido la había abandonado por otra mujer. “No le perdono lo que me hizo”, esta era la frase que repetía constantemente. Ella refería ser muy católica.

Una vez ya en trance, se procedió a contarle la siguiente metáfora:

Un católico ingresa a una iglesia y le dice al padre: Señor sacerdote ¡Jesucristo se me ha aparecido! ¡ he visto a Jesús!, Señor sacerdote, ¡Jesús se me apareció!

- ¿Si hijo?, respondió el sacerdote

- ¡Si señor sacerdote!, dijo el feligrés

- ¿En serio?, ¡o me estás bromeando!

- ¡No! señor cura

- Bueno, retírate

- En serio señor cura se me apareció ¡Jesús nuestro señor!

- Bueno, cuando se te vuelva a aparecer, le preguntas que cuáles son mis pecados, sólo él y

yo los sabemos nadie más. Anda retírate.

- El cristiano se retiró, pero al día siguiente nuevamente fue a visitar al señor Cura.

- ¡Señor cura! ¡Señor cura! Jesucristo nuevamente se me apareció

- Si hijo, asentó el cura

- ¡Si señor cura!

- ¿Le preguntaste que cuáles eran mis pecados?

- Sí, respondió el cristiano

- Anda, cuéntame que te dijo

- El me respondió ¡Que ya se le habían olvidado!, porque Dios perdona.

(Se le dijo la siguiente frase: solo tu mente interior va a recordar sólo ella. Tu mente consciente, que se acuerda de lo que sucede en tu vida diaria lo va a olvidar, y entre más te esfuerces en recordarlo más lo va a olvidar, porque ella (mente interior/inconsciente) va a saber tomar lo que necesitas para sentirte mejor) “Hay gentes que tenemos que perdonar a otras gentes, e incluso hay gentes que tenemos que perdonarnos a nosotros mismos” Olvida esta última frase porque una parte tuya va a rescatar el aprendizajes que necesitas para sentirte mejor.

Se le sacó del trance, se tuvo una breve charla con ella para ver de qué se acordaba; y no recordaba la última frase. Se le despidió dándole una nueva cita a la cual llegó, manifestando que esta sería la última, ya que se había dado cuenta que vivir sólo del recuerdo y con rencor hacia su marido no la ayudaba a superar su situación actual; que iba a esforzarse por salir adelante y mirar mejor en su presente. Entendía ya, que era el momento de perdonarlo.

b) HIPERMNESIA

Hay pacientes que en cuanto entran en trance especialmente en un estado sonambúlico, pueden recordar con mucho detalle acontecimientos de sus vidas, pero también resulta interesante que a algunos se les da a leer un material en este mismo estado y lo pueden memorizar con tan sólo una lectura (Granone, 1972,). Esto ha llevado a algunos investigadores a proponer la enseñanza a través de la hipnosis, llamándola hipnopedia, misma que se describe con algunos ejemplos.

b.1) HIPNOPIEDIA

Ermentini (1969), (citado en Granone, 1972 p. 864), en un Instituto religioso de San Vicente de Bergamo, 30 jóvenes que estudiaban aquí, entre los 13 y 16 años, fueron sometidos durante siete días a inducciones hipnóticas y sucesivamente a la escucha de la voz del hipnotizador a través de cassettes. Al principio del cassette, el hipnotista había registrado las órdenes a consecuencia de las cuales los estudiantes alcanzaban el estado hipnótico, en el resto de la cinta, el profesor, o tal vez el mismo estudiante, había grabado la lección que había de aprenderse. Al finalizar la lección, el hipnotista o el mismo alumno habían grabado las órdenes para salir del estado hipnótico. Ermentini afirmó, que el resultado obtenido fue satisfactorio, superior a las previsiones normales, y que los muchachos se vieron facilitados en la preparación de sus exámenes. Se superaron además situaciones de ansiedad y de inseguridad que existían en muchos sujetos y en cada caso se obtuvo una mejoría de las relaciones interpersonales.

Genevay (1955), (citado en Granone, 1972), se ha valido del sueño fisiológico para el aprendizaje y el resultado de sus experimentos realizados al respecto sugieren que para obtener algún éxito, hay que limitar la enseñanza al periodo de sueño "ligero" por no poderse utilizar el del "sueño profundo".

Esta experiencia propició el hecho de que se pusieran en práctica, en 1957, en la penitenciaría "Woodland Road Camp" del Condado de Tulare, en California, el experimento en el que se transmitían preceptos morales a algunos encarcelados, que se habían ofrecido voluntariamente a la prueba, con pequeños altavoces a baja potencia colocados bajo la almohada o mediante cascos provistos de auriculares. Capone (1964), que expuso los resultados de estos experimentos, describió que fueron "desastrosos" para los encarcelados. "Los sujetos se retorcieron en la cama con un sueño agitado hasta el punto de

despertarse a mitad de una lección de condicionamiento moral". Los encarcelados demostraron no haber obtenido ventaja alguna de este método de educación hipnopédica; antes bien, se volvieron irritables, cayendo en un estado de verdadera "depresión"; pero también, cuando se trató simplemente de "educar" como en los niños y no de "reeducar" como en los delincuentes, los resultados eran negativos si la enseñanza no se daba durante el periodo de sueño adecuado, que es en el ligero (Granone, 1972), entendiendo por sueño ligero, el NO-REM y el periodo de sueño REM como profundo (López Antúnez, 1983).

La hipermnesia también se puede lograr dando sugerencias post-hipnóticas, es decir, no tan solo durante el trance y se puede hacer de la siguiente manera:

"Al salir de este estado, estarás muy tranquilo, relajado y sobre todo concentrado para memorizar con mucha facilidad el material que vas a estudiar". O también se puede hacer empleando sugerencias indirectas como: **"Una parte de ti sabe que hacer para que se te facilite el material que estudiarás".**

En el siguiente ejemplo se dio una hipermnesia, después del trance de manera espontánea:

Una paciente que acudía a terapia los sábados por la mañana antes de acudir a clase de inglés, llegó a consulta con cara de cansada y deprimida, pues tenía que ir a la escuela dos horas más tarde y no había tenido tiempo de estudiar un poema que el profesor les había pedido aprender de memoria, entonces, al mismo tiempo que se le dieron sugerencias relacionadas con el tratamiento, se añadió una sugestión suplementaria a fin de elevar el ánimo y refrescar la memoria. Al sacarla de trance se le observó confiada y segura de sí misma. En la sesión siguiente, refirió emocionada lo que le había sucedido:

"¿Qué ha hecho usted conmigo?" ¡He sido un verdadero milagro! El profesor me pidió que recitase el poema. Lo intenté y con gran sorpresa mía lo dije sin una sola falla, siendo así que sólo lo había oído una vez, cuando el profesor no lo declamó".

Dentro de la hipermnesia la capacidad de recordar, no tan sólo materiales estudiados, sino hechos de la vida misma, es sorprendente.

Hay una fuerte influencia en la psicoterapia que al entender sucesos acontecidos pueden ayudar al individuo a romper sus cadenas. En hipnosis se puede valer de la regresión de edad, en ella se describen varias técnicas como las siguientes: técnica para producir regresión, regresar a la etapa anterior al síntoma, recuperar recursos, tratamiento hipnoanalítico de conflictos traumáticos y por último excepciones al problema. Pasaremos a describir brevemente cada uno de ellos.

b.2) REGRESIÓN DE EDAD

Es la capacidad de experimentarse a sí mismo como alguien física, emocional y cognitivamente más joven. En momentos de tensión, muchos individuos suelen regresar a su edad más vulnerable; aquella en que se sentían pequeños, indefensos, desprotegidos y solos. Sin embargo, también podemos regresar a tiempos felices. Ejemplo:

Una paciente regresó bajo hipnosis a su fiesta de cumpleaños favorita, y al día en que cobró su primer sueldo, para recuperar un sentimiento de valía e importancia, así la regresión facilita la rememoración de experiencias traumáticas olvidadas y ha habido casos en que dicha rememoración produce una mejoría de diversos síntomas asociados con el hecho de carácter traumático. Hay varias técnicas que utilizan la regresión de edad como fenómeno de trance.

b.2.1) TÉCNICAS PARA PRODUCIR REGRESIÓN

Bajo este rubro se presentan la técnica de la regresión. Para efectuar la regresión se parte de emociones y sentimientos, también se puede emplear sueños, ideas obsesivas u otro síntoma. Aquí se toma un afecto para ejemplificar esta técnica. Se le dice al paciente: "Ese afecto, ese sentimiento se va a emplear como puente, como un camino para ir hacia atrás en el tiempo, al momento clave en que esto ocurrió originalmente". Es necesario que el paciente focalice ese afecto y no lo pierda, que se de cuenta cómo lo siente en el cuerpo; se le pide que lo describa con gran riqueza de detalles. Así, el afecto queda instalado en el cuerpo en forma de sensaciones, las cuales, el terapeuta debe anotar para construir las sugerencias que se expresan mientras se cuenta del diez al uno en el siguiente paso.

Se continúa diciendo al paciente: “Vamos a empezar a contar del diez al uno, conforme yo cuento usted empezará a ir hacia atrás en el tiempo, hacia ese momento clave en el que esto ocurrió originalmente”. Se inicia el conteo utilizando un tono de voz para decir los números y otro para las sugerencias que los acompañan.

“Diez, vamos hacia atrás, más hacia atrás en el tiempo. Nueve, seguimos yendo hacia atrás, hacia ese momento en el que usted sintió originalmente eso... (se formulan sugerencias en base a las sensaciones que el paciente verbalizó). Ocho. Vamos hacia atrás... Siete... (se repiten las sensaciones que el paciente verbalizó). Seis... Cinco... Cuatro... vamos a un lugar tal vez muy lejano. Tres. Vamos hacia atrás y van pasando días, meses, años. dos... estamos llegando. Uno, ya llegamos fíjese en el lugar al que llegamos”. (Se le puede dar tiempo para que se ubique). Ya que el paciente regresó y está ubicado en la situación pasada, en ese momento clave en el que esto ocurrió originalmente, se puede preguntar al paciente: “¿En qué lugar está, que está pasando ahí?” Puede suceder que el paciente vea alguna escena, que vea alguna imagen que representa simbólicamente eso que desea cambiar, o puede decir que no ve nada, en cuyo caso se construye la realidad de que de cualquier forma estamos ahí, desde su tiempo para observar algo. A veces es necesario ir más atrás después de esto, pero si el paciente no lo hace en esa sesión, no insistir, se puede lograr en otras sesiones. El juicio clínico del terapeuta debe participar. Si el paciente está en esa situación específica y observa algo, se continúa diciendo: “Ya está en esta situación, ahora vea cómo, con sus propios recursos, con toda su experiencia de vida que ahora posee, le puede modificar, la puede transformar. Va a cambiar lo que sea necesario cambiar en esa situación, para que usted se sienta como se quiera sentir”. “Si no puede modificar esa mamá (por ejemplo), cámbiela por otra que sea como usted la desea. O usted misma puede ser la mamá”. Si hay alguna dificultad en la situación, se le puede preguntar si quiere que nosotros entremos a arreglar la situación. A continuación se procede a contar del uno al diez para que el paciente vuelva al momento actual. Se dice “al ir regresando en el tiempo usted puede ver cómo se ha transformado este momento clave (se enfatiza el cambio). A medida que voy contando usted ve cómo se ha reconstruido la situación especialmente durante la noche; en el sueño, se seguirán modificando estos momentos”. Se va formando estas sugerencias (conocidas como instrucciones de proceso) a medida que se va contando del uno al diez. “Vamos hacia adelante, van pasando días, meses, años. Mientras tanto usted se da cuenta de que sus sensaciones corporales van cambiando las cosas que se necesitan cambiar. Se

están dando cambios y usted los puede sentir a través de sus sensaciones corporales”. Se le ayuda al paciente a descubrir sensaciones placenteras, y cómo, “esas sensaciones cambian lo que hay que cambiar, además, se va extendiendo hasta cambiar aquello que no alcanza a ver”, es decir, se insiste en que los indicadores del cambio son las sensaciones, las cuales “ya se están presentando porque yo (el terapeuta) ya las estoy percibiendo. Esa tristeza (por ejemplo) fue útil en su momento, le ayudó a crecer, a madurar, a fortalecerse, ahora las sensaciones son diferentes, son agradables”.

b.2.2) REGRESAR A ETAPA ANTERIOR AL SÍNTOMA

En algunas ocasiones puede utilizarse la regresión para el tratamiento directo de una fobia o de un malestar de carácter psicossomático, mediante el recurso de hacer retornar al paciente a un periodo de su vida anterior a la aparición de su mal, procediendo luego a reorientarlo lentamente hacia su edad cronológica real, mientras se va comentando con él el desarrollo de su enfermedad. De este modo, Kroger y Freed (1943) (citados en Wolber, 1968, p. 102-103), en el curso de tratamientos de dismenorreas u otros trastornos menstruales, hicieron regresar a sus enfermas a un periodo preadolescente, a la época de la aparición de su respectivo mal. Se fueron indagando conflictos, cambios de personalidad, inhibiciones y hábitos perniciosos, al mismo tiempo que se iba reorientando lentamente al paciente hacia su edad real.

Erickson (en Rosen, 1986 p. 71-73), da un ejemplo de regresión, a una etapa anterior al que apareciera el síntoma de una paciente a la que regresó con esa sensación de no tener el síntoma y respondió de manera positiva. Observemos el caso:

“Una de mis pacientes fue a una farmacia con una receta para que le prepararan una dosis de aceite de castor. Cuando la entregó al farmacéutico, le dijo que el aceite de castor la descomponía pero que al volver a su casa tendría que tomarlo y eso la haría vomitar. El farmacéutico le preguntó: “¿No te gustaría tomar un vaso de jugo de naranja, mientras te preparo la dosis de aceite de castor?”, a lo cual ella accedió. Al tomarlo, se dio cuenta de que el jugo fresco de naranja tenía un gusto un poco distinto. Cuando lo terminó, preguntó: “¿Y mi receta?”. El farmacéutico le respondió: “Ya te la has tomado, junto con el jugo”.

A los pocos días ella vio un cartel publicitario anunciando naranjas y se descompuso del estomago. Fue a un restaurante vio algunas naranjas y se descompuso del estómago. No podía ir de compras con su madre si en el negocio a que iban había naranjas, y tuvo que eliminar de su vestuario un montón de ropa de color naranja, hasta tal punto que bastaba que escuchase la palabra “naranja” para que se descompusiera del estómago, con grandes dolores de cabeza.

Como era amiga de uno de los médicos del hospital, la invité a una fiesta que se iba a celebrar en éste. Me puse de acuerdo con ese médico. En la fiesta, él pidió que yo hiciera alguna demostración de hipnosis, así que hipnoticé primero a una persona, después a otra, hasta que finalmente ella se ofreció como voluntaria. En estado de trance, la hice regresar a la edad de tres años, mucho antes del episodio del aceite de castor. Estaba en un profundo trance sonambúlico, con alucinaciones positivas y negativas. El anfitrión preguntó a todos si querrían tomar jugo de naranja y todos respondieron afirmativamente. Así pues trajo una cesta llena de naranjas, las exprimió y se sentó junto a la chica. Charlamos de esto y de aquello otro, hice que ella lo viera, hablara con él y todos bebimos jugo de naranja. Luego la hice despertar con un gusto indefinible, pero agradable, en la boca. Esa noche, cuando se iba para la casa, pasó por delante del cartel publicitario y comentó: “Es curioso, ese cartel ya no me descompone más”. A partir de entonces bebió jugo de naranja y se vistió con ropas de ese color. Más adelante dijo esto: “No recuerdo en qué momento exactamente la visión de las naranjas me hizo descomponer, pero lo cierto es que ya no sucede. Me preguntó, ¿por qué habrá sido?. No recuerdo cuando ocurrió esto”. Eso se logró simplemente reorientando a la persona en el tiempo.

b.2.3) RECUPERAR RECURSOS

Se le pide al paciente que se retrotraiga a una época más positiva y recuerde los sentimientos positivos: calidez, optimismo etc.; se pueden hacer revivir pensamientos, sentimientos y conductas para luego enlazar estos recursos con el presente y pedir que al salir del trance retengan estos sentimientos positivos y elaboren una solución del problema actual.

b.2.4) TRATAMIENTO HIPNOANALÍTICO DE CONFLICTOS TRAUMÁTICOS

Hay experiencias en la vida que son muy traumatizantes por lo que generamos una barrera amnésica respecto a ellas, (Rossi y Cheek, 1981), pero lo importante de esto es que estas experiencias se puedan superar .

Dentro de los procedimientos psicodinámicos (o hipnoanalíticos) se asume que el problema presente se mantiene dinámicamente por experiencias históricas reprimidas que en ocasiones generan amnesia. Para poder resolver los problemas, el paciente necesita acceder a sus experiencias reprimidas, hacer insight y “elaborar” los sentimientos asociados evaluando el material conflictivo en el contexto del tiempo actual. Se han descrito una serie de procedimientos hipnoanalíticos (Hartland, 1974; Cheek y Lecron, 1968, Kroger, 1974; Crassilneck y Hall, 1985). Uno de tales procedimientos utilizó los movimientos ideodinámicos de los dedos (Rossi y Cheek, 1988). Primero, se establecen las señales ideomotoras del dedo (señales que signifiquen el “sí” y el “no”); se trata de movimientos inconscientes que ocurren de forma involuntaria ante preguntas del terapeuta. De esta forma, se puede preguntar al paciente sobre el origen del problema y, dado los movimientos inconscientes del dedo, la respuesta. Se puede así acceder a experiencias conflictivas reprimidas u olvidadas y “elaborarlas” de forma inconsciente para conseguir su reevaluación. El procedimiento puede repetirse cuantas veces se quiera hasta que el paciente indique ideodinámicamente que su problema esta resuelto, después de revisar sus experiencias importantes. Rossi y Cheek (Ibid) consideran que “todo acceso supone una redefinición o reencuadre”. De esta manera el paciente se prepara para “progresar” y experimentar por sí mismo la solución de sus problemas en algún momento del futuro. La fecha de tal momento puede proponerse de forma inconsciente (progresión de edad).

Las teorías dinámicas afirman que generalmente se da una amnesia de las fuentes de los problemas psicológicos y de las neurosis, y aún más, que se necesita tomar consciencia de esta dinámica reprimida (Cameron, 1982).

Los movimientos ideomotores pueden utilizarse como procedimientos para develar material inconsciente en mucho menos tiempo que los tradicionales del psicoanálisis (Rossi y Check, 1981).

Los movimientos ideodinámicos son particularmente útiles para revelar acontecimientos traumáticos reprimidos además de los sentimientos y problemas psicológicos, así como los psicósomáticos asociados (Rossi y Check, 1988; Check y Lecron, 1968; Erickson y Rossi, 1981). Permiten un acceso rápido a información que no está disponible en el nivel de funcionamiento verbal consciente y, consecuentemente le permite reencuadrar sus problemas psicósomáticamente.

Como quiera que los niveles de disociación puedan manejarse terapéuticamente mediante la cooperación entre paciente y terapeuta, la posibilidad de respuestas negativas iatrogénicas son considerablemente menores.

Este procedimiento tiene considerables ventajas sobre otras técnicas de develamiento en las que el paciente puede, en cooperación con el terapeuta, manejar el grado de disociación para poder afrontar adecuadamente las experiencias conflictivas. Es posible para el paciente regresar hasta un acontecimiento doloroso (“el niño golpeado”) y revisarlo desde una perspectiva del “adulto racional” y de esta forma reevaluar la experiencia sin emociones desbordantes.

También se reconoce que la revisión recursiva y secuencial de las experiencias originales es frecuentemente necesaria para romper la amnesia traumática (Scheff, 1979).

El terapeuta necesita estar constantemente vigilando la validez de la información accesible a través de los movimientos ideodinámicos. Cheek (en Rossi y Cheek, 1988), sugirió que al recordar material significativo éste sigue una secuencia bien definida de tres etapas. Afirmó que antes de producirse un movimiento en el dedo, se producen cambios en la respiración, el pulso y reacciones emocionales que demuestran una regresión interna hacia el momento que se produjo una experiencia importante.

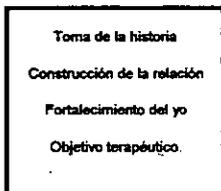
Las señales ideodinámicas ocurren generalmente unos pocos segundos después de la aparición del recuerdo fisiológico. El informe verbal de la experiencia aparece (si es apropiado) después de las indicaciones fisiológicas e ideodinámicas de que se está accediendo a un material significativo.

Finalmente, es importante saber que los pacientes pueden desplegar una resistencia considerable a “cooperar en el proceso ideodinámico de investigación”. Algunas veces no pueden o no desarrollan movimientos con los dedos. Cheek sugirió que esto es más frecuente en quienes les fue mal en otros tratamientos. A este tipo de pacientes les pidió que “abrieran los ojos y miraran una de sus manos, ellos sabían a qué mano tenían que mirar y cuando lo hicieron uno de los dedos comenzó a levantarse por sí mismo.

Rossi y Cheek (1988), sugirieron que los “procedimientos de hipnosis terapéutica permisivos, exploratorios e ideodinámicos creados por Milton Erickson eliminan el tipo de presión emocional que anima a los pacientes a licitar resistencias” “La inducción y el mantenimiento del trance sirve para proporcionar un estado psicológico especial en el que los pacientes pueden reasociar y reorganizar sus complejidades psicológicas internas y utilizar sus propias capacidades de una forma que esté de acuerdo con su propia experiencia”.

En el diagrama de flujo que se presenta en las tablas Núm. 7, 8, y 9 se ofrece un desarrollo del procedimiento ideodinámico.

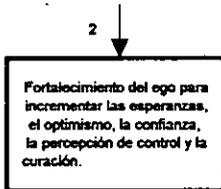
Edad; fecha de nacimiento; ¿Por qué ahora?; Objetivos de la terapia; Pérdidas; Conflictos interpersonales; Conductas sintomáticas; Problemas de personalidad; Tratamientos previos y presentes; Abuso de sustancias; etc.



Dificultades en construir la relación; examen de valores; proyecciones; transferencia; personalidad; dinámica interpersonal; Los problemas pueden no ser fáciles de definir, terapeuta y paciente deben concensurar y colaborar en la definición de los problemas.

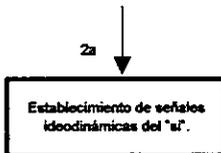
Fortalecimiento del ego
(Tarea para casa)

Se pide al paciente que busque experiencias de éxito pasadas, por ej., un logro. En hipnosis estos acontecimientos positivos se visualizan, y los sentimientos se atesoran.



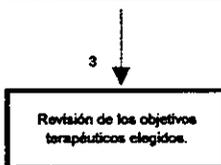
Los pacientes pueden requerir alguna ayuda en esta tarea. Se les ayuda después a reconocer que en el pasado ha resuelto muchos problemas y que tiene muchas experiencias positivas de aprendizaje y de logro.

"Cuando tu mente inconsciente sepa que tus recursos internos te ayudarán a resolver tus problemas entonces tu dedo del "sí" se moverá".



