

EL MODELO DE VALENCIA DE HIPNOSIS DESPIERTA: MODELO ATRACTIVO Y EFICIENTE

Jose Fernández

Institut de Psicologia Pehuén¹

E-mail: josef@institutpehuen.es

Traditionally Hypnosis has been related to relaxation, though that association fosters on a conception of hypnosis already overcome. Thus, induction methods of hypnosis can focus either on relaxation or activation, being therapeutic purposes the ones to take into account in order to choose between them. The importance of both expectations and motivation to explain hypnosis implied processes, as much as people's daily life coping behaviours is explained. The Valencia Model of Waking Hypnosis (VMWH) protocol is exposed as an efficient therapeutic means to link together ones to the others.

Keywords: *hypnosis, waking hypnosis, Valencia model of waking hypnosis.*

Introducción.

Aunque la palabra hipnosis significa literalmente sueño, actualmente está claro que nada tienen que ver la una con el otro. Y si tradicionalmente las inducciones hipnóticas han consistido en sugerencias de relajación y cerrar los ojos, tal concepción responde precisamente a eso, a una tradición que nace vinculada a un modo de entender qué es la hipnosis, actualmente superada, pero que ha influido sobremedida en toda posterior aproximación a la misma.

Muy relacionada con esa tradición inicial se encuentra también el concepto de trance, el cual postula un estado diferente de conciencia específico de la hipnosis, e incluso necesario para experimentarla *comme il faut*, a tal punto de establecer la equivalencia entre profundidad de trance y profundidad de la hipnosis. Pero la idea de que la hipnosis se puede explicar por un “estado de trance” específico, ha sido duramente rebatida a partir de que Sarbin (1950) lo hiciera en primer lugar. Desde entonces surgieron, todo un conjunto de teorías (Lynn & Kirsch 2005), desafiando el concepto tradicional de hipnosis como un estado, haciendo hincapié en el desempeño de roles, en las expectativas hacia la respuesta que se espera de uno

mientras se está en hipnosis, en las actitudes y motivación hacia la hipnosis (Sarbin, 1997) como ejes centrales explicativos de lo que ocurre bajo hipnosis. Así, Barber y sus colaboradores (Barber, Spanos & Chaves 1974) *obtuvieron de participantes altamente motivados en una tarea, pero no hipnotizados y de participantes hipnotizados respuestas similares a las mismas sugerencias*, concluyéndose que no era necesaria la hipnosis, o cuanto menos no más que la alta motivación, para dar cuenta de la respuesta a las sugerencias. Spanos demostró que la susceptibilidad hipnótica no era un rasgo de la persona, logrando así, junto a sus colaboradores (Gorassini & Spanos 1999) modificar la sugestionabilidad del 50% de los participantes que en un experimento puntuaban como bajos en sugestionabilidad, de modo que al final del experimento puntuaron como altos en esa variable. Entre las dos medidas, todos los sujetos que habían puntuado como bajos en susceptibilidad participaron en un programa dirigido a modificar sus actitudes hacia la hipnosis. Kirsch (1985) formuló la teoría de expectativa de respuesta, extensión de la teoría del aprendizaje social de Rotter (1954), basada en la idea de que las expectativas pueden generar respuestas involuntarias, afirmando que esta es la base del efecto placebo y sosteniendo que, como los placebos, la hipnosis provoca efectos al cambiar las expectativas de los clientes, pero que **a diferencia del placebo, no requiere del engaño para ser eficaz.**

Kirsch (1985) mantiene que las inducciones hipnóticas son como placebos porque no contienen ningún ingrediente específico. Así, el único componente esencial parece ser que los sujetos crean en el procedimiento.

De hecho, actualmente está bien establecido (Kirsch & Lynn 1999) que cualquier procedimiento en el cual el sujeto crea, puede ser utilizado para inducir hipnosis. “Por ejemplo, las inducciones mesmerianas implicaban *pases* sobre el cuerpo con imanes o directamente con las manos, las inducciones de Charcot consistían en presionar la frente, gongs orientales y luces, mientras que las inducciones actuales normalmente enfatizan la relajación. (...) Las experiencias y las conductas de los sujetos hipnotizados parecen estar relacionadas con sus expectativas. Por ejemplo, los sujetos de Mesmer convulsionaban mientras que los de los hipnotizadores posteriores se relajaban. Finalmente, se ha encontrado que la expectativa de respuesta correlaciona fuertemente con las respuestas a las sugerencias (Kirsch & Lynn 1995). Tales autores consideran que la expectativa de respuesta es parte de la esencia de la hipnosis, y no simplemente una consecuencia”. En concordancia a lo que se acaba de exponer, no es de extrañar que un buen número de autores (Capafons, 1999) suscriban que **hipnosis es todo aquello que se rote y se acepte como tal.**

Así, la concepción que adoptemos sobre lo que es la hipnosis, y que transmitamos a nuestros clientes en terapia, es una cuestión esencial, porque lo que el cliente cree respecto a cuáles son los rituales de inducción “adecuados” y las respuestas que se esperan de él a los mismos, la utilidad que le va a aportar la hipnosis, y los peligros

o efectos secundarios que puedan derivarse de la hipnosis, van a tener consecuencias sobre la respuesta del cliente a la hipnosis, y sobre la potenciación, o no, que la utilización de esta herramienta terapéutica va a tener en la resolución del problema que lo trae a consulta.

Por otro lado, como se ha venido argumentando, no es más consubstancial a la hipnosis un método de inducción con los ojos cerrados y que busque relajación, que cualquier otro. El criterio relevante en este sentido debería ser, entonces, su utilidad terapéutica.

¿A qué Llamamos Hipnosis Despierta?

