



HIPNOSIS CLÍNICA: MITOS, REALIDADES Y POSIBILIDADES TERAPÉUTICAS.

David Puchol Esparza.

PALABRAS CLAVE: Hipnosis clínica, Mitos y Realidades, Posibilidades terapéuticas, Ética y moral.

RESUMEN:

Denostada y ensalzada a partes iguales, la hipnosis clínica y las posibilidades terapéuticas que esta es capaz de ofrecer cuando es practicada en las condiciones adecuadas y por profesionales con formación especializada, continúa envuelta en un halo de misticismo y sensacionalismo que genera no poco recelo entre el público en general y controversia entre la propia comunidad científica para su aceptación definitiva.

Esta conferencia pretende analizar esta situación, profundizando para ello en los mecanismos que han provocado, a mi juicio, este estado de cosas al mismo tiempo que se sugiere y destaca su potencial terapéutico.

En primer lugar, se analizan y discuten los diez mitos básicos que subyacen en la mayoría de prejuicios y falsas creencias que se mantienen respecto a la hipnosis clínica y responsables, en buena medida, de su abierto rechazo y menosprecio entre amplios sectores.

A continuación se ilustran las posibilidades terapéuticas de la hipnosis clínica, a partir del análisis de los fenómenos hipnóticos más básicos, en una amplia variedad de trastornos emocionales y psicosomáticos.

Para concluir se analiza un último aspecto, no por ello menos importante, y es el referente a los aspectos éticos y morales imprescindibles en la práctica adecuada de la hipnosis clínica.

El objetivo, en definitiva, es desterrar falsos mitos y creencias profundamente arraigados, ofrecer argumentos realistas y comprensibles sobre el fenómeno hipnótico y examinar las posibilidades terapéuticas que la hipnosis clínica es capaz de ofrecer al profesional de la salud mental que decide incluirla entre sus estrategias de intervención habituales.

Introducción

La palabra HIPNOSIS, en mi opinión, se ha usado y se sigue usando en exceso, hasta el punto de que se le ha llegado a robar su significado real, adulterándolo (de manera abusiva) con connotaciones místicas, mágicas, milagrosas, pseudo-científicas, paranormales y, en algunas ocasiones, hasta circenses y grotescas.

Cuando una palabra llega a describir tantas experiencias diferentes como esta, es muy probable, tal como evidencia la realidad, que genere equivocaciones, falsas etiquetas, conceptos erróneos, confusión, recelo e ignorancia.

Hasta la fecha, no existe una definición comunmente aceptada del término hipnosis ni parece que vaya a aparecer ninguna convincente en un futuro más o menos próximo.

De igual forma, se adolece en la actualidad de una teoría científica, única, coherente, contrastada y aceptada universalmente que unifique y represente de manera adecuada sus diferentes facetas.

Algunos teóricos, investigadores y clínicos destacados en este campo han señalado esto con frustración y han advertido de la necesidad de prestar una mayor atención en dotar de mayor claridad, homogeneidad y fundamentación teórica a la naturaleza del fenómeno hipnótico (Hall, 1989; Rossi, 1993).

Dado que la palabra hipnosis, representa tantas experiencias diferentes, la persona media e incluso gran parte de la comunidad científica, llega a creer que "hipnosis es hipnosis" con independencia del contexto donde se aplique, desde un espectáculo nocturno de masas a la consulta de un psicoterapeuta con una formación sólida en hipnosis clínica.

Un análisis de la evolución histórica de la hipnosis, y de sus protagonistas más relevantes, sin embargo, tampoco parece arrojar excesiva luz al problema de la falta de consenso a la hora de conceptualizar la hipnosis.

Desde sus remotos orígenes, algunos lo sitúan en los Sumerios con presencias posteriores en el antiguo Egipto o Grecia (Yapko, 1995), pasando por autores que posteriormente trataron de otorgarle un verdadero impulso científico como MESMER, LIEBEAULT, BERNHEIM, FREUD, COUE, CHARCOT, JANET, BABINSKI, SCHULTZ o CAYCEDO, por citar algunos de los más representativos, hasta autores más contemporáneos como ALMAN, YAPKO, ZEIG, HALEY, ROSSI, De SHAZER, ERICKSSON o BANDLER y GRINDER, las conceptualizaciones que de la hipnosis se han hecho han sido variadas y, en ocasiones, contradictorias.

La manera como uno conceptualiza la hipnosis tiene profundas implicaciones en sus aplicaciones potenciales. Todas las teorías de la hipnosis desarrolladas en los últimos años son útiles a la hora de describir uno o más aspectos de la misma, pero ninguna se puede considerar que tenga la última palabra para describir el proceso o la experiencia hipnótica (Yapko, 1995).

No obstante se pueden extraer algunas patrones comunes a la hora de entender este fenómeno:

1. La HIPNOSIS entendida como imaginación guiada. El hipnotizador, ya sea otra persona (heterohipnosis) o uno mismo (autohipnosis) actúa como una guía para ver la experiencia como fantasía (Barber, 1984).