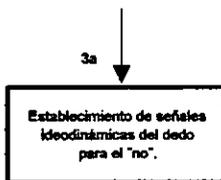
Psicoesomático sin intervenciones posteriores.

Se pide a los pacientes que se imaginen que están viviendo una película sobre ellos mismos (o de otra persona ficticia o real, con un problema similar). Establecer una prognosis optimista.



Las verdaderas señales inconscientes son siempre repetitivas y con frecuencia escasamente visibles. Frecuentemente se producen resistencias: falta de señales; señales múltiples; inhabilidad para señalar el "no".

"Cuando tu mente inconsciente conozca el origen del problema tu dedo del "no" se levantará".



Pero deben utilizarse siempre señales ideosensoras. Es mejor que una sola mano tenga todas las señales.



Para algunos pacientes será necesario un "entrenamiento en sugerencias sobre posturas".

Iniciación del procedimiento ideodinámico.

(Hawkins, 1995).

TABLA 7

¿Existe un problema o grupo de problemas que sea (n) los responsables de tus - dificultades?.

Permite a tu mente inconsciente encontrar los acontecimientos y, cuando lo hayas hecho moverás tu dedo del - si". Para tu mente consciente puede ser apropiado saber qué está sucediendo al mismo tiempo que tu dedo se levanta".

Ahora revisa el acontecimiento y cuando hayas terminado - entonces tu dedo del "no" se levantará. Si fuera apropiado tú conocerás conscientemente qué está sucediendo y podrás contármelo, si es que cuadra que yo lo - conozca".

Se repite este "ciclo" (4a, 4b, 4c) hasta que se obtiene la respuesta del "no".

"¿Existe cualquier otra experiencia (más antigua) que necesites saber para poder resolver el problema?".

4a
Preguntas Ideodinámicas

4b SI
Se pide a la mente inconsciente acceder al acontecimiento en 4a.

4c SI
Se pide a la mente inconsciente que revise la experiencia en 4b.

5 NO
Comprobar si el paciente está preparado y deseoso de abandonar su problema.

Lecon desarrolló un procedimiento retrospectivo muy útil para retrotraer al paciente en sus experiencias traumáticas de sus problemas. Pedir al paciente que señale, si el problema ocurrió antes de los 20, de los 10, de los 5, etc.

Puede utilizarse también un procedimiento cronológico progresivo. Se pide al inconsciente que regrese a un momento anterior al trauma. Después ha de avanzar hasta que el paciente indique con una respuesta ideodinámica que accedió al acontecimiento y puede experimentar lo que está sucediendo.

Sea cual sea el procedimiento que se usa debe siempre permitirse un tiempo para la catarsis emocional y/o la toma de conciencia espontánea. Facilitar el reencuadre terapéutico siempre que sea necesario.

Pueden conseguirse diferentes niveles de disociación; cuando el paciente sabe cuál es el acontecimiento traumático, puede revivir la experiencia como si - estuviera viendo una película.

Alternativamente el paciente puede "reescribir" su historia creando una experiencia idealizada.

(ACCESO Y REVISION IDEODINÁMICA)

(HAWKINS, 1995).

TABLA 8

"Ahora que ya has revisado los acontecimientos que fueron la base de tu problema, ¿está tu mente inconscientemente preparada para permitirte proyectarte hacia el futuro sin el problema? Ahora que hiciste este trabajo, ¿puedes ya encontrarte bien?".

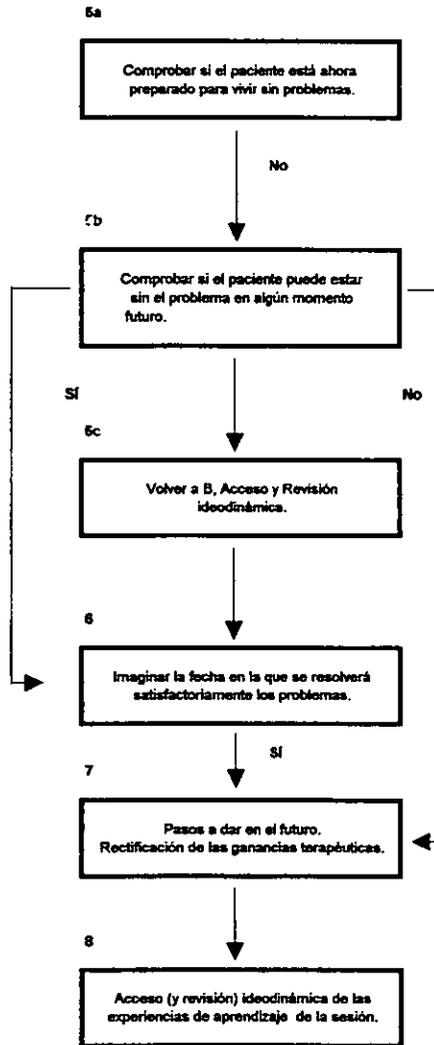
"¿Está tu mente consciente permitiéndote vivir en algún momento futuro sin el problema?".

Sugerir que el movimiento del dedo se convierta en una levitación ideodinámica de la mano.

"Mientras la mano se eleva hacia el futuro, escribirás en una pizarra imaginaria —enfrente de ti, la fecha en la que te verás libre del problema, teniendo en cuenta — que la fecha puede siempre posponerse".

"Ahora despiúzate al futuro, a la fecha que escribiste y experimenta mirándote en un espejo sin el problema. Ahora métete en el espejo y siéntete bien, sabiendo que esto puede ocurrir, que la curación puede estar ocurriendo incluso ahora, aunque no te des cuenta de ello".

"Y ahora tu inconsciente podrá revisar todo y aprender las experiencias que han ocurrido durante la sesión".



La inhabilidad para acceder al momento del trauma es una indicación de una resistencia no reconocida.

Si no hay una respuesta satisfactoria, volver a 5a para comprobar la señal del dedo. En vez de un espejo, puede usarse una televisión o una película.

Para incrementar la fuerza de la terapia, pedir al paciente que continúe con la relación y la visualización en su casa. Con cada experiencia de aprendizaje se da una respuesta ideodinámica, un incremento de la esperanza, del optimismo y de las expectativas positivas.

Acceso y revisión ideodinámica

(HAWKINS, 1995).

TABLA 9

IV.3) TÉCNICAS DE ANESTESIA/ANALGESIA

Son comunes los ejemplos de como el dolor es anulado en situaciones de la vida cotidiana, al ser “sacado” de la conciencia por otro estímulo más poderoso o de otro carácter (Erickson, 1968). Todos hemos tenido experiencias de anestesiarnos, por ejemplo, ante la sensación producida por determinadas prendas (interiores o no) y calzado. Cuando una historia interesante, una telenovela o un certamen deportivo apasionante absorbe nuestra atención, un dolor de muelas o cualquier otra sensación física molesta puede quedar relegada, de tal manera que apenas la sentimos.

Cuando existe falta de respuesta sexual con un cónyuge, se emplea analgesia o anestesia debido a múltiples razones psicológicas y no fisiológicas.

Las mujeres que desean dar a luz sin recibir medicación alguna o los pacientes con dolores crónicos pueden anestesiarse.

De igual manera que los individuos producen anestesia de manera natural por medio de trances informales, también se puede producir a través de técnicas hipnóticas, ya que a través de los años se ha demostrado su utilidad en el manejo y control del dolor en diversos ámbitos; odontología, dolor crónico, cirugía, obstetricia, cáncer, etc. (Lassner, 1974; Perry, 1977; Hilgard y Hilgard, 1975, Scott, 1973; entre otros); se hacen sugerencias relacionadas con anestesia (ausencia de dolor) o analgesia (ausencia de sensaciones). Cabe mencionar que para fines de este trabajo se tomaron como sinónimos.

La mayoría de los investigadores coinciden en señalar que para que se dé un resultado óptimo, la técnica o técnicas concretas que se utilicen tienen que adaptarse a las necesidades específicas del paciente y a sus experiencias pasadas. Saber qué técnicas pueden resultar más útiles es algo que se determina en la entrevista por ensayo y error.

Así, nuestra exposición se limitó a presentar diversos métodos hipnóticos utilizados.

a) RELAJACIÓN HIPNÓTICA.

Puede emplearse la relajación hipnótica para ayudar a los individuos con dolor, puesto que:

- a) Disminuye el dolor causado por una excesiva tensión muscular (cefaleas tensionales, síndromes temporomandibulares, etc.).
- b) Disminuye la ansiedad asociada al dolor.
- c) La concentración de la tarea de la relajación impide dirigir la atención a la experiencia de dolor.
- d) Permite el descanso y el sueño sin uso de drogas.
- e) Esta técnica habla al paciente de una estrategia de confrontación que puede utilizarse antes, durante y después de la experiencia del dolor.

Se pueden emplear las técnicas de relajación descritas en el capítulo de técnicas de inducción; de hecho es difícil distinguir entre relajación e hipnosis (Edmonton, 1981).

Al momento de estar trabajando sobre un problema de este tipo, se sugiere evitar palabras como “dolor” o “lesión” y en su lugar emplear palabras del estilo de “comodidad” y “relajación”.

b) SUGESTIONES DIRECTAS

Realmente, muchos hipnotizadores han empleado sugerencias directas para la eliminación de los síntomas, al tratar una gran variedad de problemas psicológicos. Una sugerencia directa puede expresarse de la siguiente manera:

“Conforme te vas sintiendo más cómodo y más relajado, descubrirás que vas notando una sensación de bienestar en tu cuerpo. Conforme vas profundizando en el trance, te vas encontrando cada vez más y más cómodo en todos los sentidos y descubrirás que cuando salgas del trance, la sensación de bienestar será generalizada”.

c) FROTAR LA ZONA AFECTADA

Muchas personas hemos vivido la experiencia de frotarnos la cabeza para reducir el dolor en ella.

A un paciente estando en trance, podemos frotarle con un suave masaje la zona afectada y puede traerle beneficios, o también solo poner la mano sin moverla para incrementar el calor en esa parte acompañando esta acción con sugerencias de bienestar. Ejemplo:

“A medida que experimentas más calor en donde tengo mi mano puesta, mayor bienestar y relajamiento percibes en esa zona”.

Sin embargo, se debería utilizar éstas técnicas de forma limitada por dos razones. Primero, no proporciona al paciente estrategias de afrontamiento; segundo, puede crear una situación en la que el hipnotizador podría fracasar, perdiendo de éste modo credibilidad.

Muchos otros paciente pueden beneficiarse de la sugestión indirecta, que está formulada de tal manera que no incita al paciente a resistirse. A continuación, se describen algunos procedimientos ericksonianos, que ayudan al control del dolor.

d) DISTRACCIÓN/AMNESIA

Podemos emplear el olvido parcial selectivo o completo de un dolor, por ejemplo, cuando nos duele una muela, nos podemos concentrar en una película, en un libro, etc. y no recordamos el dolor, es decir, hay una distracción de nuestra atención hacia otro lado. Observemos el sig. ejemplo (Erickson en Rossi y Ryan, 1985, p. 156), en como puede servir la sugestión para producir anestesia:

“Ustedes saben que pueden ir a ver un espectáculo, una película de suspenso y olvidarse del dolor de muelas; pueden ir a ver una película de suspenso y olvidarse del dolor de cabeza; si uno tiene una sorpresa agradable, a lo mejor se olvida de un callo que duele. En consecuencia, ¿por qué tendría que pensar necesariamente, que el dolor debe ser tratado con fármacos?, Usted ha tenido la experiencia de olvidar una lastimadura, lo que significa que pueden tratar el dolor induciendo amnesia, pueden tratar el dolor mediante la distracción”.

También se puede proceder, pidiendo al mismo paciente que elija la forma de distraer su atención de la herida y de su tratamiento, como alternativa, podemos sugerirle que se concentre en una escena, como por ejemplo, estar relajado en una playa, en el campo o que traiga un recuerdo agradable; el paciente debe fijarse lo más vividamente en la escena imaginada con todo detalle . Al mismo tiempo pediremos al paciente que se concentre en la

relajación. En niños puede pedírsele que se concentre en su programa favorito de televisión.

El empleo de la amnesia es recomendable cuando el dolor es intermitente, cuando hay momentos que la dolencia es intolerable y en otros casos, según lo amerite, provoca que el dolor sólo sea casi ausente o muy reducido.

La hipnosis puede hacer que el paciente olvide el dolor que ha sido experimentado. Al eliminar el recuerdo del dolor, el paciente también podrá eliminar el conocimiento de que le vendrá el dolor. En aquellos pacientes que han experimentado dolores muy fuertes, el temor al dolor futuro aumenta su incomodidad en todo momento y puede agravar el dolor cuando se presenta.

Al paciente se le puede decir que es posible olvidar experiencias anteriores de dolor y que cada nuevo dolor será sólo una experiencia transitoria. Y como el dolor no se recuerda ni se anticipa, la experiencia propiamente dicha parecerá no tener una duración apreciable y por ello se tolerará con más facilidad, incluso, el dolor puede experimentarse como un destello momentáneo de sensación que puede pasar inadvertido como experiencia dolorosa.

e) REMPLAZO O SUSTITUCIÓN HIPNÓTICA DE SENSACIONES

La sensación de dolor puede modificarse también en una sensación menos preocupante. Por ejemplo, el paciente puede interpretar la sensación como “de hormigueo” en vez de dolor, de picazón o entumecimiento. Otra forma de sustituir sensaciones es el caso manejado por Erickson, el cual habla de un hombre con dolor en una extremidad fantasma donde le dijo: si el fantasma puede producir dolor, también puede producir placer (Erickson y Rossi, 1976, pags.106-120). Sin embargo, una de las sensaciones sustituidas a la que suele recurrir de manera frecuente es a la de producir la sensación de frío, que suele asociarse con anestesia.

Una vez el paciente en trance hipnótico, le podemos pedir que imagine que hay una hielera con trocitos de hielo junto al sillón en la cual sumerge la mano repentinamente. A las mujeres, sobre todo a las señoras se les puede pedir que imaginen que están eligiendo un paquete de alimentos que se encuentra en el frigorífico del supermercado. Si la paciente quiere, las acciones

pueden hacerce mímicamente. Durante todo el tiempo, el terapeuta le dará sugerencias de que la mano y el brazo se queden fríos y casi sin sensibilidad. Cuando empleamos el método de la congelación profunda, la situación puede hacerce más real, si la paciente manifiesta el paquete que quiere y el terapeuta le informa que hay sólo uno y que está en cualquier parte del fondo del frigorífico. Es, desde luego, imposible que el terapeuta sepa cuando el brazo del paciente se siente pasmado de frío. Esta es una sensación subjetiva para el paciente y se sugiere no preguntar cosas como “¿Siente ya el brazo pasmado de frío?”, puesto que se produciría en el paciente una falta de confianza. En su lugar hay que decir: “Cuando sienta el brazo lo bastante frío, puede sacarlo de la hielera con trocitos de hielo (o del congelador) y ponerlo a su lado, continuando la relajación en una hipnosis más y más profunda. Esta acción por parte del paciente confirma entonces que sigue el brazo lo bastante frío.

f) CONCENTRACIÓN EN EL DOLOR COMO ALGO NUEVO

El paciente a la sensación de dolor le puede dar una nueva interpretación, una nueva apreciación desde un punto de vista cognitivo, más que reemplazar la sensación como la técnica anterior. Primero se invita al paciente a que describa cómo percibe el dolor de una nueva forma, ¿Qué color tiene? ¿Es estrecho, ancho? ¿Qué forma tiene? Etc. Una vez que el paciente lo puede describir en términos nuevos, o diferentes, se puede transformar esa percepción que le dio. Por ejemplo: un paciente describe a su dolor de espalda, que era crónico y benigno, como una mancha roja. Al invitarlo a la autohipnosis, se le pidió que transformara esa mancha roja en algo que pudiera manejar más, que pudiera controlar y él mencionó una mancha color blanco; se le invitó entonces a respirar profundo y despacio y esa mancha roja se transformaría en una mancha blanca. Lo logró y reportó una notable mejoría. Otra forma factible de darle una nueva interpretación al dolor es la siguiente:

Se puede pedir al paciente que imagine que tiene delante de él toda una serie de interruptores eléctricos para la luz y que piense en una lucecilla eléctrica encima de cada interruptor; cada luz es de un color o matiz diferente y todas están encendidas, teniendo un interruptor con luz roja, otro con luz rosada, otro con azul oscuro, azul claro, anaranjado, etc., con todos los colores y muchos matices; cada interruptor se dirige a una parte distinta de su cuerpo; posteriormente, se le produce anestesia en una mano, y se le pide que la dirija al interruptor que se relacione con la parte del cuerpo elegida, en seguida, se le

pide que se imagine que está apagando ese interruptor y así sucesivamente, hasta lograr la anestesia necesaria.

g) DISOCIACIÓN HIPNÓTICA

Puede crearse una disociación de la conciencia cuando el paciente no necesita ser muy funcional. Por ejemplo, durante un procedimiento dental o médico; o cuando algunas condiciones dejan al paciente virtualmente inmóvil, Por decir, durante las últimas etapas de una enfermedad terminal. Existen varias formas de lograr la disociación.

Una técnica consiste simplemente en negar que existe la parte del cuerpo en la que se siente el dolor: "Tu brazo ya no está aquí, tu manga está vacía y colgando, por tanto no existe sensación alguna". De la misma manera puede sugerirse una experiencia de "fuera del cuerpo". El siguiente ejemplo corresponde a la forma de desorientación corporal:

Podemos explicarle al paciente, el principio de que si el cuerpo es proyectado a cualquier parte, no puede estar aquí y, que de esta forma, no tendrá ninguna sensación, en otras palabras, tendrá lugar la analgesia de la parte proyectada. En la práctica, mas que tener efecto la analgesia, lo que ocurre es que el individuo pierde otras sensaciones, por ejemplo, la de la orientación postural.

El entrenamiento del paciente, inicialmente puede llevarse a cabo en una extremidad, de esta forma aprende lo que será la sensación subjetiva para él; podemos decirle como su brazo va a flotar alto, alto y finalmente, lejos de su cuerpo y puede tener lugar una levitación física del brazo, con cuyo hecho podemos sugerirle que cuando la imagen proyectada del brazo deje el cuerpo y flote lejos, el brazo real caerá, esto, desde luego, indicará al terapeuta, cuando han sucedido estos hechos subjetivamente para el paciente.

El método disociativo puede emplearse en intervenciones quirúrgicas o en vendajes a quemados en sus extremidades, aislando la mitad del cuerpo o incluso el cuerpo entero, en donde al final de la técnica las extremidades o el cuerpo tiene que ser "reintegrado" al individuo a quien le decimos que sus extremidades o su cuerpo están regresando y que pronto se sentirá entero y normal. La señalización ideomotora con el dedo puede indicarnos cuándo ha sucedido esto, lo que en algunas ocasiones puede llevar un poco de tiempo.

También puede verse como el paciente, algunas veces, hace pequeños movimientos con las extremidades o con el cuerpo durante este proceso de "integración". Esta técnica puede sonar muy psicótica o verdaderamente sofisticada, aunque en realidad, la analgesia producida de manera profunda y el método, es muy apropiado para pacientes que tienen las extremidades quemadas y que requieren curas regulares de las quemaduras.

h) DESPLAZAMIENTO DEL LUGAR DEL DOLOR A OTRA ÁREA DEL CUERPO

Erickson (1967), desplazó un dolor abdominal incurable de un paciente de cáncer en su fase final a un dolor igual en la mano izquierda. Aunque el paciente prefirió sentir el dolor en la mano y hacer menos uso de ella, subsiguientemente pudo participar en interacciones positivas con su familia durante los últimos meses de su vida, cosa que no habría hecho con el dolor abdominal.

Hay dolores difusos, que se les suele clasificar como secundarios y transmitidos por las fibras (B-delta Sternback, 1984). Este tipo de dolor suele responder de manera positiva a esta técnica. Un dolor difuso es posible concentrarlo en una región menor y luego pasarlo de la cabeza o la espalda a las manos; allí, aunque el dolor se siga sintiendo tal vez sea más tolerable o también pueda ser convertido en un cosquilleo de dedos.

i) REGRESIÓN HIPNÓTICA PARA PRODUCIR ANESTESIA

Se hace que la persona vuelva a una época anterior de su vida en la que no experimentaba dolor y por tanto, no lo experimentará en el presente.

Otra técnica parecida es llevarlo al momento que sufrió una lesión, si este fuera el caso y comentar el hecho (hacer catarsis y un nuevo reencuadre). Por ejemplo, una persona con una torcedura de tobillo, se le puede aplicar la siguiente técnica bajo hipnosis: Se puede regresar al momento anterior a la torcedura y preguntarle, ¿qué estaba haciendo en ese instante?... ¿qué miraba?... ¿qué acciones ejecutaba y dónde se encontraba?; se le pide al paciente que observe todas esas cosas y trate de ver o de oír, de tener el conocimiento de los movimientos de su cuerpo y de su posición al ocurrir el accidente; en dónde se torció el tobillo...¿qué emoción sintió? (al pedirle esto a la persona, es posible que sienta una recrudescencia del dolor, puesto que éste

ha podido disminuir, desde el momento verdadero de la lesión). Lo anterior se le pide en dos o tres sesiones.

Otra forma de emplear la regresión hipnótica con fines de anestesia es llevar al paciente a un momento en donde haya sido anestesiado, regularmente, cuando le hayan realizado un trabajo odontológico, por ejemplo: Se lleva al paciente a ese momento, que se ubique en el consultorio del dentista y que vuelva a vivir la experiencia de cómo fue anestesiado. Una vez en trance se le pide el recuerdo de la anestesia (nos lo puede indicar con un dedo de su mano). Se puede llevar alguna de sus dos manos a su cara y que coloque un dedo en la zona que tiene la anestesia, para que ésta pase al dedo, y una vez que pasó al dedo, que la pase con el dedo a la zona afectada y, cuando lo haya realizado, que separe los dedos para indicar que ya realizó dicha tarea.

j) DISTORSIÓN TEMPORAL HIPNÓTICA EN LA PRODUCCIÓN DE ANESTESIA

Este fenómeno hipnótico, fue desarrollado originalmente por Lynn Cooper y perfeccionado después por Cooper y Erickson (1959) y consistió, en manipular el tiempo experiencial con respecto al tiempo real o cronométrico. Se alienta a los pacientes a experimentar una extensión del tiempo cuando se sienten relativamente libres de dolores y a condensar en un sentido perceptivo, aquellos intervalos en que el sufrimiento se vuelve problemático. Erickson, detectó una disminución de la duración real o cronometrada de los episodios dolorosos, así como del tiempo experiencial. En los pacientes entrenado en estas técnicas, el método se suele combinar con la amnesia hipnótica.

Erickson pudo convencer a algunos pacientes cancerosos, que sufren dolores intolerables y permanentes, de que aceptasen el dolor y de ésta manera pudieran experimentarlo, sólo en ciertas condiciones muy precisas de tiempo y localización; les asignó por ejemplo, que aparecieran en una hora por la mañana.

