

HIPNOSIS: ESTADO EMPIRICO Y TEORICO

Dirk Revenstorf

Eberhard - Karls - Universität Tübingen - Psychologisches Institut
Gartenstrasse 29. D-72074 Tübingen 1

In this article historical, theoretical and empirical basis of clinical hypnosis are analyzed. Different applications to organic, psychosomatic, psychological and behavioral disorders are also specifically considered.

Key words: hypnotherapy, psychosomatics, psychological disorders.

1. Introducción

Mucha gente cree que la hipnosis es una especie de “abracadabra” y no sabe que constituye un método clínico serio. A veces hasta se abusa de ella como espectáculo en teatros o en la televisión (en países como Suecia e Israel, se ha llegado a prohibir este tipo de uso de la hipnosis).

Otra fuente de descrédito de la hipnosis fue el hecho de que Freud abandonó este método al creer que había complicaciones en la relación entre el cliente y el terapeuta. Tenía miedo a que se desarrollara una atadura erótica entre los dos porque, después de la inducción al trance, el cliente cambia el modo de su actividad mental. Abandona una orientación a la realidad (proceso secundario), llegando a una orientación a la fantasía (proceso primario). Y en este estado, los deseos parecen realidad, por lo que pueden surgir sin censura racional, sentimientos de transferencia.

La terapia del comportamiento también había tenido preocupaciones respecto a la hipnosis, aunque diferentes a las del psicoanálisis. Es decir, a este método basado en los mecanismos de información inconscientes le faltaba el momento de completo operacionalismo, como había sido costumbre en la ciencia del comportamiento hasta entonces. Mientras tanto, la terapia del comportamiento ha llegado a incluir las intervenciones mentales, que tampoco cumplen las condiciones de dicho operacionalismo.

Queda ahora, que una legitimación científica de este método de terapia sea la prueba de su eficacia. A este respecto, es cierto que la hipnosis tiene una posición

respetable como se señalará más adelante. También se observarán algunas hipótesis interesantes que acercan este método a una ciencia cognitiva y a una psicología socio-biológica.

Actualmente existe un gran número de experimentos e investigaciones de laboratorio que han demostrado las condiciones y las bases fisiológicas del estado hipnótico. Sobre todo, se ha comprobado la utilidad de este método en diferentes campos de aplicación. Asimismo, la hipnosis ha dejado de ser un rito rígido para convertirse en una herramienta con la capacidad de adaptarse a varios problemas conductuales, emocionales y psicosomáticos.

2. Orígenes de la hipnosis

El manejo de la hipnosis, del trance y de la sugestión se remonta a unos dos mil años antes de nuestra era. Existen indicios de que en esa época, yoguis y faquires empleaban técnicas de trance en un marco de prácticas religiosas que permitían alcanzar estados de profundidad espiritual (Edmonston, 1986). Además, los chamanes de diferentes culturas naturistas realizaban rituales de curación donde empleaban técnicas de trance para reconocer a los demonios y combatir las enfermedades en las que éstos se proyectaban.

Franz Anton Mesmer (1734-1815) intentó explicar la hipnosis como producto de fuerzas naturales externas (magnetismo animal), y fue entonces cuando ésta dejó de pertenecer al ámbito mágico-religioso, pasando a formar parte del ámbito de la ciencia. A mediados del siglo XIX, una serie de cirujanos ingleses y escoceses emplearon la hipnosis como un medio analgésico, hasta que dicha técnica fue sustituida por otros medios adormecedores o anestésicos, como el éter, cloroformo y óxido nítrico.

Charcot (1825-1893), neurólogo francés, se dedicó de manera intensiva a la hipnosis; la consideró una variante transitoria de la histeria y por lo mismo, como un fenómeno psicopatológico. Liébeault (1823-1904) y Bernheim (1840-1919) expresaron su posición, contraria a la reconocida corriente parisiense. Ellos mantenían la opinión de que la hipnosis se trata de un fenómeno psicológico normal que tiene su base en la sugestión. En lo sucesivo, muchos reconocidos psiquiatras europeos investigaron y emplearon la hipnosis. También Freud experimentó con la misma, pero dejó de hacerlo porque no la consideró un método suficientemente fiable y seguro, y que conllevaba además una serie de complicaciones al provocar una fuerte reacción de transferencia (Ellenberger, 1985). Otra forma de empleo de la hipnosis se dio en el método de autohipnosis del Entrenamiento Autógeno desarrollado por J.H. Schulz (Schulz, 1932).

En los años treinta se inició una importante actividad dentro de la investigación experimental en diversas universidades angloamericanas, siendo uno de los objetivos el lograr una explicación más exacta y teórica de la hipnosis así como el conocimiento psicométrico de este fenómeno. Para la interpretación de la natura-

leza de la hipnosis se desarrollaron dos posiciones principales: autores como Hilgard (1986), Orne (1977) y Erickson (1981) propugnaban la idea de que el trance hipnótico era un estado especial o alterado de la conciencia; mientras que otros autores, como Sarbin, Barber y Spanos (Barber y DeMoor, 1972; Spanos, 1986) rechazaban esta idea y buscaban explicar el fenómeno hipnótico como un mecanismo sociopsicológico. Hoy en día se le da preferencia a un modelo sociobiológico, que implica ambas hipótesis (Lynn y Rhue, 1991; Fromm y Nash, 1992, ver páginas siguientes).

Además de los esfuerzos de tipo experimental-científico existentes respecto a la hipnosis, después de la Primera Guerra Mundial hubo un auge en su aplicación clínica en el tratamiento de las neurosis post-traumáticas. Alrededor de 1950 se empezaron a tratar de manera creciente los problemas conductuales, las neurosis y las enfermedades psicosomáticas haciendo uso de la hipnosis. El psiquiatra M.H. Erickson (1901-1980) ha contribuido considerablemente a la aplicación flexible y múltiple de la hipnosis (Erickson y Rossi, 1981). Este psiquiatra padeció durante toda su vida graves limitaciones corporales (poliomielitis), no resignándose nunca en su empeño por superarlas. Desarrolló una postura terapéutica básica, en la que la resistencia del cliente se considera más bien un producto de un déficit de trabajo del terapeuta que como una consecuencia de la falta de deseos de cooperación del cliente. Por ello, fue un representante de la individualización de la psicoterapia y desarrolló una serie de variantes multi-usuales así como métodos indirectos de la hipnosis, entre otros, para el manejo del dolor. Asimismo, desarrolló una serie de métodos psicoterapéuticos, los cuales lo convirtieron en antecesor importante de un enfoque integrativo de la psicoterapia (Zeig, 1988).