Así vemos como, los métodos formales de inducción de la hipnosis despierta son diferentes a los de relajación y restricción de la atención, en el sentido en que (Capafons, 2001):

- No se sugiere sueño, restricción de la atención o relajación.
- Se pide a la persona que mantenga los ojos abiertos, y se le sugiere que expanda su atención, que se note activa y con sensación incrementada de auto-control.
- La persona puede hablar fluidamente, caminar, y realizar la mayoría de las tareas cotidianas, mientras experimenta las sugerencias hipnóticas.
- Las sugerencias hipnóticas son, esencialmente, directas y permisivas.

Las **ventajas**, de este método frente a la hipnosis tradicional serían: (Wells, 1924, Capafons 1999):

1. Mayor parsimonia.
2. Menor temor de la persona a perder el control.
3. Mayores posibilidades prácticas:
 - Más rápida.
 - Más accesible y agradable a mayor número de personas.
 - Más generalizable.
 - Más versátil y eficiente.
4. Fácilmente convertible en una estrategia general de afrontamiento y auto-control.

Véase Fig 1

En concordancia a los hallazgos científicos mencionados en la introducción, el Modelo de Valencia de Hipnosis Despierta, en adelante MVHD, (Capafons, 2001) pone énfasis en:

1. Las creencias previas que tiene el cliente sobre: a) Qué es la hipnosis, b) Cuáles son sus métodos, c) Qué objetivos le va a ayudar a alcanzar. Es vital que las creencias de cliente y terapeuta respecto a estos tres puntos estén perfectamente alineadas, pues ello va a determinar sobremanera qué utilidad va a extraer aquel de la hipnosis, y por ello es necesario dedicar el tiempo que sea necesario a conseguir esa alineación.

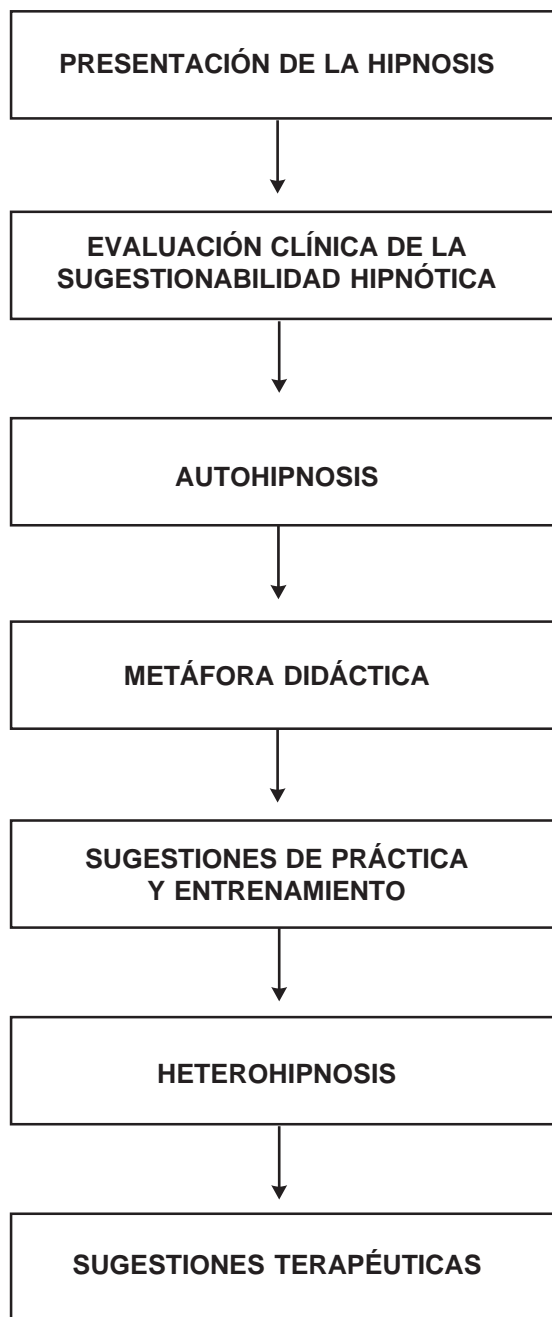


Figura 1

2. Énfasis en el control personal y la polivalencia (Capafons 1999). Es decir, que puedan usarse como métodos de activación o relajación, según las necesidades del cliente.

Acorde con la importancia concedida a las expectativas que sobre la hipnosis tenga el cliente, y con la finalidad de transmitir las ideas esenciales al respecto, y de paso desechar las erróneas y basadas en el prejuicio con las que el cliente ha podido llegar a consulta, el MVHD consta de un protocolo estandarizado de presentación y aplicación de la hipnosis. Este protocolo, que debe adaptarse según las necesidades, características y problema del paciente, pretende ser práctico, didáctico y divertido. Práctico por cuanto más que hablar se experimenta con ejercicios de sugestión en los que están implicadas respuestas corporales. Creemos que éstas tienen más poder de convicción sobre el cliente que razonamientos mentales puramente intelectuales. Didáctico por cuanto mediante tales ejercicios se ilustran claramente los principios de la hipnosis, y divertido por cuanto se despoja a la hipnosis de ese halo de seriedad que no tiene ninguna razón de ser.

Así, en el primer apartado del protocolo, presentación de la hipnosis, se utiliza el péndulo de Chevreul para la realización de un ejercicio práctico, del que se extraerán diversas conclusiones. En este ejercicio el terapeuta coge un péndulo, y le pide (al péndulo) que se mueva hacia delante y hacia atrás, para constatar que el péndulo lo hace, y después le ordena que se pare, para posteriormente pedirle que se mueva hacia un lado y hacia el otro. Después le pide al cliente que haga lo mismo, y que se concentre en que el péndulo realice las acciones que el cliente, dirigido por el terapeuta, le pedirá. Tal ejercicio está destinado a promover las siguientes ideas en el cliente (Capafons & Mendoza, en prensa a y b).