La combinación de estas intervenciones produce un repertorio casi ilimitado de técnicas, para el tratamiento relacionado con el dolor. En todo trabajo hipnótico, hay que adaptar las sugerencias y la imaginación, a las necesidades del individuo. Una misma técnica puede ser adecuada para un paciente y totalmente inapropiada para el siguiente, aún cuando sus problemas parezcan similares. La mayoría de las terapias contra el dolor requieren, por así

decirlo, un tapiz de intervenciones entretejidas con delicadeza, una combinación única, específicamente adecuada para un paciente y un momento determinado.

Al desarrollar un plan terapéutico eficaz, debemos considerar con detenimiento al paciente como individuo, su personalidad, sus antecedentes particulares y su percepción personal del sufrimiento. El manejo del dolor, debe armonizar con el tratamiento médico y el estilo de vida del paciente. Digamos por último que el terapeuta debe mantenerse en sutil sintonía con el hecho de que los dolores son una valiosa fuente de información, la advertencia de una enfermedad o lesión, o la señal de un pedido de protección. Todo terapeuta que quiera reducir el dolor de un paciente tiene la gran responsabilidad de enseñarle a reconocer las señales de advertencia, ahora disminuidas y a prestarles atención. No se trata de quitar por quitar dolores debe hacerse bajo la estricta supervisión médica.

Pacheco y Madariagal (1989, pp. 57 y 58), describen el caso de anestesia bucal hipnótica inducida indirectamente, veamos:

La paciente tiene 35 años de edad y padece paraplejia flácida desde los 22 años, por daño neurológico post-peridural, al parecer provocado por alergia al anestésico utilizado en el parto de su único hijo. En marzo de 1989, requirió tratamiento dental, aplicándosele anestesia local, lo cual desencadenó un cuadro similar al de su accidente previo (alteración de la presión arterial y en el ritmo respiratorio, sensación de ahogo, mareos y angustia concomitante), impidiéndole al odontólogo efectuar el procedimiento clínico. La paciente inquirió al psicólogo sobre algún procedimiento anestésico que le permitiera completar su tratamiento dental y le fue ofrecida la anestesia hipnótica. La paciente no tenía antecedentes de experiencias hipnóticas previas y con anterioridad había recibido anestesia local, con drogas en intervenciones odontológicas. Se realizaron dos experiencias de trance hipnótico, distanciadas dos semanas una de la otra. En la primera sesión, se indujo trance indirectamente de la siguiente forma: se le invitó a recordar una experiencia placentera de su vida pasada, manteniendo los ojos

abiertos o cerrados, se le acompañó y guió con los movimientos respiratorios, diseminando ideas de calma y comodidad, logrando a los pocos minutos un trance profundo, en estas condiciones, se le sugirió imaginarse que estaba elevándose en un globo, lenta, calmada y confiadamente, visualizando el paisaje y a las personas desde la altura (distracción-amnesia). Estando allí, una de esas personas allá abajo necesitaba que le enseñara algo que ella ya sabía hacer (disociación), y que la podría ayudar, trayendo a su mente una experiencia de su infancia, en la cual fue al dentista y obtuvo anestesia dental exitosamente (regresión). La paciente al escuchar estas sugerencias, tocó por sí sola, con su dedo índice derecho la zona de las encías de los molares superiores izquierdos y luego aplicó este mismo dedo a nivel de los incisivos superiores, al decirsele que podría llevar esa sensación al lugar que lo necesitaba ahora (desplazamiento-transmisión), la paciente estando en trance, se le solicitó que abriera sus ojos y refiriera las sensaciones que tenía en su boca, a lo que respondió "siento mi boca rara" (la paciente en ese momento, se encontraba en trance sonambulístico), se le solicitó cerrar los ojos e intensificar las sensaciones de su boca hasta que estuviera totalmente segura de cubrir las necesidades de esa persona, luego, se le sugirió salir del trance a su propio ritmo, recobrando las sensaciones normales de su cuerpo, una vez fuera del trance y orientada, relató haberse sentido "dormida" y anestesiada la zona de las encías correspondientes a los incisivos, acto seguido, solicitó que en su próxima visita al dentista, la acompañara el psicólogo, a fin de sentirse más tranquila y segura (recordar que la paciente sufre de paroplejia en coincidencia con anestesia química local). Dos semanas después, en el consultorio dental, el psicólogo le indujo trance en la forma ya descrita, a los 10 min. la paciente refirió profunda anestesia en la zona de los incisivos superiores. Debió esperar 40 min. para ser atendida por el odontólogo, durante ese periodo se dieron las siguientes sugerencias, en el sentido de que "cualquier ruido ambiental, le permitiría profundizar la sensación de

calma y bienestar (voces, ruidos e instrumental dental); que ella podría aplicar tanta y cuanta anestesia requiriera para el tratamiento dental; que mientras se prolongara la estadía en la sala de espera, podría trasladarse mentalmente a una situación agradable de su infancia. Ante la espera, inicio movimientos rítmicos de su cabeza y tronco (posteriormente relató que estaba galopando a caballo en el campo). Se le indicó que con un aviso del terapeuta, ella abriría los ojos y sería conducida a la oficina dental, comportándose con naturalidad (a tal punto que el dentista no se percató que la paciente se encontraba en trance sonambulístico). Una vez instalada en el sillón dental, se le sugirió cerrar los ojos y continuar en su experiencia agradable de la infancia, mientras que el dentista trabajaba en su boca y que cualquier ruido que escuchase, le haría sentirse más calmada y segura, mientras mantenía la anestesia bucal.

Posteriormente, se informó al dentista que podía trabajar con toda seguridad y que la paciente colaboraría en lo que le solicitara, luego el psicólogo guardó silencio hasta el término del procedimiento, ubicándose en el otro extremo de la sala, desde donde podía observar a la paciente. En varias oportunidades, el dentista solicitó a la paciente que “escupiera”, ante lo cual ella abrió sus ojos, tomó el vaso de agua, enjuagó su boca, cerró sus ojos y se mantuvo en profunda calma. Durante el procedimiento que se prolongó alrededor de 40 min. y que consistió en el tratamiento de dos incisivos superiores, remoción de la obturación temporal en base, limpieza y desinfección de las cavidades mediante los métodos manuales y máquina de alta velocidad (fresado de las cavidades), terminación de las cavidades y aplicación de una protección pulpar, mediante hidróxido de calcio, obturación definitiva, mediante composite en base a fotocurado y pulido final, la paciente demostró estar en trance profundo, con la musculatura de la cara alisada, inmovilidad del cuerpo, respiración profunda y acompasada y movimiento de los globos oculares. Al término del procedimiento, se le sugirió a la paciente mantener la anestesia por todo el tiempo que su

mente interior lo considerara necesario y que a su propio ritmo y velocidad podía recobrar el estado de alerta normal. A los pocos instantes, la paciente abrió sus ojos, mostrándose alerta, tranquila y animada. A una pregunta del terapeuta, refirió sentir las encías y labio superior dormidos.

Los investigadores difieren al considerar si las personas deber ser altamente susceptibles (como se estima en las escalas de susceptibilidad) para beneficiarse de la anestesia hipnótica. Hilgard y Hilgard (1975), después de revisar la literatura clínica y los estudios de laboratorios sobre el dolor concluyen que hay una relación positiva entre nivel de susceptibilidad y responsividad a las sugerencias de analgesia. Si esto es así, el número de personas que podría beneficiarse sería limitado, sin embargo, Barber (1981), Shafer y Hernández (1978), no están de acuerdo. Estos últimos creen que “los pacientes más motivados pueden lograr niveles suficientes de hipnosis para aliviar el dolor”.

Barber (1981), informó de una tasa de éxito del 99% en pacientes de odontología; consideró, en otros estudios que la razón por la que muchas personas no responden a la hipnosis radica en las sugerencias que se hacen.

Barber utilizó un procedimiento que denominó “Inducción rápida a la analgesia” que, en muchos casos, requería menos de 11 minutos.

El procedimiento se administra inmediatamente antes que el paciente vea al dentista; se da una clave posthipnótica (tocas la espalda) como condicionamiento hipnótico, para volver rápidamente al estado de hipnosis una vez que esté en la silla del dentista. La terminología de las sugerencias es indirecta y permisiva, lo cual según Barber sirve para evitar que aparezcan resistencias en el paciente.

Aunque el tema respecto a quién puede ayudarse a controlar el dolor sigue estando aún sin resolver, los informes como el de Barber merecen una seria atención. Son muchos los beneficios derivados de la anestesia hipnótica. La reducción de los medicamentos contra el dolor aminora el problema de la adicción y otros efectos colaterales no deseados; se reducen los riesgos de daño de la anestesia química en cirugía, especialmente con personas mayores; se minimiza los efectos negativos potenciales de la anestesia en niños durante el

parto y, de esta forma, pueden evitarse medidas quirúrgicas drásticas para la reducción del dolor.

IV.4 EMPLEO DE SUGESTIONES POSITIVAS

Regularmente los seres humanos siempre nos estamos dando sugerencias a nosotros mismos; siempre tenemos “cintas sonando en nuestra cabeza”. Siempre nos decimos toda clase de cosas a nosotros mismos, pero estas autosugerencias rara vez son beneficiosas; de hecho, con frecuencia son negativas y dañinas: “No puedo hacer esto”, “No puedo soportar esto”, o “Esto es horrible”. Al prepararnos o preparar a los pacientes cada día con autosugerencias positivas o útiles, se llegan a ser más conscientes de las autosugerencias negativas y auto-derrotistas que se dan o nos damos a menudo. De hecho, el valor de autosugerencias positivas como “Hoy disfruto” puede no estar en su “positivismo” pero sí ser de utilidad para sensibilizarse ante el hecho, de que habitualmente nos demuestre sugerencias negativas o dañinas. Cuando los individuos toman conciencia de las sugerencias tan dañinas que se dan a sí mismos, pueden entonces reducir sus autosugerencias negativas.

Antes que el terapeuta ofrezca sugerencias positivas, se prepara al paciente, se discute las razones de las sugerencias. Por ejemplo, tendrá una discusión extensa con sus pacientes antes de ofrecer las siguientes sugerencias que pretenden reducir sus constantes autocríticas, “Hoy soy bondadoso conmigo mismo... me acepto... soy tan agradable conmigo como con otros... hoy no me critico (o maltrato, quejo, atormento, reclamo o regaño) a mí mismo. La discusión que precede a estas clases de sugerencias se centran en seis puntos:

1.- La mayoría de los seres humanos pasan una cantidad de tiempo exorbitante sintiéndose culpables por algo que han hecho o han dejado de hacer, y criticándose a sí mismos de forma regañona y acusatoria.

2.- Algunas personas se maltratan a sí mismas prácticamente todo el tiempo, “No debería haber hecho eso”, “soy estúpido (feo, torpe, etc.)” Muchas se regañan la mayor parte del tiempo y sólo una pequeña proporción de personas que funcionan bien, son capaces de limitar drásticamente sus auto-regaños.

3.- Aunque cierta autocrítica puede ser útil en ocasiones (por ejemplo, criticar objetivamente la propia realización con el objetivo de mejorarla), el

regañó, la autocrítica acusatoria no se entrelazan con acciones dirigidas a mejorar la auto-derrota.

Por otra parte, no son válidas fundamentalmente debido a que:

a) Gran parte de la autocrítica está basada en la asunción de que cualquier cosa que no suceda es culpa nuestra, cuando en realidad nosotros controlamos un porcentaje de lo que nos afecta.

b) Somos mucho más críticos con nosotros mismos que con otros; de hecho, si regañáramos y molestáramos a otros del modo en que nos regañamos y reclamamos a nosotros mismos, nos evitarían como si fuéramos una plaga.

4.- Esta autocrítica regañona casualmente se aprende pronto en la vida, casi siempre de nuestros padres, hermanos y otros significativos. Las críticas de estas personas, por ejemplo: “eres un estúpido,” “¿qué pasa contigo?” y “¿por qué no puedes hacer nada bien?”. Se introyectan como parte del “super yo”, se aceptan como válidas y luego se repiten constantemente de forma encubierta.

5.- Esta clase de autocrítica tiene “validez autocumplidora”. Cuando las personas constantemente se reprenden a sí mismas por tontas, torpes, malas, feas, etc. tienden a comportarse de forma menos inteligente y más torpe.

6.- Los individuos generalmente muestran un nuevo patrón de conducta más eficiente cuando se reducen las autocríticas (Barber, 1981).

Esta reducción comienza tan pronto como se dan cuenta de que son injustificadas, dañinas y que se pueden cambiar a través de un esfuerzo deliberado.

Ahora bien, las autosugestiones positivas se pueden usar con auto-hipnosis; cuando el paciente ha practicado una relajación y una calma profunda, aunque también se pueden dar durante la vigilia, ya sea por el terapeuta o por él mismo.

Un ejemplo de sugerencias en forma de palabras o frases claves que el terapeuta puede “lanzar” a los pacientes para que elijan ellos mismos, son las siguientes (Barber, 1981):

“Hoy aprecio estar vivo... saludable... fuerte... Hoy aprecio mis ojos, mi vista, mi capacidad para ver colores... amaneceres... ocasos... el cielo... la gente... los animales... las plantas... Hoy aprecio mi capacidad para sentir los aromas y las fragancias que me rodean... para escuchar la música... las voces... la lluvia cayendo... el llanto de un niño... tocar una piedra... el agua... una persona... Hoy aprecio mi capacidad para pensar... para planear... para imaginar... para soñar... para sentir... para tener sensaciones sexuales... Hoy aprecio estar vivo y consciente... como si el sol hubiera acabado de aparecer... como si no hubiera visto o sentido ninguna otra cosa antes... Hoy dejo fluir mis sentimientos buenos... Hoy despliego mi bondad, mi cariño... mis sentimientos de amor... Hoy dejo que mis sentimientos positivos, cálidos y empáticos fluyan hacia cada persona que encuentre, hacia cada animal, hacia cada cosa que me rodea”.

Dar este tipo de sugerencias, que pueden ser de manera informal pueden ser una parte útil del conjunto de técnicas del terapeuta, siempre que las utilicen selectivamente en ciertas ocasiones y con ciertos pacientes. Los criterios para aplicar los procedimientos discutidos en esta sección son, que el paciente vea claramente la utilidad de los procedimientos de autosugestión o heterosugestión y que esté motivado a practicarlos en momentos específicos durante el día.

IV.5 DISTORSIÓN DEL TIEMPO

Es la capacidad de experimentar expandida o contraída la duración temporal. A menudo, la percepción subjetiva del tiempo es muy distinta de su duración real. Cooper y Erickson (1959), opinaron que cuando existe una diferencia “marcada” entre la duración aparente de un intervalo dado y su lectura en el reloj, decimos que hay una “distorsión del tiempo”. (P.2). Por ejemplo, en un estudiante, se puede invitar a recordar las ocasiones en que sin darse cuenta ha alargado el tiempo, como cuando has estado en una esquina esperando a alguien, o cuando estás cansado en la escuela tomando una clase muy aburrida, cada minuto se hace eterno... O puedes recordar cuando lo has acortado, como cuando leías una novela interesante o como cuando estás muy contento platicando con algún amigo o amiga en alguna fiesta y el tiempo

vuela...Hay dos estrategias básicas utilizables para ayudar a resolver conflictos: la condensación y la expansión del tiempo.

a) CONDENSACIÓN DEL TIEMPO

En trance, podemos acortar subjetivamente el tiempo de manera tal que la persona no experimente durante mucho tiempo un sentimiento negativo o doloroso. Por ejemplo, alguien que está viviendo un periodo depresivo, a través de sugerencias se puede lograr que su depresión sólo aparezca de 7 a 10 de la mañana como si fuera todo el día mientras que en las otras horas se sienta activo y dinámico.

Un ejemplo más de condensación del tiempo; se muestra con pacientes psiquiátricos, donde se puede lograr concentrar en un lapso de tiempo, las alucinaciones, sugiriéndoles: "Usted tiene derecho a abandonarse a sus alucinaciones, pero sólo dos horas al día". (Torjzman, 1978 p. 96).

A continuación se describe de manera más íntegra una estrategia en este sentido.

a.1) PREOCUPACIÓN HIPNÓTICA

Otro tipo de procedimiento que se puede encuadrar dentro de la distorsión del tiempo, es la preocupación hipnótica. Este procedimiento tiene cinco pasos

- 1) Se condiciona al paciente a que logre autohipnosis.
- 2) El terapeuta sugiere al paciente que intente preocuparse de manera nueva. En vez de preocuparse intensa e inútilmente durante todo el día sólo utilice un tiempo establecido como si fuera todo el día, digamos en la tarde de 17:30 a 18:30.
- 3) Inmediatamente antes de este "tiempo de preocupación" deberá escoger y delimitar el tema sobre el que se preocupará. También deberá tener disponible lápiz y papel y registrar las ideas nuevas que surjan del "Trabajo de preocuparse".
- 4) Antes de empezar la "preocupación hipnótica" el paciente debe entrar en auto-hipnosis.
- 5) Después de haber alcanzado la calma y la tranquilidad, puede preocuparse de forma provechosa y dirigida hacia un objetivo, dejando que

surjan pensamientos, ideas y soluciones nuevas y sintiendo o viéndose a sí mismo enfrentando el problema de la forma más competente posible.

El efecto de este procedimiento puede aumentarse si se presenta con una explicación y discusión más amplia acerca de “cómo preocuparse con éxito”. Esta explicación podría incluir una discusión de los principios como los que se señalan a continuación:

a) Gran parte de nuestros problemas de la vida incluyen a otras personas: nuestros padres, cónyuges, jefes, etc., y nosotros rara vez o nunca podemos cambiar a otras personas directamente.

b) Sin embargo, podemos mejorar nuestras relaciones interpersonales cambiando nuestras actitudes hacia otros. Por ejemplo, a medida que dejamos a otros ser como son, nuestras relaciones seguramente mejorarán. Podemos cambiar si mostramos actitudes de mayor aceptación hacia otras personas y entendemos que éstas y nosotros mismos actuamos en función de opiniones únicas que son debidas a experiencias vitales también únicas.

c) Una labor importante de la “preocupación hipnótica” es, si el problema se puede solucionar directamente mediante nuestros propios esfuerzos, o si es la clase de dificultades que no se puede solucionar directamente, pero que se puede mejorar cambiando nuestra actitud.

d) Si decidimos que el primer tipo de problema, es decir, el que podemos cambiar directamente, dejaremos que surjan pensamientos, ideas y soluciones nuevas durante la “preocupación hipnótica”, y practicamos en la imaginación, el uso de nuevas ideas y soluciones. Si el problema incluye las características básicas de otra gente, como es evidente, no podemos intervenir de manera directa; durante la “preocupación hipnótica”, practicaremos a través de la imaginación, la interacción con estos individuos, con una nueva actitud de aceptación y calma por nuestra parte.

b) EXPANSIÓN DEL TIEMPO

A veces, tenemos la impresión de que el tiempo percibido transcurre mucho más despacio de lo que indica el reloj. Por medio de sugestión, podemos expandir la duración de los sentimientos positivos del paciente y contraer la de sus sentimientos negativos. Para muchas personas, la distinción entre pasado, presente y futuro es sólo una ilusión, aunque sea una ilusión pertinaz.

IV.6 MOVIMIENTOS MOTRICES INVOLUNTARIOS

Cuando estamos en vigilia plena, más o menos, nuestra conducta es voluntaria. La gente produce elecciones de conducta y respuestas volitivas. En un trance formal, el paciente puede tener la impresión de que sus respuestas son involuntarias. Aunque también este fenómeno se observa en vigilia, por ejemplo, cuando uno es acompañante de un conductor de automóvil y observa que se va a tener un alcance, es probable que éste también pise el freno, aunque él no pueda controlar el pedal de freno. Este es un ejemplo de un movimiento involuntario. Ahora describiremos algunos que pueden suceder durante el trance.

a) CATALEPSIA: No podemos mover alguna parte del cuerpo, por ejemplo, no poder abrir los ojos; también puede ser diversas partes e incluso el cuerpo completo.

b) MOVIMIENTOS IDEOMOTORES: En ocasiones a un paciente se le puede pedir que levante su dedo índice de su mano derecha, para decir "SI", y que levanta el dedo índice de su mano izquierda para decir "NO", así como levantar el dedo pulgar de la mano derecha para decir "NO SE". A través de estos movimientos motores se puede dar respuestas ideacionales.

c) LEVITACIÓN DEL BRAZO: La levitación del brazo es pedirle al paciente que se vaya elevando su brazo hacia su rostro o que se eleve a cualquier otra parte, esto se puede hacer con el fin de medir susceptibilidad a la hipnosis (se detalla en pruebas de susceptibilidad) e incluso para inducir o profundizar el trance. Asimismo, puede servir en la realización del trabajo psicoterapéutico, por ejemplo, un paciente que trae dolor en una pierna, se le puede decir que en la medida que se va levantando su brazo hacia su rostro su dolor va ir desapareciendo.

d) ESCRITURA AUTOMÁTICA: se puede definir de dos formas:

1) Escribir mientras se concentra la atención exclusivamente en el contenido y no en los movimientos de la mano ni en el trazo resultante (Wolber, 1968b).

2) Escritura inconsciente de un material significativo (Wolman, 1984). Rosen (1989), describe un ejemplo de escritura automática realizada por Erickson:

Cierta vez, en la Universidad del Estado de Michigan, E.U., el doctor Anderson pronunció una conferencia sobre hipnosis para el departamento de psicología. El doctor Anderson me preguntó si yo quería hacer una demostración práctica, le respondí que no tenía ningún sujeto y que sería de mi agrado si algunas personas se ofrecieran como voluntarias. Llamó a unos estudiantes como candidatos para preguntarles si les gustaría ofrecerse como voluntarios, y varios lo hicieron; escogí a una muchacha llamada Peggy. Una de las cosas que el doctor Anderson quería demostrar era la escritura automática. Le dije a Peggy que se instalase en el extremo de una larga mesa, mientras todos los demás ocupábamos el otro extremo. Puse a Peggy en trance, ella se daba cuenta de que estaba sentada en el extremo de una larga mesa y nosotros en el otro extremo. Escribió algo automáticamente y luego dobló automáticamente el papel, lo volvió a doblar y lo deslizó automáticamente en su cartera, sin percatarse de nada. Todos los demás si lo vimos. Volví a ponerla en trance y le dije que al despertar, escribiera automáticamente:

“Hoy es un hermoso día de junio”. Estábamos en abril. Escribió lo que le dije, y cuando más tarde se le mostró, me replicó que ella no había escrito eso, y que no era su letra, por cierto que no era su letra habitual.

Pasaron unos meses, y en septiembre me llamó desde Indiana por larga distancia y me dijo: “Hoy me sucedió algo curioso, y creo que usted tiene algo que ver... así que le contaré de qué se trata.

Hoy vacié mi cartera y me encontré con que en el fondo había un papelito doblado, lo abrí y en uno de los lados estaba escrito, en una letra muy extraña: “¿Me casaré con Harold?” no era mi letra habitual, no entiendo cómo ese papel vino a parar a mi cartera. Yo tengo la impresión de que esto tiene algo que ver con usted, y lo único que yo tuve que ver con usted fue esa conferencia en la Universidad del estado de Michigan, en abril. ¿Se ocurre alguna explicación sobre ese trozo de papel?:

“En abril di una conferencia en esa Universidad, es cierto”, contesté, “por casualidad ¿usted se hallaba entonces comprometida para casarse?”.