3. Fundamentación teórica

Los efectos terapéuticos de la hipnosis tienen dos raíces -una biológica y otra social. Investigadores como Hilgard, Orne y Erickson defienden la posición de que en el estado de trance el individuo responde de manera más involuntaria y tiene la capacidad de mejorar la memoria e influir sus propios órganos del cuerpo. Esta hipótesis contiene la afirmación de que existen distintos estados y niveles de conocimiento. Está claro que varias drogas, como por ejemplo, el alcohol, el diazepam, los antidepresivos, las anfetaminas, el LSD o la heroína producen efectos mentales muy diversos.

La atención es uno de los dos factores importantes para distinguir niveles mentales; la amplitud de la atención puede estar enfocada, normal o ampliada. El otro factor que influye en la calidad de la producción mental consiste en que la mente se encuentre *activa o receptiva*. Los dos aspectos deben distinguirse en la aplicación de la hipnosis (Fromm y Hart, 1981). Como mínimo existen cuatro formas de producción mental dejando de lado la conciencia normal y los sueños. Estas pueden reconocerse como varios estados de trance, y pueden ser utilizadas en la terapia:

1) *Atención fija/mente activa*: Inducción al estado de trance, fijándose la mirada en un punto.

2) *Atención fija/mente receptiva*: Imaginando el proceso de curación de un órgano enfermo del cuerpo.

3) *Atención amplia/mente activa*: Regresión a experiencias de éxito en la biografía de la persona para cambiar su comportamiento en situaciones fóbicas o de confrontación.

4) *Atención Amplia/mente receptiva*: Buscando un significado nuevo para una situación inmutable o una orientación fija.

Acerca de los estados de trance las suposiciones biológicas son las siguientes:

Hipótesis biopsicológicas:

1) Imaginación mejorada: Realmente, el proceso mental que se da en estado de trance es más que ordenarlo de una forma visual, simultánea, paralela y divergente. La imaginación intensificada resulta de una eficaz traslación de imágenes de los procesos corporales en los procesos mismos. Por eso se utilizan cuadros y símbolos en las instrucciones hipnóticas.

2) Percepción subliminal: Es bien conocido que somos capaces de tener una percepción subliminal. Esta hipótesis plantea que recibimos y elaboramos información de forma subconsciente y que de la misma manera podemos resolver problemas. Pero también nuestro comportamiento y fisiología son ven influidas por esta modalidad subconsciente. Por ello, se usan metáforas e instrucciones indirectas en la terapia, junto con el mecanismo detallado en el párrafo siguiente (así es como se recibe información sin atención).

3) Disociación: Es la hipótesis probablemente más importante. Plantea que en estado de trance, la capacidad de disociar se encuentra aumentada. Esto hace posible disociar ciertos aspectos de la experiencia, como dolor o estímulos que provocan malestar.

Acompañando estos fenómenos de trance, se han observado varios cambios fisiológicos. Uno de éstos es que partes frontales del cerebro están más activas; aunque todavía no está completamente claro lo que eso significa. Hasta hace unos años se creía que era el resultado de un desplazamiento de la actividad cerebral del hemisferio izquierdo al derecho. Pero de acuerdo con nuevos resultados, parece que es más complejo que eso.

Otros cambios fisiológicos se refieren a una reducción de cortisol (una hormona del estrés) en la sangre; aumento o disminución de la circulación de la sangre en áreas limitadas; cambio en la actividad de ciertos tipos de glóbulos en el

flujo sanguíneo; relajación muscular, etc.

Hay otro grupo de autores como Sarbin, Barber y Spanos, que opinan, que no hay un estado particular de hipnosis, sino solamente un efecto de cooperación. Este efecto se ve incrementado por varios factores:

Hipótesis Sociopsicológicas:

4) Regresión: Un trance hipnótico es un paso involuntario a una situación de regresión y transferencia. La base de esta reacción inmediata es que el terapeuta actúa, por una parte como un padre autoritario que manda y sabe lo que es bueno para el sujeto, y por otra parte como una madre muy benevolente que habla en un tono de voz muy cariñoso. Por lo tanto, la hipnosis constituye una situación bastante fuerte para regresar a una etapa infantil y a un estado muy receptivo (Ferencsi, 1921).

5) Involucramiento con el rol: Este mecanismo significa que siempre estamos involuntariamente desempeñando algún tipo de rol; pero existen diferentes grados de profundidad con que nos involucramos con éstos. Cuando nos encontramos con alguien y decimos "Buenos días, ¿qué tal?", esto no implica una participación muy profunda. Esto lo podemos comparar por ejemplo, con un actor que llora de verdad en la escena -está mucho más involucrado en el rol que está desempeñando, casi como si estuviera en la vida real. Hay estados de involucramiento más intensos, por ejemplo en curaciones religiosas que se producen en sociedades con una fe profunda. El trance hipnótico es algo que sucede en un grado superior en esta escala de involucramiento (Sarbin y Slagle, 1975).

6) Contrato de cooperación: Según la visión sociopsicológica, la hipnosis es nada más que cooperación e imaginación (Barber y DeMoor, 1975), pues hay una serie de características de la inducción al trance, como un tono de voz o una acentuación particular, el uso del término "hipnosis" para la instrucción, etc. que fomentan la cooperación. Dichos autores afirman que no se necesita la inducción hipnótica, sino que basta con que el cliente coopere e imagine las cosas sugeridas.

La integración de los dos tipos de explicación es bastante clara. Las condiciones sociales (regresión, involucramiento y cooperación) constituyen un contexto en el que el individuo puede salir de los límites de la conciencia cotidiana y puede utilizar las funciones aumentadas de la imaginación (que resultan de una orientación a la fantasía), y de la disociación (que puede resultar de la desfiguración de la realidad). En este estado, el individuo tiene mayor poder sobre sus funciones somáticas y sus asociaciones, es decir, sobre su memoria.

