

HIPNOSIS CLÍNICA

M. ELENA MENDOZA
Práctica privada, Sta. Cruz de Tenerife

JUAN LAMAS
Universidad de la Coruña

ANTONIO CAPAFONS
Universitat de València



Contenido

DOCUMENTO BASE.....	3
Hipnosis clínica	
FICHA 1.....	17
Tipos de hipnosis	
FICHA 2	22
Tipos de sugerencias	

Documento base.

Hipnosis Clínica

INTRODUCCIÓN

Definiciones de hipnosis

A lo largo de la historia, el estudio de la hipnosis ha ido dando lugar a distintos paradigmas desde los que se ha originado una gran cantidad de definiciones, cada una de ellas con sus propias particularidades y connotaciones, tanto teóricas como clínicas. Algunas de las más destacadas son las que han ofrecido, entre otros, autores como Spiegel y Spiegel (1987, 2004) y Kihlstrom (1998), o asociaciones profesionales como la Sociedad Británica de Psicología (2001/2002) y la División 30 (*Society of Psychological Hypnosis*) de la *American Psychological Association* (APA, 2004).

En la mayoría de los textos, se asume que la hipnosis es un estado de trance, como indican Spiegel y Spiegel (1987, 2004) en su definición, que concibe la hipnosis como un estado psicofisiológico de concentración focalizada, atencional y receptivo, con una disminución correspondiente en la conciencia periférica. Además, estos autores consideran que la capacidad para este estado varía en función de las personas y que es relativamente estable a través del ciclo de la vida adulta. Esta capacidad puede estar genéticamente determinada, aunque quizá, según estos autores, pueda ser aprendida en los inicios de la vida. El estado hipnótico puede ser activado e invocado a través de tres formas: espontáneamente; como respuesta a una señal de otra persona (hipnosis formal); y como respuesta a una señal auto-inducida (auto-hipnosis).

El problema de este tipo de definición es que confunde el *hecho* (o fenómeno) que se pretende definir con una *hipótesis*, en este caso la de que la hipnosis sea un estado de trance (o estado de atención focalizada). Esta sería una hipótesis de cómo funciona la hipnosis, que además actualmente cuenta con evidencia controvertida y contradictoria (Capafons, 2001). Es más, los teóricos que aceptan el concepto de trance como demostrado, lo utilizan para describir los fenómenos hipnóticos pero niegan que explique o cause dichos fenómenos (Hilgard, 1969; Kihlstrom, 1985).

Otros autores definen la hipnosis desde un punto de vista operativo, considerándola como un contexto social, en el que se usa una ceremonia de inducción que rotula o etiqueta la situación como "hipnosis", y en el que se sugieren al individuo cambios en percepciones, cogniciones, experiencia, etc. En estos casos se mantiene separada la hipótesis que explica el funcionamiento de las sugerencias hipnóticas con el fenómeno de la hipnosis. Éste sería el caso de Kihlstrom (1998) que define la hipnosis como una interacción social en la que una persona responde a las sugerencias dadas por otra persona, el hipnotizador, generando cambios en la percepción, la memoria y el control voluntario de las acciones, a través de experiencias imaginativas.

Por otra parte, las concepciones de la hipnosis que no apelan a un estado de trance, en general llamadas socio-cognitivas o cognitivo-comportamentales, rechazan explicaciones que implican discontinuidad de los comportamientos hipnóticos respecto de los no hipnóticos, basando sus argumentaciones teóricas en los aspectos sociales y situacionales del contexto hipnótico, junto con las actitudes, la imaginación, las atribuciones, el rol socialmente sancionado, las expectativas y las creencias sobre la hipnosis que tiene la persona (Capafons, 2001; Lynn y Kirsch, 2005; Lynn y Rhue, 1991).

Esta falta de acuerdo entre las concepciones de los distintos autores que reflejan posturas teóricas muy distintas, así como su complejidad, planteó la necesidad de contar con una definición neutral que no fuera inconsistente con ninguna de las teorías más relevantes. De esta manera, la División 30 (*Society of Psychological Hypnosis*) de la *American Psychological Association* (APA) propuso una definición consensuada aceptada por las principales asociaciones de hipnosis. Según esta definición de la APA (2004), la hipnosis se define de la siguiente manera: "*Habitualmente, la hipnosis conlleva una introducción al procedimiento durante la cual se dice a una persona que se le presentarán sugerencias de experiencias imaginativas. La inducción hipnótica es una sugestión inicial ampliada para usar la propia imaginación, y que puede incluir mayores detalles de la introducción. Se usa un procedimiento hipnótico para fomentar y evaluar respuestas a las sugerencias. Al usar la hipnosis, una persona (el sujeto) es guiado por otra (el hipnotiza-*

dor) para que responda a las sugerencias de cambios en la experiencia subjetiva, alteraciones en la percepción, sensación, emoción, pensamiento o conducta. Las personas pueden aprender también auto-hipnosis, que es el acto de administrarse procedimientos hipnóticos a uno mismo.

Si la persona responde a las sugerencias hipnóticas, generalmente se infiere que se ha inducido una hipnosis. Muchos creen que las respuestas y experiencias hipnóticas son características de un estado hipnótico. Aunque algunos piensan que no hace falta usar la palabra "hipnosis" como una parte de la inducción hipnótica, otros lo ven esencial.

Los detalles de los procedimientos y sugerencias hipnóticas diferirán según los objetivos de quien la practique, y de los propósitos de la tarea clínica o de investigación que se intenta realizar. Tradicionalmente, los procedimientos incluyen sugerencias para relajarse, aunque la relajación no es una parte necesaria para la hipnosis, pudiéndose usar una amplia variedad de sugerencias, incluidas las de alerta. Tanto en ámbitos clínicos como de investigación se pueden usar sugerencias que permiten evaluar el alcance de la hipnosis comparando las respuestas con escalas estandarizadas. Si bien la mayoría de los participantes pueden responder, al menos, a algunas sugerencias, las puntuaciones de las escalas suelen abarcar un rango que oscila desde lo elevado a lo insignificante. Tradicionalmente, las puntuaciones se han agrupado en las categorías de bajas, medias y altas. Tal como ocurre con otras medidas de constructos psicológicos escaladas positivamente, como la atención y el apercebimiento, la claridad de la evidencia de haber logrado la hipnosis se incrementa con la puntuación del individuo".

Asimismo, hay que destacar la definición propuesta por la Sociedad Británica de Psicología (2001/2002). Según se recoge en el informe emitido por esta sociedad, el término hipnosis denota una interacción que se da entre una persona, el "hipnotizador", y otra u otras, el "sujeto" o "sujetos", en la que el primero intenta influir sobre la percepción, sentimientos, pensamientos y conductas del segundo, sugiriéndole, para ello, que se concentre en las ideas e imágenes que puedan evocar los efectos que se pretenden conseguir. Las sugerencias serían las comunicaciones verbales empleadas por el hipnotizador para alcanzar dichos efectos. Las sugerencias se diferencian del resto de instrucciones de la vida cotidiana, en que aquéllas implican que el sujeto experimenta, con "éxito", una respuesta caracterizada por una cualidad de involuntariedad o por la carencia de esfuerzo. En esta definición se pone también de relieve la existencia de los métodos de auto-hipnosis, entendidos como el modo en que las personas ponen en práctica los procedimientos hipnóticos por sí mismos.

Las definiciones de ambas sociedades destacan la importancia de las sugerencias dirigidas a cambiar las cogniciones, conducta, afectos, etc., de la persona hipnotizada, así como el no incluir criterios específicos para determinar cuándo una persona está o no hipnotizada. Esto último se infiere de si la persona responde o no a las sugerencias, que además las experimenta como acaecimientos, es decir, sin experiencia de esfuerzo, como automáticas o cuasi involuntarias (Capafons, Lamas, y Lopes-Pires, 2008).

Mitos sobre la hipnosis

A pesar de haber una gran cantidad de investigación científica sobre la hipnosis todavía hay muchos profesionales de la salud que desconocen la relevancia y uso de la hipnosis como ayuda para fomentar la eficacia de las intervenciones médicas y psicológicas (Capafons, 1998). Tanto los denominados "hipnoterapeutas legos", como el cine, la literatura y los medios de comunicación transmiten la mayoría de los mitos y falsas creencias que existen sobre la hipnosis. Y son estos mitos los responsables de la iatrogenia que puede observarse en la utilización inadecuada de la hipnosis clínica (Capafons, 2001).

De acuerdo con la investigación, las creencias erróneas sobre la hipnosis son compartidas tanto por profesionales como por la población no especializada. Capafons (1998; en prensa) recoge las principales falsas creencias en siete mitos y sus correspondientes contra argumentos, que, no sólo es conveniente que los conozcan los profesionales de la salud, sino que, antes de plantear una intervención que incluya la hipnosis, deben ser aclarados al usuario (Capafons, 2001).

El mito número 1 dice lo siguiente:

"La hipnosis no pertenece al campo de la Psicología científica. Quienes la practican suelen ser charlatanes, curanderos u hombres del espectáculo. Las personas que mejoran con ella, son crédulos, ignorantes y "dependientes".

En realidad, la hipnosis ha sido el objeto de investigación experimental de estudios de autores de innegable seriedad en la Psicología Científica, tales como Alfred Binet, William James, Wilhem Wundt, Clark Hull, H.J. Eysenck, Albert Ellis e Ivan Pavlov, entre otros. Desde sus comienzos, la hipnosis ha recibido atención tanto desde su vertiente empírica como terapéutica en psicología y medicina (Sarbin y Coe, 1972). Asimismo, colec-

tivos profesionales de reconocido prestigio cuentan con secciones dedicadas a la hipnosis, como es el caso de la división 30 de hipnosis de la *American Psychological Association*, y las universidades de los principales países de Occidente incluyen la hipnosis en sus temarios, tanto en facultades de Psicología como de Medicina y Odontología.

Sin embargo, todo esto no evita que charlatanes, personas del espectáculo y pseudo profesionales que se auto-denominan hipnólogos o hipnoterapeutas, todos ellos caracterizados por no tener una cualificación profesional con titulación universitaria, ni conocer la hipnosis científica/experimental, practiquen la hipnosis desde una perspectiva más lucrativa que sanadora. Debido a la dificultad del usuario promedio para distinguir entre los profesionales de la hipnosis y los pseudo-profesionales, las asociaciones y colegios científico-profesionales están desarrollando una importante labor informativa (por ejemplo, véase este enlace: <http://www.grupohipnosiscopcv.es/prof.htm>).

Además, como se explicará en detalle en el siguiente apartado, la hipnosis es una herramienta psicológica, que está mostrando ser eficaz y de gran utilidad en la práctica científico-profesional de la Psicología y la Medicina, por lo que no se la puede considerar una herramienta de charlatanes ni curanderos.

Por lo que se refiere a la segunda afirmación del mito, las personas que son hipnotizables no son ignorantes, crédulas o dependientes. La investigación respecto a las características de las personas hipnotizables indica que existen correlaciones significativas con algunos tipos de trastornos, como fobias, trastorno de estrés post-traumático, etc., sin embargo, este hallazgo sólo informa de que, según la escala que se use y el tipo de población, podemos encontrar algunas relaciones que no son capaces de caracterizar o dar un "perfil" de la persona hipnotizable (Council, 2005). Además, la única variable consistentemente relacionada con la sugestionabilidad hipnótica es la sugestionabilidad despierta (Kirsch y Council, 1992), lo cual tampoco aporta información sobre dicho perfil (Capafons, 1998). Por otra parte, mostrarse crédulo, ignorante, etc., dependerá más del modelo de hipnosis que se acepte, que de la respuesta a las sugestiones hipnóticas (Capafons, 2001).

El mito 2 es el siguiente:

"La hipnosis puede dejar a la persona "enganchada" en un trance, de forma que, al no poder "salir del estado hipnótico", quedaría mermada en su volición o devendría en un demente".

Según la evidencia clínica y los resultados experimentales, las personas no se quedan "enganchadas" en un estado alterado de conciencia. El concepto de trance o estado alterado de conciencia ha sido descartado hace tiempo, o ha evolucionado tanto que lo que se entiende ahora por trance poco tiene que ver con lo que se entendía en el siglo XIX debido a la evidencia experimental contraria a sus supuestas características (Hilgard, 1991; Kirsch, 1993; Sarbin y Coe, 1972; Spanos y Barber, 1976). Además, cabe destacar que los estudios psicofisiológicos recientes ni lo confirman ni lo refutan (Capafons et al., 2008). Se ha observado que algunas personas con una elevada sugestionabilidad hipnótica y del tipo de los llamados disociadores (Barber, 1999) presentan más dificultades para deshipnotizarse que otras con el mismo nivel de sugestionabilidad (por ejemplo, *pronos a la fantasía*, (Barber, 1999)), pero en cualquier momento pueden abandonar la hipnosis. Además, esta dificultad en mostrar el comportamiento habitual no es superior a la que estas personas muestran al acabar otras técnicas de relajación, imaginación o concentración (Lynn, Martin y Frauman, 1996). Por tanto, se puede afirmar que es difícil quedarse mermado en las propias capacidades de decisión o engancharse en un trance, si no existe, o, de existir, no presenta esas cualidades de anulación del control (Capafons, en prensa).

El Mito 3 es el siguiente:

"La hipnosis puede explicitar o agravar psicopatologías "latentes" de la persona. Incluso puede desarrollar alteraciones psíquicas en los individuos sanos. Los individuos con problemas psicopatológicos, puede empeorar con la hipnosis".