“Oh, si estaba comprometida con Bill”.

“¿En ese entonces tenía alguna duda sobre su compromiso?”, volví a inquirirle.

“No, no la tenía”.

“¿Alguna vez tuvo dudas acerca de su compromiso con Bill?”.

“Bueno”, me contestó. “En junio Bill y yo rompimos nuestro compromiso”.

“¿Y después de eso que pasó?”. “Oh bueno, en julio me casé con un hombre llamado Harold”.

“¿Cuánto hace que conoce a Harold?”.

“De vista lo conocí en algún momento del semestre anterior, pero nunca me había encontrado con él ni habíamos charlado. No lo hicimos hasta que por casualidad me encontré con él en julio”.

Le dije: Esa leyenda, “¿Me casaré con Harold?”, fue escrita por usted automáticamente en estado de trance. Su mente inconsciente ya se había dado cuenta de que usted iba a romper con Bill, y de que Harold era el hombre que realmente le atraía”.

Su inconsciente supo con varios meses de adelanto que ella iba a romper su compromiso. El motivo de que doblara tanto el papelito es que en abril no podía soportar conscientemente ese hecho.

Cuando a un paciente se le pide por primera vez que escriba automáticamente, tendrá dificultades para hacerlo libremente si uno no deja bien claro que está protegido; algo muy íntimo de la persona está por manifestarse y ella no se encuentra aún en condiciones de afrontarlo. De manera que si se pretende que un paciente use la escritura automática, hay que dejar que diga “No puedo” y, luego enseñarle a mover la mano como si estuviera haciendo garabatos gradualmente; después de haber hecho una cierta cantidad de garabatos, pondrá en alguno de ellos una información secreta ilegible. Luego escribirá otras cosas

como “Hoy es un hermoso día de junio”. Luego podrá
explayarse y rendir información personal, (pp.65-67).

La cuestión crucial en los movimientos motores involuntarios, es precisamente la involuntariedad que reportan los sujetos sobre sus movimientos y, en muchas ocasiones refieren no tener la menor sensación de control de sus movimientos.

IV.7 IMAGINACIÓN

En hipnosis, se estimula la imaginación, de una persona para formar una gama de imágenes. Estas imágenes pueden contener un complejo de dimensiones, actividades, afectos y creencias referidas a experiencias pasadas, presentes y futuras. A veces, la mente inconsciente representa de manera simbólica las dimensiones de determinadas actitudes, afectos y conductas.

Algunos sucesos imaginables contienen componentes auditivos, kinestésicos, gustativos y visuales, de tal forma que un individuo puede formarse una imagen futura positiva de su situación actual y alterar las experiencias presentes, asimismo contemplar el pasado desde un punto de vista diferente.

La imaginación es una herramienta muy útil para conseguir mayor control sobre el pensamiento, las emociones y el cuerpo y con ello lograr un cambio de conducta positivo. Existen algunas frases que suelen emplear los hipnotistas en las que hacen referencia al poder de la imaginación. “Si lo imaginas lo puedes conseguir”. “Es más fuerte la imaginación que la fuerza de voluntad”.

Las técnicas completadas dentro de la imaginación son las siguientes: imágenes para desarrollar salud, técnicas de progresión de edad y la técnica de concreción.

a) IMÁGENES PARA DESARROLLAR SALUD

La relación entre mente y enfermedad física no debe subestimarse. Simonton y Cols. (1978), encontraron que la capacidad y calidad de la imaginación podía influir en el manejo del propio individuo sobre su cáncer. En una investigación que realizaron, obtuvieron los siguientes resultados con tres grupos de pacientes con cáncer avanzados, que han utilizado su tratamiento

psicológico de apoyo, complementario siempre, a un tratamiento médico convencional: 71 enfermos de cáncer de mama, 24 con cáncer de pulmón y 28 con cáncer de colon. Todos ellos recibieron la terapia psicológica de Simonton entre 1974 y 1978 y los datos reportados fueron los siguientes:

1) De los 71 casos con cáncer de mama, el 59% murió durante el tratamiento pero la media de supervivencia del grupo fue de 38.5 meses frente a los 18 meses que proporcionó la media nacional para este tipo de cáncer en estado avanzado.

2) De los 24 casos de cáncer de pulmón, el 79% murió durante el tratamiento pero la media de supervivencia del grupo fue de 14.5 meses frente a los 6 meses de los que, por término medio, informó la literatura.

3) De los 28 casos con cáncer de colon, el 54% murió durante el tratamiento pero la media de supervivencia del grupo fue de 22.5 meses en comparación con los 9 meses que, en este caso, ofreció como media la literatura.

Aparte de estas mejorías conseguidas en la “cantidad de vida”, Simonton y Cols se mostraron razonablemente satisfechos por los resultados con los pacientes en los aspectos de “calidad de vida” y “calidad de muerte”. Básicamente su técnica proporcionó un medio a los pacientes para participar activamente en su propio tratamiento y estaba encaminada a fortalecer su confianza en que poseían ciertos grados de control real sobre la evolución de su enfermedad.

Dos de sus estrategias centrales, practicadas tres veces al día en sesiones de 10 a 15 minutos de duración consistieron, por una parte, en autohipnosis y por otra, en tratar de imaginar mentalmente la acción positiva de las defensas naturales de sus organismos frente a la proliferación de células cancerosas.

Tras varios años de experiencia, Simonton y Cols. puntualizaron que las imágenes que utilizaron los pacientes en sus sesiones, para ser eficaces en la modificación del curso del cáncer, debieron poseer las ocho características siguientes:

1) Las células cancerosas deben aparecer débiles, poco cohesionadas, blandas y fácilmente vulnerables, como la carne de una hamburguesa o huevos de pez.

2) El tratamiento médico debe ser visto como fuerte y poderoso, claramente capaz de combatir y destruir el cáncer. Si por ejemplo, se imagina al cáncer como un conglomerado de blancas células grisáceas, puede visualizarse el tratamiento médico como un flujo verdoso o amarillento que envuelve a las células grises resquebrajándolas y mermando su vigor, de forma que los glóbulos blancos, símbolo del poder curador del propio organismo, puedan terminar por destruirlas y eliminarlas fácilmente.

3) Las células sanas, que también reciben los embates del tratamiento médico, no deben tener dificultad en reparar con rapidez cualquier posible daño producido mientras que las células cancerosas, más débiles, tienen que ser incapaces de ello.

4) Los glóbulos blancos aparecen vigorosos y sobrepasan en número a las células cancerosas. La victoria de los glóbulos debe aparecer inevitable.

5) Los glóbulos tienen que mostrarse en todo momento fuertes y agresivos, imponiéndose de forma clara a las células cancerosas, a las que vencen y destruyen.

6) Es importante imaginar cómo las células cancerosas muertas son expulsadas del organismo de forma normal y natural, sin que este proceso biológico requiera ningún esfuerzo especial o mágico.

7) Al término de la imaginación, el paciente puede visualizarse a sí mismo lleno de salud y libre de cáncer.

8) El paciente debe también verse a sí mismo consiguiendo los objetivos que se ha propuesto en la vida, lo cual confirmará el hecho de que posee poderosas razones para vivir.

Aunque Simonton y Cols. han sugerido que el componente auto-hipnosis/imaginación de su programa, mejoraba la eficacia del sistema inmunitario de sus pacientes, hasta el momento no se han demostrado esta hipótesis empíricamente.

En un informe sobre la terapia de Simonton, redactado en 1981 por la American Cancer Society (Feinstein, 1983), señaló que con esta estrategia se consigue algunos beneficios claros: una actitud activa y positiva que puede ayudar a los pacientes a adaptarse con mayor facilidad a su situación, una disminución de la ansiedad y un aumento de la sensación de bienestar así como un incremento en el sentimiento de control que sirve para contrarrestar la indefensión.

Hall, Longo y Dixon (1981), han presentado evidencias experimentales que demuestran que, en determinadas personas existe un incremento real de linfocitos tras sesiones de hipnosis destinadas a mejorar el funcionamiento de su sistema inmunitario. En su trabajo Hall y Cols. (1981), pidieron a los pacientes, mientras se encontraban en estado hipnótico, que imaginaran a sus glóbulos blancos “fuertes” y “poderosos” destruyendo a gérmenes de gripe “débiles” y “vulnerables”, observando un incremento real de linfocitos en comparación con los datos recogidos antes del comienzo de la sesión.

b) PROGRESIÓN DE EDAD

Dentro de las técnicas que tienen que ver con la imaginería se encuentran la progresión de edad, que básicamente consiste en dar sugerencias hacia el futuro, que inciten al paciente a representarse mentalmente hacia un futuro desprovisto de problemas y a descubrir como es este futuro. “El mero acto de construir una visión de la solución obra como catalizador para hacerlo realidad” (O’Hanlon, Weiner-David, 1993, p. 106). No tan sólo puede servir esta técnica para visualizar el futuro desprovisto de problemas, sino cómo le gustaría a una persona su futuro. A continuación se describe el desarrollo de estrategias más elaboradas como lo es la técnica de la bola de cristal, fortalecimiento de la autoestima e invitación a nuevos logros. Ejemplo:

Un muchacho inseguro en situaciones sociales, después de haber sido hipnotizado, se le pidió que se imaginara a sí mismo tres meses más tarde, como un hombre lleno de confianza y seguridad que manejaba sus interacciones sociales con serenidad y aplomo. Se le pidió que practicara éste método de imágenes positivas bajo autohipnosis entre las sesiones.

Informó luego que se había imaginado una película de sí mismo, en la que tenía una serie de encuentros personales y sociales positivos. A su juicio,

la brecha de ver similitud entre realidad y fantasía tendía a disminuir con cada ensayo proyectado. Sus amigos y conocidos confirmaron los rápidos adelantos que había logrado en materia de seguridad y confianza en sí mismo.

b.1) TÉCNICA DE LA BOLA DE CRISTAL.

Erickson desarrolló una técnica, que más tarde De Shazer denominó con algunos cambios “técnica de la bola de cristal”. Usando la hipnosis ayudaba a personas a crear una sensación de distorsión temporal, de forma que podían ir con facilidad adelante y hacia atrás en el tiempo. El la llamó “seudo-orientación en el tiempo”. (Rossi, 1980, vol.4). Una vez que denominaba la distorsión temporal los ayudaba a desarrollar la habilidad de la amnesia; entonces, les dirigía hacia un tiempo en el futuro, cuando su problema estuviera resuelto y les pedía que alucinaran un encuentro con él en ese futuro imaginario, en el que le contaran cómo habían resuelto sus dificultades. Una vez que le habían descrito la escena, les hacía olvidar esta experiencia por medio de la amnesia y los mandaba a casa. Tras cierto tiempo, informaban por lo general, haber resuelto sus problemas. A continuación se describe la forma en que la aplicó De Shazer (1991, pp. 97-105).

LA TÉCNICA

Se le produce al paciente varias visiones diferentes del tipo “bola de cristal”. En la primera se le pide que experimente en su totalidad uno de sus más antiguos recuerdos, que sea agradable y que haya olvidado hace ya mucho tiempo. Mientras está en trance, se le pide al paciente que su descripción sea tan detallada como le resulte posible, prestando particularmente atención al qué están haciendo otras personas. A continuación, se devuelve el recuerdo “al lugar donde estuvo todos esos años” y se saca al paciente del trance. El primer paso tiene la finalidad de enseñar al paciente a (1) desarrollar visiones como en una bola de cristal, (2) alentar la idea de que las cosas olvidadas pueden recordarse y las cosas recordadas, olvidarse. Se puede demandar cuantas visiones resulten necesarias para entrenar al paciente en la observación de su propia conducta y de la conducta de respuesta de otros. Las personas se evalúan a sí mismas y a sus realizaciones

basándose en gran parte en el modo en que ellas ven que los otros las ven. Una parte importante de la técnica de la “bola de cristal” se construye sobre la predicción de las reacciones que una diferencia produciría en otras personas involucradas en la vida del paciente. Las reacciones predichas ayudan al paciente a cambiar sus propias expectativas y de este modo cambian sus conducta. Una vez que el paciente logra este aprendizaje, se interrumpe el trance. Para alentar la amnesia de la experiencia, se conduce de nuevo a la conversación del tema que se estaba tratando antes. En el desarrollo inicial del procedimiento, se hace mención que esta conversación se prolongara durante cierto tiempo, antes de formular algunas preguntas sobre la experiencia del trance, aunque no necesariamente sea importante para el éxito de la técnica. El segundo paso supone el restablecimiento del trance, de modo que el paciente pueda hacer otra visión “en bola de cristal” al recordar un acontecimiento reciente pero sorprendentemente olvidado; algún hecho que el paciente quisiera recordar con más claridad. Ahora se emplea la segunda visión para que el paciente recuerde algún éxito de su vida, que en particular constituya una excepción a las reglas que rodean al problema. En uno u otro caso, se le pide al paciente que describa su propia conducta y la conducta de las otras personas abarcadas por la situación. Después, se vuelve al tema de conversación empleado antes del primer trance como un modo de reorientar al paciente antes de que la sesión concluya.

En el primer y el segundo paso, las visiones en “bola de cristal” son empleadas para mirar el pasado y experimentar el recuerdo, el olvido y la observación de las reacciones de otras personas y también para despertar la sensación de éxito. Estos primeros dos pasos constituyen asimismo un entrenamiento para los pasos tercero y cuarto, en los cuales las visiones apuntan al futuro.

El tercer paso parece ser el más importante. Durante él se orienta al paciente hacia el futuro. Al principio, el paso del tiempo se describe algo detalladamente y después se va haciendo cada vez más vago. Cuando le pido al paciente

que mire en la “bola de cristal”, no se le proporciona ningún indicio sobre una fecha u hora específica. A continuación se le pide que recuerde y retorne para hablarme sobre la resolución fructuosa del problema.

En el cuarto paso, se le pide al paciente que utilice otra visión en la “bola de cristal” para recordar la manera en que fue solucionado el problema, sus reacciones a ese proceso y las reacciones de las otras personas involucradas. Después, se orienta al paciente hacia el presente y se elige algún tema de conversación que no tenga nada que ver con las visiones o el problema presentado. Cuando concluye la sesión, no queda más que esperar, a veces durante meses, para saber qué es lo que ha ocurrido. Con suma frecuencia, el paciente informa haber puesto en práctica un proceso de resolución del problema diferente del imaginado en la cuarta “bola de cristal”.

A medida que la utilidad del tercero y cuarto paso van resultando útiles, se comienza a preguntar al paciente ¿cómo serán las cosas para usted y para otros cuando el problema quede resuelto?. Lo que parece importante es que una vez que el paciente tiene una visión del éxito (la vida, después de que el motivo de la queja haya desaparecido) pueden hacer espontáneamente algo distinto, de modo que aquel cuadro del futuro (o algún otro futuro igualmente satisfactorio) pueda convertirse en realidad. Puesto que predecir con éxito es algo muy difícil tratándose de asuntos humanos, resulta con frecuencia preferible que el terapeuta y el paciente construyan varios caminos alternativos en los que el paciente reconocerá la aparición del problema.

Caso ejemplo: Miedo, ¿de qué?

La señora H quería ser tratada con hipnosis, porque la hipnosis había ayudado a su madre a dejar de fumar después de hacerlo durante 35 años. Joven madre de tres niños de menos de seis años, concurría a terapia porque su madre ya no quería acompañarla al almacén de comestibles para protegerla de sus ataques de pánico. Después de su divorcio, acaecido tres años antes, para salir de compras, la señora H se hacía acompañar por su madre, algún vecino o

algún amigo. Tenía miedo de perder a sus amigos y de que sus vecinos se apartaran de ella, así como de su temor a los ataques de pánico que crecían día tras día. Ya no temía solamente al almacén, sino también a cualquier otro lugar donde hubiera una cierta cantidad de gente. Sus miedos obstaculizaban cada vez más su vida y estaba comenzando a sentirse sola. No podía salir a encontrarse con hombres porque temía a las situaciones en las cuales dicho encuentro, resultaba posible. En realidad, después de los ataques de pánico inmediatos al divorcio, nunca se había colocado en situaciones en que el ataque resultara posible, ya que siempre había alguien que la acompañaba o la reemplazaba.

Los pasos uno y dos ocuparon casi la totalidad de tres sesiones. Al principio, sus visiones eran como películas que alguien le hubiese tomado. Incluso, después de haber aprendido a ver a otras personas, le resultaba difícil describir lo que sucedía, durante el trance o fuera de él. Cuando quedó conforme porque estaba experimentado situaciones de éxito social interactivas no le pedí descripciones adicionales. En la quinta sesión, continué con los pasos tres y cuatro. Experimentó alguna dificultad con el paso cuatro y espontáneamente salió del trance pero reingresó por sí misma. Al final de la sesión sonrió y me agradeció, añadiendo: “¿Usted sabe cuándo será la próxima sesión?”. A la semana siguiente llamó e informó que había ido al almacén; sentía que el pánico trataba continuamente de desarrollarse, pero ella no se lo permitió. Seis semanas después me visitó para hablarme sobre su éxito ininterrumpido. En la tercera visita al almacén ya no sintió ningún miedo. Encontraba más bien divertido, el que no hubiera sido el almacén lo que vio en la “bola de cristal” y que la solución hubiera sido más fácil de lo que ella había imaginado.

b.2) FORTALECIMIENTO DE LA AUTOESTIMA E INVITACION A NUEVOS LOGROS

La siguiente estrategia es de Karle y Boys (1987) (citados en Hawkins, 1995; pp. 144-146), quien también emplea la progresión de edad entre otros fenómenos de trance.

Imaginar un álbum de fotos o de recortes que contengan experiencias y acontecimientos pasados positivos. Mientras se encuentra en trance, se le pide al paciente que imagine el álbum en el que están pegados todos sus logros

pasados y sus éxitos, sus tiempos felices y cualquier otra experiencia positiva; se le pide que vaya pasando las hojas hacia el comienzo del álbum (regresión) y que experimente las emociones relacionadas con esos acontecimientos. Se anima entonces al paciente a que traiga todos esos sentimientos positivos y logros al “momento presente” y, con ellos y desde ellos encuentre soluciones a los problemas que le embargan. Los sentimientos positivos pueden después “tomarse” y proyectarse hacia el futuro y pegarse en el álbum junto a las metas personales del paciente y los objetivos terapéuticos.

De esta forma el paciente puede experimentarse a sí mismo enfrentándose de forma eficaz con sus problemas presentes así como cumpliendo los objetivos terapéuticos acordados.

Hawkins (1992), trabajando con una paciente bulímica, encontró muy útil la regresión a un acontecimiento pasado en el que la paciente tuvo una sensación de control y esperanza. Después la paciente se quedó con esos sentimientos y mediante la progresión se imaginó a sí misma usándolos para afrontar y resolver los problemas presentes y, quizás incluso imaginar la fecha en la que se darían los cambios.

c) CONCRECIÓN.

Esta técnica tiene como antecedentes el tratamiento aplicado por Erickson en 1966 a una mujer “endemoniada” por alucinaciones en las que hombres desnudos volaban a su alrededor acosándola. Erickson le dijo que podía dejar a sus hombres desnudos en el baño del consultorio y echar un vistazo de vez en cuando para cerciorarse de que permanecían allí. La mujer se liberó de las alucinaciones y pudo trabajar y vivir con relativa normalidad. Cuando se trasladó a otro estado, Erickson hizo que le enviara por correo sus alucinaciones y guardó los sobres, sabiendo que algún día regresaría para verlos. Siguió comunicándose con ella más de veinte años. (Erickson en Rosen, 1994).

Las alucinaciones se podían encerrar bajo llave en un baño y remitirlas por correo. En otras palabras, se les podía dar una forma concreta es decir, como si se trataran de objetos reales y así poderlos manipular. Este mismo principio se puede aplicar a pacientes que sin ser psicóticos, padecen angustia,

dolor, depresión o cualquier síntoma, sobre todo muestra especial eficacia cuando un paciente se encuentra en trance profundo.

El principio radica en que, si el paciente le puede dar una forma a su síntoma, podrá observar un cambio en su conducta. Así, la forma de proseguir sugiere:

1) Una vez en trance, darle un símbolo, una forma, que puede ser un color, una luz, un animal o algo que represente esa sensación de tranquilidad de paz interior; esa sensación de bienestar que experimentan la mayor parte de pacientes cuando se encuentran en trance.

2) Una vez ubicado el símbolo, se le dice al paciente que éste constituye un arma que produce su inconsciente y que le puede ayudar de múltiples maneras; se le pide que lo deje de lado un momento para posteriormente rescatarlo.

3) Que el paciente traiga el síntoma, que capte las sensaciones y que sienta cómo se siente su cuerpo con dicho síntoma.

4) Que deje que ambos símbolos interaccionen de modo que al final resulte eliminado el símbolo que representa el síntoma y salga ganador el símbolo de paz y tranquilidad.

Ejemplo: Una mujer se imaginó su dolor como un bloque de hielo que le quemaba y se le clavaba en el abdomen. El símbolo que eligió para el estado de tranquilidad, paz y relajación, fue el sol y ambos interaccionaban de modo que éste iba evaporando lentamente el hielo.

5) Proyectar al paciente hacia el futuro, es decir, que actúe como quiera actuar ya sin el síntoma, para que el proceso de cambio comience. Que empiece a realizar cosas diferentes, por pequeñas que estas sean.

IV.8) ALUCINACIÓN POSITIVA Y NEGATIVA

Llamamos alucinación positiva a la capacidad de percibir algo que no está presente. Por ejemplo, vemos un determinado libro en el estante de la biblioteca y al tomarlo, descubrimos que es otro. La alucinación negativa desde luego como la positiva, son formas de alucinación natural, definidas

como la capacidad de no ver algo que está presente. Por ejemplo, no damos con las llaves de la casa a pesar de tenerlas delante de nuestros ojos; quizá las miremos directamente, pero no podemos verlas.

Todo va a depender del objetivo terapéutico que se persiga, en ocasiones, ver algo que no está presente puede ayudar, por ejemplo, a una persona que le pedimos que se imagine verse sin su síntoma. En cuanto no ve algo que está presente, puede ayudar a no prestar atención, a ese tono de voz o esas miradas que en ocasiones lastiman a una persona y más vale omitirlas.

Para interrumpir una interacción que se inicia en un miedo intenso y conduce a sentimientos negativos, podemos aplicar la siguiente estrategia (salvo en casos de abuso).

1.- Recuperar un recurso positivo de la niñez que haya traído seguridad y tranquilidad o cualquier otra experiencia que se necesite en el momento actual.

“Ahora que se encuentra en trance me parecería interesantísimo que encontrara un recuerdo de su niñez en el que no haya pensado por años... por ejemplo, el momento en que descubrió que podía ponerse de pie y el mundo entero le pareció distinto”.

2.- Hacerle visualizar una escena feliz y pedirle que abra simultáneamente los ojos y observe al terapeuta.

“Ahora bien, en alguna parte de su pasado encontrará una escena feliz, quiero que la visualice. Una escena feliz... Veamos, si puede abrir un poquito los ojos y estar a solas conmigo... Y quiero que centre su atención exclusivamente en mí, mientras siente y ve esa escena del pasado”.