4. Metas de la hipnoterapia

En las aplicaciones terapéuticas se utilizan mecanismos de la sugestión directa como la imaginación y la disociación. Además las metáforas y otros métodos de sugestión indirecta como el sembrar sugerencias curativas o paliativas durante un texto neutral utilizan el mecanismo de la percepción subliminal. El mecanismo de la cooperación facilita que el paciente siga las instrucciones de la inducción. Para llegar a un estado de trance satisfactorio, la regresión y el involucramiento del paciente sirven bien, por medio de los cuales toma el papel del niño, que está bastante abierto y flexible en su imaginación y pensamiento. La regresión también sirve para aumentar la memoria de eventos del pasado (recursos, trauma). A continuación se exponen las metas principales, que quiere lograr la hipnoterapia con el estado de trance. .

Meta 1: Cambios fisiológicos: relajación, vasodilatación, estimulación de los sistemas inmunológicos y endocrinos, etc.

Caso clínico: Para efectuar cambios corporales se pueden sugerir imágenes visuales que dibujen el proceso de curación en un órgano específico. Por ejemplo, una mujer de 50 años quería curar sus verrugas de la mano. Durante el trance, después de sugerir que sintiera un hormigueo en la mano, ella imaginó que esto significaba que el flujo sanguíneo estaría aumentado en esta región. Pues, con este flujo de sangre vendrían miles de glóbulos blancos que se comerían los virus. Y luego irían a limpiar el lugar de la lucha. Al final, la herida iría a cerrarse y la piel se volvería lisa etc. Después de seis semanas (3 sesiones) las verrugas desaparecieron.

Meta 2: Cambio de la percepción: por ejemplo, de la cualidad y duración del dolor.

Caso clínico: Una mujer de 49 años, tras la operación de un tumor, tenía dolores por causa de metástasis en la columna vertebral. No podía levantarse de la cama. Después de aprender la autohipnosis y el método de la analgesia de la mano, pudo mitigar los dolores poniendo la mano analgésica sobre el lugar del dolor en la espalda. De esta manera la analgesia hipnótica se extendió a la espalda dolorida. Entonces pudo levantarse y vivió trabajando y viajando hasta su muerte, dos años más tarde.

Meta 3: Actividad ideomotora: permitir al inconsciente expresarse a través de señales de los dedos y otros movimientos involuntarios para indicar “sí” o “no” tras preguntas referentes al problema y acercarse a los conocimientos

Caso clínico: Un ingeniero de 32 años recibió un tratamiento de rayos X y quimioterapia para curar un cáncer Hodgkin. Tenía buenas oportunidades de sobrevivir, pero naturalmente también tenía miedo a morir. En esta situación tenía que curar su estómago de los efectos de quimioterapias anteriores y también seguir con otra etapa de estas. Entonces tenía que decidir, si primero curar el estómago y después recibir otra quimioterapia o hacerlo al mismo tiempo. Los médicos no

podieron decir qué riesgo era mayor: arruinar el estómago o perder la oportunidad de una curación rápida. Ellos dejaron la decisión al paciente. Para sacar sus conocimientos inconscientes acerca de este asunto, pedí al paciente que mantuviera sus manos enfrente de su cara de tal manera como si mantuviera una pelota grande entre sus manos. Se le dijo que las manos se acercarían si el inconsciente estuviera de acuerdo con lo que pensaba conscientemente. Luego pregunté si estaba listo para trabajar su tema en trance, si quería entrar en el trance ahora, si tenía conocimientos acerca del tema, si el inconsciente quería comunicarlo, etc. Como señal de acuerdo las manos se acercaron poco a poco. Ahora estaba en un trance profundo. Luego se le sugirió que una mano representaría la quimioterapia y la otra la terapia del estómago. Si las manos se acercaban más hasta que se tocaban, el inconsciente sabía que el cuerpo sería capaz de aguantar ambos tratamientos simultáneamente. Así pasó y el paciente recibió las dos terapias con éxito.

Meta 4: Interrupción de patrones de conducta, como en el caso de dejar de fumar.

Caso clínico: Una mujer de 45 años quiso dejar de fumar (30 cigarrillos por día). En la tercera sesión se le dieron instrucciones para hacer una elevación involuntaria (levitación) del brazo. Con la mano elevada, fue invitada a tomar un cigarrillo entre los dedos, tal y como estaba acostumbrada. A continuación recibió la sugestión para que los dedos mantuvieran el cigarrillo o lo dejaran caer. Ni lo uno ni lo otro ocurrió, pero la mano desarrolló un temblor y en ese momento la cliente recordó el momento cuando empezó a fumar -cuando su marido murió. Al día siguiente, llamó por teléfono y dijo que fumaba con la mano izquierda y no más de 6 cigarrillos.

Meta 5: Regresar a sus recursos: guiar a la persona a usar recursos propios que había olvidado.

Caso clínico: Una cliente de 28 años de edad, con una fobia a volar, tenía que viajar en avión de Alemania a Laos (más que 4000 km). Después de imaginar durante el trance la situación en el avión con todos los aspectos de su miedo, se instruyó a la mujer para regresar hasta su niñez. Entre varias memorias que se le ocurrieron, hubo una que parecía un recurso adecuado. La mujer recordó que cuando tenía 10 años, su padre le había dado un paseo en la barra de la bicicleta. Esta experiencia de ser movida de esa manera era muy agradable. A continuación se indicó a la mujer que imaginara estar en el avión y al mismo tiempo sentir como si estuviera sentada en la barra de la bicicleta con su padre. Así superó la fobia a volar y tomó el avión a Laos la siguiente semana.

Meta 6: Aumento de la creatividad: utilizar experiencias personales de una manera imprevista y creativa.

Caso clínico: Una mujer médico, se quejó de su falta de paciencia al llevar a cabo los deberes con su hija. En trance, buscando situaciones en las que manejaba su impaciencia, primero recordó momentos en que era impaciente con sus mismos

pacientes. Pero luego encontró una imagen útil: recordó que tenía un gato que muchas veces se le acercaba para que ella lo acariciara. La cliente reconoció en ese momento que esa situación era una analogía a la situación educativa, pero que ella se comportaba de forma diferente. Si tenía suficiente tiempo, acariciaba al gato y si no lo tenía, podía hasta despedirlo sin problemas. Quizás esta asociación parezca ridícula, pero lo que sucedió en ese momento fue que la cliente sabía que era capaz de hacer pacientemente lo que necesitaba con su hija sólo cuando tenía suficiente tiempo para hacerlo, de lo contrario no lo haría. Sentía esta impaciencia sólo en situaciones en las que se encontraba entre dos deseos, de hacer una cosa y dejarla a la vez. Finalmente, su comportamiento con el gato le sirvió como modelo para tratar a su hija.