1. El cliente tiene el control de la respuesta que se ha producido, lo cual quiere decir que del mismo modo que la ha producido, puede evitar que se produzca, si así lo decide. Cuando nos concentramos en que nuestro organismo tenga algún tipo de respuesta, éste se pone a trabajar para producirla. Es decir, que la expectativa de su ocurrencia, moviliza al cuerpo de formas sutiles, o no tanto, para facilitarla. Podemos constatar, entonces, cómo tal respuesta se produce, pero lo más sorprendente es la percepción de que esa respuesta se está produciendo de manera aparentemente involuntaria. Este hecho ha llevado a interpretaciones muy variadas, algunas muy esotéricas, como el fenómeno de la ouija, el poder del péndulo, o la comunicación facilitada (Kirsch & Lynn, 1999). El modelo de Valencia, no obstante, interpreta este fenómeno de una forma muy diferente. Desde el mismo se incide en que la respuesta la ha provocado el propio usuario y nadie más que él, y que, a pesar de que el terapeuta le ha propuesto qué debía hacer, la respuesta se ha producido por haberse autosugestionado el cliente para que se produjese. El cliente debe tener la expectativa de que va a ocurrir, debe creerlo, y entonces, y sólo así, ocurre.

Si la persona no cree en lo que está haciendo, y piensa por ejemplo que es una tontería, y no se concentra en que ocurra, no ocurrirá. Tampoco ocurrirá si el cliente tiene la falsa creencia de que está siendo manipulado por el terapeuta, y de que perderá el control, ya que entonces no se dejará llevar. Pero si el cliente ha hecho suya la expectativa que le ha sugerido el terapeuta, y eso sólo depende de una elección de él, entonces podrá concentrarse en que ocurra, y entonces, simplemente ocurrirá. Por el contrario, si por los motivos que acabamos de mencionar, u otros, no quiere que ocurra, no ocurrirá, por lo cual, tanto en un caso como en otro siempre tendrá él el control.

2. Naturalidad. Los procesos que ocurren en este ejercicio, y también en la hipnosis ocurren en la vida cotidiana. Quién no ha tenido la experiencia de que tareas complicadas se llevan a cabo determinados días con mucha facilidad, como si salieran solas, en tanto que tareas menos complicadas resultan mucho más arduas, otros días. Y todo ello en función de nuestro nivel de concentración, de nuestra actitud ante unas u otras tareas. Por tanto, nada tienen esos procesos de especiales, lo cual podría decepcionar en principio a aquel que tuviera unas expectativas elevadas. Pero, para volverle a animar, y precisamente por ese mismo hecho, la implementación en la vida cotidiana de lo trabajado mediante hipnosis en la sala de terapia será fácil, convirtiendo tal aprendizaje en altamente eficiente.
3. La experiencia de automaticidad experimentada en el ejercicio y, posteriormente, en hipnosis, nada tiene que ver con involuntariedad o con pérdida de control sobre la respuesta. Como hemos comentado, el cliente debe tener la expectativa de lo que ocurrirá, y debe concentrarse para que ocurra, hechos ambos que están totalmente bajo su control. Por lo tanto, de la misma forma que puede provocar su ocurrencia, puede deliberadamente no hacerlo. Así, el control de lo que ocurre en hipnosis lo tiene la persona siempre. *Tú lo haces y tú lo detienes*. Esta idea tiene implicaciones vastas para la vida cotidiana, que al cliente le resulta fácil empezar a entender con este ejercicio. Y es que en muchos de los problemas emocionales que nos aquejan, y sus correlatos físicos, (por ejemplo la inseguridad ante una situación novedosa y la ansiedad asociada) están implicadas respuestas automáticas de nuestro organismo. Solemos, entonces, dar un paso en falso y asociar esa automaticidad a incontrolabilidad, lo cual desemboca en una de las características que fenomenológicamente más doloroso hacen cualquier problema emocional, amén de agravarlo: el sentimiento de indefensión ante el mismo. Pero el MVHD es muy ilustrativo a la hora de enseñarnos que *lo automático no es sinónimo de involuntario*. Se muestra mediante el mismo como los automatismos en la conducta están continuamente presentes a lo largo de nuestra vida cotidiana.

na. Por ejemplo, en la conducta de caminar se requiere la coordinación sincronizada de muchos músculos, proceso que se realiza de forma automática, pero que no implica que el acto de caminar sea involuntario, ya que lo inicio y lo paro de forma voluntaria. Mediante la demostración de que la hipnosis, al igual que la vida cotidiana, está repleta de procesos automáticos, pero voluntarios, el cliente recibe la enseñanza de que tiene mucho más control de lo que se piensa sobre aquello que experimenta como automático y fuera de su control. Mediante la presentación del modelo se le demuestra que lo automático, si se da la actitud adecuada, es también voluntario. Y *¿Cuál sería entonces esa actitud adecuada?*

La actitud adecuada en los ejercicios de sugestión propuestos (péndulo de Chevreul) es esa en la cual uno se concentra para que ocurra algo, pero sin exigencias, sin querer forzar su ocurrencia. Hemos comentado algo más arriba como la respuesta al ejercicio de sugestión no se producirá si el cliente no cree y no se concentra, así como si no se fía del terapeuta y piensa que perderá el control. Pero tampoco ocurrirá si su actitud ante el ejercicio es la opuesta. Es decir, si la persona se obliga a experimentar la respuesta. Cuando se producen estas actitudes, entonces se bloquea la posibilidad de que ocurra una respuesta, que de no darse, se produciría de forma natural. Es decir, se activa la ley del efecto inverso de Coué (Capafons, 2001). Así, cuando el cliente adopta una de las siguientes posturas, o varias, no se producirá la respuesta:

- Falta de motivación-involucración (*esto es una tontería, con la de cosas que tengo que hacer, para qué me sirve*).
- Exceso de motivación-involucración (*lo que me propone el terapeuta, tiene que ocurrir, no puede no ocurrir, y tiene que ocurrir ya*).
- Miedo (*no me fio, esto es peligroso, resultará dañado*).