2. La HIPNOSIS entendida como un estado alterado de conciencia que es natural. La persona entra en un estado hipnótico, un estado claramente diferente del estado "normal", a través de un estado

natural que no implica la ingestión de ninguna sustancia o de otros tratamientos físicos (Tart,1969)

3.La HIPNOSIS entendida como un estado relajado e hipersugestionable.La persona entra en un estado muy relajado de mente y cuerpo,y posteriormente responde más a la sugestión (Edmonston,1991).

4.La HIPNOSIS entendida como un estado de intensa concentración,que se centra y maximiza en una sola idea o estímulo sensorial cada vez (Spiegel y Spiegel,1987)

Sirva como ejemplificación,de entre las muchas posibles,la ofrecida por la BRITISH MEDICAL ASSOCIATION,acerca de la hipnosis:

"La HIPNOSIS es un estado pasajero de atención modificada en el sujeto,estado que puede ser producido por otra persona,y en el cual pueden aparecer diversos fenómenos espontáneos o en respuesta a estímulos verbales u otros.Estos fenómenos encierran un cambio en la conciencia y en la memoria,una susceptibilidad acrecentada por la sugestión y la aparición en el sujeto de respuesta o ideas que no le son familiares es su estado de espíritu habitual. Además,fenómenos como la anestesia,parálisis,rigidez muscular y modificaciones vaso- motrices,pueden ser provocados o suprimidos en este estado hipnótico."

El origen de este estado de cosas (falta de acuerdo entre los expertos,confusión entre la comunidad científica general y profundo desconocimiento,miedo e incluso desprecio entre la gente comun),no contribuye a aclarar un campo por naturaleza difícil de definir.

Sin embargo,y dejando aparte las interminables (y en la mayoría de los casos poco prácticas) disquisiciones teóricas,a continuación me centraré en lo que ,en mi opinión,en mayor medida contribuye a "confundir",desprestigiar y sembrar de falsos prejuicios el campo de la hipnosis. Se trata de un conjunto de mitos y creencias erróneas,profundamente arraigadas y relacionadas entre si,y que por razones de claridad expositiva agruparé en diez bloques temáticos.

Mitos y realidades. Hipnosis clínica

A la luz de los numerosos "testimonios" relacionados con su eficacia,así como con la larga tradición histórica con la que cuenta cabría preguntarse el porqué de su escasa utilización,aceptación y difusión entre algunos sectores de la comunidad científica y la negativa,o al menos equivocada,imagen que de ella se tiene entre el público en general.

¿Si tiene tantas ventajas,por qué no es utilizada con mayor asiduidad y normalidad?

¿Por qué la hipnosis continua siendo "marginada" e incluso "ridiculizada" por la así llamada, "medicina oficial" o la propia "psicología oficial"?

¿Por qué continua la hipnosis inmersa en un halo de misterio,esoterismo y confusión,y porqué no decirlo,de ignorancia?

Probablemente porque la hipnosis no es aún enseñada de una manera práctica en ninguna facultad.Si en el curso de los estudios la cuestión es a veces evocada,es de una forma superficial y solamente a título de curiosidad.

No hace falta decir que las observaciones hechas a este respecto no salen del dominio teórico, y que ninguna experiencia o investigación rigurosa son tentadas.

Ahora bien, y sin menospreciar esta razón, la cual probablemente sea la principal responsable del desconocimiento que de la hipnosis se tiene a nivel de la comunidad científica, me gustaría centrarme en las razones, que en mi opinión, han generado la confusión y desconocimiento que en la actualidad se mantiene sobre la hipnosis a nivel de la gente común, la cual, en definitiva es la mayor beneficiaria potencial de las aplicaciones terapéuticas de la hipnosis clínica.

En la práctica cotidiana de la hipnosis, las ocasiones en las que uno debe enfrentarse a la desinformación son innumerables. Muchos conceptos erróneos son predecibles, lo que hace su identificación y corrección más fácil. La mayoría de la gente tiene una visión estereotipada de la hipnosis como una poderosa forma de control mental, y la mayoría de concepciones equivocadas se basan, en mayor o menor medida, en esa noción (Yapko, 1995).

En la mayoría de las ocasiones, la gente mantiene una visión de la hipnosis muy estereotipada (casi cómica y circense). Gran parte de esta visión errónea, se alimenta de una serie de prejuicios, creencias y falsos mitos, arrastrados de generación en generación durante décadas, y que limita (cuando no imposibilita) buena parte de las posibilidades que ofrece la hipnosis clínica cuando es practicada en las debidas condiciones y por profesionales con la debida cualificación y experiencia práctica.

Identificar y corregir los conceptos erróneos alivia el miedo o la incertidumbre y estimula las expectativas realistas.

Las expectativas poco realistas, ya sean en el extremo de querer que la hipnosis sea una "varita mágica" que efectúe curas instantáneas para problemas complejos o, por el contrario, sentir que el problema no tiene solución, en general es probable que reduzcan la eficacia de la terapia.