No se ha encontrado evidencia alguna de que la hipnosis pueda generar algún tipo de psicopatía o alteración psicológica, existiendo, además, investigación que indica que esa afirmación es un mito y que no se dan iatrogenias especiales con la hipnosis (Lynn, Myer y Mackillop, 2000), que se pueden prevenir con una presentación adecuada de la misma (Page y Green, 2002), y que los posibles efectos secundarios que pueda ocasionar están más relacionados con las creencias hacia la hipnosis que con un presunto estado mental/neurofisiológico de vulnerabilidad. Asimismo, la investigación también apunta a que la hipnosis es útil en aquellos trastornos donde se pensaba que podría dañar más, como son los trastornos de identidades múltiples (Capafons, 2001), y que es una estrategia eficaz y eficiente en el tratamiento de diversos problemas psicológicos. No se han constatado datos de caso alguno en el que se haya podido probar que las personas sanas puedan desarrollar patologías mediante la hipnosis (Wagstaff, 2000). Sin embargo, sí es

conveniente que el psicólogo conozca los problemas que pueden generar las falsas creencias sobre la capacidad de la hipnosis para incrementar la memoria de las personas o para fomentar una regresión de edad o incluso a vidas pasadas. Estas creencias llevan a la génesis de falsos recuerdos tales como recordar haber sido torturado, abducido por extraterrestres o sufrido abusos sexuales, que suelen surgir cuando se utilizan las regresiones y sugerencias hipnóticas para fomentar la precisión del recuerdo así como cuando se dan preguntas tendenciosas (Capafons y Mazzoni, 2005). Las graves implicaciones que suelen tener para los pacientes estos falsos recuerdos los hacen muy iatrogénicos, pero no dependen de la hipnosis en sí, sino de las creencias erróneas de que la hipnosis puede aumentar la cantidad y la precisión de lo que se recuerda, de que la persona en regresión de edad se comporta igual que como lo hacía en la edad a la que se le sugiere que regrese, y de que bajo hipnosis no se puede mentir (Capafons, en prensa).

Por tanto, se puede concluir que la creencia en la hipermemoria y la fidelidad de la memoria inconsciente es uno de los mitos más iatrogénicos que se encuentran en el campo de la hipnosis, pues puede consolidar delirios o crear graves problemas familiares para aquellas personas que tras una regresión dicen recordar que algún pariente ha abusado sexualmente de ellas. Así, la hipnosis no es peligrosa en sí misma sino que su posible iatrogenia proviene de la desinformación de quien la recibe y de la ignorancia de quien la aplica (Capafons, 2001).

El mito 4 dice lo siguiente:

“La hipnosis provoca un “estado” similar al del sueño, en el que la persona muestra unas características especiales. Si no se alcanzan tales características, la persona no está hipnotizada. Sólo se puede estar en esa situación especial, si se ha recibido un método de inducción hipnótica”.

La investigación reciente confirma incluso con técnicas de neuroimagen que no existen referentes de un estado de sueño o alterado durante la hipnosis, es más, se ha demostrado que las sugerencias hipnóticas se cumplen sin ser meras ficciones de las personas hipnotizadas (Capafons, en prensa). También hay que destacar que la apariencia de la persona hipnotizada (ojos cerrados, aletargamiento, etc.) es sólo una forma más de utilizar la hipnosis, pues se han desarrollado otros métodos de inducción y manejo de las sugerencias en que las reacciones sugeridas son más bien de actividad mental y física y de expansión de la atención (hipnosis alerta, activo-alerta y despierta) (Capafons, 2001). Así, la apariencia de una persona hipnotizada dependerá de las sugerencias y del marco conceptual que el profesional que va a hipnotizar presente al usuario (Capafons, en prensa).

Por otra parte, en la segunda parte del mito que plantea como condición para estar hipnotizado el alcanzar algunas características especiales, hay que recordar que bajo hipnosis no se provoca nada que no se sugiera y/o que la persona no crea y espere que vaya a ocurrir. Asimismo, no se puede esperar nada especial de la hipnosis, ni tampoco asumir que tiene poderes para lograr reacciones espectaculares en las personas hipnotizadas (Capafons, 1998).

El siguiente mito, el 5, dice así:

“La hipnosis elimina y anula el control voluntario de la persona. Ésta deviene en un autómata en manos del hipnotizador, por lo que puede cometer actos delictivos, antisociales, inmorales o que le llevan al ridículo social”.

Este mito ha perjudicado mucho el uso y la aplicación de la hipnosis en la práctica clínica, pues en los medios de comunicación, el cine y la literatura se presenta al hipnotizador como una persona con poderes para controlar la voluntad de la persona hipnotizada. De esta manera, la imagen que se transmite es que las personas hipnotizadas, por ejemplo por hipnotizadores de espectáculo en programas de televisión, muestran comportamientos ridículos o muy espectaculares que luego estas personas dicen haberlos experimentado como involuntarios e incontrolables. Sin embargo, hay que tener en cuenta que en estas situaciones de espectáculos no se pide a la persona que haga nada que pueda ser antisocial, delictivo o inmoral, sino más bien reacciones que ya esperan que se les puedan pedir y que consideran como divertidas y entretenidas (Capafons, 1998). Además, no existe ningún dato comprobado de que alguien haya actuado en la realidad contra su voluntad por haber sido hipnotizado, y la hipnosis no ha probado ser un medio eficaz para anular la voluntad de las personas (Capafons, 2001). Sí es posible que debido al control social que tienen los profesionales de la salud y otras personas (confesores, maestros espirituales, etc.), en algún caso alguien actúe contrariamente a sus intereses, pero cuando se habla de hipnosis las personas están mucho más atentas a cualquier sugestión que pueda salirse de lo aceptado y, por tanto, será menos probable que esto ocurra. Así, el estar hipnotizada no lleva a una persona a perder el control, y, si lo hace, sería porque también fuera de ella lo pierde (Capafons, 2001).

Por lo que se refiere a la percepción de las respuestas hipnóticas como involuntarias, hay que señalar que más bien se están equiparando las reacciones automáticas con las involuntarias. En hipnosis se perciben las respuestas como automáticas, como si ocurriesen sin demasiado esfuerzo por parte de la persona, sin embargo son voluntarias, pues en cualquier momento si la persona hipnotizada no quiere seguir una sugestión por las razones que sea, la puede interferir (fenómeno

llamado contra-sugestión), controlando la situación hipnótica mediante su actividad cognitiva (Capafons, 1998).

El mito 6 es el siguiente:

“La hipnosis provoca reacciones inusuales, excepcionales y cuasi mágicas en las personas”.

Tal como ya se ha señalado, en hipnosis sólo se consiguen respuestas que también se pueden dar fuera de hipnosis. Las evidencias experimentales indican que las sugerencias hipnóticas no provocan reacciones ni competencias que la persona no tenga previamente en su repertorio, es más, las reacciones hipnóticas se pueden replicar sin inducir la hipnosis. Sí es cierto que la hipnosis es útil para que la persona descubra sus potencialidades y ayuda a fomentar un mayor control sobre las propias reacciones que se aprenden a activar o inhibir con eficiencia y a voluntad cuando la persona así lo necesite. Por lo tanto, se puede decir que la hipnosis es una forma de auto-control, pero no crea un estado especial en el que las personas consigan reacciones o se comporten de forma que no podrían lograr fuera de hipnosis (Capafons, 2001).

Por último, el mito 7 dice lo siguiente:

“La hipnosis es una terapia (hipnoterapia), sumamente útil, rápida y eficaz, que no exige ningún esfuerzo por parte del cliente para cambiar de comportamiento. Sólo las personas muy susceptibles, sin embargo, pueden beneficiarse de ella”.

Tal como ya se ha indicado, la hipnosis no es una terapia psicológica sino un coadyuvante a otras formas de psicoterapia (Kirsch, Montgomery y Sapirstein, 1995) que facilita los resultados terapéuticos y, al igual que otras formas de sugestión, acelera la terapia y disminuye el esfuerzo necesario para ella, sin eliminarlo del todo, pues el paciente debe implicarse y esforzarse activamente en el tratamiento para obtener los beneficios del mismo.

Se pueden encontrar en la literatura dos intentos recientes de demostrar que la hipnosis es eficaz como única intervención. En uno de estos estudios se realizó un meta-análisis (Flammer y Bongartz, 2003) y los autores sólo pudieron concluir que la hipnosis es moderadamente eficaz en trastornos psicológicos, y poco útil en los médicos. Otro estudio llevó a cabo un meta-análisis para determinar la eficacia de la hipnosis como única intervención en trastornos psicósomáticos (Flammer y Alladin, 2007) y se concluyó que ésta es eficaz (*pero solo en el post-tratamiento, ya que no consideraron el seguimiento*) cuando se utiliza la denominada “nueva hipnosis” (ericksoniana), en segundo lugar la mixta y luego la hipnosis tradicional. Estos resultados hay que tomarlos con cautela, pues este estudio presenta serios problemas metodológicos que no permiten aceptar estas conclusiones sin más investigación adicional.

Por lo que se refiere a la segunda parte del mito, se ha comprobado que, en general, influye más en la mejora con los tratamientos que incorporan la hipnosis la actitud positiva y expectativas adecuadas hacia la hipnosis que una alta sugestionabilidad hipnótica (Schoenberger, 2000). De ahí la importancia de desarrollar procedimientos que ayuden a fomentar las actitudes positivas en los pacientes (Capafons, en prensa).

En resumen, teniendo en cuenta la iatrogenia de estos mitos y que la hipnosis es una herramienta muy útil y eficaz dentro del conjunto de procedimientos clínicos médicos y psicológicos, es necesario difundir la hipnosis científica entre profesionales y usuarios, tanto para contrarrestar los efectos de las creencias erróneas o incluso iatrogénicas, como para animar a los profesionales cualificados a utilizarla convenientemente, lo cual resultará en mayores beneficios para los pacientes.

Áreas de eficacia de la hipnosis

La hipnosis ha sido utilizada en el tratamiento de una amplia variedad de problemas médicos y psicológicos y se ha realizado una gran cantidad de investigación respecto a su eficacia. Sin embargo, parte de estos estudios son informes anecdóticos, estudios de caso o estudios que no cumplen con criterios metodológicos estrictos. Se han publicado varias revisiones de la investigación sobre la eficacia de la hipnosis recogiendo la evidencia empírica disponible en la literatura. En un número especial de la *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis* (IJCEH, 2000, Vol. 48, 2), se revisaron aquellos estudios que cumplían los criterios metodológicos planteados por Chambless y Hollon (1998), que están entre los más rigurosos de los existentes.

Asimismo, Wark (2008) publicó una breve revisión en la que resume los resultados de los 18 principales meta-análisis realizados sobre la eficacia de la hipnosis clínica y los evalúa mediante los criterios de Chambless y Hollon (1998). En los resultados se identificaron 32 trastornos para los que la hipnosis es un tratamiento posiblemente eficaz, 5 para los que es eficaz y 2 para los que se considera un tratamiento específico. También se destacó que hay muy pocos tratamientos con hipnosis estandarizados que puedan guiar a los clínicos y que sólo se publican las pautas generales del uso de esta técnica.

Más recientemente se publicó una revisión actualizada, y más amplia que la de Wark, de los estudios de diversa índole relevantes al establecimiento de la eficacia de la hipnosis clínica (Mendoza y Capafons, 2009). En esta revisión se tuvieron en cuenta los resultados de la investigación más rigurosa al respecto, así como los de otros estudios que, a pesar de no cumplir unos criterios metodológicos rigurosos, muestran relevancia clínica. A continuación se resumen las principales áreas de eficacia y los estudios que han aportado evidencia empírica de la misma.

ANALGESIA HIPNÓTICAMENTE INDUCIDA

El manejo del dolor, ya sea crónico o agudo, es una de las áreas de aplicación de la hipnosis que muestra una mayor evidencia empírica de su eficacia, y se considera como un tratamiento eficaz, bien establecido y empíricamente validado (Lynn, Kirsch, Barabasz, Cardeña y Patterson, 2000; Montgomery, DuHammel y Redd, 2000). En la revisión de Montgomery et al. (2000) de estudios bien controlados se encontró que la hipnosis puede aliviar a un 75% de la población en distintos tipos de dolor y que además las técnicas de analgesia hipnótica son superiores a la medicación, el placebo psicológico y otro tratamiento. Asimismo, dentro de los procedimientos para reducir el dolor, la hipnosis funciona especialmente bien en el desbridamiento de heridas por quemaduras que es muy doloroso, en las aspiraciones de médula y en el parto (Montgomery, Du Hamel y Reed, 2000).

En la revisión de Elkins, Jensen y Patterson (2007) de estudios controlados sobre el uso de la hipnosis en el tratamiento del dolor crónico se encontró que las intervenciones con hipnosis fueron significativamente más eficaces que el no-tratamiento en la reducción del dolor en una amplia variedad de tipos de dolor crónico, que además se mantuvieron durante varios meses.

Asimismo, hay que destacar que, según Jensen et al. (2006), el tratamiento hipnótico es útil para los pacientes con dolor crónico, no sólo para conseguir efectos analgésicos, sino también en el manejo de la ansiedad, la mejora del sueño y la mejora de su calidad de vida.

Por último, en la revisión de Hammond (2007) sobre la eficacia de la hipnosis clínica para el tratamiento de los dolores de cabeza y las migrañas, se concluye que la hipnosis cumple los criterios de investigación en psicología clínica para considerarse un tratamiento eficaz y bien establecido. Además, presenta la ventaja de que no tiene efectos secundarios, ni riesgos de reacciones adversas, disminuyendo el gasto en medicación asociado a los tratamientos médicos convencionales (Hammond, 2007).

HIPNOSIS EN MEDICINA

La hipnosis se ha incluido en las intervenciones psicológicas para aliviar la ansiedad de los pacientes relacionada con las **intervenciones quirúrgicas**, como técnica coadyuvante a la analgesia farmacológica, y para enseñar a los pacientes estrategias de afrontamiento ante la cirugía. Asimismo, se ha utilizado con éxito para reducir la cantidad de medicación pre y post cirugía para el dolor, el sangrado y el tiempo de hospitalización, así como para facilitar el post-operatorio y la recuperación (Pinnel y Covino, 2000).