Tales actitudes interferirán con su ocurrencia, pues no se producirá el estado de concentración adecuado que llevaría de manera natural a que el péndulo se moviera en la dirección indicada. Es fácil adivinar, una vez más, las implicaciones que estas consideraciones sobre un ejercicio de sugestionabilidad tienen para la vida en general, y las dificultades emocionales que en ella experimentamos. Dificultades habituales y normales de la vida, desde conciliar el sueño, relacionarse con alguien, tener una respuesta sexual satisfactoria, o ser feliz, se pueden convertir en auténticos problemas como consecuencia de adoptar con ellas una de las tres actitudes no adecuadas a las que acabamos de hacer referencia.

Es por eso que una frase muy utilizada en este modelo para promover esta actitud adecuada es: “simplemente deja que ocurra, déjate llevar”. Esta frase resume y aprehende de una forma palmaria toda la filosofía del modelo de Valencia.

El énfasis en que las respuestas deseadas se van a producir de forma natural dada la activación de ciertas estrategias, que todos poseemos, es central en el modelo. Y se hace especial énfasis en este aspecto del dejarse llevar, del dejar que

las cosas simplemente ocurran, en el segundo apartado del modelo: Evaluación de la Sugestionabilidad Hipnótica. Se realizan varios ejercicios aquí.

En el primero de ellos se pide al cliente que se ponga de pie, con los pies juntos, y con los ojos cerrados. Entonces se le sugiere que note como su cuerpo tiene tendencia a balancearse ligeramente, que note ese balanceo y se deje mecer por él. El truco de este ejercicio (que se le explica al cliente posteriormente, al finalizarlo) es que esa es una postura que de por sí tiende a desequilibrar, lo que provoca de manera natural tales balanceos. Por tanto, si el cliente se deja llevar y permite que la respuesta ocurra, ésta simplemente ocurrirá. Si por el contrario, el cliente se bloquea, se quedará rígido, e interferirá con la ocurrencia natural de la respuesta. Ese será un momento adecuado para que cliente y terapeuta analicen qué provocó ese bloqueo, pues eso que ocurrió puede estar dándose también en la vida del cliente fuera de la consulta, por lo que esa información es preciosa.

En el siguiente ejercicio se va más allá a la hora de medir la actitud de dejarse llevar, y además se pone a prueba la confianza del cliente en el terapeuta (elemento central de la alianza terapéutica), al pedirle al cliente que se deje caer hacia atrás, hasta perder el equilibrio, momento en el cual el terapeuta, situado detrás de él, frenará su caída con sus manos. Además de experimentar la sugestión de que su cuerpo se desequilibra hacia atrás, terapeuta y cliente obtienen una medida muy válida, más que el informe verbal, de la confianza del cliente en el terapeuta, por un lado, y de la capacidad de aquel para dejarse llevar, para soltarse, por el otro. Esta capacidad de dejarse llevar, de soltarse, aunque difícil de medir psicométricamente, se considera por parte del MVHD como central en el bienestar emocional de las personas. Y este ejercicio constituye una muy buena forma de evaluarla. El protocolo del MVHD ofrece la posibilidad, llegados a este punto, de realizar otros dos ejercicios, (enrollamiento ocular y apretón de manos) que también implican respuestas corporales y sirven al propósito de profundizar en la evaluación de actitudes y confianza del cliente, y que requerirán para completarlos con éxito que el cliente “simplemente deje que ocurran las respuestas sugeridas, se deje llevar”. (Capafons, 2001; Capafons y Mendoza, en prensa b)

Cuando el cliente ha realizado con éxito los ejercicios del primer y segundo apartado, y si no lo ha hecho se analiza porqué y se corrigen los problemas, se considera que está listo ya para realizar una inducción hipnótica. Hasta ese momento todo han sido ejercicios previos de sugestionabilidad que han servido para presentar la hipnosis. Ahora se le enseñará al cliente a autoinducirse hipnosis (*autohipnosis*), primero mediante el modelado por parte del terapeuta. El método de inducción será con los ojos abiertos, y con la posibilidad de que cliente y terapeuta establezcan un diálogo normal en todo momento. Estas características favorecerán que después, con la suficiente práctica, el cliente lo pueda realizar en su ambiente cotidiano habitual, y, por ello, lo pueda utilizar como técnica de autocontrol-autorregulación en situaciones para él conflictivas, siendo ésta una de

las principales ventajas del modelo de Valencia. A esta inducción se la denomina Auto Hipnosis Rápida (AHR) y consta de tres pasos (Capafons, 2001; Capafons, Lamas y Lopes-Pires, 2008):

1. Entrelazamiento de manos: sentados y con las manos entrelazadas, se realizan tres respiraciones profundas, y con cada exhalación se aumenta levemente, y de manera gradual, la presión sobre las manos
2. Caída hacia atrás: coincidiendo con la última exhalación, se dejan caer las manos sobre las piernas, simultáneamente a dejar caer la espalda sobre el respaldo de la silla (es natural que durante unos momentos sobrevenga entonces una ligera sensación de inmovilidad)
3. Sugestiones de pesadez de manos. Se le sugiere al cliente para que sienta sus manos pesadas, pegadas a las piernas (se pueden utilizar imágenes que ayuden a conseguir esta sensación, como que están atadas con una cuerda o enganchadas con pegamento). Cuando el cliente experimenta la sugestión, se va un poco más allá, retándole a no poder separar las manos de las piernas. Sin embargo, si el cliente prefiere ligereza, se le sugiere falta de peso y levitación.