Meta 7: Reconstrucción de experiencias (traumáticas): Durante el trance hipnótico, el límite entre lo que parece realidad y lo que parece ficción, no es tan claro como normalmente creemos. Sobre todo, lo que habitualmente consideramos como hecho, muchas veces contiene elementos ficticios. Por lo mismo, partes ficticias pueden ser integradas a nuestra experiencia de hechos para mejorarlos. Parece que las partes agregadas posteriormente en el trance funcionan como si fueran partes de la biografía de la persona. Casi como si se hubieran convertido en hechos.

Caso clínico: Una estudiante de 23 años de edad tenía el problema de estar, por un lado prolongando sus estudios, y por otro, peleándose en una forma latente, no abierta con su padre. Esta mujer había encontrado a su madre muerta a la edad de siete años. Su madre era alcohólica y se había suicidado. La cliente podía reproducir la memoria de esta escena traumática con gran claridad, pero nunca había llorado ni una sola lágrima sobre la muerte de su madre. En varios trances durante sesiones posteriores, la cliente consiguió regresar a edades cercanas a cuando tenía siete años (a los ocho años, a los seis, etc.)

Cuando se sintió segura de que podría soportar el recuerdo de este incidente tan trágico, el terapeuta le pidió que volviera a la escena clave de los siete años y la viera claramente: la madre muerta y los alrededores. Durante la reconstrucción se le indicó que imaginara que se encontraba delante de ella, su madre en el suelo al mismo tiempo que estaba a su lado, diciéndole algo como: “Sé que tú tienes la fuerza para comprender que este paso que yo he dado al suicidio es adecuado para mí”. En ese momento la mujer empezó a llorar durante diez minutos. En la cita siguiente, dijo que no necesitaba más terapia porque ya era capaz de discutir con su padre abiertamente y continuar sus estudios. Estaba claro que la hija tenía la hipótesis inconsciente de que su padre era el culpable de la muerte de su madre.

El hecho de reconstruir dicho momento significativo de su vida, agregando un aspecto que no estaba allí, pero que podría estarlo porque podría ser un pensamiento de su madre antes de morir cumplió la experiencia terrible. Este posible pensamiento facilitó la aceptación del incidente, por lo que no necesitaba disociar más los

sentimientos de duelo. Así pudo llorar y cerrar este episodio de su vida.

Meta 8: Re-estructuración de situaciones fijas en las cuales parece que no es posible ningún cambio.

Caso clínico: Una mujer, treinta años menor que su marido (no estaban casados, sin embargo tenían dos hijos, y el marido, un hombre muy eficaz y autoritario, todavía estaba casado con su primera mujer) quería ser tratada con más igualdad. El terapeuta le pidió durante el trance que imaginara un símbolo para su conducta. Ella encontró las siguientes imágenes: un resorte en un reloj o un caracol que se mete dentro de su concha. Ambos símbolos pueden parecer una señal de sumisión: el resorte se contrae y el caracol se esconde. Pero replanteando estas imágenes, ella encontró un punto de vista diferente; en el resorte ella conserva energía que podría utilizar más tarde sin encontrar resistencia. En una carta posterior, donde describía la situación de su matrimonio, escribió: “Desde que le dejo hacer lo que quiere, él también me deja hacer lo mismo.”

Meta 9: Superar ideas irracionales, que uno mismo se impone.

Caso clínico: Un estudiante de 27 años había tenido una depresión reactiva profunda porque había perdido a su novia. Ella había sido su primer amor durante siete años y desde que la había perdido no había hecho nada por sus estudios durante dos años. Siempre se planteaba que “nadie es como ella” y lo vivía como un hecho, una realidad. Por lo cual era muy crítico respecto a quién elegir como amiga. Sin embargo, a pesar de ser tan crítico con muchas cosas y con sus propios méritos, era capaz de entrar en trance fácilmente. Disfrutó muchas veces este estado solamente para relajarse. Durante los trances le contaban anécdotas y metáforas; por ejemplo, la metáfora bien conocida de las tres puertas. Esta es una historia muy simple en la que se describe cómo superar pensamientos sin término medio. La metáfora es: “Estás sentado en tu cuarto relajado y miras a una pared delante de ti. Sabes que esta pared tiene dos puertas que tú conoces”. La historia continúa: “Te vas a los dos cuartos familiares detrás de las puertas. Puedes decidir quedarte en uno de los cuartos o volver. De pronto ves una tercera puerta que no habías visto antes. Esta puerta es difícil de abrir, pero después de un rato lo consigues. Y cuando entras en este tercer cuarto no encuentras nada conocido, todo parece desordenado”. Aquí sigue una serie de metáforas, demostrando cosas que podrían no tener ningún sentido desde un punto de vista, y a lo mejor tenerlo desde otro. Por ejemplo, si se miran desde abajo las ramas de un árbol en otoño, éste parece caótico. Sin embargo, si te alejas un poco, entonces puedes ver la copa de este árbol y reconocer su forma específica. En la siguiente sesión, el cliente volvió y dijo que había encontrado a otra chica. Explicó que en una fiesta vio a esta mujer, y simplemente le preguntó si podía bailar con ella. Dijo que nunca antes había creído que pudiera superar su timidez. La relación se rompió antes de cumplir un año, pero el cliente lo superó con bastante soltura. Se mudó a otra ciudad y siguió sus estudios, encontrando finalmente otra novia.

Las primeras tres metas pertenecen a cambios corporales (fisiología, y respuestas motóricas), mientras las seis últimas se refieren a cambios cognitivos y emocionales. Después de hablar de algunas de las metas principales de la hipnoterapia quisiera discutir los datos empíricos que comprueban la eficacia de este método. Finalmente voy a tratar algunas diferencias en el procedimiento de la hipnoterapia en comparación con otras formas de terapia, en especial las cognitivas.