3.- Hacerle memorizar los sentimientos positivos y también, que sensaciones experimenta.

“Memorice todas esas sensaciones; es un aprendizaje que lleva dentro de usted... Así como aprender un alfabeto, aprender a reconocer las letras y los números, es la base de todo futuro de lectura, escritura y enumeración, del mismo modo, memorizar los buenos sentimientos son la base de la felicidad, capte en que parte del cuerpo los siente y memorice esas sensaciones y sentimientos”.

4.- Suscitar un segundo recuerdo positivo y repasar los buenos sentimientos y sensaciones.

“Es necesario rescatar el goce, ese goce que nos hace sentir bien. Ahora traiga (se continúa con los ojos abiertos) otro recuerdo donde usted haya experimentado felicidad, alegría... Al traer estos recuerdos, el memorizar esas sensaciones y sentimientos que lleva dentro de usted, estos aprendizajes que ya tiene le pueden ayudar a superar situaciones actuales”.

5.- Hágale cerrar los ojos y tener un recuerdo negativo de su niñez.

“Tenga un mal recuerdo con los ojos cerrados. Rescate sentimientos negativos cómo la tristeza, coraje, etc. y perciba en dónde los siente”.

6.- Sugíerale que los sentimientos y sensaciones negativas puede cambiarlas abriendo los ojos.

“Puede permitirse sufrir y sentirse desdichado porque sabe que cuando haya experimentado esos sentimientos, posteriormente, podrá abrir los ojos y desterrarlos”. Le hace examinar el sentimiento molesto y una vez hecho, le puede pedir que dichos acontecimientos los vea de manera diferente y, al abrir los ojos puede desterrar todos esos sentimientos negativos.

7.- Repase una vez más los sentimientos negativos con otro recuerdo desagradable. Pida al paciente que abra los ojos para eliminar el sentimiento previo y repase los sentimientos positivos recordados.

8.- Valiéndose del recurso de seguridad e integridad recuperado, reexamine una situación actual que aqueje al paciente.

CAPÍTULO V

EVALUACIÓN DE LA HIPNOTERAPIA

V.- EVALUACIÓN DE LA EFICACIA DE LA HIPNOTERAPIA

En terapia psicológica se pueden informar todo tipo de éxitos terapéuticos; lo importante es establecer cuales informes nos resultan confiables. Este tema tiene una enorme importancia tanto para la hipnoterapia como para cualquier otro tipo de terapia.

En una perspectiva metodológica, se pueden cometer errores en cada paso de la investigación científica, por lo tanto, el valor científico de una conclusión, está referida a aspectos teóricos o metodológicos que se haya ejercido en la descripción de variables, en la formulación de hipótesis, en el diseño experimental, etc. Específicamente, a nivel de la investigación de resultados terapéuticos, la metodología empleada requiere ser óptima, dadas las múltiples fuentes de distorsión existentes, (que tienden a amplificar los resultados positivos). Entre las fuentes de distorsión que más se han enfatizado en el último tiempo, es posible señalar la influencia de los pensamientos de deseo, los efectos placebo, las características de demanda y las remisiones espontáneas.

Con respecto a la influencia de pensamientos de deseos, se ha comprobado que los terapeutas tienden a percibir mejores resultados de sus terapias que lo que perciben sus pacientes. Así, Feifel y Eells (1963), encontraron que los terapeutas perciben un fuerte alivio sintomático en sus pacientes, contra un 27% que perciben los propios pacientes.

Por otra parte, en el estudio cambridge-somerville sobre prevención de delincuencia, tanto los delincuentes como los terapeutas informaron mayores beneficios que los que se evidenciaron a través de los delitos cometidos y de los requerimientos legales, (McCord, 1978). Otros investigadores (por ejem. Roger, 1967; Gillan y Rachman, 1974, etc.), han encontrado también que los terapeutas sobrestiman sus éxitos terapéuticos.

El efecto placebo es otro aspecto importante. Thorensen y Mahoney (1974), señalaron que "en la actualidad cualquier técnica puede ser efectiva total o parcialmente si es presentada con una gran seguridad profesional, si se genera expectativa de mejoría" (p.28). Así por ejemplo, Koegler y Brill (1967), encontraron que después de administrar en los pacientes una sustancia inerte, el 52% informó posteriormente de importantes mejorías. De este modo, lo que se

ha denominado efecto placebo, parece influir enormemente a nivel de los resultados de los tratamientos.

Las variables no específicas llamadas características de demanda, han mostrado también ser importantes a nivel de las investigaciones en resultado terapéuticos. Esto implica que los pacientes tienden a percibir y responder al propósito o intención de la situacional observacional. Así, "algunos deciden ser buenos pacientes" y tratan de complacer al terapeuta (McDavid y Harari, 1979, p. 38). En el plano de las evaluaciones de los tratamientos, esto es muy importante; los pacientes pueden informar mayores beneficios con el objeto de complacer al terapeuta.

A las consideraciones anteriores es preciso agregar las remisiones espontáneas que se presentan en muchos tratamientos psicológicos. De este modo, muchas remisiones espontáneas pueden ser atribuidas, por los terapeutas, a éxitos terapéuticos e informadas como tales, lo cual es una fuente de error importante.

A partir de las fuentes de error que implican los pensamientos de deseo, los efectos placebo, las características de demanda, las remisiones espontáneas, etc., es posible plantear una reflexión que consideramos importante. No es una tarea fácil poder evaluar un enfoque metodológico que se ha mencionado, es preciso agregar la especialidad de la investigación y al evaluar es necesario precisar cuál es el procedimiento terapéutico empleado, aplicado a qué problema, por cuánto tiempo, etc. (Wilson, 1981).

Como resulta fácil suponer, pocos o ningún estudio de resultados de tratamientos reúne los múltiples requisitos metodológicos que se han enunciado y en este sentido, en general, los psicólogos que emplean hipnosis, suelen opinar que es una técnica superior o igual que otras, por lo que evaluar la efectividad de la hipnosis no constituye un tema menos difícil que evaluar la efectividad de cualquier tipo de psicoterapia ya que todas muestran las mismas dificultades para definir y medir la mejoría de un paciente.

Utilizando los resultados obtenidos a partir de estudios publicados, Barrios (1970), señaló una serie de resultados referentes a la eficacia de diversos enfoques terapéuticos señalando que el psicoanálisis daba como resultado una tasa de recuperación del 38% después de una media de 600 sesiones, mientras que la terapia de la conducta Wolpeana daba una tasa de

recuperación del 72% después de una media de 22 sesiones y donde la hipnoterapia reportó un 93% de recuperación después de una media de 6 sesiones.

En estudios más recientes, correspondientes a Prochaska y Norcross (1994), se concluye en este sentido que:

- La hipnoterapia tiene un efecto positivo cuando se la compara con no-terapia.
 - La hipnoterapia no es más efectiva que otros tratamientos alternativos (llamase psicoanálisis, cognitivo-conductual, terapia familiar, entre otras).
 - En hipnoterapia se usan de 7 a 8 sesiones de duración en promedio, por lo que es breve. Esto tiene ventajas psicológicas y económicas fundamentales.
- Los estudios sobre seguimiento (2 años), muestran que la hipnoterapia sigue teniendo efectos positivos frente al no-tratamiento, aunque no mostró mayor eficacia que otros tratamientos, es decir, mostró igual tasa de recaída que cualquier otro tratamiento.

Podemos argumentar que si medimos el éxito de la hipnoterapia por su brevedad y costo económico, respecto de otras terapias, podemos decir que en ese sentido es más exitosa.

En una evaluación del grado de deserción de varios enfoques terapéuticos, el cual fue llevado a cabo por Crist-Cristoph y Mint (1991), en los Estados Unidos, encontraron que un 20 % de los pacientes abandonan la terapia tras la primera sesión; un 30% más no asiste a más de 10 sesiones, por lo que la terapia hipnótica se ajusta perfectamente, ya que este es un enfoque regularmente breve, que se adapta al mercado en cuanto al grado de deserción promedio.

Por razones pragmáticas, es interesante el principio de economía de Occam. El hermano Guillermo de Occam, un filósofo inglés del siglo XIV, argüía: “Es innecesario emplear muchos medios en algo que se puede hacer con menos”. Al respecto, otra serie de investigaciones sugieren que terapias cortas parecen ser tan efectivas como los enfoques de largo plazo (Dell, 1982; Green y Herget, 1989; Howard y Cols. 1986; Smith y Cols., 1980), por lo que algunos investigadores han llegado a un veredicto llamado “pájaro Dodo”, que argumenta también que “Todas las formas más importantes de la terapia parecen ser efectivas” (Omer y Alon, 1989, p. 282). De ahí que en los últimos

años se calculó que cerca de 20,000 médicos y psicólogos usan la hipnosis, (Sociedad Americana de Hipnosis Clínica, McKenna, 1998).

*** NOTA**

Cabe señalar, del libro de Lewis Carroll: Alicia en el país de las Maravillas, la cita del pájaro Dodo que anuncia: **“TODOS HAN GANADO Y TODOS DEBEN RECIBIR PREMIO”**.

CONCLUSIONES

La idea central del presente estudio no pretendió por ningún motivo agotar el tema sino evidentemente lo opuesto. La idea principal, fue aportar a través de una serie de principios y utilización de técnicas el enriquecimiento del trabajo terapéutico. Se pretendió sí, buscar la manera de estructurar y organizar la presentación y manejo del trabajo hipnótico con miras al enriquecimiento y eficacia de la intervención clínica. Así, a lo largo de la introducción del presente estudio tratamos de mostrar como la hipnosis fue avanzando dentro de un continuo en cuyo inicio se le concibió de acuerdo a la influencia de los pensamientos de cada una de las épocas por las que iba atravesando, siendo Mesmer el primero que concibió a la hipnosis como una influencia magnética entre las personas, a lo cual denominó “Magnetismo Animal”, considerándolo a este fenómeno como a aquella experiencia de trance que vivían las personas en similitud a lo que mejor se entendía como una crisis convulsiva, como también lo considero el marques Paysegur. Posteriormente con Braid, la hipnosis representó ya un fenómeno de índole psicológico el cual se vivía de forma pasiva, es decir, las personas ya no convulsionaban sino “dormían” como parte de un proceso de sueño y es precisamente de esta aportación que se originó el término de hipnosis.

Para Charcot, la hipnosis representó una forma de patología con componentes similares a la histeria; para Libenbault y Berheim, la hipnosis constituyó un estado normal de conciencia, formulando entonces que la hipnosis no existía sino lo que existía era lo que se denominó como sugestión. Estas ideas prevalecieron en esencia hasta mediados del presente siglo (1950), aún cuando iban presentando pequeñas modificaciones que no alterarían significativamente la concepción del fenómeno hipnótico. No es, sino hasta la llegada del Ave Fénix, con Milton Erickson, en la segunda mitad del presente siglo (1950-1970) cuando se da un gran hito a la hipnosis, al definirla como una forma de comunicación más que un estado particular de una persona (“Estar dormido”); como una conversación en un estado muy particular de conciencia, sin embargo, como en todo, surgen nuevos puntos de vista teóricos en relación al estudio de la hipnosis, unos influenciados en mayor medida que otros, por el trabajo de Erickson.

Asimismo definimos hoy a la hipnosis como una forma de atención enfocada, atenta y receptiva, con una sensación de conciencia paralela, en donde imaginamos y sentimos más que lo que razonamos. Es importante esta definición ya que creemos, no excluye a ninguna de las dos formas de trance, llámese natural o formal, en donde consideramos al trance natural como aquel

en el que la persona logra una concentración extrema en cierta tarea, momento, situación o contexto muy particular, es decir, focaliza su atención en ésta, olvidándose del entorno que lo rodea, presentando así los llamados fenómenos de trance manifestados tanto en un trance formal como en uno informal, obteniendo con ello, un gran beneficio terapéutico; de ahí uno de los aspectos ricos de ésta técnica.

Por otro lado, se hizo énfasis en cuanto a desterrar mitos en rededor de la hipnosis que aún prevalecen hoy en día, no sólo en el público en general sino aún en los profesionistas de la salud mental. Los que trabajamos con hipnosis, nos parece ridículo pensar hoy por hoy, que el individuo puede ser manipulado con dicha técnica, ya que estamos convencidos que esta técnica no es más que una herramienta de autoliberación para todo paciente y donde el terapeuta sólo servirá de guía en dicho camino liberador de potencialidades y recursos que cada persona posee internamente, siendo aquí, importante el señalamiento conceptual en relación a la aseveración de que toda hipnosis es autohipnosis.

Uno de los planteamientos interesantes, que creemos realizamos, se refirió precisamente a la organización y presentación de los llamados fenómenos del trance, no queriendo adjudicarnos por supuesto, el hecho de la presentación misma de los fenómenos puesto que varios autores con anterioridad hicieron mención de ellos (Guilligan, 1987; Kerchav, 1992; Erickson, en Erickson y Rossi, 1980) entre otros, aunque cada uno con sus propias particularidades.

Los fenómenos del trance se pueden considerar como síntomas o recursos mal empleados, siendo también que en el síntoma puede estar la solución.

Se mencionó también de manera oportuna la serie de cambios fisiológicos experimentados bajo trance reportados por algunos autores (Ver apartado 1.6), sin embargo, hasta el momento no se ha definido con precisión un criterio fisiológico correlacionado con la hipnosis aunque también cabe hacer énfasis en que la investigación en neurociencias avanza a pasos agigantados, quedándonos claro hasta el momento la presencia de ondas theta en lóbulo frontal y hemisferio derecho (Crawford y Cols., 1989). Aquí, es importante señalar también que las ondas theta han sido asociadas con una variedad de procesos como la supresión de tranquilidad, imaginaria, movimientos oculares rápidos durante el sueño, resolución de problemas,

“atención”, procesos inhibitorios (Shacter, 1977; Walter, 1953) y con “atención sostenida” (Bruneau y Cols.1993; Tanaka y Cols., 1980; Tellegan, 1981; Tellegan y Atkinson, 1974; Nando y Cols., 1991; Crawford, 1991). Por ende, nos queda claro entonces que los procesos de atención sostenida y atención/desatención son uno de los mayores indicadores en relación al proceso hipnótico, donde cabe hacer mención acerca de la investigación de Mesulam (1985), respecto a que el sustrato natural de la matriz atencional parece depender de la actividad de la formación reticular troncoencefálica, de la corteza cerebral, especialmente de las áreas heteromodales, entre ellas, de la actividad prefrontal y finalmente, de la actividad talámica, en la cual se produciría la interacción de la actividad cortical y la reticular troncoencefálica, donde a su vez, la actividad cortical muestra una asimetría cerebral. En conclusión, Mesulam sugirió que el hemisferio derecho tiene una mayor influencia general sobre la formación reticular y troncoencefálica. Lo anterior permite reconocer que en los procesos de atención hay una asimetría interhemisférica, con predominio del hemisferio derecho (Cohen, 1993; Heilman y Cols. 1983; Gainotti y Cols. 1985). Al respecto una serie de investigadores (Macleod-Morgan, 1979), hicieron la sugerencia en el sentido de que posiblemente la hipnosis es un trabajo del hemisferio derecho.

Es probable, de acuerdo al modelo atencional de Mesulam, que el proceso de atención tenga que ver con cierta asimetría cerebral, sin embargo, otra línea de investigación corresponde al de la especialización hemisférica, es decir, a la sugerencia de que los hemisferios cerebrales del cuerpo humano están especializados cada uno, en diferentes funciones específicas, siendo nuevamente el hemisferio derecho el relacionado con la hipnosis, ya que éste, según la Teoría de la Comunicación (Springer y Deutsch, 1981), vincula al hemisferio derecho con las características de la comunicación analógica, es decir, utiliza signos de comunicación que son imágenes con representaciones sensoriales; no se sujeta a reglas sintácticas y carece de negación; maneja totalidades (gestalten) y procesos; es rica en significados, aunque imprecisos; capta procesos, expresa emociones, lo que a su vez lo podemos vincular con la sugestión, la cual es uno de los puntos medulares en el proceso hipnótico, ya que la sugestión está relacionada propiamente con esta comunicación, generalmente analógica.

Edmoston (1981), a su vez propuso que la respuesta de relajación concuerda con respuestas funcionales vegetativas parasimpáticas, contrarias a la reacción de alarma o huida.

Por otro lado, Coboz 1983, sugirió que cuando alguien se encuentra en hipnosis profunda se evocan cambios fisiológicos tales como una disminución del consumo de oxígeno y eliminación de bióxido de carbono, de la frecuencia respiratoria; disminución de la frecuencia cardíaca, disminución del PH, a nivel de química sanguínea, con un incremento de exceso de bases y una disminución del lacto sanguíneo, así como una disminución en el reporte electromiográfico.

Domínguez y Cols. (1993), sugirieron que existe un incremento en la temperatura periférica de la mano dominante como de la no dominante.

En general los cambios fisiológicos se han interpretado como actividad metabólica disminuída.

Llegado a este punto, cabe aclarar que la comprensión de los mecanismos psicofisiológicos asociados a la hipnosis continúan bajo investigación y por tanto, ante nuevos descubrimientos y asociaciones. Se han formulado varias hipótesis para explicar dichos correlatos, sin embargo, la investigación en neurociencias continúa.

Avanzando más en este estudio, se pretendió explicar a la hipnosis bajo las Teorías del Estado y no Estado, donde las teorías del no Estado argumentarían que la hipnosis no es más que motivación y deseo de querer representar un papel o rol (el del hipnotizado), mientras que las Teorías del Estado se referirían a la hipnosis como un estado alterado de conciencia, donde la serie de investigaciones al respecto nos hace unirnos con los principios incluídos en las Teorías del Estado.

En otro apartado de la presente investigación, nuestra intención fue describir los procesos de inducción hipnótica a través de técnicas tradicionales y modernas en donde se planteó que la hipnosis tradicional implica una serie de pasos ritualísticos tales como el establecimiento de un rapport o confianza paciente-terapeuta, clarificación y despeje de mitos con respecto a la hipnosis, pruebas de susceptibilidad, técnicas de inducción, profundización y el empleo terapéutico del trance a través de sugerencias directas, la señal-condicionamiento al paciente y la terminación del mismo proceso hipnótico. Como se puede observar, en la hipnosis tradicional se da un procedimiento lineal y un tanto rígido, mientras que para la nueva hipnosis no existe ninguna sistematización pero si una serie de premisas básicas en donde destaca la sugestión indirecta y el empleo del trance informal así como la inducción a

través de experiencias propias del individuo, no con experiencias ajenas como lo maneja la hipnosis tradicional. A propósito de sugerencias, una pista sugerente para el empleo de sugerencias directas o indirectas y que pueden ser motivo de investigación, se refiere a los conceptos cognitivo-conductual de locus de control interno y externo, donde podemos sugerir que en un estado de hipnosis profunda (aunque no necesariamente), cuando el paciente es "locus de control externo, puede ser factible el empleo de sugerencias directas mientras que, en trances ligeros y naturales, y en personas de locus de control interno, es sugerente el empleo de sugerencias indirectas.

El mismo Erickson planteó que no se trataba de una dicotomía de blanco y negro sino que, había que buscar lo que mejor funcionara para cada paciente. Asimismo y en otro orden de ideas, se replanteó que la nueva hipnosis es una evolución natural propia del desarrollo de la hipnosis en general, donde esta evolución, con mayor seguridad seguirá el paso de los años y momentos históricos por lo que habrá de atravesar.

En otro apartado del presente estudio se hizo alusión a que la hipnosis es un facilitador terapéutico, es decir, tiene la capacidad de potencializar cualquier técnica terapéutica, no importando la orientación a la que pertenezca, llámese psicoanálisis, conductismo o terapia familiar, donde cabe destacar la influencia que ha tenido la hipnosis en todas estas corrientes y lo cual ha llevado a algunos autores (Todjman, 1978) a formular afirmaciones tales como el que la hipnosis es la madre de todas las terapias.

También se consideró una idea de vital importancia referente a que los motores catalizadores de la hipnosis no dependen totalmente del nivel de trance o la profundidad de éste, sino que hay otras variables importantes a considerar tales como el rapport o las expectativas del propio paciente. Asimismo, se hizo alusión a que algunas orientaciones terapéuticas hacen énfasis en que los problemas suceden de manera intraindividual (psicoanálisis, gestalt y cognitivo-conductual), mientras que otras plantean, que un problema sucede entre individuos, es decir el problema tiene significado en un contexto y no en otros (Terapia Familiar), siendo el problema entonces de naturaleza interindividual. Dentro de estas dos variables hay quienes sólo hacen énfasis en los síntomas mientras que hay otras que se van al origen del mismo. Independientemente del enfoque que se emplee, la hipnosis puede combinarse con cualquier sistema terapéutico.

Así, nuestra pretensión en la última parte de esta tesis fue describir algunas técnicas de intervención apoyadas en los fenómenos del trance, basándose en el principio de que el mismo síntoma es la solución, es decir, los síntomas pueden ser fenómenos del trance y para un fenómeno de trance sintomático, un fenómeno de trance terapéutico.

La intención de usar estas estrategias, no es verlo como una totalidad sino dentro de un contexto más amplio; aunque también, la intervención puede ser total, pero finalmente, creemos, cada paciente requerirá de un programa terapéutico específico.

En ningún momento se pretendió que estas técnicas sirvieran de modelo literal sino la intención fue que estimularan la creatividad del terapeuta. Ese sería el gran regalo recibido del presente trabajo.

La intención de los apéndices fue proporcionarle al clínico un índice para el desarrollo de su seguridad en la utilización de la técnica, ya que en muchas ocasiones el profesional suele dudar de su buen ojo y percepción clínica, por ello, le proporcionamos un Apéndice "A" que aborda los "peligros inherentes" de la hipnosis y el Apéndice "B" correspondiente a una Escala de Susceptibilidad a la hipnosis.

Así pues, este trabajo expuesto sucintamente tuvo la intención de considerar a la técnica hipnótica como una estrategia psicoterapéutica más dentro del quehacer del psicólogo clínico.

Estamos convencidos de que el clínico capaz de suministrar una variedad de medios nutrientes en los que pueda ofrecer el cambio, en una variedad también de individuos, tendrá la necesidad a su vez de adoptar los medios a las necesidades de cada paciente y no limitar a su paciente a limitaciones propias de formación.

La brevedad de nuestra experiencia en el uso de diversas técnicas nos ha llevado a la conclusión de que ninguna posee poderes mágicos. En lo que sí podemos insistir es en la escucha atenta de la exposición del paciente por un clínico que posea una formación e intuición suficiente para seguirlo paso a paso y obviamente, poder formularle en el momento preciso, alternativas de solución a sus problemas a través del autoconocimiento y rescate del potencial interno del paciente mismo.

Si el clínico es creador y sabe qué está aconteciendo, también sabrá cuál es el medio más probable de provocar el cambio, esto significa que el clínico debe conocer a la persona con quien trabaja a fin de poder individualizar la terapia, es decir, saber utilizar la técnica más conducente a la liberación de las fuerzas creadoras que encierran a esa persona; ésta es la función de la técnica.