En cada paso se explora si se han conseguido experimentar las sensaciones sugeridas. Si así ha sido, se interpreta como una capacidad de activar la mente para conseguirlo. De hecho, cuando se han conseguido llevar a cabo los tres pasos, entonces se considera, y se le dice al cliente, que su mente está receptiva, activada, y por tanto lista para trabajar sobre su problema de una manera eficiente. O dicho de otro modo, que ya está en hipnosis, lo cual también se le dice, pues ha puesto a trabajar a su cerebro para experimentar esas sensaciones. Se enfatiza, no obstante, que utilizar la mente para experimentar las sensaciones sugeridas, es algo que está siempre bajo su control, como cuando experimenta las sensaciones de temor en un cine ante una película de terror. Es decir, que las sensaciones sugeridas sólo ocurrirán si permite, por un lado, y busca, por el otro, que su mente se ponga a trabajar para experimentarlas, y que si quiere puede escoger no hacerlo, como podría escoger salir del cine en cualquier momento, si la película no le gustara, o dejar de mirar a la pantalla si las sensaciones fueran muy desagradables. Así, en el ejercicio de reto de no poder levantar la mano, se le dice: “sabes que, si lo deseas, puedes levantar tus manos en cualquier momento, pero que si pones tu mente en acción, si dejas que tu cerebro se active lo suficiente, te darás cuenta de que no puedes separar tus manos de tus piernas”.

El siguiente paso de conocimiento de la hipnosis consiste en la demanda de que el cliente se auto hipnotice con el método que acaba de aprender, y, cuando lo ha hecho y se lo ha comunicado al terapeuta, éste le explica la Metáfora Didáctica (Capafons, 2001; Capafons, Alarcón & Hemmings, 1999), un cuento destinado a hacer más comprensible bajo qué circunstancias la hipnosis le va a ayudar. En ese cuento, el cliente se encuentra en medio de la jungla y debe llegar a la ciudad que

está al otro lado de un río, y para ello sólo cuenta con la ayuda de un machete, que representa a la hipnosis. Así, para llegar al otro lado del río, el cliente debe usar el machete con convicción, con un propósito firme, sin desfallecer ante las adversidades y obstáculos. Para poder superar éstos, deberá asimismo, tener creatividad, pues el río es profundo y tendrá que cortar pequeños troncos y lianas para crear una balsa que le permita cruzarlo. En definitiva, deberá tener la fuerza de voluntad que le permita persistir en su propósito, para poder así alcanzar, con su esfuerzo, el objetivo. Sin todas estas cualidades, el machete, al igual que la hipnosis, será inútil. Pero con ellas, el machete se convertirá en un instrumento de gran ayuda. De la misma manera, la hipnosis sola, sin la participación de esas cualidades, no servirá de nada en el afrontamiento de un trastorno emocional.

Cuando ha llegado hasta aquí, el cliente empieza a estar realmente familiarizado con qué es la hipnosis y con lo que puede esperar de ella. Y todo ello lo ha aprendido, de una manera experiencial (didáctica, práctica y divertida), lo cual posibilita un conocimiento realmente más significativo. A estas alturas, el cliente se dejará llevar y podrá activar su mente para experimentar las sensaciones que le sugiera el terapeuta, o se auto sugiera él, cada vez con mayor facilidad. Pero quizás aún no comprenda muy bien cómo le puede ayudar la hipnosis en su vida.

El siguiente paso del protocolo, Sugestiones de Práctica y Entrenamiento, está destinado a permitirle comprender cómo su mente tiene mucho más control sobre sus emociones de lo que piensa, lo cual va a ser revelador, en la mayoría de los casos lo es, de que ante su dificultad emocional puede hacer cosas para manejarla.

Se realiza un ejercicio en el que se asocian sensaciones, por ejemplo ligereza o pesadez, frío o calor, agrado o desagrado, a objetos concretos. Así, ante el tacto de un bolígrafo, por ejemplo, se le sugiere para sentir la mano pesada. Cuando lo ha logrado, se le sugiere para que ante el contacto del mismo bolígrafo sienta ahora la sensación opuesta, en este caso la mano ligera. La sorpresa suele sobrevenir cuando instantes después lo consigue, pues en un breve intervalo de tiempo un mismo objeto ha logrado evocar sensaciones opuestas en la persona. Es entonces cuando se realizan las siguientes cuestiones motivacionales (Capafons & Mendoza, en prensa b; Capafons, Lamas & Lopes-Pires, 2008):

1. ¿Crees que hay alguna razón objetiva por la que tocar estos objetos deba provocar pesadez o ligereza?
2. ¿Crees que la manera como piensas, o imaginas, así como tu actitud ha favorecido esas reacciones?
3. ¿Crees que los objetos evocan esas reacciones que has experimentado debido al significado que tú has asociado a esos objetos?
4. ¿Crees que la magnitud e implicaciones de tu problema dependen parcialmente de tu manera de pensar, de imaginar, y de tu actitud hacia él? En otras palabras ¿Crees que tu problema depende del significado que le has asociado?