En el meta-análisis que llevaron a cabo Montgomery, David, Winkel, Silverstein y Bovbjerg (2002) de estudios controlados publicados que habían utilizado la hipnosis como coadyuvante de tratamientos cognitivo-comportamentales con pacientes de cirugía, se encontró que aproximadamente un 89% de los pacientes de cirugía se beneficiaban de las intervenciones con hipnosis comparados a los pacientes en las condiciones control (grupos sólo cognitivo-comportamentales). Asimismo, los autores encontraron que los efectos beneficiosos de la hipnosis se dieron significativamente más en cada una de las seis categorías de resultados clínicos seleccionadas para el estudio, a saber, afecto negativo (ansiedad y depresión), dolor, necesidad de analgésicos, indicadores fisiológicos, recuperación y duración del procedimiento y de la hospitalización. Además estos beneficios se encontraron, tanto en los auto-informes, como en las medidas objetivas en la última evaluación. A partir de este estudio los autores concluyen que la hipnosis es un coadyuvante eficaz para ayudar a los pacientes a reducir las consecuencias adversas de un rango amplio de pacientes de cirugía (Montgomery et al., 2002).

Por otra parte, en el estudio de Montgomery et al. (2007) se observó que las pacientes sometidas a cirugía de mama que recibieron una intervención de 15 minutos con hipnosis para reducir efectos colaterales, mostraron, respecto al grupo de control de atención: menos consumo de propofol y lidocaína, menor intensidad y menos molestias dolorosas, menos náuseas, fatiga y alteración emocional, similar consumo de fentanyl, midazolam y analgésico de sala, y menor gasto económico de cada paciente (772.71 dólares americanos menos por persona que las pacientes del grupo control). Por tanto, los autores concluyen que estos datos apoyan el uso de la hipnosis en pacientes con cáncer de mama que necesitan cirugía.

En el área de la **gastroenterología**, la hipnosis se ha utilizado como coadyuvante a la terapia cognitivo-comportamental del síndrome de colon irritable. En la actualidad, los tratamientos médicos convencionales para este síndrome no son satisfactorios para más de la mitad de los pacientes que continúan con síntomas crónicos, así que se está valorando el impacto terapéutico de otros tratamientos como es la hipnosis. Según los estudios realizados, el tratamiento con hipnosis como coadyuvante a la terapia cognitivo-comportamental tiene un impacto importante que dura años en la mayoría de los pacientes con el síndrome de colon irritable, mejorando los síntomas intestinales, el bienestar psicológico y la calidad de vida, incluso de aquellos pacientes que no responden a los tratamientos médicos estándar (Gonsalkorale, Houghton, y Whorwell, 2002; Gonsalkorale y Whorwell, 2005; Whitehead, 2006; Whorwell, 2006).

Existen en la actualidad dos tratamientos estructurados que incluyen hipnosis para el tratamiento de este síndrome. Uno es el del equipo de la Universidad de Manchester en el Reino Unido (Gonsalkorale, 2006; Whorwell, 2006), y el otro es el Protocolo de Carolina del Norte (Palsson, 2006), éste último es el único que cuenta con un manual detallado de la intervención. Ambos han mostrado que la mayoría de los pacientes mejoran significativamente en cuanto a sus síntomas gastrointestinales y su calidad de vida (Gonsalkorale, 2006; Palsson, 2006).

En lo que se refiere a los **trastornos respiratorios**, Brown (2007) concluye que la hipnosis es posiblemente eficaz para el tratamiento de síntomas y conductas relacionadas con el asma y es eficaz para el manejo de estados emocionales que exacerban la obstrucción de las vías respiratorias. También es posiblemente eficaz en la disminución de la obstrucción de las vías respiratorias y en la estabilización de la hiper-respuesta respiratoria en algunas personas. Sin embargo, no hay evidencia suficiente de que la hipnosis afecte a los procesos inflamatorios del asma, por lo que es necesario replicar estos resultados con muestras mayores y mejores diseños experimentales, prestando especial atención a los tipos de sugerencias hipnóticas utilizadas.

La hipnosis también se ha usado en la **obstetricia** para facilitar el parto y reducir el uso de medicación y analgésicos durante el parto (Cyna, McAuliffe, y Andrew, 2004; Jenkins y Pritchard, 1993). De acuerdo a la revisión de Brown y Hammond (2007), la hipnosis ayuda a reducir significativamente los dolores de parto y la necesidad de medicación durante y después del parto. Asimismo, disminuye la probabilidad de partos prematuros y reduce significativamente la duración de los dos primeros estadios del parto (pre nacimiento y nacimiento del bebé). Así mismo hay resultados prometedores sobre el uso de la hipnosis para fomentar la eficacia de las intervenciones de fertilización artificial en mujeres (Levitas et al, 2006).

Existen diversos estudios anecdóticos sobre intervenciones hipnóticas que han tratado con éxito diversas **condiciones dermatológicas**, como eczema, ictiosis, verrugas y psoriasis (Ewin, 1992; Zachariae, Øster, Bjerring y Kragballe, 1996). Asimismo, también se ha encontrado que la imaginación y la hipnosis son métodos de buena relación costo-eficacia para reducir o eliminar verrugas (Lynn y Kirsch, 2006).

Por otro lado, la hipnosis se ha utilizado también en **oncología** para ayudar a los pacientes a manejar el dolor, reducir la ansiedad relacionada con los procedimientos médicos, y reducir la emesis e hiperémesis posterior a la quimioterapia (Pinnel y Covino, 2000; Néron y Stephenson, 2007).

La investigación de la eficacia de la hipnosis en la **infancia** todavía está en pleno desarrollo, por lo que se pueden encontrar en la literatura diversos estudios no controlados y estudios de caso (Milling y Constantino, 2000). Hasta ahora, hay un estudio que cumple los criterios de Chambless y Hollon (1998) y establece que la aplicación de la hipnosis para tratar la enuresis nocturna infantil es un tratamiento “posiblemente eficaz” (Edwards y Van Der Spuy, 1985).

Por otra parte, la hipnosis se ha aplicado para tratar una amplia variedad de problemas en niños y se muestra prometedora en la reducción de los vómitos y las náuseas provocadas por la quimioterapia, el dolor de la aspiración de médula, punciones lumbares, y otros procedimientos médicos dolorosos y estresantes, y el dolor en general (Milling y Constantino, 2000; Mendoza y Capafons, 2009).

HIPNOSIS COMO COADYUVANTE A LOS TRATAMIENTOS COGNITIVO-COMPORTAMENTALES

En el tratamiento para **dejar de fumar**, la hipnosis se puede considerar como un tratamiento “posiblemente eficaz”. Las intervenciones que incluyen hipnosis son más eficaces que los grupos de lista de espera y de no tratamiento, aunque no han mostrado ser más eficaces que otros tratamientos, y la evidencia de si la hipnosis aporta resultados mejores que los placebos es controvertida (Green y Lynn, 2000). Sin embargo, la hipnosis se considera un procedimiento igual de eficaz que los existentes actualmente, con la ventaja de su eficiencia, ya que es breve y económica, con menos costos, que otras intervenciones por lo que se recomienda para eliminar el hábito de fumar.

En el **manejo de la ansiedad**, la hipnosis utilizada como coadyuvante a la terapia cognitivo-comportamental sólo ha mostrado ser superior respecto al no tratamiento en un estudio de Schoenberger, Kirsch, Gearan, Montgomery y Parstynak (1997) para la ansiedad de hablar en público.

En la revisión de Schoenberger (2000) también se considera que, según los resultados del estudio de Bolocofsky et al. (1985), la hipnosis junto con la terapia cognitivo-comportamental para el tratamiento de la **obesidad** se considera como "posiblemente eficaz".

También se ha utilizado la hipnosis para el tratamiento de la **hipertensión** (Lynn et al., 2000) y se considera que es "probablemente eficaz" para incrementar la eficacia de los tratamientos cognitivo-comportamentales a los que acompaña.

En el tratamiento de la **depresión**, en el estudio de Alladin y Alibhai (2007) se encontró que la hipnosis como coadyuvante de la Terapia Cognitiva de la Depresión de Beck dio como resultado cambios significativamente mayores en depresión, ansiedad y desesperanza que el grupo que no incluyó la hipnosis. Este estudio cumple los criterios de Chambless y Hollon (1998) para considerar el tratamiento de hipnoterapia cognitiva como "probablemente eficaz" para la depresión.

También cabe destacar un meta-análisis reciente (Shih, Yang, y Koo, 2009) sobre la eficacia de la hipnosis en el tratamiento de los *síntomas depresivos* (no revisan estudios sobre depresión como tal). Aunque los resultados se basan en un número bajo de estudios, los autores concluyen que la hipnosis puede ser una intervención no farmacológica viable para los síntomas depresivos, que además, bien utilizada no tiene efectos secundarios (Shih, Yang, y Koo, 2009).

Según Cardeña (2000), en el caso del tratamiento del **estrés post-traumático**, aunque existen muchos casos anecdóticos y autores que defienden el uso de la hipnosis en el tratamiento de este trastorno, sólo un estudio (Brom, Kleber, y Defare, 1989) se acerca a cumplir que los criterios de Chambless y Hollon (1998). También se publicó un estudio posteriormente que cumple dichos criterios y cuyos resultados indican que la hipnosis incrementa la eficacia de un tratamiento cognitivo-comportamental para el estrés agudo (Bryant et al., 2005). Por último, hay que mencionar que se ha desarrollado un modelo de intervención en el que se incluye la hipnosis como coadyuvante (Cardeña, Maldonado, Van der Hart, y Spiegel, 2008).

HIPNOSIS COMO ÚNICA INTERVENCIÓN

En diversos estudios se ha utilizado la hipnosis sola, sin acompañar a un tratamiento médico o psicológico, o ambos. Sin embargo, según la investigación meta-analítica de Flammer y Bongartz (2003), la hipnosis sólo es moderadamente eficaz en el tratamiento de trastornos psicológicos, y bajo en el apoyo de tratamientos médicos. Por tanto, la evidencia empírica más prometedora de la eficacia de la hipnosis se ha encontrado cuando se utiliza como un coadyuvante a las intervenciones médicas y psicológicas.

En resumen, la evidencia disponible indica que los procedimientos hipnóticos son eficaces en el manejo del dolor, y elementos emocionales del asma; probablemente eficaces en el tratamiento coadyuvante de la depresión, de ciertos trastornos del sueño, en la reducción del peso, el tratamiento del tabaquismo, el asma, la enuresis en niños y la preparación a la cirugía. En otras áreas, como colon irritable y odontología no hay estudios que cumplan los criterios de Chambless y Hollon (1998) para afirmar con rotundidad que es un procedimiento posiblemente eficaz. Por todo ello, es necesario que se realice más investigación con muestras más grandes y diseños experimentales mejorados para el establecimiento de la eficacia de la hipnosis en aquellas áreas donde los indicios son prometedores.

La fisiología y la investigación básica en hipnosis

Dos grandes grupos de cuestiones han movilizizado, a lo largo de su historia, la investigación sobre los mecanismos básicos de la hipnosis. El primero gira en torno a la cuestión de si la hipnosis constituye un estado especial de conciencia. En caso de que lo sea, ¿cuáles son sus índices objetivos, ya sean conductuales o fisiológicos? El segundo es el de las cuestiones relativas a los mecanismos de funcionamiento de las sugerencias: ¿es una ceguera sugerida hipnóticamente similar a una ceguera real? ¿Cómo cambia el procesamiento cerebral de un estímulo doloroso cuando se reduce su percepción en la analgesia hipnótica?

LA HIPNOSIS COMO UN ESTADO ESPECIAL

Muchos investigadores creen que, como consecuencia de la inducción hipnótica, se produce un estado especial, o trance, en la actividad mental de los sujetos susceptibles, que es diferente a, o algo más que, la respuesta a las suges-

tiones (ver Wagstaff, 1999). Esta idea tiene, al menos, dos versiones, que difieren en el valor explicativo que confieren al término. Para los partidarios de la versión fuerte, ese estado especial es la causa de que los sujetos respondan a las sugerencias y las experimenten subjetivamente de la forma en que lo hacen. En la versión débil, el término sólo describe de alguna forma las peculiares experiencias subjetivas que suelen acompañar a las respuestas a las sugerencias.

Se han dedicado muchos estudios a la búsqueda de algún índice objetivo inequívoco del estado hipnótico, bien sea conductual o fisiológico. Debe reconocerse de entrada la existencia de algunas dificultades importantes a las que se enfrenta una investigación así. En primer lugar, no disponemos por el momento de una serie de criterios comúnmente aceptada que nos permita determinar si un determinado patrón de cambios en la conducta o en la activación cerebral constituye o no un índice objetivo de un estado especial (ver Kallio y Revonsuo (2003) para una discusión extensa del tema). En segundo lugar, la mayor parte de la investigación en hipnosis se basa en el uso de sugerencias específicas, por lo que resulta difícil determinar si los efectos observados son atribuibles al estado hipnótico o simplemente reflejan los mecanismos de funcionamiento de las sugerencias. Por esta razón, los investigadores más interesados en la búsqueda de índices del estado hipnótico recurren con frecuencia a la denominada "hipnosis neutra" que, en términos operativos, sería el estado que sigue a un procedimiento de inducción hipnótica, previo a la administración de cualquier otra sugerencia específica (ver, por ejemplo, Oakley y Halligan, 2009; McGeown et al., en prensa). A pesar de su popularidad, esta estrategia presenta, al menos, dos problemas. El primero es que un procedimiento de inducción típico no es más que una secuencia de sugerencias (típicamente de relajación, sueño, bienestar y concentración en el hipnotizador), cada una de las cuales es susceptible de provocar efectos que también podrían confundirse con los del supuesto estado hipnótico. Por otra parte, aún si pasásemos por alto esta dificultad, sería necesario establecer cuál es la condición de control con la que queremos comparar la hipnosis neutra. En ocasiones se ha utilizado un período de descanso previo a la inducción (por ejemplo, Rainville et al., 1999); en otras se ha comparado el período de hipnosis neutra con otro posterior a una versión de la inducción de la que se ha eliminado cualquier referencia a la hipnosis (por ejemplo, Maquet et al., 1999).