5. La Fundamentación empírica

Los manuales correspondientes muestran que el método de la hipnosis se había aplicado en casi cada campo: en los problemas del comportamiento, psicósomáticos, psiquiátricos y varios problemas somáticos (Crasilneck y Hall, 1985; Wester y Smith, 1984; Borrows y Dennerstein, 1980;. Rhue 1994; Revenstorf, 1993h). Hay muchos estudios casuísticos que demuestran la utilidad de la hipnosis en cada uno de los problemas antes mencionados (véase el cuadro superior). Además, en algunos campos de aplicación también hay estudios controlados de grupo, según los cuales, algunos usos de la hipnoterapia han sido bien comprobados.

APLICACIONES DE LA HIPNOTERAPIA

CAMBIOS SOMÁTICOS

- Inmunología (verrugas, ictiosis, dermatosis, tumores)
- Circulación (vasodilatación, fenómeno Reynaud, cicatrización)
- Dolor agudo (durante el parto, postcirugía, dentista)
- Neurología (amnesias, rehabilitación de lesiones cerebrales)
- Disfunciones sexuales

TRASTORNOS PSICOSOMÁTICOS

- Dolor crónico
- Migraña, dolores de cabeza por tensión
- Fenómeno de Krohn, úlcera gástrica
- Asma, rinitis
- Hipertonía

TRASTORNOS PSICONEURÓTICOS

- Fobias, presiones
- Reacciones depresivas
- Reacciones postraumáticas
- Trastornos del sueño
- Disociación de la personalidad

PROBLEMAS DE CONDUCTA

- Morderse las uñas
- Enuresis
- Tabaquismo
- Sobrepeso
- Rendimiento académico y atlético (entrenamiento mental)

Hasta 1992 hemos realizado 77 estudios de grupo (Revenstorf y Prudlo, 1994; Revenstorf, 1995) con un total de más de 5800 pacientes. Los resultados indican la eficacia de este método en el trabajo con verrugas, dolor de parto, migraña, dolor crónico, duración de la vida en pacientes con tumores, efectos secundarios de la quimioterapia (mareo), insomnio, fobias, fumar y otros problemas. Estos estudios también señalan que la hipnosis es menos eficaz para problemas de hipertensión, alcoholismo y farmacodependencia. Un meta-análisis muestra que para algunos de estos problemas (dolor, fobias y fumar), la eficacia de la hipnoterapia corresponde a una índice de éxito del 70 % (fumar), 71% (fobias) y 63% (dolor), comparado con un 34% en el grupo sin tratamiento (grupo control). El meta-análisis se basó en 33 estudios mencionados anteriormente (Rominger, Prudlo y Revenstorf 1995).

Lista de Estudios Grupales de la Hipnoterapia (1960-1992)

1. **Cirugía:** Hart, 1980
2. **Hipertensión:** Deabler, 1973; Case, 1980; Case, 1985; Friedman, 1977
3. **Asma:** Citron, 1968; Maher-Laughnan, 1962; Morrison, Smith & Burns, 1960 citados en Maher-Loughnan, 1962
4. **Cáncer (tiempo de sobrevivencia):** Spiegel, 1989
5. **Verrugas:** Chandrasena, 1982; Johnson, 1978; Sinclair-Gieben, 1959; Surman, 1973; Ullmann, 1959; Zhukov, 1961; Tenzel & Taylor, 1969.
6. **"Irritable Bowel Syndrome":** Whorwell, 1984
7. **Malestar (de la quimioterapia por cáncer):** Burish, 1981; Redd, 1982; Zelzer, 1983
8. **Dolor de Cabeza y Migrañas:** Anderson, 1975; Andreychuk, 1975; Carasso, 1983; Friedman, 1982; Friedman, 1984; Schlutter, 1980
9. **Dolor (en el cáncer):** Hilgard, 1978; Hilgard, 1982; Kellerman, 1983; Spiegel, 1983; Zeltzer, 1982; Syjala, Cumming & Donaldson, 1992
10. **Dolor (crónico):** Elton, 1980; Hoppe, 1983
11. **Angustia:** Benson, 1978; Glick, 1970; Horowitz, 1970; Marks, 1968; Melnick, 1976; O'Brian, 1981; Boutin, 1983; McAmmond, 1971; Paul, 1969a; Stanton, 1978b
12. **Alteraciones del Sueño:** Borkovec, 1973; Graham, 1975; Reid, 1981
13. **Enuresis:** Edwards, 1985
14. **Adicciones:** Edwards, 1966; Manganiello, 1984; Wallerstein, 1957
15. **Obesidad:** Bolocofsky, 1985; Bornstein, 1980; Goldstein, 1980
16. **Tabaquismo:** Barkley, 1977; Berkowitz, 1979; Hall, 1970, Jeffrey, 1985; Kline, 1970; MacHovac, 1978; Miller, 1976; Nuland, 1970; Owens, 1981; Pederson, 1975; Pederson, 1979; Perry, 1975; Perry, 1979; Rabkin, 1984; Sanders, 1977; Sheehan, 1982; Shewchuk, 1977; Spiegel, 1970; Stanton, 1978a; Wagner, 1983; Watkins, 1976

Tabla 1: 77 Investigaciones de Grupos Experimentales y Grupos Control para la efectividad de la Hipnosis (ver Revenstorf & Prudlo).

Aunque en varios campos de aplicación sería de desear que se realizaran investigaciones controladas, con estos datos existe una base empírica que justifica el uso de la hipnosis como un método clínico.

ESTUDIOS DE GRUPOS CONTROL PARA LA TERAPIA DE HIPNOSIS

Alteración	Número	Número	Magnitud	Magnitud	Mejoría
	de Estudios	de Variables	del Efecto	del Efecto	No tratados/ Sí tratados
1) Todos los estudios	36	1251	g= .83	r= .38	31% / 69%
2) Estudios homogéneos	33	1126	g= .68	r= .32	34% / 66%
3) Fumar	4	63	g= .89	r= .40	30% / 70%
4) Miedo	6	150	g= .95	r= .44	29% / 71%
5) Dolor	14	66	g= .54	r= .26	37% / 63%

Tabla 2: Meta-análisis de 36 estudios con grupos control no tratados. El efecto ("g" y "r") se calculó para cada variable y después fue medido. La "g" se refiere a la diferencia de la media estandarizada, y "r" a un coeficiente de correlación. Los datos mejorados indican, según el caso, el éxito del tratamiento y la remisión espontánea del grupo control (según Rominger, Prudlo y Revenstorf, en preparación).