5. ¿Crees que cambiando tu manera de pensar, de imaginar, y tu actitud hacia el problema puede ayudarte a resolverlo?
6. ¿Crees que la hipnosis puede ayudarte a manejar mejor tus pensamientos e imaginación, y a mantener una mejor actitud hacia tu problema?

A juicio de algunos autores (Lopes-Pires, Mendoza & Capafons, en prensa) éste constituye un momento revelador de la potencialidad terapéutica del MVHD. Y ello porque ahonda en la comprensión por parte del cliente, que si todo ha ido bien ya se empezó a producir desde los ejercicios con el péndulo de Chevreul, de que tiene mucho más control de lo que piensa sobre aquello que experimenta como automático y fuera de su control.

Después de responder a estas cuestiones, el cliente empieza a entender claramente cómo puede ayudarle la hipnosis a enfrentarse a su problema de una forma eficiente. Además está altamente motivado, y ha comprobado como él o ella puede auto provocarse sensaciones mediante la activación de su cerebro para producirlas.

Debería quedarle claro a la persona, después de todo lo dicho, que la hipnosis no es más que la activación de la mente para permitirle un trabajo más eficiente sobre algo. Así, estar hipnotizado significa tener la mente preparada para poner en marcha los recursos que también en la vida cotidiana nos llevan a activar respuestas de afrontamiento. Tener la mente enfocada en una dirección, y con la actitud adecuada en el sentido que se ha explicado más arriba, posibilitará que las respuestas de afrontamiento pertinentes (sugestiones) se activen de manera automática, con el consiguiente entrenamiento, claro, lo que supondrá un menor esfuerzo para la persona. Esto supone una gran ventaja respecto a una situación en que la activación de las respuestas de afrontamiento supone un gran esfuerzo, o peor aún, en la que no se activan en absoluto, y sí lo hacen en cambio con mucha facilidad, incluso automáticamente, respuestas auto derrotistas.

Todos estos ejercicios suponen dos sesiones de terapia. En el intervalo entre la segunda sesión y la tercera se le pide al cliente que practique el método de autohipnosis rápida tres veces seguidas a la mañana, tarde y noche, para que se automatice el procedimiento. En la tercera sesión, si el cliente ya domina el método AHR merced a la práctica realizada entre sesiones, se le enseña la variación Brazo Disociado, que suele ser entonces fácil. Ésta consiste en una simplificación del método de los tres pasos de la AHR a un único paso, el final, en el que el cliente se auto sugiere pesadez del brazo. Cuando lo consigue, se considera que está en hipnosis y listo para trabajar sobre su problema. Este método será muy fácilmente implementable en la vida cotidiana, donde se manifiesta el problema, ya que es absolutamente discreto, no requiere que la persona cierre los ojos, deje de hablar, o esté en una determinada posición (Capafons, 2001; Reig, Capafons, Bayot & Bustillo, 2001). Cuando en la situación problemática el cliente logre disociar el brazo, y con la práctica acumulada que ya lleva, no le será difícil conseguirlo, habrá

logrado ese estado de mente lista para trabajar sobre su problema, y es entonces cuando se auto administrará las sugerencias más adecuadas para afrontar esa situación con éxito. Tales sugerencias se trabajarán en la sala de terapia, conjuntamente entre terapeuta y cliente, y podrán ser de (Capafons, Lamas & Lopes-Pires):

- Eficacia de las sugerencias y técnica terapéuticas.
- Fortalecimiento del ego.
- Bienestar: disfrutar, relajación, satisfacción.
- Distancia: indiferencia, objetividad, calma, serenidad.
- Deseo / Control.
- Repugnancia-repulsión (ante una conducta adictiva, por ejemplo).
- Saciedad-apetito.
- Analgesia-anestesia.
- Sugestión motoras: Inmovilidad, desaceleración de movimientos.
- Disociación del ambiente, de partes de uno mismo: amnesia, alucinaciones de soluciones, etc.
- Distorsión temporal: aceleración (mientras se sufre), o desaceleración (mientras se disfruta).
- Regresión de edad a cuando la persona no tenía el problema.
- Progresión de edad a cuando el problema ya ha sido solucionado.
- Alteración de la experiencia fisiológica de ansiedad o similar.
- Reinterpretación de reacciones psicofisiológicas y pensamientos.
- Intención paradójica (variante de las sugerencias de reto).

En esta tercera sesión también se le introduce a un método de inducción denominado Hipnosis Vigilia-Alerta, que consiste en una alternativa al método AHR cuando se da alguna de las siguientes dos circunstancias:

1. El cliente prefiere ser hipnotizado a auto hipnotizarse, aunque siempre se le expone el objetivo último de que sea él quién se auto hipnotice.
2. Para reforzar la auto-hipnosis cuando lo necesite el paciente o usuario. Es decir, que mediante este procedimiento de heterohipnosis se potenciará la responsabilidad e implicación del cliente en el proceso de cambio, y cuyo eje lo constituye la auto-hipnosis.

Como indica su nombre, en este ritual de inducción las sugerencias serán de activación corporal y mental, poniéndose especial énfasis en que el cliente no interprete las señales de activación como señales de ansiedad, sino como señales de expansión mental y física para acometer en mejor disposición el reto al que la persona esté a punto de enfrentarse. Para conocer más extensamente este método el lector puede dirigirse a Capafons (1998; 2001) o a Cardeña, Alarcón, Capafons y Bayot (1998).