Insistir en las técnicas y criticar la tendencia a atribuir poderes mágicos, no son actitudes contradictorias.

El interés de desarrollar el tema y el principal motivo para dedicarnos a este estudio fue consecuencia de un trabajo práctico dentro del quehacer de la psicología clínica, no descartando los campos de la medicina y la odontología.

La hipnosis creemos, ha constituido una excelente técnica que puede emplearse, como ya lo expresamos, a lo largo del presente trabajo, de muchas maneras, en áreas de la salud mental, tanto individual como social.

Consideramos así entonces, que la hipnosis debe ser un instrumento de trabajo legítimo para el psicólogo en México ya que todavía en algunos círculos la hipnosis continúa cubierta de mitos que es necesario desterrar. Cabe mencionar que en otros países tales como E.U. y Francia la hipnosis tiene ya su status por derecho propio.

Algunos clínicos en el país se han preocupado más por salvar sistemas teóricos que cambios personales de la población mexicana urgida de servicios psicológicos, que le brinden alternativas de solución no alternativas de teorización a sus diversas problemáticas. Por atrayentes e interesantes que sean las teorías, estamos convencidos de que, no son sino las técnicas las que nos pueden ayudar en el proceso de cambio con las personas.

La hipnosis como forma de atención enfocada, en la que una persona está relativamente abierta a recibir nueva información para explorar la relación mente-cuerpo, la coloca como un idóneo facilitador natural y por ende, como una invaluable estrategia psicoterapéutica donde, la imaginación y la sugestión se vuelven más agudas en el estado hipnótico que en el de vigilia. Por lo tanto, esta técnica agregada al bagaje profesional del psicólogo puede resultar un recurso terapéutico de inestimables alcances. No es ninguna panacea pero sí un excelente facilitador o catalizador terapéutico que, combinado con otros elementos terapéuticos suele dar resultados extraordinarios. Se ha comprobado

que un sinnúmero de pacientes en psicoterapia han obtenido beneficios de los procedimientos hipnóticos.

Como sabemos toda hipnosis es autohipnosis, por lo tanto esta técnica es un saber no un poder.

Evaluar la efectividad de la hipnosis no constituye un tema menos difícil que evaluar la efectividad de cualquier tipo de psicoterapia ya que existen los mismos problemas de investigación tales como la dificultad para definir y medir la mejoría de un paciente en un momento dado o, decidir que es lo que constituye un grupo adecuado de control.

Un meta-análisis de resultados de eficacia muestra que la hipnoterapia es más efectiva que el no tratamiento pero no más, que algunos otros tratamientos alternativos; produce no obstante resultados rápidos en pocas sesiones, lo que puede traer un gran beneficio costo-tiempo.

No hemos pretendido que esta revisión fuese exhaustiva, más bien se optó por subrayar aquellos elementos que nos parecieron más relevantes. Así, el lector interesado en el tema encontrará sin duda, muchas otras aplicaciones como diversas visiones acerca de los planteamientos aquí expuestos, sin embargo, invitamos al profesional a experimentar con las posibilidades que ofrece ésta técnica, ciertamente amplias y que saque por sí mismo sus conclusiones y aportaciones.

El argumento en el que se ha insistido una y otra vez es que la hipnosis puede crear un entorno facilitador para cualquier enfoque de intervención en psicoterapia.

Este trabajo presentó pruebas que sugieren que las técnicas hipnóticas pueden ser y deben ser consideradas como parte del equipamiento de todo terapeuta.

APÉNDICE (A)

**PRECAUCIONES EN EL USO DE LA
HIPNOSIS**

Alguna ocasión Pierre Janet dijo: “El único peligro de la hipnosis, es que no es tan peligrosa” (en Yates, 1966, p. 39). Probablemente el mayor peligro con la hipnosis sea que los pacientes crean que es peligroso, y/o los que hipnotizan crean algo parecido.

La hipnosis supone menos efectos secundarios incluso que el más leve medicamento psicoactivo (Spiegel y Spiegel, 1978) . Ciertamente, en manos de profesionales competentes, el uso de la hipnosis resulta mucho menos peligroso que la administración de drogas propias de muchos otros procedimientos médicos.

Por otro lado, a los individuos no entrenados que intenten enfrentarse a dificultades emocionales y a los problemas de la vida y que empleen hipnosis o cualquier otro instrumento terapéutico, podrá crearles inadvertidamente, tensiones innecesarias.

En este sentido, algunos investigadores han hecho comentarios específicos que no se deben atribuir al uso de las modalidades hipnóticas. Conn (1972), afirmó que algunos de los efectos aparentemente adversos que se pudieran imputar a la hipnosis, se pueden atribuir a la falta de habilidad y experiencia del terapeuta que la emplea, más que a la hipnosis misma.

Weitzenhoffer (1957), dijo que la posibilidad de que haya efectos adversos en el tratamiento no se debe específicamente a la hipnosis, y que su apreciación no depende del uso del propio método, sino de la competencia e integridad del médico o psicólogo que la emplea. Además, generalmente se ha reconocido que la intervención clínica, en una situación con fuerte carga emocional (la que representa la psicoterapia) tiene la potencialidad para crear algunos efectos adversos.

Aunque parece ser que el acto de la intervención, más que el método (hipnosis) puede ser suficiente para explicar la mayoría de los incidentes que no se justifican con la falta de habilidad del psicólogo, médico o el uso incorrecto de la hipnosis (Rosebaum, 1985).

No obstante, deben observarse algunas precauciones:

La primera es que no debería intentarse nunca la hipnosis en una atmósfera coercitiva o amenazante. El clínico buscará explicar breve y

claramente la naturaleza de la hipnosis, indicar los objetivos que se pretende al emplearla y respetar la decisión del paciente con respecto a su uso. El terapeuta no debería estar más interesado que el paciente en utilizar la hipnosis.

Cierto tipo de pacientes deben ser abordados con precaución. Los pacientes suspicaces o paranoides suelen evitar o resistirse a los esfuerzos de hipnosis. Aunque un paciente determinado puede hallar que la inducción hipnótica le provoca ansiedad, generalmente este tipo de pacientes se niega rotundamente a participar. Asimismo, el descubrimiento por parte del paciente de que no es hipnotizable o de que no pueden obtener alivio sintomático con la hipnosis, puede constituir para ellos un fracaso adicional.

Algunos pacientes y terapeutas se sienten temerosos de que un paciente pueda tener una reacción de pánico durante una inducción o pueda ser incapaz de salir del estado de trance. Los pacientes pueden agitarse cuando experimentan un suceso afectivamente cargado o pueden provocar la ansiedad del terapeuta, sobre todo, si son profundamente hipnotizables.

Ningún paciente se ha perdido nunca en un estado hipnótico (Spiegel y Spiegel, 1978). En el peor de los casos, si un hipnotizador inepto le deja en estado de trance, este individuo se quedará dormido eventualmente y despertará en estado normal. Sin embargo, como los individuos hipnotizables son especialmente sensibles a sutiles indicaciones del terapeuta, es posible que se produzca cierto efecto de “bola de nieve”, en el que el paciente responde a la creciente ansiedad del terapeuta.

El dar tranquilidad y la evitación de una lucha de poder bastan para afrontar problemas como la negativa del paciente a salir de la experiencia del trance. Puede decirse al paciente, “cuando esté preparado comprobará que es capaz de abrir los ojos, no tiene más que respirar profundamente unas veces y llegará un momento en el que pueda salir del estado de trance”.

Otro de los peligros potenciales mencionados en relación con la hipnosis es la sustitución de los síntomas. Los informes sobre la sustitución de síntomas no se puede evaluar fácilmente debido a la falta de especificidad respecto al tipo, severidad y duración de las dificultades tratadas y las técnicas de tratamiento que se emplearon.

Conn (1972), entre otros, informaron que nunca han observado la formación de síntomas sustitutos en el ejercicio de su profesión, mientras que otros terapeutas han informado sobre secuelas adversas de la eliminación de síntomas por medios hipnóticos (Meldman, 1960; Rosen y Bartemeier, 1961). Como dato interesante, Spiegel y Spiegel (1978), sugirieron que si el terapeuta cree en la sustitución de los síntomas, entonces esa creencia se le puede comunicar al paciente y puede influir en su conducta subsecuente.

Coboz (1983), refirió que el prolongar las sesiones de hipnoterapia, por muchas horas al día y por varias semanas, puede originar síntomas que van desde el insomnio hasta manifestaciones psicóticas con alucinaciones.

Los pos-efectos (secuelas) de la hipnosis han sido estudiadas por Coe y Ryken, 1979; Faw, Sellers y Wilcox, 1968; Hilgard, 1974; Hilgard, Hilgard y Newman, 1961. Los resultados generales indican que cuando se incluyen grupos de comparación no hipnotizados, los sujetos que han sido hipnotizados no exhiben pos-efectos más negativos y de hecho, pueden obtener efectos más positivos que los sujetos no hipnotizados.

Aunque quizá no se pueda llegar a un consenso claro sobre los riesgos inherentes en la hipnosis, debe haber un acuerdo general en el sentido de que el que practica la hipnosis debe llenar los requisitos éticos y profesionales de competencia e integridad apropiadas.

El terapeuta hipnótico tiene la responsabilidad ética de ser competente y estar bien preparado. Esto significa no sólo que estos terapeutas deben estar bien adiestrados en las técnicas de la hipnosis, sino que deben poseer vastos conocimientos de psicología, así como ser capaces de reconocer cuando una situación determinada requiere un adiestramiento o una habilidad que está más allá de lo que él posee.

APÉNDICE (B)

**ESCALA DE LA CLÍNICA HIPNÓTICA
STANFORD
(STANFORD HIPNOTIC CLINICAL SCALE
SHCS)**

INTRODUCCIÓN

El estudio de la hipnosis se ha visto muy facilitado por el desarrollo de instrumentos de medida estándar que la definen operativamente. Estos tests de hipnotizabilidad han conseguido una creciente aceptación en las últimas décadas, a pesar de continuos desacuerdos.

Algunos clínicos opinan que cualquier persona es potencialmente hipnotizable y que los fracasos de respuesta pueden atribuirse o bien, a una mala técnica por parte del terapeuta, a la resistencia o a la mala motivación por parte del paciente. Por el contrario, otros teóricos subrayan los aspectos sociales del cumplimiento de la respuesta hipnótica.

No son más que ejemplos de asentamiento a la presión social que no están influidos por un cambio importante del estado mental o por diferenciar las respuestas individuales, pero más allá de los cuestionamientos, una escala de hipnotizabilidad puede servir de guía para su uso clínico, sobre todo cuando se desea utilizar trances formales.

Las escalas de hipnotizabilidad consisten en una inducción hipnótica estandarizada seguida de una serie de medidas de la respuesta del sujeto. Una de las escalas que más se utilizan hoy en día sobre todo para el uso clínico es la Escala de la Clínica Hipnótica Stanford. (Stanford Hypnotic Clinical Scale - HSCS), desarrollada por Hilgard y Hilgard en 1975.

Presentación del Instrumento

I.- HISTORIA

La Escala de la Clínica Hipnótica Stanford (Stanford Hypnotic Clinical Scale - SHCS-) tiene como antecedentes las Escalas de Susceptibilidad Hipnótica de Stanford (Stanford Hypnotic Susceptibility Scales) Forma A, B y C (-SHCS-) (Weitzenhoffer y Hilgard, 1959, 1962).

Surge ante la necesidad de contar con un Test que evaluara la capacidad de seguir sugerencias en un estado hipnótico formal y que además presentara validez clínica.

II.- DESCRIPCIÓN DEL INSTRUMENTO

La Escala de la Clínica Hipnótica Stanford constituye una evaluación estandarizada de la hipnotizabilidad, vale decir, del grado en que una persona es capaz de involucrarse en una experiencia hipnótica formal. Sus características principales son:

a) Es de fácil y rápida aplicación, lo cual constituye otra diferencia importante con los tests de laboratorio, generalmente largos y cansados.

b) Reporta información válida clínicamente.

c) Permite a una persona sin gran experiencia en el trabajo con la hipnosis, aprender la técnica y tener una aproximación a esta área. Esto, por supuesto contribuye a una primera aproximación del fenómeno del trance hipnótico y no sustituye el aprendizaje profundo y acabado de entrenamiento rígido, por lo tanto, el Test es bastante breve para no cansar al paciente y explora los procesos usados más frecuentemente en terapia. Esta construido por una secuencia ordenada de instrucciones de labores sencillas a más complejas, los que configuran un conjunto de ítems puntuables. En total consta de 5 puntos, siendo:

1) Mover las manos (renglón motor fácil para introducir al paciente a respuestas a sugerencias).

2) Un sueño dentro de la hipnosis a menudo útil para interpretar la actitud del paciente hacia la hipnosis.

3) Regresión de edad (por lo común usado en terapia).

4) Una sugestión post-hipnótica (relacionada quizá con la capacidad para continuar la experiencia hipnótica).

5) Amnesia post-hipnótica (útil en relación con la experiencia del dolor, entre otras cosas).

III.- MODO DE APLICACIÓN

La SHCS se administra con el paciente sentado en una posición confortable o acostado. El administrador debe sentarse frente a él. El lugar de administración debe cumplir con las características propias de un setting clínico, en que exista una ausencia de estímulos distractores (por ejemplo sin ruido, luces intensas, etc.).

En este contexto se comienza a entregar las instrucciones en orden secuencial estricto, teniendo presente el adecuado empleo de la voz y los ritmos de tiempo.

Así, se van entregando las instrucciones para movimiento de manos (este ítem, tiene uno opcional, en caso que el paciente no tenga una mano, o no la pueda mover por una enfermedad incapacitante, el ítem, es bajar la mano, alternativa a mover la mano); soñar, regresión de edad, sugestión post-hipnótica y amnesia.

Se debe tener especial cuidado tanto en la entrega rigurosa de las instrucciones, como en la formulación de las preguntas que permitan una adecuada puntuación de los ítems. Las diferentes respuestas deben consignarse en la hoja correspondiente.

IV.- PUNTUACIÓN

Como se señaló previamente, existen 5 ítems puntuables, dando un + (más) por cada respuesta adecuada.

Existen tres categorías principales de la escala:

PUNTUACIÓN	NIVEL DE TRANCE	USO CLÍNICO
0 - 1	AUSENCIA DE RESPUESTA HIPNÓTICA (REFRACTARIO)	NO ES DESEABLE USAR TRANCES FORMALES PARA CONTEXTOS TERAPÉUTICOS.
2 - 3	LIGERO A MEDIANO	PUEDE SUGERIR TRANCES FORMALES PARA SU USO CLÍNICO.
4 - 5	MEDIANO A PROFUNDO	

V.- TIEMPO DE APLICACIÓN

La administración de la Escala de la Clínica Hipnótica Stanford requiere unos veinte minutos aproximadamente, incluyendo la inducción hipnótica estándar.

VI.- VALIDACIÓN

Cabe mencionar que la validación está hecha en muestra de estudiantes y no en muestras clínicas. Otro dato relevante es que no existe validación hecha con muestras mexicanas, por ello sólo se sugiere tomar a la Escala como una guía, un apoyo al momento de decidir el empleo de trances formales en contextos clínicos. En cuanto a la estandarización de SHCS, ver Hilgard y Hilgard, 1975.

PROTOCOLO PARA ADMINISTRAR LA ESCALA DE LA CLÍNICA HIPNÓTICA STANFORD (SHCS)

OBSERVACIONES PRELIMINARES

“Dentro de un momento lo hipnotizaré y le sugeriré experiencias que puede o no aceptar y efectos que puede o no producir. No todo el mundo puede tener las mismas experiencias o producir los mismos efectos al ser hipnotizado. Las personas varían muchísimo. Necesitamos saber qué experiencias puede usted tener, de modo que podamos edificar sobre ellas y determinar así como podemos lograr que la hipnosis le sirva más. Siempre recuerde responder a lo que está sintiendo, pues de ese modo podremos emplear la hipnosis en forma que le sea natural”.

INDUCCIÓN

“Por favor, cierre los ojos y escuche con cuidado lo que yo diga. Conforme avancemos se sentirá más y más relajado, más y más suelto... Empiece por dejar relajarse a todo su cuerpo... Deje que los músculos se aflojen... Ahora sentirá que algunos grupos de músculos se relajan más que otros. Si presta atención a su pie derecho, sentirá que sus músculos se relajan... ahora siente que los músculos de la pierna izquierda se relajan... hay relajamiento en la porción superior de la pierna derecha... Vayamos ahora al lado izquierdo, concentrémonos en el modo en que el pie izquierdo se relaja... y

la pierna izquierda, cómo la porción inferior y superior se relajan más... ahora sentirá que los músculos de la mano derecha se relajan, la parte inferior del brazo derecho y su parte superior se están relajando... Dirija ahora su atención a la mano izquierda. Deje que se relaje, deje que relaje el brazo arriba y abajo... Conforme se va relajando empieza a sentir que su cuerpo pesa más. Piense que la silla (o cama) es fuerte, húndase en ella, y deje que lo sostenga... sus hombros... su cuello y la cabeza se relajan más y más... deje que los músculos de la frente y de la cabeza se relajen más y más... Todo este tiempo se ha estado usted acomodando más profundamente, más cómodamente en la silla (o cama). Al mismo tiempo que su cuerpo, su mente se ha relajado, ya le es posible hacer a un lado sus preocupaciones. Su mente está en calma y en paz. Cada vez está usted más y más cómodo... Seguirá sintiéndose agradablemente relajado mientras siga oyendo mi voz... Mantenga sus pensamientos en lo que estoy diciendo... relajado más y más profundamente y quizá adormecido, pero en ningún momento dejará de oírme. Seguirá en este estado de gran relajación hasta que le sugiera que se active un poco... Ahora más y más en este estado hipnótico de profundo relajamiento; podrá hacer todo lo que yo le sugiera, cosas que serán interesantes y aceptables. Podrá hacerlas sin romper el estado de relajamiento completo que poco a poco se apodera de usted... uno, empieza a sentirse más profundamente relajado... dos abajo, abajo, en un estado apacible de su mente... tres, cuatro, más y más relajado... cinco, seis, siete se va usted hundiendo más y más. Nada lo perturba. Qué fácil es oír solamente lo que yo digo... ocho - nueve - diez, vamos a la mitad... siempre más profundamente relajado... once - doce - trece - catorce - quince, aunque está profundamente relajado me oye con claridad. Siempre me oirá con claridad sin importar lo hipnotizado que esté... dieciséis - diecisiete - dieciocho, profundamente relajado. Nada lo perturba... diecinueve - veinte, completamente relajado. Puede cambiar de postura cuando quiera, sólo cuide que siga estando cómodo y relajado. Está muy relajado y gratamente hipnotizado, mientras oye cómodamente mis palabras, le ayudaré a aprender más sobre cómo pensar en algo que afecta lo que usted hace. Experimente todo lo que pueda. Ponga atención a lo que le diga y piense en lo que le sugiera. Luego deje que suceda lo que vea que está sucediendo aún cuando lo sorprenda un poco. Simplemente deje que ocurra”.

1.- JUNTAR LAS MANOS, (o, si un brazo está inmóvil, pase al punto 1a, “Bajar la mano”.) “Muy bien... por favor extienda las manos hacia adelante, con las palmas vueltas hacia adentro, separadas unos treinta centímetros. Voy a ayudarle, tome las manos y póngalas treinta centímetros

aparte. Ahora quiero que imagine una fuerza que atrae a sus manos una hacia otra, que quiere juntarlas. Hágalo del modo que mejor le parezca, piense que tiene unas ligas que van de una muñeca a la otra, que jalan de sus manos, o imagine imanes en cada mano que jalan de ellas mientras más se juntan más fuerte es el tirón... Mientras piensa que esa fuerza jala de sus manos, se irán acercándose, despacio al principio y se acercarán más y más, y más como si una fuerza actuara sobre ellas... se mueven... se mueven... más cerca, más cerca..." (Deje pasar diez segundos sin hacer sugerencias, y observe cuánto se han movido). "Muy bien... ahora todo es normal otra vez, sólo ponga las manos en posición de descanso y relájese".

(Puntuación + (más) si las manos se mueven lentamente una hacia otra, y si no están más de quince centímetros aparte al terminar los diez segundos).

1a. Bajar las manos (alternativa a "juntar las manos").

Si por alguna razón una mano no se mueve, recomendamos sustituir la sugestión por bajar una mano. El brazo se mantiene recto a la altura del hombro, con la palma de la mano hacia arriba.

Esta sugestión se da para imaginar que hay algo pesado en la palma que la empuja hacia abajo. Después de algunas sugerencias de movimiento hacia abajo, si el brazo no está por completo abajo, se introduce una espera de diez segundos. Se considera aprobado el renglón si la mano ha bajado cuando menos quince centímetros al término de los diez segundos.

2.- **SOÑAR**, "Le voy a pedir que mantenga el relajamiento, sólo que ahora va a tener un sueño... un sueño real... muy parecido a lo que tiene de noche. Cuando deje de hablarle, en seguida empezará a soñar. Le vendrá cualquier tipo de sueño... ahora es como si estuviera quedándose dormido, dormido, más y más profundamente. Puede dormir y soñar lo que quiera. En cuanto deje de hablar empezará a soñar. Cuando vuelva a hablarle, dentro de un minuto más o menos, dejará de soñar, si es que ha estado soñando, y me oirá como me ha estado oyendo. Si deja de soñar antes de que le vuelva a hablar, se quedará hipnotizado agradablemente... profundamente. Ahora, duerma y sueñe". (Deje pasar un minuto, luego diga:)

"Ya pasó el sueño pero lo puede recordar muy bien y muy claramente, muy claramente... Ahora quiero que me cuente su sueño, mientras sigue

profundamente hipnotizado. Por favor, cuénteme su sueño... desde el principio. Cuéntemelo todo". (grabe textualmente).

(Si el sujeto no soñó nada:) No importa, no todos soñamos.

(Si el sujeto titubea o informa con vaguedad, sondee en busca de detalles).

(Pregunte:) ¿Qué tan real le pareció su sueño?

(Terminación:) Eso es todo en cuanto a su sueño. Siga estando tan profundamente hipnotizado como hasta ahora.

(Puntuación + (más) si el sujeto tiene una experiencia comparable a un sueño, no nada más experiencias fugaces, vagas, sensaciones o pensamientos. El sueño debe mostrar imágenes de realidad y no debe mostrar huella de control voluntario).

3.- REGRESIÓN DE EDAD, "Ahora va a ocurrir algo interesante. Dentro de un instante va a volver usted a un día feliz de la escuela primaria. Si pudiera elegir entre volver al tercero, cuarto o quinto año, ¿cuál preferiría? (si la respuesta es sí:) ¿Qué año? (Si no hay preferencia, úsese el cuarto año).