6. Estrategias hipnoterapéuticas

La hipnoterapia se desarrolló de la hipnosis clásica del siglo pasado, antecesora del psicoanálisis y de la terapia conductual. Freud aprendió este método de Charcot, en París, para tratar casos de histeria, y Wolpe lo utilizó como medio de relajación en la desensibilización de fobias. De acuerdo con dicho origen, la hipnosis es simultáneamente una terapia del síntoma y una terapia psicodinámica. Consta de elementos tanto instructivos, como interpretativos; tiene características de encubrimiento y descubrimiento, y fue bautizada como "la madre de la psicoterapia". Desde principios de siglo, la hipnosis ganó mucha flexibilidad y amplitud para su aplicación, en su mayor parte gracias a las ideas y esfuerzos del psiquiatra M.H. Erickson y sus discípulos.

6.1. Uso no-específico

La hipnoterapia contiene elementos *no-específicos*, como el cambio fisiológico de un estado ergotropeo a un estado trofotropeo, el cual tiene varias cualidades saludables: relajación muscular, decremento de la presión sanguínea, recuperación de recursos corporales, competencia mejorada del sistema inmunológico, etc. De este cambio general resultan una serie de efectos benéficos: reducción de dolores de cabeza (basado en la tensión muscular), curación más rápida de heridas, alargamiento del tiempo de vida en pacientes con cáncer, tranquilidad mental, disminución del estrés, etc. Estos efectos, la hipnosis los comparte con otros procedimientos similares como son la meditación, la relajación de Jacobson y el entrenamiento autógeno de Schultz (véase meta 1 anterior).

6.2. Uso específico indirecto

Hay un uso de hipnoterapia *específica*, orientado a soluciones de problemas, por ejemplo, de fobias, dolores, o síntomas psicósomáticos. En este uso se pueden distinguir dos maneras de atacar el problema: la forma directa y la forma indirecta. La forma *indirecta* es una manera de usar la hipnosis como un estado en el que es posible comunicarse con el inconsciente a través de movimientos involuntarios. Puede ser una levitación del brazo, el acercamiento de las manos, o movimientos de los dedos. Sirven como reacciones con que la persona inconscientemente, o tal vez, involuntariamente, contesta ciertas preguntas que se refieren al problema. Por ejemplo “¿Tiene el inconsciente información acerca del problema?; ¿hay eventos durante los últimos 5, 10, 15, etc. años que están vinculados con el problema?; ¿cómo pueden contribuir a la solución del problema?”, etc. Dependiendo de las reacciones, afirmativas o negativas, se puede acercar a la solución o a lo que la impide, sin saber el contenido de los conocimientos que constituyen las respuestas. Este procedimiento se aprovecha de los conocimientos que comúnmente denominamos “tenerlo en la punta de la lengua” (véase metas 3, 4 y 6 anteriores).

6.3. Uso directo, orientado al síntoma.

En el uso *directo*, al contrario del anterior, el contenido del problema, al igual que el de varios caminos a la solución, se expresa en palabras. Sin embargo, se distinguen dos maneras de atacar el problema (digamos el dolor): al nivel del síntoma y al nivel del origen del síntoma. El tratamiento del dolor *orientado al síntoma*, puede ser un analgésico sugerido en el estado de trance hipnótico -en el sentido de una disminución o una desfiguración de la percepción dolorosa o sugiriendo una disociación del cuerpo, de la mente (véase metas 2 y 5 anteriores).

6.4. Uso orientado al problema

En muchos trastornos psicósomáticos, como los dolores crónicos, un tratamiento *orientado al problema* puede ser más adecuado que el alivio del síntoma. Si una herida está vinculada con una situación emocional no llevada a cabo, como en un accidente automovilístico, la emoción de esta experiencia a veces es acoplada y confundida con el dolor de la misma herida. Por lo tanto, ésta puede servir como expresión de la emoción incumplida (rabia, culpa, tristeza). Entonces el individuo inconscientemente usa los dolores para comunicar su emoción de una forma prolongada. En casos como éste se usa la hipnosis, tanto para reconstruir la situación primaria a través de la imaginación, como para cumplir, de una manera ficticia, el afecto suprimido a través de la construcción de una posibilidad para experimentarlo (véase meta 7 anterior).

7. Principios innovadores de la Hipnoterapia

Existen ciertos principios que facilitan la comunicación terapéutica para alcanzar metas como las descritas anteriormente. Estos principios son bastante generales para ser útiles en otras formas de terapia y otros contextos. Sin embargo, han sido desarrollados en el campo de hipnoterapia. Por eso la hipnosis clínica hoy día representa unas de las formas de comunicación más desarrolladas.

7.1. Comunicados no-verbales

Uno de los principios de la terapia de M.H. Erickson era la adaptación de la intervención de acuerdo a las necesidades del cliente. Por ejemplo, la instrucción hipnótica a menudo es realizada en forma de monólogo. Esto resulta de la pereza motora que se presenta en este estado y también de la introspección de la persona en trance. En efecto, a veces es preciso cambiar la forma de un diálogo si faltara información biográfica de una experiencia recordada durante el trance. Pero generalmente, la persona en trance no tiene ganas de hablar mucho. Si el terapeuta quiere responder a cambios en el cliente, necesita estar muy atento a señales no-verbales (cambios en la expresión de la cara, cambios en la respiración, en la coloración de la piel, pequeños movimientos involuntarios). De esta información, el terapeuta sabe si el cliente está recibiendo lo que se le está sugiriendo o no y conforme a eso puede adaptar sus instrucciones.

Por otro lado, el terapeuta usa señales no-verbales para comunicar información subliminal, la cual es recibida sin análisis racional y asimilada subconscientemente. Por ello cambia la inflexión de su voz si quiere destacar algo en la frase, o ajusta su ritmo de respiración al del cliente para lograr sintonización.

7.2. Utilización

La hipnoterapia originada por Erickson ha ampliado considerablemente el método de hipnosis como una forma de terapia. Otra de sus características es el principio de utilización. Este principio significa que todo lo que pasa contiene aspectos útiles, aunque no lo parezca. Por ejemplo, si un ruido imprevisto estorba la sesión o si ocurre un afecto inesperado (lágrimas), es posible incluirlo en el texto de la inducción. Más aún, el principio de la utilización señala que es ventajoso y adecuado utilizar las peculiaridades del cliente para formular una intervención adecuada. Es decir sus valores, sus características de interacción, incluso sus síntomas se usan como recursos para cambiar.