CONCLUSIONES

El MVHD entronca con la escuela cognitivo conductual de psicoterapia, pues, como ya se ha dicho, es didáctico, práctico, sencillo y ameno para el cliente. Éste se da cuenta de que los procesos que pone en marcha mediante hipnosis ya los sabe realizar, y que de hecho los pone en marcha cada día a lo largo de las más variadas situaciones. El cliente descubre que se autosugestiona cuando se encuentra bien, y que se autosugestiona cuando se encuentra mal. Aprende, en definitiva, que el modo en que nos sentimos tiene que ver con la yuxtaposición de contextos sensoriales, de emociones experimentadas y pensamientos evocados. Este mensaje, esencial en la terapia cognitivo comportamental, le llega claro y diáfano cuando comprende qué es la hipnosis, pues a partir de los ejercicios que realiza, en los que están implicadas respuestas corporales, la comprensión es no sólo intelectual, sino también vivencial. Como además se apelan a conceptos de la vida cotidiana en el aprendizaje de la hipnosis, se la despoja del aire místico-tranceático, que puede ser atractivo para unas personas, pero que es confuso y atemorizador para las más.

Otra consideración que integra el modelo de Valencia dentro de los modelos cognitivo-conductuales es su estructuración. Esta característica le facilita la labor al psicoterapeuta, pues con tal estructuración se asegura que cuestiones centrales, como las creencias previas que sobre hipnosis tiene el cliente, no se dejan al azar ni se obvian. Ya se ha argumentado sobre la importancia de proceder así. Por fortuna o desgracia, la palabra hipnosis muestra connotaciones de temor o rechazo en la mayoría de la población, pues forma parte del acervo cultural colectivo. Si como se ha afirmado más arriba, las expectativas de respuesta del cliente son parte de la esencia de la hipnosis, no aclarar explícitamente cuales deben ser tales expectativas sería un acto de irresponsabilidad terapéutica. No se le podrá acusar de tal al MVHD.

Hay otro aspecto que nos hace ver este modelo como especialmente atractivo. Y obedece a cuestiones más generales sobre la manera de entender las dificultades humanas. El cliente suele acudir a consulta con un paradigma de deficiencia personal. Beck (1979) establece el concepto de triada cognitiva para dar cuenta de las creencias erróneas respecto a sí mismo, el mundo y el futuro. Tales creencias suelen ser del tipo “No puedo”, “No sé”, “No me lo merezco”. Y aunque el mencionado autor las sitúa en un contexto de depresión, creemos que tales creencias o similares aparecerían en un amplio abanico de dificultades emocionales. Todas responden a un paradigma personal de deficiencia. La persona se siente menos, cree que le falta algo, y es fácil que llegue a creer que tal carencia es intrínseca a él. Pero el MVHD se plantea desde el paradigma contrario. Desde este modelo, se le enseña al cliente a producir ciertas respuestas, las cuales suele estar perfectamente capacitado para producir, pues la mayoría de las personas lo están. Cuando no se producen tales respuestas se apela al concepto de interferencia o bloqueo. Es decir, sólo el bloqueo de los procesos y recursos naturales que el cliente ya posee, dará cuenta de la imposibilidad de alcanzar las respuestas deseadas. Por lo tanto, y desde

esta perspectiva, el trabajo terapéutico tendrá más que ver con ayudar a deshacer esos bloqueos que con implementar o enseñar al cliente nada nuevo, con desbloquear más que con rellenar una carencia. La asunción es, así, que el cliente ya posee la mayoría de los recursos necesarios para solucionar su problema, y que lo que se debe conseguir es que el acceso a éstos se desbloquee. Dicho simplemente, el cliente aprende que la dificultad no se origina como consecuencia de algo que le falta, sino de algo que le sobra. El cliente, a medida que va teniendo éxito en la producción de las respuestas sugeridas, va recibiendo el mensaje de que no hay ninguna deficiencia intrínseca en él, y eso es tremendamente esperanzador, por lo que tiene de normalizador. No se quiere decir con ello que el cliente no necesite en ningún caso aprender nada, sino más bien que no hay nada en él que le vaya a impedir aprenderlo tal y como cualquier otra persona lo haría.

Este paradigma, pues, es de creencia en las posibilidades del cliente, y de mostrarle que ya posee los recursos que necesita para superar su dificultad desde el momento en que pisa por primera vez la sala de terapia, y que de lo que se trata es de desbloquear el acceso a los mismos.

Este énfasis, establece un puente de conexión con la psicoterapia e hipnosis ericksoniana, (O'Hanlon, 1989) con la cual lo comparte. En ésta, rara vez se abordan los síntomas explícitamente, sino que se busca introducir modificaciones en el contexto en el que ocurren, con la hipótesis de que tales variaciones en el contexto harán el síntoma innecesario, y ocurrirá lo que naturalmente hubiera debido ocurrir desde el principio, pero cuya ocurrencia el síntoma bloqueó.

Asimismo, y por este mismo motivo, vemos similitudes importantes con los modelos humanistas, para los cuales la tendencia *natural* es al crecimiento o actualización. Tales modelos (Rogers, 2000) acuden también al concepto de bloqueo para dar cuenta del proceso por el cual esa tendencia innata al crecimiento se ve truncada. Consecuentemente con esa percepción, el foco sobre el que actuar terapéuticamente para estos modelos es el bloqueo. Así hemos visto cómo lo hace el MVHD, y así lo hacen muchas técnicas con origen en la psicoterapia humanista. En la intención paradójica, técnica original de la logoterapia de Frankl, (1988) por ejemplo, al prescribir el síntoma, se consigue que éste desaparezca, pues al dejar el cliente de luchar con él pierde su fuerza, se diluye, y ocurre lo que es natural que hubiera ocurrido de no haberse obsesionado en que ocurriera (por ejemplo, cuando se le prescribe al paciente insomne que se esfuerce ahora en intentar no dormir, en lugar de en intentar hacerlo).