Teniendo en cuenta los problemas mencionados, no debe resultar extraño que no se hayan encontrado índices conductuales ni fisiológicos inequívocos del estado hipnótico (para una visión más optimista, ver Gruzelić, 2005). No obstante, el empeño se ha reavivado en los últimos años, especialmente con la disponibilidad de las técnicas de neuroimagen, como la Tomografía por Emisión de Positrones (PET) y la Resonancia Magnética funcional (fMRI) (ver Oakley, 2008; Oakley y Halligan, 2009, para una revisión). Estas técnicas nos han permitido, por primera vez y con una precisión de unos pocos milímetros, localizar cambios en la actividad cerebral de sujetos despiertos mientras realizan las más diversas tareas. En el campo de la hipnosis, la mayoría de los estudios han examinado los cambios en activación cerebral durante la respuesta a sugerencias específicas, pero en unos pocos casos se han incluido condiciones de hipnosis neutra. Como ya se ha indicado, Rainville et al. (1999) y Maquet et al. (1999), utilizaron procedimientos de inducción y condiciones de control diferentes y los patrones de activación resultantes también lo fueron, pero con algunos rasgos comunes entre los que cabe destacar (1) un aumento de la actividad del giro cingulado anterior, un área extensa que se ha vinculado a diversas funciones de índole emocional y cognitiva, y cuya porción más anterior suele considerarse como una parte del "sistema atencional supervisor", en estrecha conexión con la corteza prefrontal; (2) un aumento en la actividad de la corteza occipital en la condición de hipnosis, que podría reflejar un mayor uso de la imaginación visual; y (3) un descenso en la activación del precuneus, una región de la cara medial del lóbulo parietal que se ha asociado recientemente con funciones que requieren un alto nivel de integración, incluyendo aspectos de la conciencia (para una revisión, ver Cavanna y Trimble, 2006). Es una de las áreas corticales con un mayor nivel de actividad metabólica en los períodos de descanso y de forma consistente suele mostrar desactivaciones durante el sueño o la anestesia, pero también cuando los sujetos se enfrascan en prácticamente cualquier conducta dirigida a una meta. Rainville y sus colaboradores interpretaron estos datos como una indicación de que la inducción de la hipnosis provoca cambios en la actividad de los sistemas cerebrales que sirven de base a la conciencia (Rainville et al., 1999), pero en un estudio más reciente, McGeown et al. (en prensa) no han replicado sus resultados.

Un enfoque distinto de la cuestión del estado, que podríamos denominar neurofenomenológico, consiste en examinar las correlaciones entre los autoinformes de los sujetos acerca de las experiencias típicas del estado hipnótico y los niveles de actividad de distintas regiones cerebrales. Rainville y sus colaboradores (1999) encontraron patrones complejos y distintos de correlaciones para los autoinformes de relajación y absorción. Cabe esperar que en el futuro próximos nuevos estudios permitan comprobar la consistencia de estos resultados. En cualquier caso, si bien cualquier estudioso de la hipnosis acepta sin problemas que las sensaciones de relajación y absorción son comunes entre los su-

jetos hipnotizados, su carácter de rasgos esenciales de la experiencia hipnótica será sin duda más polémico. No debe olvidarse que ambas se sugieren de forma explícita y repetitiva en la mayoría de los procedimientos de inducción hipnótica.

Sugestiones hipnóticas

La investigación sobre los efectos de las sugestiones hipnóticas ha resultado en general más fructífera que la del estado, pero tampoco está libre de problemas, como la ausencia de replicación y las diferencias metodológicas incluso entre los estudios centrados en un mismo fenómeno. Las sugestiones que más se han estudiado son las que implican alteraciones perceptivas, como las alucinaciones visuales, positivas o negativas, o la analgesia hipnótica. Utilizando medidas conductuales indirectas, es fácil comprobar que cuando, como respuesta a una sugestión, un sujeto niega percibir un estímulo presente, éste sigue afectando a la rapidez de sus respuestas a otro estímulo que sí percibe normalmente (Lamas y Valle-Inclán, 1999; otras medidas indirectas se revisan en Kallio y Revonsuo, 2003). En la misma línea, Hilgard y sus colaboradores (1974) observaron que, cuando los sujetos afirman no sentir dolor ante distintos tipos de estímulos nocivos, siguen mostrando reacciones cardiovasculares a ellos. Evidentemente, la sugestión no elimina por completo el procesamiento del estímulo. El siguiente paso es averiguar en qué fase del proceso, que va desde la activación de los receptores sensoriales hasta la percepción consciente del estímulo, actúa la sugestión.

La técnica de los potenciales evocados obtenidos a partir del electroencefalograma (EEG) nos proporciona una medida continua de una parte de la actividad eléctrica cerebral relacionada específicamente con un estímulo. Un buen número de estudios ha informado de cambios en la amplitud o la latencia de los potenciales evocados bajo condiciones de sugestión hipnótica (para una revisión, De Pascalis, 1999). Lamentablemente, las diferencias metodológicas entre ellos impiden demasiadas generalizaciones, pero sí puede afirmarse que las sugestiones hipnóticas pueden afectar a la actividad cerebral relacionada con el procesamiento de estímulos de diferentes modalidades. Otra observación común es que los cambios afectan invariablemente a componentes relativamente tardíos de los potenciales evocados (100 milisegundos o más). Los componentes más tempranos, que reflejan principalmente las etapas iniciales, generalmente automáticas, del procesamiento del estímulo, no parecen ser sensibles a las manipulaciones hipnóticas. Los tardíos suelen recibir también la denominación de endógenos, pues son sensibles a los cambios en la atención o la motivación, así como a las variaciones en la relevancia del estímulo determinadas por las instrucciones de la tarea. Los potenciales evocados nos proporcionan una estimación al alza del momento en que el cerebro comienza a tratar de forma diferente a los estímulos percibidos normalmente y a los afectados por la sugestión y los resultados apuntan a que esto ocurre en etapas bastante avanzadas del procesamiento del estímulo.

Una limitación técnica de los potenciales evocados es que no nos permiten localizar con certeza en qué lugar del cerebro se producen los cambios. Varios estudios han intentado hacerlo utilizando técnicas de neuroimagen. El fenómeno más estudiado ha sido la analgesia hipnótica. Rainville y sus colaboradores (Rainville et al., 1997; Hofbauer et al., 2001) confirmaron la especialización de las áreas corticales que procesan el dolor administrando a sujetos altamente hipnotizables sugestiones de disminuir o aumentar bien el desagrado producido por un estímulo doloroso o la intensidad del dolor. En el primer caso, los cambios en las evaluaciones de desagrado se acompañaron de cambios en la actividad en una región del cíngulo anterior, sin cambios en la corteza somatosensorial. En el segundo, no hubo variaciones en la actividad del cíngulo pero sí en la de la corteza somatosensorial. En otros estudios se observaron descensos simultáneos en ambas regiones con sugestiones de analgesia más indirectas (Faymonville et al., 2000), y también que algunas de las áreas implicadas en el procesamiento del dolor se activan por igual ante un dolor real y otro sugerido hipnóticamente (Raij et al., 2005). En la modalidad visual, se han observado decrementos en el giro fusiforme, un área de la corteza implicada en el procesamiento del color, durante una sugestión de ceguera al color (Kosslyn et al., 2000), así como decrementos en la actividad del cíngulo anterior en sujetos que redujeron el efecto Stroop bajo sugestión hipnótica (Raz et al., 2005). También se han observado cambios en la activación de áreas cerebrales específicas con alucinaciones auditivas sugeridas (Szechtman et al., 1997), sugestiones motoras (Blakemore et al., 2003) y amnesia posthipnótica (Mendelsohn et al., 2007). Tomados en su conjunto, estos resultados muestran que la experiencia de las sugestiones se acompaña de cambios en los niveles de actividad de áreas cerebrales relacionadas con el procesamiento de los estímulos o tareas objeto de la sugestión, incluyendo también regiones frontales implicadas en la atención, y que la sugestión y el patrón de activación cerebral mantienen una relación altamente específica. Los estudios citados, y otros similares, han supuesto un notable impulso en el intento de desentrañar los mecanismos a través de los cuales la sugestión induce cambios en la activación cerebral y es de esperar que este impulso permitirá

en los próximos años someter a prueba hipótesis cada vez más específicas. Adicionalmente, la demostración de que las sugerencias actúan de forma específica sobre los sistemas cerebrales relacionados con la tarea afectada resulta un dato relevante también para los especialistas en el funcionamiento de esos sistemas, lo que permite augurar un uso cada vez mayor de la hipnosis como un instrumento para investigar otros procesos (Oakley y Halligan, 2009).

REFERENCIAS

- Alladin, A., & Alibhai, A. (2007). Cognitive hypnotherapy for depression: An empirical investigation. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 55, 147-166.
- American Psychological Association (Society of Psychological Hypnosis) (2004). Division 30' new definition of hypnosis. *Psychological bulletin*, 13, 13.
- Barber, T.X. (1999). A comprehensive three dimensional theory of hypnosis. En I. Kirsch, A. Capafons, E. Cardeña & S. Amigó (Eds.), *Clinical hypnosis and self-regulation: Cognitive-behavioral perspectives* (pp. 21-48). Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Blakemore, S.J., Oakley, D.A. & Frith, C.D. (2003). Delusions of alien control in the normal brain. *Neuropsychologia*, 41, 1058-1067.
- Bolocofsky, D.N., Spinler, D., & Coulthard-Morris, L. (1985). Effectiveness of hypnosis as an adjunct to behavioural weight management. *Journal of Clinical Psychology*, 41, 35-41.
- Brom, D., Kleber, R.J., & Defare, P.B. (1989). Brief psychotherapy for post-traumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 87, 607-612.
- Brown, D. (2007). Evidence-Based Hypnotherapy for Asthma: A Critical Review. *The International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 55, 220 – 249.
- Brown, D., & Hammond, D.C. (2007). Evidence-Based Clinical Hypnosis in Obstetrics, Labor and Deliver, and Pre-term Labor. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 55, 355-371.
- Bryant, R.A., Moulds, M.L., Nixon, R.D., Mastrodomenico, J., Felmingham, K., & Hopwood, S. (2005). Hypnotherapy and cognitive behaviour therapy of acute stress disorder: A 3-year follow-up. *Behavioral and Research Therapy*, 44, 1331-1335.
- Capafons, A. (2001). *Hipnosis*. Madrid: Síntesis.
- Capafons, A. (en prensa). Diez años después de "hipnosis clínica: una visión cognitivo comportamental". En C.M. Lopes Pires & E. Santos (Eds.), *Hipnose clínica: Fundamentos e aplicações em psicologia e saúde*. Viseu (Portugal): Psicossoma.
- Capafons, A., Lamas, J.R., & Lopes-Pires, C. (2008). Hipnosis. En F.J. Labrador (Ed.), *Técnicas de modificación de conducta* (pp. 593-614). Madrid: Pirámide.
- Capafons, A., & Mazzoni, G. (2005). ¿Es lo peligroso de la hipnosis el hipnoterapeuta?: Hipnosis y falsos recuerdos. *Papeles del Psicólogo*, 25, 27-38.
- Cardeña, E. (2000) Hypnosis in the treatment of trauma: A promising, but not fully supported, efficacious intervention. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 48, 225-238.
- Cardeña, E., Maldonado, J., van der Hart, O., & Spiegel, D. (2008). Revised guidelines for the use of hypnosis. En E. Foa, T. Keane, & M. Friedman (Eds.), *Effective treatments for PTSD* (pp. 427-457). Nueva York: Guilford.
- Cavanna, A.E. & Trimble, M.R. (2006). The precuneus: a review of its functional anatomy and behavioural correlates. *Brain*, 129, 564-583.
- Council, J.R. (2005). Personalidad, psicopatología y sugestionabilidad hipnótica. *Papeles del Psicólogo*, 25, 16-26.
- Cyna, A.M., McAuliffe, G.L., & Andrew, M.I. (2004). Hypnosis for pain relief in labour and childbirth: a systematic review. *British Journal of Anaesthesia*, 93, 505-11.
- Chambless, D.L., & Hollon, S.D. (1998). Defining empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 7-18.
- De Pascalis, V. (1999). Psychophysiological correlates of hypnosis and hypnotic susceptibility. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 47, 117-143.
- Edwards, S.D., & van der Spuy, H.I. (1985). Hypnotherapy as a treatment for enuresis. *Journal of Child Clinical Psychology, Psychiatry and Allied Health Disciplines*, 26, 161-170.
- Elkins, G., Jensen, M.P., & Patterson, D.R. (2007). Hypnotherapy for the management of chronic pain. *The International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 55, 275-287.