Caso clínico: Erickson tuvo un cliente paranoico que creía que era Jesús. Para activarlo, Erickson dijo: “Eres Jesús. Probablemente sabes que su padre, José, era carpintero”. El cliente lo afirmó. Erickson explicó que los hijos normalmente tienen la profesión de sus padres. Entonces el cliente debería ser carpintero también. El cliente lo afirmó. “Entonces tienes la capacidad de arreglar esta silla” -continuó Erickson, y el cliente lo hizo.

7.3. Intervención estratégica mínima.

Es imposible cambiar, en todos sus aspectos, la vida de un individuo que pide ayuda. A veces hay resistencia al cambio del síntoma mismo. Lo que se puede hacer es mover un pedazo inocente que sí se mueve. Pero hacerlo tiene una serie de consecuencias posteriores.

Caso clínico: Una chica de 16 años se mordía las uñas desde hacía diez años. Los padres me la llevaron diciendo: “Aquí le traemos a nuestra hija, tiene que dejar de morderse las uñas porque ahora es una jovencita”. Después de pedir a los padres que salieran, hablando con la chica, ella explicó que había abandonado sus estudios totalmente. Sin embargo, aclaró convincentemente que conseguiría empezar sus estudios en la universidad dentro de siete años, cuando tuviera 23 años. Ella había asistido a unas cuantas terapias antes, en grupos, individuales y en una clínica, incluyendo el entrenamiento autógeno. Era evidente que necesitaba una forma de comunicación no-autoritaria para evitar las faltas de los padres. Para una inducción hipnótica le pedí que su mano derecha fuera ligera. Después de un rato me informó que lo sentía mucho, pero que la mano que estaba ligera era justamente la izquierda. “¡Qué lástima! -le contesté-, pero vale, está bien”.

Luego conté una serie de anécdotas que significaban que morderse las uñas podía ser a veces inteligente. Por ejemplo, en la historia del chico de ocho años que se mordió las uñas hasta ensangrentarse con el fin de evitar los estudios de piano (Zeig, 1981). Sin hablar mucho de morderse las uñas en el caso de ella, solamente se le sugirió que dejara crecer una de sus uñas para luego mordérsela como a un bocado grande, porque así lo disfrutaría más. Cuando volvió la siguiente vez, dijo: “Lo siento mucho, pero la uña se me rompió ayer”. Tres semanas más tarde ya se había pintado las uñas, todavía cortas, pero estaba contenta de que estaban creciendo, y dejamos el tema.

El principio de intervención estratégica mínima consiste en encontrar el punto de ataque en alguna parte. Este resulta fácil de cambiar porque no parece una pérdida, sin embargo, el cambio significa la interrupción del patrón de conducta y se facilitan otros cambios.

7.4. Confusión.

Este principio puede sonar inadecuado porque la persona que tiene problemas puede estar confundida de cualquier manera. Esto es verdad en algunos casos de estrés agudo, por ejemplo, si la persona ha perdido un pariente o su trabajo. Sin embargo, hay muchos casos en que los problemas permanecen justamente porque la persona está demasiado atada a un esquema cognitivo bastante rígido. Por lo tanto puede ser útil perturbar este sistema tan inflexible a través de una confusión para prepararlo a estar dispuesto al cambio.

Caso clínico: Con un paciente que tiene un dolor se puede empezar por pedirle que describa su dolor con absoluto lujo de detalles. Hasta el punto de describir el

color que podría tener el dolor y lo que éste le podría decir al cliente. Y es más, se pide que intente discriminar claramente si el dolor es más fuerte arriba o abajo, adentro o afuera. O que quizás es más fuerte en la parte de arriba de abajo o la parte de abajo de arriba, etc. Se puede continuar pidiendo descripciones tan exactas con cualidades como calor, forma, contornos, duración y otros. El esquema de la cualidad del dolor va siendo más factible al cambio porque las descripciones van cambiando a través de repeticiones de la descripción, haciéndose menos fijo. Esta confusión se utiliza para sugerir cambios de la cualidad de dolor, lo cual lo hace más tolerable.

7.5. Indirección.

Este principio se basa en la percepción subliminal. Si se emplean anécdotas y metáforas, en lugar de hacer recomendaciones directas sobre lo que se tiene que hacer, se estará dando información que de alguna manera evita la evaluación habitual dualista de la razón (en términos de bueno-malo, correcto-equivocado, etc.).

Por ejemplo, en vez de sugerir el trance al paciente directamente, se puede contar de una manera detallada cómo otra persona se puso en trance. Escuchando esto, el paciente estará involuntariamente siguiendo las descripciones y mostrando signos de trance, con bastante probabilidad.

7.6. Plantar semillas.

Por ejemplo, si se quiere trabajar con una levitación de la mano, puede ser favorable sembrar palabras que están relacionadas con el proceso terapéutico y acentuarlas por medio de una inflexión (subrayado) de la voz como:

“Es ligero confiar en su mano, por ejemplo, en la manera en que se mueve para saludar a un amigo, para indicar algo; en la misma forma en que deja mover sus piernas para andar, para montar un caballo, ascender una cima; sobre todo es agradable hallarse arriba si quiere tener una vista general. Hay un refrán que dice: “A veces una mano olvida lo que hace la otra”, etc.

De esta manera, mencionando reiteradamente y de forma sistemática las palabras que tengan el sentido o el sonido del conducto nervioso, se sugiere después, que se van a abrir los conductos nerviosos, preparando este comportamiento.

7.7. Búsqueda interna.

Este principio no es muy halagador para el terapeuta, puesto que afirma que la solución sale del cliente y no se origina en el ingenio del terapeuta (vea metas 5 y 6 anterior). Es decir, en vez de saber más que el cliente, el terapeuta sabe que es al revés y trata de movilizar los recursos del paciente. Esto implica que el terapeuta puede tener una hipótesis que formula en su intervención, mientras que el cliente usa la sugestión de una manera diferente e imprevista:

Caso clínico: Un ejecutivo tenía el problema de discutir siempre con su superior inmediato. El cliente era una persona muy racional, disciplinada y con bastante aptitud. Como metáfora consciente para su situación describí una corrida de toros en la que el toro era superior y fuerte, advirtiendo que quizás para esta situación sería mejor ser el matador. Pero tal vez en la situación del trabajo no era tan claro quién jugaba el papel del matador y quién el del toro. Con la hipótesis de que el cliente necesitaba ser más listo en lugar de empujar a su superior, le conté una serie de anécdotas. Una de ellas fue la historia de la mujer con el sentimiento de sumisión, para el que ella había encontrado el símbolo del resorte, que se encoge a la vez que conserva la energía (véase meta 8 anterior).