Para concluir queremos destacar como en el MVHD, al enseñarle un método de autohipnosis fácilmente implementable en la vida cotidiana, siempre se le devuelve el poder al cliente. De hecho, esta es una condición para considerar que una psicoterapia ha terminado bien (Feixas, G., comunicación personal, 2008). Si al principio el cliente se percibe a sí mismo como una víctima de su problema, a lo largo del proceso terapéutico va aprendiendo que tiene un cierto control sobre

aquellas emociones de las que se creía presa, y eso es verdaderamente halagüeño, por cuanto despierta sentimientos de autoeficacia (Bandura, 1994) donde sólo existía indefensión y desesperanza.

Aunque tradicionalmente la hipnosis se ha asociado a relajación, se argumenta que tal asociación tiene que ver con una concepción de la hipnosis ya superada. Así, los métodos de inducción de hipnosis pueden buscar la relajación o la activación, indistintamente, siendo la variable clave a la hora de elegir entre unos u otros su utilidad terapéutica. Se expone la importancia que las expectativas y la motivación tienen tanto en la explicación de los procesos implicados en la hipnosis, como en las respuestas de afrontamiento que las personas ponen en marcha en su vida cotidiana. Se explica el protocolo de aplicación del Modelo de Valencia de Hipnosis Despierta (MVHD) como método terapéutico eficiente de conectar los unos con las otras.

Palabras clave: *hipnosis, hipnosis despierta, modelo de Valencia de hipnosis despierta.*

AGRADECIMIENTOS.

Agradecemos al Dr. Antonio Capafons, creador del MVHD, su lectura atenta del original y sus valiosas aportaciones.

Revisión Técnica y de estilo: M^a José Serrano (Alba Psicología)

Referencias bibliográficas

- BANDURA, A. (1994). Self-efficacy. En V.S. Ramachandran (Ed.), *Encyclopedia of human behavior* (Vol. 4, pp. 71-81). Nueva York: Academic Press.
- BARBER, T.X., SPANOS, N.P., & Chaves, J.F. (1974). *Hypnosis, imagination and human potentialities*. Nueva York: Pergamon Press
- BECK, A. (1979). Terapia cognitiva de la depresión. Bilbao: Desclee de Brouwer.
- CAPAFONS, A. (1999). La hipnosis despierta setenta y cuatro años después. *Anales de Psicología*, 15, 77-78.
- CAPAFONS, A. (2001). *Hipnosis*. Madrid: Síntesis.
- CAPAFONS, A., ALARCÓN, A. & HEMMING, 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, E. (en prensa, a). Alert (“waking”) hypnosis in clinical practice. En J.W. Rhue, S.J. Lynn & I. Kirsch (Eds.), *Handbook of clinical hypnosis* (2^a edición). Washington, D.C: American Psychological Association.
- CAPAFONS, A., & MENDOZA, M^a E. (en prensa, b). *The Valencia model of waking hypnosis and its clinical applications*. En F. Columbus (Ed.), *Hypnosis: Theories, research and applications*. Nueva York: Nova Science, Publishers, INC.

- CARDEÑA, E., ALARCÓN, A., CAPAFONS, A. & BAYOT, A. (1998). Effects on suggestibility of a new method of active-alert hypnosis: Alert hand. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 45, 280-294.
- FRANKL, V.E. (1985). Logos, paradox, and the search for meaning. En M.J. Mahoney & A. Freeman (Eds.), *Cognition and psychotherapy* (pp. 259-275). Nueva York: Plenum Press.
- GREEN, J.P., GORASSINI, D.R., & SPANOS, N.P. (1999). The Carleton Skill Training Program. En I. Kirsch, A. Capafons, E. Cardeña & S. Amigó (Eds): *Clinical Hypnosis and Self Regulation: Cognitive-behavioral perspectives* (pp.141-177). Washington, D.C.: American Psychological Association.
- KIRSCH, I. (1985). Response expectancy as a determinant of experience and behavior. *American Psychologist*, 40, 1189-1202.
- KIRSCH, I. (1991). The social learning theory of hypnosis. En S. J. Lynn & J.W. Rhue (Eds) *Theories of Hypnosis: Current models and perspectives* (pp. 439-466). Nueva York: Guilford Press.
- KIRSCH, I., & LYNN S.J. (1999). Automaticity in clinical psychology. *American Psychologist*, 54, 504-515
- KIRSCH, I., & LYNN, S.J. (1995). The altered state of hypnosis: Changes in the theoretical landscape. *American Psychologist*, 50, 846-858.
- LOPES-PIRES, C., MENDOZA, M^a E., & CAPAFONS, A., (en prensa). Application of waking hypnosis to difficult cases and emergencies. En F. Columbus (Ed.), *Hypnosis: Theories, research and applications*. Nueva York: Nova Science, Publishers, INC.
- LYNN, S.J., & KIRSCH, I. (2005). Teorías de hipnosis. *Papeles del Psicólogo*, 89, pp. 9-15.
- O'HANLON, W. (1989). *Raíces profundas. Principios básicos de la terapia y de la hipnosis de Milton Erickson*. Buenos Aires: Paidós.
- 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.
- ROGERS, C. (2000). *El proceso de convertirse en persona*. Barcelona: Paidós
- ROTTER, J. B. (1954). *Social learning and clinical psychology*. Nueva York: Prentice-Hall.
- SARBIN, T.R. (1950). Contributions to role-taking theory: I. Hypnotic behaviour. *Psychological Review*, 57, 225-270.
- SARBIN, T.R. (1997). Hypnosis as conversation: Believed in imaginings revisited. *Contemporary Hypnosis*, 14, 203-215.
- WELLS, W. (1924). Experiments in waking hypnosis for instructional purposes. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 18, 389-404.