- Ewin, D.M. (1992). Hypnotherapy for warts (*Verruca Vulgaris*): 41 consecutive cases with 33 cures. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 35, 1-10.
- Faymonville, M.E., Laureys, S., Degueldre, C., Del Fiore, G., Luxen, A., Franck, G., Lamy, M., Maquet, P. (2000). Neural Mechanisms of Antinociceptive Effects of Hypnosis. *Anesthesiology*, 92, 1257-67.
- Flammer, E., & Alladin, A. (2007). The efficacy of hypnotherapy in the treatment of psychosomatic disorders: Meta-analytical evidence. *The International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 55, 251-274.
- Flammer, E., & Bongartz, W. (2003). On the efficacy of hypnosis. A meta-analytic study. *Contemporary Hypnosis*, 20, 179-197.
- Gonsalkorale, W.M. (2006). Gut-directed hypnotherapy: the Manchester approach for treatment of irritable bowel syndrome. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 54, 27-50.
- Gonsalkorale W.M., Houghton, L.A., & Whorwell, P.J. (2002). Hypnotherapy in irritable bowel syndrome: a large-scale audit of a clinical service with examination of factors influencing responsiveness. *American Journal of Gastroenterology*, 97, 954-61.
- Gonsalkorale, W.M., & Whorwell, P.J. (2005). Hypnotherapy in the treatment of irritable bowel syndrome. *European Journal of Gastroenterology and Hepatology*, 17, 15-20.
- Green, J.P., & Lynn, S.J. (2000). Hypnosis and suggestion-based approaches to smoking cessation: An examination of the evidence. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 48, 195-224.
- Gruzelier, J.H. (2005). Altered states of consciousness and hypnosis in the twenty-first century. *Contemporary Hypnosis*, 22, 1-7.
- Hammond, D.C. (2007). Review of the efficacy of clinical hypnosis with headaches and migraines. *The International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 55, 207 – 219.
- Hilgard, E.R. (1969). Altered states of awareness. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 149, 68-79.
- Hilgard, E. (1991). A neodissociation interpretation of hypnosis. En S.J. Lynn & J.W. Rhue (Eds). *Theories of hypnosis: Current models and perspectives* (pp. 83-104). New York: The Guilford Press.
- Hilgard, E.R., Morgan, A.H., Lange, A.F., Lenox, J.R., MacDonald, H., Marshall, G.D. & Sachs, L.B. (1974). Heart rate changes in pain and hypnosis. *Psychophysiology*, 11, 692-702.
- International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis (2000). *The status of hypnosis as an empirically validated clinical intervention*, 48, 2.
- Hofbauer, R.K., Rainville, P., Duncan, G.H. & Bushnell, M.C. (2001). Cortical Representation of the Sensory Dimension of Pain. *Journal of Neurophysiology*, 86, 402-411.
- Jenkins, M.W., & Pritchard, M.H. (1993). Hypnosis: Practical applications and theoretical considerations in normal labour. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 100, 221-226.
- Kallio, S. & Revonsuo, A. (2003). Hypnotic phenomena and altered states of consciousness: a multilevel framework of description and explanation. *Contemporary Hypnosis*, 20, 111-164.
- Kihlstrom, J.F. (1985). Hypnosis. *Annual Review of Psychology*, 36, 385-418.
- Kihlstrom, J.F. (1998). Hypnosis and the Psychological Unconscious. *Encyclopedia of Mental Health*, 2, pp. 467-477.
- Kirsch, I. (1993). Hipnoterapia cognitivo-comportamental: Expectativas y cambio de comportamiento. En A. Capafons & S. Amigó (Eds.), *Hipnosis, terapia de auto-regulación e intervención comportamental* (pp. 45-61). Valencia: Promolibro.
- Kirsch, I., Montgomery, G., & Sapirstein, G. (1995). Hypnosis as an adjunct to cognitive-behavioral psychotherapy. A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 214-220.
- Kosslyn, S.M., Thompson, W.L., Costantini-Ferrando, M.F., Alpert, N.M. & Spiegel, D. (2000). Hypnotic Visual Illusion Alters Color Processing in the Brain. *American Journal of Psychiatry*, 157, 1279-1284.
- Lamas, J.R. & Valle-Inclán, F. (1998). Effects of a negative visual hypnotic hallucination on ERPs and reaction times. *International Journal of Psychophysiology*, 29, 77-82.
- Levitas, E., Parmet, A., Lunenfeld, E., Bentov, Y., Burstein, E., Friger, M., & Potashnik, G. (2006). Impact of hypnosis during embryo transfer on the outcome of in vitro fertilization-embryo transfer: A case-control study. *Fertility and Sterility*, 85, 1404-1408.
- Lynn, S.J. & Kirsch, I. (2005). Teorías de hipnosis. *Papeles del Psicólogo*, 89, 9-15.
- Lynn, S.J., & Kirsch, I. (2006). *Essentials of clinical hypnosis. An evidence-based approach*. Washington D.C.: American Psychological Association.

- Lynn, S.J., Kirsch, I., Barabasz, A., Cardeña, E., & Patterson, D. (2000). Hypnosis as an empirically supported clinical intervention: The state of the evidence and a look to the future. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 48, 239-259.
- Lynn, S.J., Martin, D. & Frauman, D.C. (1996). Does hypnosis pose special risks for negative effects? *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 44-7-19.
- Lynn, S.J. & Rhue, J.W. (1991). Theories of hypnosis: An introduction. En S.J. Lynn y J.W. Rhue (Eds.), *Theories of hypnosis. Current models and perspectives* (pp.1-15). Nueva York: The Guilford Press.
- Maquet, P., Faymonville, M.E., Degueldre, C., Del Fiore, G., Franck, G., Luxen, A., Lamy, M. (1999) Functional Neuroanatomy of Hypnotic State. *Biological Psychiatry*, 45, 327-333.
- McGeown, W.J., Mazzoni, G., Venneri, A., & Kirsch, I. (en prensa). Hypnotic induction decreases anterior default mode activity. *Consciousness and Cognition*.
- Mendelsohn, A., Chalamish, Y., Solomonovich, A. & Dudai, Y (2007). Mesmerizing memories: brain substrates of episodic memory suppression in posthypnotic amnesia. *Neuron*, 57, 159-170
- Mendoza, M.E., & Capafons, A. (2009). Eficacia de la hipnosis clínica: resumen de su evidencia empírica. *Papeles del Psicólogo*, 30, 98-116.
- Milling, L.S., & Constantino, C.A. (2000). Clinical hypnosis with children: First steps toward empirical support. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 48, 113-137.
- Montgomery, G.H., Bovbjerg, D.H., Schnur, J.B., David, D., Goldfarb, A., Weltz, C.R., Schechter, C., Graff-Zivin, J., Tatrow, K., Price, D.D., Silverstein, J.H. (2007). A Randomized Clinical Trial of a Brief Hypnosis Intervention to Control Side Effects in Breast Surgery Patients. *Journal of the National Cancer Institute*, 99, 1304-1312.
- Montgomery, G.H., David, D., Winkel, G., Silverstein, J., & Bovbjerg, D. (2002). The effectiveness of adjunctive hypnosis with surgical patients: A meta-analysis. *Anesthesia and Analgesia*, 94, 1639-1645.
- Montgomery, G.H., DuHamel, K.N., & Reed, W.H. (2000). A meta-analysis of hypnotically induced analgesia: How effective is hypnosis? *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 48, 138-153.
- Néron, S., & Stephenson, R. (2007). Effectiveness of hypnotherapy with cancer patients' trajectory: emesis, acute pain, and analgesia and anxiolysis in procedures. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 55, 336-354.
- Oakley, D.A. (2008). Hypnosis, trance and suggestion: evidence from neuroimaging. En Nash, M.R. & Barnier, A.J. (eds.). *The Oxford Handbook of Hypnosis*. Oxford University Press, 365-392.
- Oakley, D.A. & Halligan, P.W. (2009). Hypnotic suggestion and cognitive neuroscience. *Trends in Cognitive Sciences*, 13, 264-270.
- Page, R.A., & Green, J. (2002). Are recommendations to avoid hypnotic aftereffects being implemented? *Contemporary Hypnosis*, 19, 167-171.
- Palsson, O.S. (2006). Standardized hypnosis treatment for irritable bowel syndrome: the North Carolina protocol. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 54, 51-64.
- Pinnell, C.M., & Covino, N.A. (2000) Empirical findings on the use of hypnosis in medicine: A critical review. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 48, 170-194.
- Raij, T.T., Numminen, J., Närvänen, S., Hiltunen, J. & Hari, R. (2005). Brain correlates of subjective reality of physically and psychologically induced pain. *Proceedings of the National Academy of Science*, 10, 2147-2151.
- Rainville, P., Duncan, G.H., Price, D.D., Carrier, B. & Bushnell, M.C. (1997). Pain Affect Encoded in Human Anterior Cingulate But Not Somatosensory Cortex. *Science*, 277, 968-971.
- Rainville, P., Hofbauer, R.K., Paus, T., Duncan, G.H., Bushnell, M.C. & Price, D.D. (1999). Cerebral Mechanisms of Hypnotic Induction and Suggestion. *Journal of Cognitive Neuroscience*, 11, 110-125.
- Raz, A., Fan, J. & Posner, M.I. (2005). Hypnotic suggestion reduces conflict in the human brain. *Proceedings of the National Academy of Science*, 102, 9978-9983.
- Sarbin, T.R. & Coe, W. (1972). *Hypnosis: A social psychological analysis of influence communication*. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Schoenberger, N.E. (2000). Research on hypnosis as an adjunct to cognitive-behavioral psychotherapy. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 48, 154-169.
- Schoenberger, N.E., Kirsch, I., Gearan, P., Montgomery, G., & Pastyrnak, S.L. (1994). Hypnotic enhancement of a cognitive-behavioral treatment for public speaking anxiety. En I. Kirsch (Chair), *Suggestive enhancement of behavior therapy-empirically validated techniques*. Simposium celebrado en the 102nd. APA Convention. Los Angeles, CA., USA.

- Shih, M., Yang, Y., & Koo, M. (2009). A Meta-Analysis of Hypnosis in the Treatment of the Depressive Symptoms: A Brief Communication. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 57, 431-442.
- Sociedad Británica de Psicología (2002). *La naturaleza de la hipnosis*. Valencia: Promolibro. (Trabajo original publicado en 2001).
- Spanos, N.P. & Barber, T.X. (1976). Behavior modification and hypnosis. En M. Hersen, R.M. Eisler & P.M. Miller (Eds.), *Progress in behavior modification* (pp. 1-43). New York: Academic Press Inc.
- Spiegel, H., & Spiegel, D. (1987). *Trance and treatment: clinical uses of hypnosis*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Spiegel, H., & Spiegel, D. (2004). *Trance and treatment: Clinical uses of hypnosis (2nd edition)*. Washington, D.C.: American Psychiatric Publishing.
- Szechtman, H., Woody, E., Bowers, K.S., & Nahmias, C. (1997). Where the imaginal appears real: A positron emission tomography study of auditory hallucinations. *Proceedings of the National Academy of Science*, 95, 1956-1960.
- Wagstaff, G.F. (1998). The semantics and physiology of hypnosis as an altered state: towards a definition of hypnosis. *Contemporary Hypnosis*, 15, 149-165.
- Wagstaff, G.F. (2000). Can hypnosis cause madness? *Contemporary Hypnosis*, 17, 97-111.
- Wark, D.M. (2008). What we can do with hypnosis: A brief note. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 51, 29-36.
- Whitehead, W.E. (2006). Hypnosis for irritable bowel syndrome: the empirical evidence of therapeutic effects. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 54, 7-20.
- Whorwell, P.J. (2006). Effective management of irritable bowel syndrome-the Manchester Model. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 54, 21-6.
- Zachariae, R., Øster, H., Bjerring, P., & Kragballe, K. (1996). Effects of psychologic intervention on psoriasis. A preliminary report. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 34, 1008-1015.

Ficha 1.

Tipos de hipnosis

La hipnosis ha sido clasificada de diversas maneras, por ejemplo, algunos autores distinguen una **hipnosis clásica** que utiliza sugerencias directas, métodos de inducción y profundización de otra **hipnosis moderna** (desde una perspectiva ericksoniana) que utiliza las sugerencias indirectas y las metáforas, y no aplica métodos formales de inducción (Capafons et al., 2008).

Por otra parte, también se puede clasificar en función de sus características distinguiendo entre **hipnosis por relajación y restricción de la atención**, **hipnosis alerta**, **hipnosis activo-alerta** e **hipnosis despierta** (Capafons, 2001) (ver Tabla 1).

La **hipnosis por relajación** y restricción de la atención utiliza métodos que intentan generar reacciones de relajación mediante el uso de algún estímulo real que la provoque para luego desvanecerlo e introducir las sugerencias, de tal manera que la persona vaya aceptando que las reacciones que experimenta se deben al efecto de la sugestión hipnótica. Desde la perspectiva cognitivo-comportamental, esto se le explica a la persona para que confíe en el terapeuta y colabore con todo aquello que la ayude a activar y a consolidar la respuesta a las sugerencias. Los métodos de inducción por relajación suelen presentar diversas características comunes: a) se pretende que la persona cierre los ojos, para ello, habitualmente se presenta algún estímulo o situación que fomente fatiga ocular y deseo de bajar los párpados; b) se utiliza el conteo hacia atrás o hacia delante junto con la sugestión de que la persona se relajará e hipnotizará más a medida que avancen o retrocedan los números; c) se utiliza el repaso mental de las zonas más importantes del cuerpo acompañado de sugerencias de relajación de cada parte a la que se presta atención; d) se dan sugerencias a la persona de que está cayendo en una hipnosis profunda y se dan sugerencias que indican descenso, abandono, dejarse llevar, etc., a lo que se suele llamar caída y profundización. A partir de estos aspectos, el terapeuta puede diseñar la intervención en función de sus preferencias y las del paciente (Capafons, 2001; Capafons y Amigó, 1993).

Se han desarrollado varios métodos de **hipnosis alerta** (Barabasz y Barabasz, 1996; Vingoe, 1968; Wark, 1996), en los que las personas hipnotizadas cierran los ojos y se relajan, mientras se les dan sugerencias de alerta. Uno de estos métodos es el elaborado por Gibbons (2001) llamado hiperempiría o experiencia aumentada, en el que la inducción se basa en sugerencias de alerta aumentada, expansión de la mente, sensibilidad y conciencia expandida (Gibbons, 2001).