Cuando encontré al cliente un año después, le pregunté cómo iban las cosas; contestó que toda la situación había mejorado porque su superior se comportaba más amablemente. “Quizás usted también” -le dije. El cliente sonrió. Así, a pesar de que la intención había sido conseguir que fuera más listo, él eligió que fuera más amable. El cambio no fue lo que estaba previsto sino un cambio autónomo del cliente. La única señal que las anécdotas habían demostrado era indicios de un estado receptivo, como una cara relajada o la inmovilidad del cuerpo que no desea disputar el contenido de las anécdotas después de la inducción.

7.8. La construcción de la realidad

Este principio usa la condición de que el límite entre realidad y ficción no es tan claro como habitualmente aceptamos. Incluso, lo que molesta al paciente a menudo son puntos de vista y valoraciones subjetivas. De aquí la actitud constructiva del terapeuta, que sugiere otros puntos de vista que causan menos sufrimiento (véase metas 6, 7 y 8 anteriores).

7.9. La protección del inconsciente

No siempre es necesario dejar los problemas y las soluciones personales en el inconsciente. Pero a veces, cuando el tema es doloroso o la solución es irracional e incomprensible para la razón cotidiana, sería un choque inmediato pensarlo conscientemente. En este caso es mejor mantener el contenido de forma subconsciente, hasta que la mente encuentre una forma de integrarlo. En este sentido, es más adecuado sugerir olvidarlo (amnesia) o distraer al paciente del contenido hipnótico al final de la inducción, por ejemplo, con un chiste, una pregunta trivial, y de esta manera desconectándose del tema del trabajo en trance.

8. Discusión

La hipnoterapia se ha desprendido del fondo mágico para convertirse en un método científico, tanto en relación a su evaluación empírica como a su base teórica. A nivel conceptual, se plantea que en la hipnosis operan ciertos mecanismos teóricos, que explican el fenómeno de trance como una conciencia alterada en su

modo de trabajo mental en comparación con los pensamientos cotidianos. Como método clínico, en la hipnosis se pueden distinguir varias metas para lograr cambios terapéuticos. Y para usar este método de una manera eficaz, se han desarrollado una serie de principios de manejo de la comunicación con el paciente de una forma bastante sutil.

Contrariamente a los conceptos autoritarios de principios de siglo, aún existentes en algunas ideas folclóricas acerca de la hipnosis, ésta desarrolló un modo de acercarse al paciente y a su problema, que está basada en la idea que el paciente sabe mejor que el terapeuta las soluciones a su problema y el terapeuta toma el papel de un guía interno. No obstante esta actitud humilde, el terapeuta toma la responsabilidad de proteger al paciente en la situación terapéutica para ofrecer al paciente un ambiente seguro y la oportunidad de explorar sus procesos internos. Por eso el hipnoterapeuta tiene autoridad y cariño ante el paciente y al mismo tiempo respeta su autonomía y su mayor competencia acerca de su vida.

Los datos empíricos de los efectos curativos de la hipnosis en varios trastornos habían ido creciendo en las últimas tres décadas y constituyen un fundamento satisfactorio para su aplicación clínica. Los estudios controlados sobre el dolor y la ansiedad demuestran que la hipnoterapia es capaz de aumentar la cuota de éxito en un promedio de 66%, que está bastante por encima de la curación espontánea (33%). Si se tiene en cuenta que la duración de la hipnoterapia es más breve que la mayoría de las otras formas de terapia, la hipnosis resulta un método considerablemente económico.

La hipnosis está orientada tanto a la psicodinámica como al comportamiento y por eso combina las ventajas de una comprensión biográfica del problema y los recursos con una práctica en la vida diaria del paciente. Además, el estado de trance facilita el acceso a las emociones y, por otro lado, constituye un modo mental, en el que suceden cambios de significado a través de la asociación y disociación de aspectos de la experiencia. Por eso representa tanto rasgos de la terapia gestáltica como de la terapia cognitiva. En la hipnoterapia destaca el trance como un vehículo de comunicación. Además salta a la vista la individualización que se maneja en la hipnoterapia. En particular, el principio de utilización implica que la resistencia no está ubicada en el paciente sino en el terapeuta. Entonces se supone que cada individuo sigue su propio camino hacia el cambio y la tarea del terapeuta es buscarlo.

Aunque hay límites al respecto en la personalidad del terapeuta, esta actitud provee una gran flexibilidad en la conducta terapéutica. Junto con los otros principios como la estrategia mínima, indirección, confusión y la comunicación no-verbal se llega a una comunicación compleja que se puede trasladar a otras formas de terapia para aumentar la eficacia de ellas. Una ventaja que ofrece la hipnosis es el uso del inconsciente, es decir, de los conocimientos que no están a mano de nuestros pensamientos cotidianos de una manera práctica (por ejemplo a través de

movimientos involuntarios, véase párrafo 6). Es quizá el método más extraño y foráneo de las escuelas de terapia. Pero en principio todos los modos específicos y no-específicos pueden ser adaptados e integrados en otras formas de terapia. De esta manera la hipnosis actúa como levadura en la masa haciendo la terapia más fina y digerible.

En este artículo se repasan las bases históricas, teóricas y empíricas de la hipnosis clínica, sus principios y metas de aplicación tanto en el ámbito de los trastornos orgánicos, psicossomáticos y psicológicos como en los problemas de conducta y adicciones.

Palabras clave: hipnoterapia, psicossomática, trastornos psicológicos.

Nota Editorial: Dificultades técnicas de última hora han hecho imposible la inclusión de la bibliografía correspondiente al presente artículo. Pedimos disculpas por esta omisión. Las personas que pudieran estar interesadas en su consulta pueden dirigirse directamente al autor para obtener una copia de la misma.