Muy bien, ahora piense cuando estaba en (el año escogido) de la escuela y dentro de un instante, empezará a sentir como si fuera rejuveneciendo y volviéndose más pequeño, como si volviera a la época en que estaba en el año "X" (año escogido), uno, va ir al pasando. Ya no es (diga el año en curso), ni (diga un año anterior), ni (diga un año todavía más anterior), sino mucho antes... dos, se está volviendo más joven y más pequeño... dentro de un momento se hallará en el (escogido) año, en un día muy bonito, tres, se hace más y más joven, más y más pequeño, sin cesar. Dentro de poco habrá vuelto al (escogido) año, y va a sentir una experiencia igual a la que tuvo en un bello día cuando iba a la escuela. Cuatro, pronto muy pronto estará ahí... Otra vez será niño (niña) y estará en el (escogido) año. No tarda en estar ahí. ¡Cinco! ahora usted es un niño (niña) de escuela... ¿Dónde está?... ¿Qué está haciendo?... ¿Quién es su maestro?... ¿Cuántos años tiene usted?... ¿Cómo está vestido?... ¿Quién está con usted?... (formule más preguntas según sea apropiado grabe las respuestas). Muy bien... ahora ya puede volver a crecer. Ya no está en el (escogido) año, se hace mayor, está creciendo. Ahora está en la edad en que le corresponde, es decir, en (día, año y mes actual), y está usted en (el lugar de la prueba). Ya dejó atrás su infancia, ahora es adulto, está en una silla (o cama) profundamente hipnotizado. ¿Cuántos años tiene?... ¿Qué día es hoy?... ¿Dónde está usted?... Muy bien, hoy es (fecha correcta) tiene (edad correcta) y está (nombre del lugar en que se encuentra el sujeto). Todo

vuelve a ser como antes, siga estando cómodamente relajado...”. (Posponga la puntuación hasta las preguntas finales).

4.- SUGESTION POST-HIPNÓTICA

(Toser o aclararse la garganta).

5.- AMNESIA, “Quédese totalmente relajado, pero escuche bien lo que voy a decirle. Dentro de un instante empezaré a contar hacia atrás de 10 a 1, en forma gradual saldrá de la hipnosis, aún cuando estará como ahora durante casi toda esa cuenta. Cuando llegue a “cinco” abrirá los ojos pero no estará totalmente despierto, tan despierto como siempre ha estado, sin embargo, estará tan relajado que le costará trabajo recordar las cosas que le he dicho y las cosas que hizo. Le costará tanto trabajo pensar en ellas que preferirá no intentarlo. Le resultará mucho más fácil olvidar todo hasta que le diga que ya puede recordarlo. Olvidará todo lo que ha pasado hasta que le diga: “¡Ahora ya puede recordar todo!”, sólo hasta entonces recordará. Cuando despierte se sentirá refrescado. Ahora contaré hacia atrás partiendo de diez, y al llegar a “cinco”, no antes, abrirá los ojos pero no despertará por completo sino hasta que llegue a “uno”. En “uno” estará totalmente despierto. Poco después dará un ligero golpe en la mesa con mi lápiz (muéstrelo dando dos golpecitos). Cuando lo haga sentirá la necesidad súbita de aclararse la garganta o de toser; y se aclarará la garganta o toserá. Hará esto pero olvidará que yo le dije que lo olvidara, del mismo modo que olvidará las otras cosas que le diga: “Ahora ya puede recordar todo”. Muy bien listo, diez - nueve - ocho - siete - seis - cinco - cuatro - tres - dos - uno.

(Si el paciente tiene abiertos los ojos:)

¿Cómo se siente? ¿Se siente bien despierto?.

(Si está atolondrado:) Ya le va a pasar. ¡Ahora está despierto!.

(Si el paciente tiene cerrados los ojos). Por favor, abra los ojos. ¿Cómo se siente?.

(Si está atolondrado:) “Empieza a sentirse más despierto y fresco...”.

(El hipnotizador da dos golpecitos con el lápiz sobre la mesa). (Espere diez segundos).

(Puntuación + (más) si el paciente se aclara la garganta o tose después del golpecito del lápiz).

“Ahora voy a hacerle unas preguntas sobre su experiencia. Por favor dígame en sus propias palabras todo lo que ocurrió, desde que le pedí que cerrara los ojos”. (Registre las respuestas textuales del paciente. Si se bloquea, pregunte, “¿Algo más?” y registre las preguntas hasta que el sujeto llegue a un nuevo obstáculo). “Escuche con cuidado mis palabras. Ahora puede recordar todo. ¿Tiene algo más que decir?”. (Registre textualmente las respuestas del sujeto. Recuérdele cualquier renglón no cubierto; haga notar eso también).

(Puntuación + (más) si el sujeto no recuerda más de dos renglones antes de restaurar la memoria).

(Si el paciente está despierto y cómodo:)

“Eso es todo. Está por completo fuera de la hipnosis, se siente despierto y refrescado. Ya desapareció cualquier dificultad que puede tener para despejar la garganta o para toser”.

Para Corregir dificultades cuando sea necesario: (Si hay alguna dificultad residual, por ejemplo, dificultad para restablecer la vivacidad o hay persistencia de tos, proceda como sigue dando las sugerencias apropiadas):

“Por favor cierre los ojos y vuelva a la hipnosis mientras cuento hasta cinco. Uno - dos - tres - cuatro - cinco... Ahora voy a despertarlo contando hacia atrás de cinco a uno. Se sentirá despierto, refrescado, sin tendencia alguna a toser. (Espere diez segundos). Cinco - cuatro - tres - dos - uno. ¡Totalmente despierto!”.

Para mayor claridad a continuación se muestra el formato de dicha escala.

CUADERNO DE PUNTUACIÓN ESCALA DE LA CLÍNICA HIPNÓTICA STANFORD (SHCS)

Nombre del sujeto _____ Fecha _____ Puntuación total _____

Hipnotizador _____

Resumen de puntos

Detalles en paginas siguientes	Puntuación
1.- Juntar las manos (o 1a. bajar la mano como alternativa) _____	
2.- Soñar	
3.- Regresión de edad	
4.- Sugestión poshipnótica (aclaración de la garganta o toser)	
5.- Amnesia <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-left: 100px;"> Núm. de ítems recordados _____ </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-left: 100px;"> Núm. de ítems recuperados después del restablecimiento de la memoria _____ </div>	
Puntuación total	

circunstancias especiales (¿medicado? ¿con dolor? ¿problemas de movimiento?)

ITEM	PUNTUACIÓN
<p>1.- JUNTAR LA MANOS (O la. bajar la mano) Describe el movimiento</p> <p>(Al terminar la sesión, sondee en busca del tipo de experiencia, si el movimiento es muy rápido:)</p> <p>Puntuación (+) si el movimiento es lento y si las manos no están más de quince centímetros aparte al terminar los diez segundos.</p>	<p>(1,-) _____</p>
<p>2.- SOÑAR</p> <p>Registre el sueño o informe de pensamientos, fantasía, etc.</p> <p>Puntuación (+) si el sujeto tiene una experiencia comparable a un sueño, no nada mas experiencias vagas y fugaces, sentimientos o pensamientos. El sueño debe mostrar imaginariamente alguna realidad, y no mostrar haber estado bajo control voluntario.</p>	<p>(2,-) _____</p>

ÍTEM	PUNTUACIÓN
<p>3.- REGRESIÓN EN LA EDAD (A LA ESCUELA PRIMARIA)</p> <p>Año escogido _____</p> <p>¿Dónde estudió? _____</p> <p>¿Qué está haciendo? _____</p> <p>_____</p> <p>¿Quién es su maestro? _____</p> <p>¿Cuántos años tiene? _____</p> <p>¿Cómo está vestido? _____</p> <p>¿Con quién está? _____</p> <p>a) Puntuación del hipnotizador _____ : _____ : _____</p> <p style="text-align: center;">No Regular Bueno</p> <p style="text-align: center;">regresión</p>	
<p>b) Puntuación subjetiva, por el sujeto (QUE SE DETERMINARA AL FIN DE LA SESIÓN)</p> <p>(Lea y pida al sujeto que elija la frase que mejor describa su experiencia:)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) No regresé en absoluto. 2) Pensé sobre cuando tuve esa edad, pero no tuve experiencias visuales. 3) Aún cuando no regresé, pude verme como niño que volvía a vivir una experiencia pasada 4) Sabía que en realidad estaba en mi edad actual pero sentí en parte como si volviera a vivir una experiencia. 5) En realidad sentí como si hubiera vuelto a la edad sugerida y vuelto a vivir una experiencia pasada. 	
<p>puntuación (+) si la calificación del hipnotizador es buena, o si la calificación subjetiva es de 4 o 5</p>	<p>(3.-) _____</p>

ÍTEM	PUNTUACIÓN
<p data-bbox="194 295 814 346">4.- SUGESTIÓN POSHIPNÓTICA (Toser o aclararse la garganta) Anote la naturaleza y el grado de la respuesta.</p> <p data-bbox="226 613 522 637">a) Calificación del hipnotizador</p> <p data-bbox="330 693 411 713">_____ Ausente</p> <p data-bbox="530 693 617 713">_____ Presente</p> <p data-bbox="703 693 879 739">_____ Excepcionalmente claro</p>	
<p data-bbox="222 801 718 876">b) Calificación subjetiva por el sujeto (QUE SE DETERMINARÁ AL TERMINO DE LA SESIÓN SI EL SUJETO RESPONDIÓ).</p> <p data-bbox="241 906 694 930">Tosió (o se aclaró la garganta) durante la sesión</p> <p data-bbox="306 959 838 983">1) ¿Recuerda por qué? y _____</p> <p data-bbox="306 985 838 1009">2) ¿Supo por qué en ese momento? _____</p> <p data-bbox="306 1038 838 1089">3) Si recordó que le dije que hiciera esto, ¿por qué no obedeció la sugestión? _____ _____</p> <p data-bbox="306 1171 838 1222">4) ¿Podría decir si fue voluntario o involuntario? _____</p>	
<p data-bbox="309 1328 802 1403">Puntuación (+) si la calificación del hipnotizador es "presente" o "excepcionalmente clara", a menos que el sujeto declare que la respuesta fue voluntaria.</p>	<p data-bbox="933 1380 1065 1403">(4.-) _____</p>

ITEM	PUNTUACIÓN
<p>5.- AMNESIA POSHIPNÓTICA</p> <p>a) Por favor, dígame en sus propias palabras todo lo que ocurrió desde el momento en que cerró los ojos. (Apunte según el orden de su mención; grabe también descripciones de sensaciones de inducción, etc. Si el sujeto se bloquea, preguntele : "¿Algo más?", hasta que el sujeto vuelva a encontrar un nuevo obstáculo.)</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>¿Algo más?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>b) Escuche atentamente mis palabras, AHORA YA LO PUEDE RECORDAR TODO. ¿Hay algo más ahora? (Escriba en el orden de mención.)</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Recuerde al sujeto lo omitido. Anotelo también y agregue cualquier observación sobre la naturaleza de la experiencia amnésica.</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Puntuación (+) si el sujeto no recuerda mas de dos renglones antes del restablecimiento de la memoria</p>	<p>(5,-) _____</p>
<p>(Al término de la sesión insinúe sobre los ítems 3 y 4)</p> <p>PUNTUACIÓN TOTAL</p>	

BIBLIOGRAFÍA

- Achterberg, J. (1983). Imagery and Healing. Boston. Ed. Shambala.
- Andersen, M., (1985). Hypnotizability as a factor in the hypnotic Treatment of Obesity. Int. J. Clin. Exp. Hypn. 1985 vol. 33 pp. 150-159.
- Aráoz, D.L. (1982). Hypnosis and Sex Therapy. Nueva York. Ed. Brunner/Manzel.
- Aráoz, D.L. (1984). The New Hypnosis. New York. Ed. Brunner/Mazel
- Aráoz, D.L. y Bleck. T.R. (1987). Hipnosexo. Buenos Aires. Lidium. (orig.1985).
- Arons, H. (1974). Nuevo curso básico de Hipnotismo. Ed. Glem. Buenos Aires
- Bandler, R. y Grinder, J. (1975). Hypnotic Techniques of Milton H. Erickson. California. Ed. Capertino, vol. 2.
- Barabazz, M., y Spiegel, D., (1989). Hypnotizability and weight loss in obese subjects. Int. J. Eating Disord. Vol. 8 pp. 335-341.
- Barber, T.X. (1962). Experimental Controls and the Phenomena of Hypnosis: A Critique of Hypnotic Research Methodology. J. Ner. Ment Dis.,65, 68-79.
- Barber, T.X. (1969). Hypnosis: A Scientific Approach. Nueva Jersey. Ed. Nostrand.
- Barber, T.X. (1978). Positive Suggestion for Effective Living and Philosophical Hypnosis. Nueva York. Ed. Framingham and Mass.
- Barber, T.X. (1981). Medicine, Suggestive Therapy and Healing. Nueva York. Ed. Bellinger.
- Barber, T.X. (1982). Hypnosuggestive Procedure in the Treatment of Clinical Pain: Implications for Theories of Hypnosis and Suggestive Therapy. Handbook of Clinical Health Psychology, T. Millon, (comp). New York. Ed. Plenum Press.
- Barber, T.X. Spanos, N.P., and Chaves, J.F. (1974). Hypnosis, Imagination and Human Potentialities. Nueva York: Ed. Pergamon.
- Barrios, A. (1970). Hypnotherapy: A reappraisal- Psychotherapy: Theory, Research and Practice. 7,2-7.
- Barrows, G., Dennertin, L., (1980). Handbook of Hypnosis and Psychosomatic Medicine. New York. Elsevier/North Holland Biomedical.
- Baudouin, C. (1980): Sugestión y Auto-Sugestión. México. Ed. Nacional.

- Beahrs, J.O. (1982). Unity and multiplicity: Multilevel consciousness of Self in Hypnosis. Psychiatric Disorder, and Mental Health, Ed. Nueva York. Brunner/Mazel.
- Beahrs, J.O. (1986). Limits of Scientific Psychiatry. Nueva York. Ed. Brunner/Mazel
- Beahrs, J.O. (1988). Hypnosis cant not be fully nor Reliably Excluded from the Courtroom, American Journal of Clinical Hypnosis. vol. 31 No.1, 847-856.
- Benson, H., y Cols. (1975). The relaxation response: psychophysiologic aspects and Clinical application. Int. J. Psychiatry Med. Vol. 6. Pp. 87-98.
- Berlanger, B. (1977). La Sugestologia. Madrid. Ed. Mensajero.
- Beteson, G. (1972). Steps to an Ecology of mind, New York: Ed. Ballantine Books.
- Bowers, M.K. (1956). "Understanding the Relationship between the Hypnotist and his Subjet". En. M.V. Kline (comp.) "A Scientific Report on the search of Bridey Murphy". New York. Ed. Julian Press.
- Bowers, K., (1991). Dissociation in hypnosis and multiple personality disorder. Int. J. Clin. Exp. Hypn. 39, 155-176.
- Breneau y Cols. (1993). Auditory Stimulus intensity responses and frontal midline theta rhytm. EEG and Clinical Neurophysiology, 86, 213-216.
- Brenman, M. y Gill, M.M. (1961). "Hypnoterapy". New York. Ed. Wilgy.
- Bryden, M.P. y Cols. (1982). Laterality: Functional asymetry in the intact brain. New York. Academic Press.
- Bullmer, K., (1977). El Tratamiento de la impotencia primaria mediante la sugetión posthipnotica, La amnesia posthipnotica y el entrenamiento sensorial. Rev. Latinoamericana de Psicología. Vol. 9 p. 75-80.
- Capafons, A., y Amigó, S., (1995). Hipnosis y Terapia de autorregulación. En Labrador, E., Cruzado, A., y Muñoz, P., (eds.). Manual de Técnicas de Modificación y Terapia de Conducta. España. Piramide., 457-476.
- Caprio, F.S. (1972). Resuelva su Problema Sexual con Autohipnosis. Buenos Aires Ed. Central.
- Cassilneck, H.B. y Hall, J.H. (1985). 2a. Ed. Clinical Hypnosis: Principles and Aplications. New York. Ed. Grane & Stratton.

- Cheek, D.B. y LeCron, L.M. (1968). Clinical Hypnotherapy. Nueva York. Grane y Stratton.
- Chertok, L. (1964). La Hipnosis. Madrid. Ed. Atika.
- Chertok, L. (1985). Lo Conocido y lo desconocido en Psicoterapia. México. Ed. F.C.E.
- Cobos, Z.G. (1983) "Hipnosis". México. Ed.. EDAMEX,
- Coe, W.C. (1965). A Procedure for Teaching One self Hypnotic Techniques for Experimental Purposes. International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis No. 13., 55-75.
- Coe, W.C. and Sarbin, T.R. (1977). Hypnosis from Sfandpoint of a Contextualist. Nueva York. Academy de Scienes. No. 296.
- Conn, J.H. (1968). Hypnosynthesis: Pschobiologic Principles in the Practice of Dynamic Psychotherapy Utilizing Hypnotic Procedures. International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis No. 16., 3-12
- Conn, J.H. (1972): ¿Is Hypnosis and rely dangerous?, International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis. 20,61-67
- Cooper, L. y Erickson, M.H. (1959). Time Distortion in Hypnosis. Baltimore. Ed. Williams & Wilkens.
- Corso, S.B. y Martinez, M.N. (1989). El Empleo de la Terapia Conductual (Reestructuració cognitiva). Bajo hipnosis en la autoregulación del dolor crónico benigno. Tesis. Licenciatura Psicología, U.N.A.M. México.
- Covino, N., y Frankel, F., (1993). Hypnosis and Relaxation in the Medically III. Psychoter Psychoson, vol. 60. Pp. 75-90.
- Crawford, H.J. (1989): Cognitive and Physiological Flexibility. Multiple Pathways to Hypnotic Responsiveness. En: Ghorgui, P. Netter, H. Eysenchk and R. Rosenthal (Eds.), Suggestions and Suggestibility: Theory and research, Springer, Berlin.
- Crawford, H.J. (1991). The Hypnotizable brain: Attentional and disattentional processes. Presidential Address presented to the Society for Clinical and Experimental Hypnosis. New Orleans.
- Crawford, H.J. (1994). Brain dynamics and hypnosis: Attentional and disattentional processes: International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis Vol. 42(3) 204-232.

- Crawford, H.J. and Graziel, J. (1992). A Midstrem View of the Neuropsychophysiology of Hypnosis. Recent research and future directions, en: E. Fromm and M.R. Nash (Eds.), Contemporary Hypnosis Research, Nueva York. Guilfor Press.
- Crits-Christoph, P., y Mintz, J., (1991), The Implications of Therapist effects comparative studies of psychotherapies. Journal of Consultin and Clinical Psychology, 59, 20-26.
- Deikman, J. A. (1986). El Yo Observador Misticismo y Psicoterapia. México Ed. F.C.E.
- De Shazer, S. (1989). Pautas de Terapia Familiar breve. Un enfoque Ecosistémico, Barcelona, Ed. Paidós (orig. 1982).
- De Shazer, S. (1991) Claves para la Solución en Terapia Breve, Barcelona . Ed. Paidos (orig. 1985).
- Domínguez, B., (1992). Manejo No-invasivo del Dolor Crónico y el Estres. Tesis Doctoral En Psicología. U.N.A.M. México.
- Domínguez, B., Valderrama, P., Olvera, Y., y Ruiz, M., (1993). Capacitación para el control del estrés laboral. Resultados preliminares. Ponencia presentada en el 4o. Congreso de Psicología del Trabajo. Toluca, México, Marzo 18-21.
- Dowd, E.T. (1991). Hipnoterapia. En Carballo (comp). Manual de Técnicas de Terapia y Modificación de Conducta. Madrid. Ed. Siglo XXI.
- Dowd, E.T. y Healy, J.M. (1986). Case Studies in Hypnotherapy, Nueva York, Ed. Guilford Press.
- Duprat, E.F. (1960). Hipnotismo. Técnicas e Inducciones Terapéuticas. Cuba. Ed. La Habana.
- Echeburúa, E., (1992). Avances en el Tratamiento Psicológico de los Trastornos de ansiedad. Madrid Ed. Pirámide.
- Edelstein, G. (1983). Trauma, Trance and Transformation: A Clinical Guide to Hypnotherapy, New York. Ed. Brunner/Manzel.
- Edward, G., Mandsley, H., (1979). El Tratamiento Hipnotico del Asma. En Eysenck. Experimentos en terapia de la Conducta. España, Fundamentos. Pp. 336-372.
- Edmonston, W.E. Jr. (1981). Hypnosis and Relaxation. Modern verification of an old Equation. Nueva York, Ed. John Wiley & Sons.

- Erickson, M. (1932/1980) (1943a/1980) (1943b/1980) (1944/1980) (1958/1980) (1967/1980). En E. Rossi (Ed.), The Collected papers of Milton H. Erickson on Hypnosis. vol. I, II. New York. Ed. Irvington.
- Erickson, M. (1948/1980). Hypnotic psychoterapy. En E. Rossi, (Ed.), the collected paper of Milton H. Erickson on hypnosis. vol. IV Innovative hypnotherapy. New York. Ed. Irvington.
- Erickson, M.H y Erickson, E.M. (1941). Concerning the Nature and Character of post-hypnotic Behavior J. Gen. Psychol.
- Erickson, M. y Rossi, E (1974/1980). Varieties of hypnotic amnesia. En E. Rossi (Ed.), The Collected papers of Milton H. Erickson on hypnosis. vol. III. Hypnotic Investigation of Psychodynamic processes. New York. Ed. Irvington.
- Erickson, M.H y Rossi, E. (1976). Hypnotic Realitis. New York. Ed. Irvington,
- Erickson, M.H y Rossi, E. (1979). Hypnotherapy: An Exploratory Casebook. New York. Ed. Irvington.
- Erickson, M.H y Rossi, E. (1981). Experiencing Hypnosis. New York. Ed. Irvington,
- Erickson, M.H y Rossi, E.L. (1992). El Hombre de Febrero. Apertura hacia la conciencia de sí y la identidad en hipnoterapia, Buenos Aires: Amorrortu Editores (orig. 1989).
- Estabrooks, G.H. (1943) Hypnotism. New York. Ed. Datton,
- Estabrooks, G.H. (comp.) (1967). Problemas actuales de la Hipnosis México. Ed. F.C.E.
- Evans, F.J. (1973). Hypnosis and Sleep: Techniques for explorin cognitive activity during sleep. En E. Fromm y R.E. Shor (eds.), Hypnosis: Research deve lopments and perspectives (pp. 43-83). London. Scientific Books.
- Fellows, B. (1986). The Concept of Trance, en Peter L.N. Naish (comp.), ¿What is Hypnosis?. Current Theories and Research, Milton Keynes, Open University Press. (pp. 542-599).
- Frank, J.D. (1972). Persuasión and heling. Baltimore: Jhons Hopkins University Press.
- Frankel, F., y Cols. (1973). Hypnosis in a case of long-stading psoriasis in a person with caracter problems. Int. J. Clin. Exp. Hypn., 21, 121-130.
- Frankel, F.H. (1978). Hypnosis and related Clinical Behavior. American Journal of Psychiatry. No. 135.