Por lo que se refiere a la **hipnosis activo-alerta**, Bányai, Zseni y Túri (1993) crearon un método alerta que no incluye sugerencias de relajación sino que sugiere a la persona actividad, en concreto pedaleando en una bicicleta ergonómica o caminando a buen paso en una sala para que su cuerpo se active y se tense. Es el mismo paciente quien establece la resistencia del pedaleo teniendo en cuenta que debe sentir el pedaleo como si subiera una cuesta con la bicicleta y a medida que va avanzando la terapia la resistencia aumenta de manera espontánea, demostrándole que su productividad aumenta. Durante la inducción, la persona recibe retroalimentación sobre su aumento en la actividad de pedaleo en la bicicleta y se le dice que, por su actividad física vigorosa, puede experimentar con más intensidad sensaciones corporales, lo cual le muestra un mayor control sobre sus experiencias. Asimismo, es importante que la persona mantenga el control de la velocidad y el ritmo para aumentar su participación activa en el proceso terapéutico. Las sugerencias dadas van encaminadas a generar emociones positivas, sentimientos de potencia, energía, satisfacción y placer asociados a la actividad. Así, la energía bloqueada por los síntomas de los pacientes puede liberarse y dirigirse de forma productiva y creativa (Bányai,

TABLA 1
DIFERENCIAS ENTRE DISTINTOS TIPOS
DE HIPNOSIS Y SUGESTIÓN DESPIERTA

Método	Ritual de Inducción	Relajación	Sugerencias alerta	Activación física	Ojos abiertos
Focalización / restricción de la atención	Sí	Sí	No	No	No
Alerta	Sí	Sí	Sí	No	No*
Activo-Alerta	Sí	No	Sí	Sí	No*
Vigilia/alerta**	Sí	No	Sí	Sí	Sí
Auto-Hipnosis Rápida**	Sí	Sí ***	Sí	No	Sí
Sugestión despierta	No	No	No	No	Sí

Nota:
* A veces se sugieren abrir los ojos, pero se mantiene la mirada fija y perdida.
** Excepcionalmente, aunque se puede sugerir como parte de la intervención.
*** Método de inducción de hipnosis despierta. Es polivalente a la hora de activar-relajar.
Adaptado de A. Capafons (2001). *Hipnosis*. Madrid: Síntesis.

Zseni y Túri, 1993). Cuando la persona ya está hipnotizada, normalmente con los ojos cerrados, recibe las sugerencias de prueba (Capafons, 2001).

Este es el método de este tipo más investigado y conocido. Sin embargo, plantea una serie de inconvenientes en la práctica clínica, como por ejemplo, la necesidad de una bicicleta ergonómica o de una sala grande en la consulta donde los pacientes puedan caminar para activarse. Además, el ejercicio físico que requiere puede ser problemático para algunos pacientes como los que padezcan enfermedades cardiovasculares o los que no les guste realizar ejercicio físico. Para mejorar estos inconvenientes se elaboró un método activo-alerta que, además de activar a la persona, la prepara para experimentar la hipnosis despierta (método Vigilia-Alerta, también conocido como Mano Alerta), por lo que se le considera un método polivalente (Capafons, 1998; Capafons, 2001). Este método es uno de los dos incluidos en el Modelo de Valencia de Hipnosis Despierta (Capafons, 2001; 2004) que se describe más adelante.

El término de **hipnosis despierta** lo utilizó Wells (1924) para referirse a una forma de hipnosis en la que la persona no recibe un método formal de inducción con sugerencias de somnolencia o relajación sino de activación. Esta forma de utilizar la hipnosis es más parsimoniosa y la persona no teme perder el control sobre su conducta como puede suceder en la hipnosis tradicional por relajación. Asimismo, la hipnosis despierta, dadas sus características es muy versátil presentando una gran cantidad de posibilidades en la práctica y es accesible a más personas que la hipnosis por relajación (Wells, 1924).

Hay que destacar que la hipnosis despierta no se puede considerar sólo como sugestión despierta, ya que ésta última carece de un ritual de inducción, mientras que la hipnosis despierta cuenta con un conjunto de rituales de inducción hipnótica (Capafons y Mendoza, en prensa).

El **Modelo de Valencia de Hipnosis Despierta** (MVHD), desarrollado dentro del paradigma socio-cognitivo o cognitivo-conductual, es un modelo terapéutico que incluye una variedad de métodos encaminados al cambio de las actitudes y al uso de las sugerencias maximizando sus efectos, al tiempo que se fomenta la responsabilidad e implicación del paciente en el proceso de cambio (Capafons, 2001). Los procedimientos derivan de los métodos de aumentar la sugestionabilidad hipnótica de Sachs y Anderson (1967), y recuperan las ideas básicas de Wells (1924) sobre hipnosis despierta, así como el concepto de hiperempiría de Gibbons (2001). Asimismo, la base teórica esencial del MVHD se apoya en la Teoría de la Expectativa de Respuesta de Kirsch (1990, 1991, 1993), y la Teoría Dramatúrgica de la hipnosis (Coe y Sarbin, 1991), descartando el concepto de trance, tal como propone Barber (1969). Desde esta posición, el modelo defiende la continuidad entre la conducta hipnótica y la no hipnótica, apelando a variables como las expectativas, la motivación, las actitudes, las creencias, etc. para explicar las respuestas hipnóticas (Capafons, 1999; Lynn y Kirsch, 2005; Spanos y Coe, 1992). Finalmente también se apoya en los trabajos de modificación de la sugestionabilidad hipnótica realizados ya hace varias décadas (Diamond, 1977; Gorassini y Spanos, 1999; Kinney y Sach, 1974).

Las principales características del modelo son las siguientes:

- a) No se dan sugerencias de somnolencia, restricción de la atención o relajación.
- b) Se les pide a las personas hipnotizadas mantener los ojos abiertos, expandir su atención, estar mental y físicamente activados con una sensación aumentada de auto-control.
- c) La persona hipnotizada puede hablar con fluidez, caminar y realizar casi cualquiera de sus actividades cotidianas mientras está experimentando las sugerencias hipnóticas.
- d) Las sugerencias hipnóticas son principalmente directas y permisivas.
- e) La hipnosis se presenta como una habilidad de afrontamiento, evitando aludir al trance o estados alterados de conciencia.

Según Wells (1924), las ventajas específicas de la hipnosis despierta frente a la hipnosis tradicional son las siguientes: (1) tiene una apariencia menos misteriosa; (2) es más rápida en obtener resultados que con la hipnosis tradicional; (3) requiere menos esfuerzo por parte del terapeuta y es más fácil de aprender para el neófito; (4) obtiene resultados con más personas desde el principio; (5) cuando es una preferencia del paciente o así lo requiere el caso, se puede utilizar la hipnosis por relajación adaptando los métodos con una probabilidad mayor de éxito si las sugerencias en hipnosis despierta ya habían dado sus resultados (Wells, 1924).

Por otra parte, con el MVHD se pueden añadir ciertas ventajas específicas, frente a otras intervenciones con hipnosis, son las siguientes: (1) a diferencia de muchas intervenciones hipnóticas, los clientes que utilizan la hipnosis despierta aprenden a auto-hipnotizarse mientras mantienen los ojos abiertos y están realizando actividades de su día a día, lo cual les permite darse auto-sugerencias terapéuticas y, por tanto, obtener el beneficio de las mismas, donde y

cuando les surge el problema, incluso en situaciones públicas; (2) la hipnosis despierta puede generalizarse con facilidad a la vida cotidiana. Asimismo, el MVHD está diseñado específicamente para activar y reforzar las expectativas de éxito de los pacientes, así como su motivación hacia la terapia en su conjunto, generando una sensación general de eficacia y auto-control. Todo ello puede ayudar a incrementar la eficacia de la intervención, así como el agrado y satisfacción de los pacientes hacia la misma, es decir, su eficiencia (Capafons, 2001; 2004). Por último, hay que destacar que el MVHD fomenta una participación activa por parte del cliente, en contraste con el modelo de Wells, más autoritario, que promovía más pasividad en los clientes (John F. Chaves, comunicación personal al tercer autor, 12-1-2005), y que además estaba enmarcado en un contexto de trance.

El MVHD incluye tres procedimientos para el establecimiento del *rapport*: la presentación cognitivo-conductual de la hipnosis, la evaluación clínica de la sugestionabilidad hipnótica y una metáfora didáctica sobre hipnosis. Se utilizan dos métodos de hipnosis despierta junto con estos procedimientos, que son la Auto-Hipnosis Rápida (AHR) y la (hetero) Hipnosis Vigilia-Alerta (también conocida como Mano-Alerta), donde el primero es la base del modelo (Capafons, 2001).

A pesar de estar muy estructurado, el método tiene una secuencia flexible. La presentación cognitivo-conductual de la hipnosis ejemplifica su asociación con las situaciones de la vida cotidiana, a la par que proporciona correcciones a los mitos más populares sobre la hipnosis, por ejemplo que la hipnosis es una técnica segura para las personas hipnotizadas o que no está asociada a un estado alterado de conciencia en el que la persona se pueda quedar "enganchada". Además, esta presentación conceptualiza la hipnosis como un medio de ganar auto-control, lo que también reduce los miedos a perder el control que pueda tener el paciente.

Después de esto, el paciente ya está preparado para pasar a la evaluación de la sugestionabilidad, que se lleva a cabo sin ninguna inducción hipnótica previa y utilizando ejercicios clásicos de hipnosis pero con un sentido diferente. El propósito de estos ejercicios es evaluar la colaboración del paciente y su confianza en el terapeuta, así como sus actitudes hacia la hipnosis. Los ejercicios son: balanceo postural, caída hacia atrás y apretón de manos.

A partir de aquí se le enseña al paciente el método de AHR que, una vez aprendido, puede ponerse en práctica con mucha rapidez, manteniendo los ojos abiertos y de manera que pase desapercibida a los demás. Este método de inducción, que consta de tres pasos, está muy relacionado con los ejercicios de sugestionabilidad hipnótica, pues los dos primeros son caída hacia atrás y apretón de manos, el tercero consiste, generalmente, en una sugestión de reto (ejercicio de confirmación), si bien conviene adaptarse a las reacciones que el usuario experimenta con más facilidad (como pueda ser la levitación de la mano) (una descripción detallada de este método se puede encontrar en Capafons, 1998, 2001).

Cuando el paciente ya ha experimentado la hipnosis, se utiliza una metáfora para transmitir las siguientes ideas: la hipnosis no es peligrosa, no implica una carencia de esfuerzo o perseverancia para cambiar conductas, y es un instrumento importante, aunque sólo como un coadyuvante en el tratamiento en que es implementada. Este ejercicio se realiza mientras el paciente está en hipnosis tras haberse auto-hipnotizado, y consiste en pedirle que se imagine a sí mismo/a enfrentándose a una serie de dificultades ficticias (sobrevivir en una jungla) que va resolviendo con éxito gracias a sus esfuerzos y al correcto uso de un machete que representa a la hipnosis en la historia (para una descripción detallada de la metáfora didáctica, véase Capafons, 2001; Capafons, Alarcón y Hemmings (1999)).

Uno de los propósitos de la hipnosis, y de la hipnosis despierta en particular, es aumentar las expectativas de auto-eficacia y de resultado de los pacientes (Kirsch, 1985; 1986) fomentando su motivación de involucrarse en la intervención. Un siguiente paso dentro del MVHD consiste en que el paciente experimente las sugerencias de práctica y entrenamiento. En la medida en que en el MVHD las sugerencias se dan a los pacientes mientras éstos tienen los ojos abiertos, es posible llevar a la práctica varios ejercicios en los que los pacientes empiezan a darse cuenta de que una serie de estímulos (lápices, relojes o cualquier objeto, incluso alguno imaginario) pueden provocar reacciones que de manera natural nunca provocarían. Los ejercicios empiezan pidiendo al paciente que se auto-hipnotice y se le sugieren reacciones de pesadez y ligereza que va asociando a ver y tocar objetos. Entonces, estas sugerencias se invierten de tal manera que si se ha sugerido que ver un bolígrafo generará pesadez, la sugestión inversa sería que el mismo bolígrafo luego genera ligereza. Utilizando la terminología de Hull (1933), el terapeuta le explica al paciente que estos ejercicios son útiles para facilitar la homoacción, esto es, el obtener mejores respuestas mediante la práctica (sobre aprendizaje), así como la heteroacción (transferencia), que se refiere a mejorar los resultados de sugerencias más difíciles practicando otras más fáciles. De esta manera, los pacientes entienden que responder a las sugerencias es también una cuestión de práctica, lo cual facilita el uso de la auto-hipnosis como una técnica que promueve habilidades

de afrontamiento. Los pacientes también aprenden que están desarrollando su propia capacidad para responder a las sugerencias hipnóticas, la cual se basa de alguna manera en una disciplina mental.

Por otra parte, estos ejercicios permiten hacer a los pacientes las siguientes preguntas motivacionales:

- a) ¿Hay alguna razón objetiva para que el ver o el tocar esos objetos genere pesadez o ligereza? Respuesta: No.
- b) ¿Cree que su forma de pensar, de imaginar, y su actitud han favorecido esas reacciones? Respuesta: Sí.
- c) ¿Cree que los objetos provocan las reacciones que ha observado por el significado que usted le ha dado? Respuesta: Sí.
- d) ¿Cree que parte de su problema depende de su forma de pensar, imaginar y su actitud hacia él, es decir, del significado que ha asociado con el mismo? Respuesta: Sí.
- e) ¿Cree que cambiando su forma de pensar, imaginar, y su actitud hacia el problema puede ayudarlo a solucionarlo? Respuesta: Sí.
- f) ¿Cree que la hipnosis le puede ayudar a usar mejor sus pensamientos y su imaginación y a mantener una actitud más adecuada? Respuesta: Sí.

Normalmente, los pacientes tienden a responder adecuadamente a las preguntas (si bien personas con modelos “demonológicos” que creen en que sus males provienen de males de ojo, brujería, etc., pueden responder inadecuadamente a esas preguntas), lo que les lleva a cambiar el significado de sus síntomas. Estos ya no están fuera de su control, sino que, por el contrario, están determinados y/o mantenidos por su actitud e interpretación del problema. De esta manera, la auto-hipnosis se considera un método coadyuvante que ayuda a aumentar el auto-control y la auto-regulación.

Por último, conviene señalar que los métodos que conforman el MVHD han sido descritos por los pacientes como agradables, fáciles de aprender y útiles (Cardeña, Alarcón, Capafons y Bayot, 1998; Martínez-Tendero, Capafons, Weber y Cardeña, 2001; Reig, Capafons, Bayot y Bustillo, 2001). Asimismo, estos métodos, que han sido empíricamente validados, igualan la eficacia atribuida a otras formas de manejo de la sugestión hipnótica e incluso han superado a otros métodos (Capafons, 2004).

REFERENCIAS

- Bányai, É. I., Zseni, A., & Túry, F. (1993). Active-alert hypnosis in psychotherapy. En J. W. Rhue, S. J. Lynn & I. Kirsch (Eds.), *Handbook of clinical hypnosis* (pp. 271-290). Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Barabasz, A. & Barabasz, M. (1996). Neurotherapy and alert hypnosis in the treatment of attention deficit hyperactivity disorder. En S.J. Lynn, I. Kirsch y J.W. Rhue (Eds.), *Casebook of clinical hypnosis* (pp. 271-291). Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Barber, T.X. (1969). *Hypnosis: A scientific approach*. Princenton, NJ: Van Nostrand Reinhold.
- Capafons, A. (1998). Hipnosis clínica: una visión cognitivo-comportamental. *Papeles del Psicólogo*, 69, 71-88.
- Capafons, A. (1999). La hipnosis despierta setenta y cuatro años después. *Anales de Psicología*, 15, 77-88.
- Capafons, A. (2001). *Hipnosis*. Madrid: Síntesis.
- Capafons, A. (2004). Clinical applications of “waking” hypnosis from a cognitive-behavioural perspective: From efficacy to efficiency. *Contemporary Hypnosis*, 21, 187-201.
- Capafons, A. & Amigó, S. (1993). *Hipnosis y terapia de auto-regulación. Introducción práctica*. Madrid: Eudema.
- Capafons, A., Alarcón, A., & Hemmings, M. (1999). A metaphor for hypnosis. *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 27, 158-172.
- Capafons, A., Lamas, J.R., & Lopes-Pires, C. (2008). Hipnosis. En F.J. Labrador (Ed.), *Técnicas de modificación de conducta* (pp. 593-614). Madrid: Pirámide.
- Capafons, A. & Mendoza, M.E. (en prensa). “Waking” hypnosis in clinical practice. En J.W. Rhue, S.J. Lynn & I. Kirsch (Eds.), *Handbook of clinical hypnosis* (2ª edición). Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Cardeña, E., Alarcón, A., Capafons, A., & Bayot, A. (1998). Effects on suggestibility of a new method of active-alert hypnosis. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 45, 280-294.
- Coe, W.C., & Sarbin, T.R. (1991). Role theory: Hypnosis from a dramaturgical and narrational perspective. En J.W. Rhue, S.J. Lynn & I. Kirsch (Eds.), *Handbook of clinical hypnosis* (pp. 303-323). Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Diamond, M.J. (1977). Issues and methods for modifying responsivity to hypnosis. *Annals New York Academy of Sciences*, 296, 119-128.

- Gibbons, D.E. (2001). *Experience as an art form: Hypnosis, hyperempiria, and the Best Me Technique*. New York, NY: Authors Choice Press.
- Gorassini, D.R., & Spanos, N.P. (1999). The Carleton skill training program for modifying hypnotic susceptibility: Original version and variations. En Kirsch, I., Capafons, A., Cardeña, E. & Amigó S. (Eds.), *Clinical hypnosis and self-regulation: Cognitive-behavioral perspectives* (pp. 141-177). Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Hull, C.L. (1933). *Hypnosis and suggestibility: An experimental approach*. New York: Appleton-Century Crofts.
- Kinney, J.M., & Sachs, L.B. (1974). Increasing hypnotic susceptibility. *Journal of Abnormal Psychology, 83*, 554-560.
- Kirsch, I. (1985). Self-efficacy and expectancy: Old wine with new labels. *Journal of Personality and Social Psychology, 49*, 824-830.
- Kirsch, I. (1986). Early research on self-efficacy: What we already know without knowing we knew. *Journal of Social and Clinical Psychology, 4*, 339-358.
- Lynn, S.J., & Kirsch, I. (2005). Teorías de hipnosis. *Papeles del Psicólogo, 25*, 9-15.
- Martínez-Tendero, J., Capafons, A., Weber, V., & Cardeña, E. (2001). Rapid Self-Hypnosis: A new self-hypnosis method and its comparison with the Hypnosis Induction Profile. *American Journal of Clinical Hypnosis, 44*, 3-11.
- Reig, I., Capafons, A., Bayot, A., & Bustillo, A. (2001). Suggestion and degree of pleasantness of rapid self-hypnosis and its abbreviated variant. *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 29*, 152-164.
- Sachs, L.B. & Anderson, W.L. (1967). Modification of Hypnotic Susceptibility. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 4*, 172-180.
- Spanos, N.P., & Coe, W.C. (1992). A social-psychological approach to hypnosis. En E. Fromm & M.R. Nash (Eds.), *Contemporary hypnosis research* (pp. 102-130). New York: Guilford Press.
- Vingoe, F.J. (1968). The development of a group alert-trance scale. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 16*, 120-132.
- Wark, D.M. (1996). Teaching college students better learning skills using self-hypnosis. *American Journal of Clinical Hypnosis, 38*, 277-287.
- Wells, W. (1924). Experiments in waking hypnosis for instructional purposes. *Journal of Abnormal and Social Psychology, 18*, 389-404.

Ficha 2.

TIPOS DE SUGESTIONES

Las sugerencias que caracterizan el campo de la hipnosis, así como las reacciones que provocan, se clasifican habitualmente en tres tipos según el tipo de reacción sugerida: ideo-motoras, ideo-sensoriales y cognitivas (Tabla 2). No obstante, según Capafons (2001; Capafons & Amigó, 1993), es más apropiado denominarlas reacciones motoras, sensorio-fisiológicas y cognitivo-perceptivas, para evitar la carga teórica que supone el prefijo "ideo", ya que los mecanismos que generan dichas respuestas no pueden reducirse sólo a la activación de una idea. Además, en el caso del segundo tipo, las ideo-sensoriales, teniendo en cuenta que se suelen sugerir reacciones tanto sensoriales como fisiológicas a la vez, que son casi imposibles de diferenciar, el término sensorio-fisiológicas es más adecuado (Capafons, 2001). Asimismo, las sugerencias cognitivas constituyen un conjunto de reacciones también muy heterogéneas y a veces difíciles de diferenciar de las sensorio-fisiológicas, de ahí que se las denomine cognitivo-perceptivas, pues están encaminadas a provocar alteraciones en la percepción, pensamiento, memoria, etc.

En general, todas las sugerencias transmiten la idea de que la persona no debe hacer un esfuerzo para experimentar las reacciones, ya que ocurrirán por sí mismas (actos no volitivos o automáticos), es decir, sin conciencia de esfuerzo voluntario. También es importante señalar que en la vida cotidiana se producen muchos fenómenos similares a los

provocados por las sugerencias hipnóticas, por ejemplo, el sentirse paralizado ante un peligro extremo, el oír el nombre de uno sin que nadie lo haya mencionado, el no encontrar algo que está justo delante de uno, el mostrar dolor antes incluso de que se haya iniciado un procedimiento médico doloroso, etc. (Capafons, 1998; Sarbin y Andersen, 1963). Sin embargo, la diferencia entre estos fenómenos cotidianos y los que se dan por las sugerencias hipnóticas es que con la utilización de los procedimientos hipnóticos se puede activar y finalizar dichos fenómenos de manera voluntaria cuando son necesarios (Capafons, 1998).

TABLA 2 REACCIONES HIPNÓTICAS		
Motoras (ideomotoras): implican un movimiento o su ausencia	Sensorio-fisiológicos (ideosensoriales): implican cambios en sensaciones y en variables biológicas	Cognitivo-perceptivas (cognitivas): implican cambios en los procesos cognitivos, así como en la percepción visual y auditiva (aunque no exclusivamente)
Catalepsia (rígida)	Cambios en la tasa cardiaca	Hipermnesia (irreal)
Flexibilidad cérea	Salivación (hiper e hipo)	Amnesia: espontánea-sugerida; total-parcial; de fuente
Movimientos en general, también rítmicos (rotativos), ascendentes y descendentes (levitación), etc.	Vasoconstricción o vasodilatación	Distorsión del tiempo: aceleración-ralentización
Etc.	Sensaciones propioceptivas (pesadez, flotación, etc.)	Regresión de edad y Proyección temporal
	Analgesia, anestesia, etc.	Interpretación de automatismo
	Hiper o hiposecreciones glandulares, etc.	Lógica del trance: observador oculto, alucinaciones en "reales", etc.
	Etc.	Disociación (fenómeno, no proceso)
		Sueño hipnótico
		Escritura automática
		Etc.
Nota: Adaptada de Capafons, A. (2001), <i>Hipnosis</i> . Madrid: Síntesis.		

REACCIONES MOTORAS

Estas reacciones están relacionadas con movimientos del aparato esquelético muscular, por ejemplo, el sugerir a la persona que su mano levita o que cae, o que, por el contrario, sentirá que su pierna está muy activa y se moverá de manera rítmica. Sin embargo, también se consideran ejercicios motores aquéllos en que se pretende la supresión o inhibición de un movimiento, por ejemplo, la inhibición corporal en que la persona no puede moverse (flexibilidad cérea), o parálisis e incluso la catalepsia (inmovilidad de algún miembro o músculo). En estos casos, si la persona no puede abrir los ojos o no puede articular palabras, se diría que muestra catalepsia hipnótica, y, si siente, por ejemplo, un brazo rígido y presenta dificultad para moverlo se diría que muestra catalepsia rígida (Capafons y Amigó, 1993).

Hay que tener en cuenta que la terminología en el campo de la hipnosis suele ser espectacular y “psicopatologiforme”, por lo que no debe tomarse literalmente. Así, aunque existen indicios experimentales, como se ha indicado líneas antes, de que las áreas cerebrales que se activan en las parálisis sugeridas son similares a las que se activan en ciertos pacientes con trastornos somatomorfos, no debe olvidarse que la persona hipnotizada no sólo no pierde el control sobre sus movimientos, sino que es ella misma quien está generando tal reacción (Capafons, 2001). Por tanto, en la práctica clínica, los términos parálisis y catalepsia deberían excluirse para no causar iatrogenia, siendo más adecuado transmitir al cliente el término “inhibición”. Estas reacciones pueden ser útiles en ciertas distonías, en las que la inhibición de movimientos sea importante, así como en casos de hiperactividad donde el control de los movimientos es uno de los objetivos de la intervención (Capafons, 2001).

REACCIONES SENSORIO-FISIOLÓGICAS

Se refieren al conjunto de reacciones relacionadas con las respuestas psicofisiológicas, así como las reacciones propioceptivas como la pesadez, liviandad o flotación y las respuestas relacionadas con los cinco sentidos, exceptuando el oído y la vista que se incluyen en la siguiente categoría. Por ejemplo, estarían en esta categoría las sensaciones térmicas de frío o calor, el olor de algún producto, el sabor de alguna fruta, etc. (Capafons, 1998). Las reacciones fisiológicas como la anestesia o la analgesia hipnótica, la alteración de la tasa cardíaca, la hiper e hiposalivación etc. tienen una importante repercusión en Medicina y Psicología de la Salud. Por ejemplo, en casos de problemas hipertensivos, cefaleas tensionales o problemas circulatorios, es útil provocar una vasodilatación sugestiva. Por otra parte, la vasoconstricción ayuda en intervenciones quirúrgicas donde se esperen pérdidas abundantes de sangre y para la hemofilia (Capafons, 2001).

Las reacciones de analgesia y anestesia hipnóticas se han trabajado desde hace un siglo y se han venido utilizando en intervenciones para el manejo del dolor consiguiendo reducciones importantes (Capafons, 2001), tal y como ya se ha indicado.

REACCIONES COGNITIVO-PERCEPTIVAS

Este tipo de reacciones incluyen respuestas relacionadas con procesos mentales superiores así como sensoriales auditivo-visuales. Se incluyen, por tanto, las *alucinaciones positivas* (ver u oír algo inexistente) y las *negativas* (no ver u oír algo que está presente). Sin embargo, a diferencia de lo que se divulga en los espectáculos y medios de comunicación sobre la hipnosis, las personas hipnotizadas realmente ven y oyen los estímulos cuando se dan las alucinaciones negativas sugeridas o imaginan vívidamente en vez de alucinar lo que no existe (alucinación positiva), es decir, mediante hipnosis no se provocan verdaderas alucinaciones. Lo que ocurre es que las personas hipnotizadas actúan *como si* estos fueran perceptos reales en el caso de las positivas u obviando los estímulos en las negativas. Este fenómeno ha sido descrito y analizado en la teoría de rol propuesta por Sarbin (Coe y Sarbin, 1991; Sarbin y Coe, 1972). También hay que destacar que, según la investigación, las alteraciones perceptivas provocadas por la hipnosis, ni siquiera son sustantivamente similares a las alteraciones perceptivas reales (Jones y Flynn, 1989).

En el caso de la *amnesia*, las personas hipnotizadas recuerdan realmente lo que se asume que se olvidó por una sugestión, o si lo olvidaron, recuperan muy rápidamente la información. Se habla de tres tipos de amnesia, total, en la que se olvida todo lo ocurrido bajo hipnosis, parcial, en la que sólo se olvida una parte, y amnesia de fuente en la que se olvida quién sugirió la reacción o la fuente de cierta información. Asimismo, la amnesia puede ser espontánea (no sugerida), aunque ésta sólo se da en aproximadamente un 1% de la población, y provocada (sugerida). También hay que señalar que la amnesia sea sugerida o no, es temporal, ya que los recuerdos reaparecen con más o menos rapidez y que, para que esta reacción se dé, suele ser necesaria una colaboración activa por parte de la persona hipnotizada (Capafons, 2001; Capafons y Amigó, 1993).

Respecto al tema de la *memoria*, como ya se ha mencionado, las personas hipnotizadas no recuerdan más hechos ni episodios autobiográficos, ni aprenden más deprisa que cuando no están hipnotizadas, así como sus recuerdos no son más precisos. Sin embargo, sí puede aumentar la confianza en lo que se recuerde (sea o no verdadero), aunque esto depende mucho de cómo se pregunte a la persona (Kebbell y Wagstaff, 1997). Así la hipnosis facilita la génesis de falsos recuerdos, pero no porque cause un estado especial de vulnerabilidad cognitiva, sino por las creencias asociadas a su uso y por las preguntas tendenciosas que se hacen a la persona hipnotizada (Capafons y Mazzoni, 2005). Además, las preguntas tendenciosas presentan el riesgo de que la información errónea cambie el recuerdo del suceso original (Mazzoni, Casiano y De Leo, 2003). De hecho, cuando se eliminan estas preguntas y la palabra hipnosis del procedimiento para “recordar”, disminuyen ostensiblemente los falsos recuerdos (Wagstaff, 2008).