- Freud, S. (1981). Psicología de las masas y análisis del Yo. Madrid. "Obras Completas. Biblioteca Nueva. Tomo 1. (Version original 1921,
- Fromm E. y Shor, R.E. (1972). Hypnosis: Developments in research and New Perspectives. Nueva York. Aldine.
- Galbraith, G. C., y Cols. (1970). Electroencephalography and hypnotic suceptibility. Journal of Comparative and Physiological Psychology, 72, 125-131.
- García de la Cadena, A.L. (1994). La Hipnosis como Técnica de ayuda en la Conducta Humana. México. U.N.A.M., F.E.S.-Z.
- Garner, D., y Garfinfel, P. (1988). Diagnostic and treatment in Anorexia Nervosa and Bulimia. New York. Brunner/Mazel.
- Gazzaniga, M.S., (1970). The bisected brain. New York, Appleton. Century-Crofts.
- Gilligan, S.G. (1982). In a Different voice. Cambridge, MA. Harvard University Press.
- Gilligan, S.G. (1987). Therapeutic Trances: The cooperation principles in Ericksonian Hypnotherapy. Nueva York. Brunner/Mazel.
- Gold Fried, M.R. y Davison, G.C. (1976). Clinical Behavior. Nueva York. Holt, Rinehart and Winston.
- Gordon, D. y Meyers-Anderson, M. (1981). Therapeutic Patterns of Milton H. Erickson. California. Ed. Cupertino.
- Gordon, J.E. (1967). Handbook of Clinical and Experimental Hypnosis. Nueva York. MacMillan Co.
- Gorsky, B. y Gorsky, S. (1981). Medical Hypnosis. New York. Ed. Medical Examination.
- Graffin, N., y Cols. (1995). EEG. Concomitants of Hypnosis and Hypnotic Susceptibility. Journal of Abnormal Psychology, 104, 123-131.
- Granone, F. (1972). Tratado de Hipnosis y Sofrología. Barcelona. Científico.
- Gravitz, H.A.; Mallet, J.E.; Munyon, P. y Gerton, M. Y. (1985). Consideraciones Éticas en las aplicaciones Profesionales de la Hipnosis. En Rosenbaum M. (comp). "Ética y Valores en Psicoterapia. México. Ed. F.C.E., (pp. 321-334).
- Grinder, J.; DeLozier, J. y Bandler, R. (1977). Patterns of the Hypnotic: Techniques of Milton H. Erickson. M.D. vol. 1 California. Ed. Cupertino.

- Guyonnaud, J.P. (1994). Hipnosis Curativa Barcelona Ed. Tikal.
- Haley, J. (1971). Estrategias en Psicoterapia. Barcelona Ed. Toray. (orig. 1967).
- Haley, J. (1980). Terapia para resolver problemas. Nuevas estrategias para Terapia Familiar Eficaz, Buenos Aires. Ed. Amorrortu Editores (orig. 1976).
- Haley, J. (1980). Terapia No Convencional. Las Técnicas Psiquiátricas de Milton H. Erickson, Buenos Aires: Ed. Amorrortu Editores (orig. 1973).
- Haley, J. (2005). Conversations with Milton H. Erickson, M.D. New York Ed. Triangle (3 vols.)
- Hall, H. Longo, S., y Dixon, R., (1981). Hypnosis and immune system: the effect of Hypnosis on T and B cell function, en 33rd Annual Meeting of the Society for Clinical and Experimental Hypnosis. Portland., (pp. 143-146).
- Hartland, J. (1974). La Hipnosis en Medicina y Odontología. México. Ed. C.E.C. S.A.
- Hawkins, P.J. (1995). The use of Hypnosis in the Treatment of Bulimia, proceedings of the Seventh Annual Conference of the British Society of Experimental and Clinical Hypnosis, Sheffield 1993, Londres, Ed. Sheffield University Press. 1995., (pp.181-193)
- Heilman, K.M., y Cols. (1987). Hemisphere and hemispatial neglect. En Jeannerod, M. (De.); Neurophysiological and Neuropsychological Aspects of Spatial Neglect. Amsterdam. Elsevier.
- Hervas, R. (1978). Hipnotismo y Sugestión . Madrid. Ed. Bruguera.
- Hilgard, E.R. (1965). Hypnotic Susceptibility. New York. Ed. Harcourt Brace and Wort,
- Hilgard, e. y Hilgard J. (1975). Hypnosis in the relief of pain. Los Altos California. Ed. Kauman.
- Hilgard, J.R. (1979). Personality and Hypnosis. Chicago Ed. University of Chicago Press.
- Hoppe, K., (1975). Die Trennung der Gehirn Halften, Psyche, 29, 929-940.
- Horton, D., (1978). Bronchoconstrictive suggestion in asthma: A role for hyperreactivity and emotions. Am. Rev. Respir. Dis., 117. pp. 43-50.
- Hull, C. (1933) Hypnosis and Suggestibility. New York. Ed. Academic Press.
- Inglis, B. (1989) Trance. España. Ed. Tikal.

- Jagot, P.C.(1980) Hipnotismo, Magnetismo y Sugestión. México. Ed. Editores Mexicanos Unidos.
- Jaynes, J. (1976). El origen de la Conciencia en la ruptura de la mente Bicameral. México.Ed. F.C.E.
- Junqué C., y Barroso, A. (1994). Neuropsicología. España. Ed. Sintesis.
- Karle, H. y Boys, J. (1987) Hypnotherapy: A Practical Handbook, Londres, Ed. Free Association Book.
- Karlin, R. A. y McKeon, P. (1976). The use of hypnosis in multimodal therapy. En Lazarus, A. Multimodal Behavior therapy. New York. Ed. Springer.
- Kershaw, C. J. (1994). La Danza Hipnótica de la Pareja. Buenos Aires. Amorrorta Editores (orig. 1992).
- Kihlstrom, J.F. (1977). Context and Cognition in Posthypnotic amnesia. International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis. No. 26.
- Kihlstrom, J.F. (1979). Hypnosis and Psychopathology: Retrospec and Prospect. Journal of Abnormal Psychology. Vol. 88. No. 5.
- Kihlstrom, J. F. Y Shor, R. E. (1978). Posthypnotic Amnesia for Recently learned Material. Nueva York. Aldine.
- Kimura, D., (1973) The Asymmetry of the human brain. Scientific American, 228. 70-80.
- Kline, M.V. (1961). Freud y la Hipnosis. Buenos Aires. Ed. Siglo XX.
- Krapf, E. (1964). Angustia, Tensión y Relajación. Buenos Aires. Ed. Paidós.
- Kroger, W.S. (1974). Hipnosis Clínica y Experimental. Buenos Aires. Ed. Glem. Tomos I, II y III.
- Kroger, W.S. y Fezler, W. D. (1976). Hipnosis and Behavior Modification: Imagery Conditioning Philadelphia: Ed. Lippencott.
- Krueger, D., y Cols., (1988), Psicología de la Rehabilitación. España, Herder.
- Lankton, S. (1980). Practical Magic: A Translation of Basic Neurolinguistic Programming into Clinical Psychotherapy, California. Ed. Cupertino.
- Lankton, S.R. y Lankton, C. (1983). The answer within: A Clinical framework for Ericksonian Hypnotherapy, Nueva York. Brunner/Mazel.

- Lankton, S. Y Lankton, C. (1986). Enchantment and intervention in Family Therapy: Training in Ericksonian approaches, Nueva York: Brunner/Mazel.
- Lassner, J. (1974). Hypnosis in anesthesiology. New York. Ed. Spranger-verlag.
- Lazarus, A.A. (1973). Hypnosis as a Facilitator in Behavior Therapy. International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis No. 21.
- Lazarus (1976). Multimodal Behavior Therapy: BASIC ID. Nueva York. Ed. Springer.
- Lazarus, A., (1979). Algunas Aplicaciones Clínicas de la Autohipnosis. En Eyseneck. Experimentos en Terapia de la Conducta. España Fundamentos., pp. 373-379.
- Lazarus, A.A. (1980). Terapia Conductista, Técnicas y Perspectivas. Buenos Aires. Ed. Paidos (orig. 1971).
- Lecrom, L.M. (1961). Techniques of Hypnotherapy. New York. Ed. Julian Press,
- Lecrom, L.M. (1989) Autohipnotismo. México. Ed. Diana.
- Linder, F. P. (1966). El Hipnoanálisis En Yates (comp.) Psicoterapia y Psicohigiene. Buenos Aires. Ed. Paidos (orig. 1960).
- Linder, F. P. (1970). Como adelgazar con Hipnosis. Buenos Aires. Ed. Glem. (orig. 1968).
- London y Cols., (1968). EEG. Alfa rhythmus and susceptibility to hypnosis. Nature, 219, 71-72.
- Ludwing, A. (1966). Altered States of Consciensnes. Archives of General Psychiatry 15, 25-34.
- Luria, A. R. (1968). The mind of a Mnemonist, Nueva York. Ed. Basic Books.
- Luthe, N. Y Schultz. J. H. (1969). Autogenic Therapy vols. 1-6. Nueva York: Ed. Grane and Stratton.
- MacLeod-Morgan, C. (1979). Hypnotic susceptibility, EEG. Theta and alpha waves, and hemispheric specificity. In G.D. Burrows, D.R. y Cols. (Eds.), Hypnosis, 1979, (pp. 181-188). Amsterdam: Elsevier.
- McDavid, J., y Harari, H., (1979). Psicología y Conducta Social. México, Ed. Limusa.
- McDougall, W. (1967). Materialismo Moderno y Evolución Emergente. Buenos Aires. Ed. Paidos.

- McFadden, E., (1969). The Mechanisms of action of suggestion in the induction of acute asthma attacks. Psychosom. Med. 32, 89-115.
- Mckenna, P., (1998). The Hypnotic world. New York. Published by Faber y Faber.
- Meares, A. A. (1960). System of medical Hypnosis. Nueva York. Ed. Julian Press.
- Meares, A. A. (1961). An Evaluation of the medical hypnosis. American Journal of Clinical Hypnosis, 4, 90-97.
- Melzack, R., y Perry, C. (1975). Self-regulation of pain: The use of alpha-feedback and Hypnotic Training for the Control of Chronic pain Experimental Neurology. No. 46.
- Mesulam, M. (1985). Principles of Behavioral Neurology. Philadelphia. Davis Co.
- Minuchin, S., (1974). An Integrated Treatment Program for Anorexia Nervosa. Am. J. Psiquiatry. Vol. 131, 4-15.
- Monserrat, W. (1978). Hipnotismo. México. Ed. Olimpia.
- Morgan, A.H., MacDonald, H., y Hilgard E.R. (1974). EEG. Alpha: Lateral asymmetry related to task and hypnotizability. Psychophysiology, 11, 275-282.
- Nando y Cols. (1991). Absorption and hypnotizability: Context effects reexamined. Journal of personality and social Psychology, 60, 144-153.
- Nowlis y Cols. (1968). Relation of eyes-closed resting EEG. Alpha activity to hypnotic susceptibility. Perceptual and Motor Skills, 27, 1047-1050.
- O'Hanlon, W. H. (1989). Raíces Profundas, Barcelona. Ed. Paidós (orig. 1987).
- O'Hanlon, W. H. Y Weiner-Davis, M. (1993). En busca de Soluciones. Barcelona Ed. Paidós (orig. 1987).
- Orne, M. T. (1959). Nature of Hypnosis: Artifact and Essence. Journal of Abnormal and Social Psycholog No. 58.
- Orne, M. T. (1963). Undersirable Effects of Hypnosis: The Determinants and Managements. International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis No. 13. 21-43.
- Orne, M. T. (1972). Can a Hypnotized Subjet be Campelled to Carry out other wise Unacceptable behavior: A Discusión. International Journal of Clinical and Experimenta Hypnosis. No. 20, 68-79.

- Orne, M. T. (1979). The use and Misuse of Hypnosis in court. International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis. No. 27, 55-65.
- Ostrosky, S. F. Y Ardila, A. (1986). Hemisferio derecho y Conducta. Un enfoque Neuropsicológico. México. Ed. Trillas.
- Othmer, E., y Othmer, S., (1996). DSM. IV la entrevista Clínica. Barcelona. Masson.
- Overton, D. (1978). Major Theories of State-dependent Learning. En B. Ho, D. Richards, y D. Chute (Eds.), Drug Discrimination and State-dependent learning. New York: Ed. Academic Press.
- Pacheco, L., y Madrigal, R. (1989). Reporte de Anestesia Bucal Hipnotica Inducida Indirectamente. Revista Chilena de Terapia Psicológica. Año III, No. 12. p. 55-58.
- Pellicer, X., (1994). Aplicaciones de la hipnosis en Oncología. Rev. Psiquis. Vol. 15, pp. 51-57.
- Pérez, F. (1994). El vuelo del Ave Fenix. México, Ed. Pax.
- Pérez, M. (1988). Técnicas Hipnoticas en Psicoterapia. México. Tesis de Licenciatura U.N.A.M. Fac. Psicología.
- Perlini, A., y Spanos, N. (1991). EEG. Alpha methodologies and hypnotizability: a critical review. Psychophysiology., 28, 511-530.
- Perry, C., y Cols. (1975). The effects of hypnotic susceptibility on reducing smoking behavior treated by an hypnotic technique. J. Clin. Psychol. Vol. 31. 498-505.
- Perry, C. (1977). Uncancelled Hypnotic Suggestions: The Effects of Hypnotic aepth and Hypnotic Skill on the Posthyonotic Persistence. Journal of Abnormal Psychology. No. 86., 398-407.
- Pettinati, H., y Cols., (1985). Hypnotizability in patients with anorexia nervosa and bulimia. Archives of General Psychiatry vol. 156. Pp 699-703.
- Power, M. (1972). Autohipnosis Buenos Aires. Ed. Glem
- Pribram, K.H. (1991). Brain and Perception: Holonomy and Structure in Figural Processing. Erlbaum, Hillsdale.
- Prochaska, J., y Norcross, J., (1994). Systems of psychotherapy: A Transtheoretical analysis (3er. Ed.). CA:Brooks/Cole.

- Ritterman, M. K. (1988). Empleo de Hipnosis en Terapia Familiar, Buenos Aires. Ed. Amorrortu Editores (orig. 1983).
- Robles, T. Y Abia, J. (1990). Concierto para cuatro Cerebros en Psicoterapia. Ed. Instituto Milton Erickson. México.
- Rosen, S. (1986). Mi voz irá contigo. Los Cuentos didácticos de Milton H. Erickson Buenos Aires. Ed. Paidós. (Orig. 1982).
- Rosen, S. (1994). Concreción y Manipulación de los Síntomas en Zeig, J. Y Gilligan S. Terapia Breve. Buenos Aires. Amorrortu Editores.
- Rossi, E. (1987). La Teoría del Aprendizaje y la Memoria Dependientes del Estado de Hipnosis Terapéutica. Rev. Terapia Psicológica. Chilena. No. 9 36-48.
- Rossi, E.; Ryan, M. Y Sharp, F. (1985). Healing in Hypnosis. New York. Ed. Irvington,
- Rossy, E. L. Y Cheek, D.B. (1988). Mind body Therapy: Methods of ideodynamic healing in Hypnosis, Nueva York. Ed. Irvington.
- Sabourin, M.E., y Cols. (1990). EEG. Correlates of hypnotic susceptibilit and hypnotic trance: Spectral analysis and coherence. International Journal of Psychophysiology, 10, 125-142.
- Sacerdote, P. (1972). Some Individualized Hypnotherapeutic Techniques. Internationañ Journal of Clinical and Experimental Hypnosis. No. 20.
- Sacerdote, P. (1982). Techiques of Hypnotic Interventions With Pain Patients, en J. Barber y C. Adriand (Eds.) Psychological Approaches to the Management of Pain New York. Ed. Brunner/Mazel.
- Sarbin, T.R. y Coe, W.C. (1972). Hypnosis: Asocial Psychological analsys of Influencia Communication. Nueva York. Ed. Holt, Rinehart and Winston.
- Sarbin, T. R. Y Coe, W. C. (1979). Hypnosis and Psychopathology. Replacing old myths With Fresh Metaphors. Journal of Abnormal Psychology. No. 88.
- Schacter, D.L. (1977). EEG. Theta waves and psychological phenomena: A review and analysis. Biological Psychology, 5, 47-82.
- Scott. D. L. (1973). Hipnosis en Anestesia Barcelona. Ed. Salvat. (Orig. 1969).
- Selye, H. (1951). Physiology and Pathology of exposure to stress. Montreal. Acta Inc., p.p. 37-48.

- Shafer, D.W., y Hernández, A., (1978). Hypnosis pain and the context of therapy. International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 26 (3), 143-153.
- Shapiro, A. K. (1971). Placebo Effects in Medicine, Psychotherapy, and Psychoanalysis. En A. E. Bergin y S. L. Garfield. (Eds.) Handbook of Psychotherapy and behavior change. Nueva York. Ed. Wiley.
- Sheehan, P. W. Y Perry, C. W. (1976). Methodologies of Hypnosis. A Critical Appraisal of Contemporar y Paradigms of Hypnosis. New York Ed. Erlbam.
- Shepard, R. N. (1978). The Mental Image American Psychologist. No. 33., 83-104.
- Shor, R. E., y Orne, M. T. (1965). Three Dimensions of Hypnotic Depth. En The Nature of Hypnosis Orne (comp.) New York. Holt, Rinehart y Winston., (pp. 32-51).
- Shrout E., (1990) Hipnosis Científica Moderna. Buenos Aires. Ed. Lidium
- Shultz, J. H. Y Luthe W. (1959). Autogenic Training. Nueva York. Ed.. Grane and Stratton.
- Simonton, O. C., y Matthews-Simonton, S. (1975). Belief Systems and Management of the Emotional Aspects of Malignacy. Journal of Transpersonal Psychology, No. 7, 52-79.
- Simonton, O. C. Y Matthews-Simonton, S., Creighton, J. L. (1978). Getting Well Again Nueva York. Ed. Bantam.
- Spanos, N. P. Y Barber, T. X. (1968). "Hipnotic" Experiences as Inferred from Subjective reports: Auditory and visual Hallucinations. Journal of Experimental Research in Personality., 32, 159-174.
- Spanos, N. P. Y Barber, T. X. (1974). Tow ard a Convergence in Hipnosis Research. American Psychologist. No. 29., 55-67.
- Sperry, R. (1970). Perception in the absence of neocorti of neocortical commisures. Research Publication of the Association of Nervus and Mental Disease. 48, 123-138.
- Spiegel y Cols. (1981). Hypnotic responsivity and the treatment of flyinnqphobia. Am. J. Clin Hypn., 23, 239-247.
- Spiegel, H., y Spiegel, D. (1978). Trance and Treatment. Clinical used of Hypnosis. New York. Ed. Basis Books.
- Springer, S.P., y Deatsch, (1981). Cerebro izquierdo, cerebro derecho. Barcelona, Gedisa.

- Staton, H., (1971). The Treatment of Alcoholism. American Journal of Clinical Hypnosis, 22, 103-107.
- Stanton, H. E. (1979). The Hypnotherapeutic Placebo. En G. D. Burrows, D. R. Collison y L. Dennerstein (Eds.) Hypnosis Nueva York: Elsevier/North Holland Biomedical Press.
- Sternback, R.A., (1974). Pain patient: Traits and Treatment. New York. Ed. Academic Press.
- Sullivan, H., (1959). Concepciones de la Psiquiatria Moderna. Buenos Aires. Psique.
- Teitelbaum, M. (1978). Hypnosis Induction Technics. Illinois. Ed. Charles Tomas
- Tellegen, A., y Atkinson, G. (1974). Openness to Absorbing and Self-altering experiences ("absorption"), a trait related to hypnotic susceptibility. Journal of Abnormal Psychology, 83, 268-277.
- Thorensen, C., y MaHoney, M., (1974). Autocontrol de la Conducta. México. F.C.E.
- Tordjman, G. (1978). Como Comprender la Hipnosis. Madrid. Ed. Argos-Vergara.
- Torem, M., (1992). The use of hypnosis with eating disorders. Psychiatric Medicine., 10, 105-118.
- Vanderlinden, J., y Vandereycken, W., (1990). The use of hypnosis in the treatment of bulimia nervosa. In. J. Of Clin. And Exp. Hypn. 38, 101-110.
- Veiga y Cols. (1984). Tratamiento autogeno con base hipnotica en pacientes con trastornos Dermatológicos: Psoriasis. Cuba. Boletin de Psicologia. No. 2. Vol. VII Mayo-Agosto pp. 135-143.
- Vogel, E., y Cols. (1968). EEG. And mental abilities. Electroencephalography and Clinical Neurophysiology, 24, 166-175.
- Volgyesi, F. (1978). La Hipnosis en el Hombre y en los Animales. México. Ed. C.E.C.S.A.
- Walter, W.G., (1953). The living brain. New York. Norton.
- Watkins, J.G. y Watkins, H.H. (1979). The Theory and Practice of ego-State Therapy. En H. Grayson (Ed.), Short-term approaches to psychotherapy. Nueva York Human Sciences Press., (pp.69-101).
- Watzlawick, P. (1992). El Lenguaje del Cambio. Barcelona. Ed. Herder. (Orig. 1978).

- Watzlawick, P. Weakland, J. H., y Fisch, R. (1994). Cambio. Barcelona. Ed. Herder (orig. 1973).
- Weitzenhoffer, A. M. (1953) Ltynpotim an Objective Study in Suggestibility. Landon. Ed. Chapman & Hall.
- Weitzenhoffer, A. M. (1964). Técnicas Generales de Hipnotismo. Argentina. Ed. Paidos
- Weitzenhoffer, A. M. Y Hilgard, E.R. (1959). Stanford Hypnotic Susceptibility Scale. Forms A. and B. Palo Alto California. Ed. Consultin Psychologists Press.
- Wilkes, J. (1986). Un Estudio sobre la Hipnosis Psychology Today (español) No. 1 Madrid., 33-42.
- Williams. J., (1989) Principios de Psicología. México. Ed. F.C.E. (orig. 1913).
- Wilson, G., (1981). Efectos de las Terapias Psicológicas. Revista del 1er. Encuentro Nacional de Psicólogos Clínicos en Chile. P.p. 18-24.
- Wolberg, L.R. (1943). Medical Hypnosis. New York. Ed. Grane & Stratton,
- Wolberg, L.R. (1968a). Psicoterapia Breve. Madrid. Ed. Gredos.
- Wolberg, L.R. (1968b). Hipnoanálisis. Buenos Aires. Ed. Paidos.
- Wolman, B., (1984) Diccionario de Ciencias de la Conducta. México. Ed. Trillas.
- Wolpe, J. (1976). Psicoterapia por Inhibición Reciproca. Bilbao. Ed. Desclée De Brouwer. (Orig. 1969).
- Wolpe, J. (1974) La practica de la Terapia de la Conducta. México. Ed. Trillas (orig. 1969) Aries.
- Yates, E. (1966). Psicoterapia y Psicohigiene. Buenos Aires. Ed. Paidos.
- Young, P.C., (1940). Hypnotic. Regresión factor artefact. S. Abnorm. Soc. Psychol No.42., 267-241.
- Zeig, J. (1985). Un Seminario didáctico con Milton H. Erickson, Buenos Aires. Ed. Amorrortu. Editores. (Orig. 1980).
- Zeig, J.K., y Gilligan, S. G. (Comp.) (1994). Terapia breve. Mitos, Métodos y Metáforas Buenos Aires. Ed. Amorrortu Editores. (orig. 1990).