Dentro de las reacciones producidas mediante las sugerencias de *distorsión del tiempo*, se puede sugerir la aceleración del tiempo, en la que la persona experimenta un acortamiento subjetivo del paso del tiempo, lo cual puede ser útil, por ejemplo, para que pasen más rápido los períodos de dolor o de un procedimiento médico doloroso o los impulsos de fumar. Por otra parte, también se puede sugerir la ralentización del tiempo o aumento subjetivo de la duración del tiempo en casos donde se pretenda que la persona experimente algo durante más tiempo subjetivo, por ejemplo la relajación, períodos sin dolor, etc.

Relacionados con la dimensión temporal están la *regresión temporal (de edad)* y la *progresión en el tiempo*. Respecto a la regresión de edad, cabe decir que según los estudios (Nash, 1987), las personas hipnotizadas no regresan a ningún estadio evolutivo anterior, pues al comparar la letra y el comportamiento de los presuntos regresados con dibujos que ellos mismos realizaron cuando tenían la edad regresada o se compara con el testimonio no sesgado de sus progenitores no coinciden, también se dan mezclas del vocabulario actual con el pasado y muestras de conductas que no se podían dar en la edad sugerida (Capafons y Amigó, 1993). Asimismo, de acuerdo con las pruebas psicológicas realizadas estas personas tampoco procesan la información de la misma manera que los niños de edades similares a aquélla a la que se les ha regresado (Capafons, 2001).

Por otra parte, cuando se habla de *regresiones hipnóticas a vidas pasadas*, la investigación ha mostrado que la información que dan los participantes regresados sobre períodos y personajes específicos suele ser incorrecta. Por tanto, las experiencias de vidas pasadas inducidas mediante hipnosis son fantasías elaboradas a partir de los textos históricos disponibles y hechos conocidos o especulados referidos a períodos históricos específicos, así como claves presentes en la situación hipnótica (Spanos, 1996).

La *lógica del trance* consiste en la mayor tolerancia a la información contradictoria que se produce cuando se está en hipnosis que se ejemplifica con las alucinaciones positivas y negativas sugeridas en hipnosis y con el fenómeno del "observador oculto" propuesto por Hilgard (1991) en su teoría neodisociativa de la hipnosis. Sin embargo, este fenómeno ha mostrado ser un artefacto experimental o simplemente darse de la misma manera cuando la persona está en vigilia (Capafons, 2001; Green, Page, Handley, y Rasekhy, 2005).

La *disociación* es otra de las reacciones cognitivo-perceptivas, que no debe confundirse con el proceso que explica la percepción de no volición de las sugerencias hipnóticas, sino ser entendida como una reacción habitual que se puede conseguir mediante hipnosis. La reacción de disociación se puede utilizar en dos sentidos diferentes, por un lado, para referirse a la separación de alguna parte del cuerpo del resto, como si no fuera suya, por ejemplo para tolerar mejor el dolor de esa parte dolorida o sometida a alguna intervención médica dolorosa. Y por otra, la persona puede disociarse del entorno, por ejemplo para controlar su atención y poder concentrarse, estudiar, dormir, etc. (Capafons, 2001).

Por su parte, el *sueño hipnótico* o inducido por sugestión que no se refiere a que la persona esté en un estado particular de sueño, se utiliza en orientaciones psicoanalíticas y consiste en pedir a la persona hipnotizada que sueñe algo para su posterior interpretación. Sin embargo, la mayoría de las personas indican haber imaginado con mucha viveza una serie de imágenes y muy pocos consiguen soñar, a menos que se hayan dormido en sueño regular por cansancio, insomnio u otros problemas (Capafons, 2001).

Por último, se utiliza también en el campo del psicoanálisis la *escritura automática*, aunque se han encontrado indicadores claros de que este tipo de automatismos están más relacionados con las expectativas de la persona sobre lo que debiera ocurrir que con la actividad intencional del inconsciente. También esta respuesta se puede utilizar desde una perspectiva más comportamental, por ejemplo para la búsqueda de alternativas en la técnica de solución de problemas (D'Zurilla y Golfried, 1971).

Todas estas reacciones son útiles especialmente por la interpretación que hace la persona de *automatismo*, es decir, que las reacciones ocurren sin que aparentemente medie más esfuerzo o actividad que la de permitir que las cosas ocurran y abrir la mente a la sugestión. Aunque esto no es así de sencillo en teoría, la forma en que se verbalizan y presentan las sugerencias hipnóticas ayuda a generar esta interpretación y percepción de *no volición*, que precisamente es la que más se puede aprovechar en las intervenciones clínicas que incluyen la hipnosis (Capafons, 2001).

Asimismo, la mayoría de las reacciones hipnóticas descritas pueden formularse como *ejercicios de reto o desafío*. Las sugerencias de reto sugieren a la persona que no cumpla con la sugestión, que es una acción que normalmente está bajo su control voluntario, haciendo que este intento de no cumplimiento se convierta en una señal para que se lleve a cabo la sugestión (Capafons y Amigó, 1993; Lynn y Kirsch, 2005). Un ejemplo sería la sugestión: "*notarás cómo tu cuerpo es cada vez más y más pesado, tanto, que intentarás levantarte y no podrás. Cuando más intentes levantarte más y más pesado te sentirás, y menos podrás moverte. Inténtalo y verás como no puedes*" (Capafons y Amigó, 1993).

También las sugerencias de amnesia, que requieren que la persona no recuerde unos datos determinados serían de este tipo, sólo que lo que se intenta inhibir es una cognición y no una acción como en el caso anterior de la sugestión motora (Lynn y Kirsch, 2005). Por ejemplo: *"olvidarás el ejercicio en el que te pedí que te sintieras muy pesado... cuanto más intentes recordar lo que hicimos en ese ejercicio, más y más se alejará de tu mente, más y más vacía notarás tu memoria"* (Capafons y Amigó, 1993).

Otro eje clasificatorio de las sugerencias se refiere al momento en que la persona las cumple. Así, se habla de **sugestiones hipnóticas** que son las que se dan desde que el hipnotizador comienza a hipnotizar, hasta que acaba la hipnosis, además, se sugieren y se experimentan mientras la persona está hipnotizada: *"nota cómo tu brazo está cada vez más y más pesado, muy pesado, como si fuera de plomo"* (Capafons et al., 2008; Capafons y Amigó, 1993).

Por otra parte, están las **sugestiones post-hipnóticas**, que se cumplen una vez terminada la hipnosis, aunque las respuestas se sugieren durante la hipnosis. Un ejemplo de este tipo es la denominada sugestión de re-inducción rápida que se utiliza para que la persona se hipnotice más rápido en la siguiente sesión: *"En la próxima sesión, cuando ponga mi mano sobre tu hombro, y si así lo deseas, volverás a sentirte igual de hipnotizado que ahora, muy hipnotizado, con tu mente receptiva, dispuesta a funcionar con eficacia"* (Capafons et al., 2008; Capafons y Amigó, 1993).

Asimismo, se distingue entre sugerencias directas e indirectas. Las **sugestiones directas** se suelen denominar también autoritarias en algunos contextos, aunque es una cuestión de desconocimiento, pues son sugerencias que indican claramente a la persona lo que se espera que experimente. Un ejemplo de este tipo de sugerencias es el siguiente: *"ahora nota cómo tu brazo está cada vez más y más pesado, muy pesado, como si fuera de plomo."* Esta misma sugestión, aparentemente autoritaria, se puede transformar en una sugestión más permisiva y enfocada al auto-control añadiendo a lo anterior lo siguiente: *"Céntrate en tu brazo y nota cómo está cada vez más y más pesado, muy pesado, como si fuera de plomo. Dentro de un momento, contaré hasta cinco. Cuando llegue al cinco, y si lo deseas, estará tan pesado que cuando intentes levantarlo, aún lo estará más. Simplemente, deja que ocurra. Uno, más pesado, dos, difícil de levantar, tres, tan pesado que ya costaría mucho esfuerzo levantarlo, cuatro, totalmente pegado a donde lo tienes apoyado, cinco, imposible de levantar. Intenta levantarlo y observa qué es lo que ocurre, verás qué pesado está. Ahora contaré de cuatro a cero y observarás cómo el brazo recobra su peso habitual"* (se realiza el conteo) (Capafons et al., 2008; Capafons y Amigó, 1993).

Las **sugestiones indirectas**, a las que erróneamente se suele llamar permisivas, pretenden obtener respuestas sin el consentimiento "consciente" de la persona, y cuando se utilizan de manera correcta ayudan a personas reactivas a experimentar las reacciones sugeridas. En las orientaciones ericksonianas se suelen utilizar este tipo de sugerencias (Erickson y Rossi, 1979). Un ejemplo de este tipo de sugestión sería: *"A veces podemos experimentar reacciones curiosas, como que un brazo está muy pesado, como si estuviera dormido. Me pregunto si serás de esas personas que pueden experimentarlo, como si fuera de mármol, muy pesado... sería divertido averiguar si se da o no, y en qué brazo ocurre antes... es una forma de descubrir lo que nuestra mente inconsciente puede hacer por nosotros..."* (Capafons et al., 2008; Capafons y Amigó, 1993).

Otras sugerencias que se pueden introducir en la sesión de hipnosis son por ejemplo las siguientes (Capafons et al. 2008):

- ✓ Sugestiones de que las sugerencias y las técnicas serán eficaces.
- ✓ Fortalecimiento del yo: seguridad, capacidad, fuerza, energía.
- ✓ Bienestar: alegría, satisfacción, relajación.
- ✓ Distancia: indiferencia, objetividad, calma, serenidad.
- ✓ Deseo/control.
- ✓ Ansiedad, confusión, tristeza, preocupación excesiva.
- ✓ Asco, repulsión rechazo.
- ✓ Saciedad-apetito.
- ✓ Sugestiones motoras de inmovilidad, ralentización, o aceleración de movimientos.
- ✓ Sugestiones de regresión de edad a cuando no estaba el problema.
- ✓ Sugestiones de progresión el tiempo cuando no haya problema.
- ✓ Sugestiones de alteración de la experiencia psicofisiológica de ansiedad o similar.
- ✓ Sugestiones de reinterpretación las reacciones psicofisiológicas y pensamientos.
- ✓ Sugestiones de intención paradójica.

Por lo tanto, a la hora de preparar una intervención con hipnosis, es conveniente que los profesionales de la salud conozcan las reacciones que se pueden provocar mediante hipnosis y la mejor manera de obtenerlas adaptada a cada caso. Así, podrán seleccionar aquellas sugerencias que transformen el tratamiento a aplicar en una herramienta más eficaz y eficiente.

REFERENCIAS

- Capafons, A. (2001). *Hipnosis*. Madrid: Síntesis.
- Capafons, A. & Amigó, S. (1993). *Hipnosis y terapia de auto-regulación. Introducción práctica*. Madrid: Eudema.
- Capafons, A., & Mazzoni, G. (2005). ¿Es lo peligroso de la hipnosis el hipnoterapeuta?: Hipnosis y falsos recuerdos. *Papeles del Psicólogo*, 25, 27-38.
- Capafons, A., Lamas, J.R., & Lopes-Pires, C. (2008). Hipnosis. En F.J. Labrador (Ed.), *Técnicas de modificación de conducta* (pp. 593-614). Madrid: Pirámide.
- Coe, W.C. & Sarbin, T.R. (1966). An experimental demonstration of hypnosis as role enactment. *Journal of Abnormal Psychology*, 71, 400-416.
- Green, J.P., Page, R.A., Handley, G.W., & Rasekhy, R. (2005). The "hidden observer" and ideomotor responding: a real-simulator comparison. *Contemporary Hypnosis*, 22, 123-137.
- D'Zurilla, T., & Golfried, M. (1971). Problem-solving and behavior modification. *Journal of Abnormal Psychology*, 78, 107-126.
- Hilgard, E. (1991). A neodissociation interpretation of hypnosis. En S.J. Lynn & J.W. Rhue (Eds). *Theories of hypnosis: Current models and perspectives* (pp. 83-104). New York: The Guilford Press.
- Jones, W.J. & Flynn, D.M. (1989). Methodological and theoretical considerations in the study of "hypnotic" effects in perception. En N.P. Spanos & J.F. Chaves (Eds.), *Hypnosis: The cognitive-behavioral perspective* (pp. 149-174). Buffalo, New York: Prometheus Books.
- Kebbell, M.R., & Wagstaff, G.F. (1997). An investigation on the confidence and accuracy of eyewitness recall. *Contemporary Hypnosis*, 14, 157-166.
- Lynn S.J., & Kirsch, I. (2005). Teorías de hipnosis. *Papeles del Psicólogo*, 89, 9-15.
- Mazzoni, G., Casciano, M., & De Leo, G (2003). The role of confabulation and type of feedback in distorting memories for events in children. Comunicación presentada en el European Congress of Developmental Psychology, Milán, Agosto.
- Nash, M. (1987). What, if anything, is regressed about hypnotic age regression? A review of the empirical literature. *Psychological Bulletin*, 102, 42-52.
- Sarbin, T.R. & Andersen, M.L. (1963). Base-rate expectancies and perceptual alterations in hypnosis. *British Journal of Social and Clinical Psychology*, 2, 112-121.
- Sarbin, T.R. & Coe, W. (1972). *Hypnosis: A social psychological analysis of influence communication*. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Spanos, N.P. (1996). *Multiple identities and false memories: A sociocognitive perspective*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Wagstaff, G. F. (2008). Hypnosis and the law. Examining the stereotypes. *Criminal Justice and Behavior*, 35, 1277-1294