Dichos obstáculos son innecesarios y se pueden evitar proporcionando una información correcta y asegurándose de que los clientes están informados al aceptar el tratamiento (Spiegel y Spiegel, 1987).

Estos mitos, en general, han sido bien identificados, descritos y rebatidos por diversos autores.

Su pronta detección y corrección se convierte en verdaderos prerrequisitos para el éxito terapéutico de la hipnosis clínica.

Sorprende comprobar como la mayoría de estos mitos, profundamente arraigados entre la gente, también se hallan presentes en mayor o menor medida entre los propios profesionales de la salud mental.

A continuación se presentan y discuten los que, en mi opinión, son los más significativos:

Mito nº1. El poder del hipnotizador

Se trata de uno de los mitos "estrella" y se encuentra muy relacionado con la atribución al hipnotizador de supuestos "poderes mágicos" responsables de la influencia que "ejerce" sobre el paciente. Desgraciadamente, la creencia popular sigue siendo similar a la mantenida en el siglo XIX: El hipnotizador aparece como un mago, dotado de poderes misteriosos, que tiene en sus manos y en sus ojos el destino de personas más o menos influenciables.

Poco que añadir ante este concepto, no por sorprendente menos extendido entre la gente, y que es conveniente detectar y arrancar de raíz en los primeros momentos, para evitar posibles confusiones o malentendidos futuros.

El hipnotizador puede dirigir la experiencia del cliente, pero sólo en la medida que éste lo permita. Se trata claramente de una relación de respuesta mutua (Gilligan, 1987; Stanton, 1985)

Mito nº2. La pérdida de voluntad y control del sujeto hipnotizado

Se trata de un aspecto, vinculado con la creencia anterior y que origina no pocos temores. El miedo del paciente a "perder el control" es un gran obstáculo con el que es probable que se encuentre uno (independientemente que sea reconocido o no por el propio paciente).

De una forma u otra casi todas las ideas erróneas están relacionadas, en mayor o menor medida, con este miedo. Si no se reconoce a tiempo y se interviene eficazmente sobre él, sin ninguna duda dificultará e incluso imposibilitará el logro de resultados terapéuticos satisfactorios.

En esencia, el magnetismo, entendido como capacidad de ejercer influencia sobre algo o alguien, es una cualidad poseída por todos en mayor o menor medida y que en buena parte será un factor determinante para el éxito de la hipnosis. Esta cualidad, lejos de ser innata e inmutable, es susceptible de ser entrenada y desarrollada a través del aprendizaje de una serie de técnicas básicas.

Un concepto importante relacionado con el término magnetismo, o más concretamente con la mala interpretación de dicho término, es el denominado "efecto Svengali" (Alman, 1992) el cual está en el origen del recelo (comprensible) que provoca, en cierto tipo de personas, el fenómeno de la hipnosis. El supuesto "poder mágico" del hipnotizador, fruto de su supuesto "magnetismo" irresistible, despoja a la persona hipnotizada de cualquier vestigio de voluntad o criterio propio, pasando a convertirse, casi por arte de magia, en una persona "dependiente" de la voluntad del hipnotizador.

Temen que el hipnotizador les haga hacer algo en contra de su voluntad mientras están hipnotizados. El miedo a la "pérdida de control" sobre su voluntad les paraliza.

Este es uno de los temas que provoca mayor controversia en el campo de la hipnosis clínica. Algunos autores niegan esta posibilidad rotundamente mientras otros dejan la puerta abierta a que esta posibilidad, aunque remota, pueda llegar a producirse.

La capacidad para influir en las personas para que hagan cosas en contra de su voluntad existe. Sin embargo, las condiciones para que se produzca dicho fenómeno son muy específicas y no suelen emerger en un contexto terapéutico.

En otras palabras, es posible controlar a otra persona bajo ciertas condiciones, pero dichas condiciones no son en sí mismas hipnosis, y están bastante lejos de las aplicaciones éticas y juiciosas de la misma, que son, dicho sea de paso, las únicas deseables (Weitzenhoffer, 1989).

Como en otros tantos aspectos, el problema no habría que buscarlo en la hipnosis en sí misma sino en la persona que la aplica, en aspectos concretos como su formación y/o aspectos éticos y morales.

Probablemente, hasta que no se experimente la experiencia hipnótica terapéutica en una atmósfera de profundo respeto, cuidado y profesionalismo, esta idea no desaparezca por completo de la mente del paciente (Murray-Jobson, 1986).

Se trata de un miedo, que a la vista de determinados usos que de la hipnosis se hace en los ambientes del espectáculo, no deja de ser predecible, comprensible y realista (Alman, 1992).

Mito nº3. La susceptibilidad a la hipnosis

Aspecto este, controvertido donde los haya y que ha generado no poca polémica, muy especialmente entre los propios profesionales de la hipnosis.

Una revisión de la literatura especializada, tanto clásica como la más reciente, no hace sino aportar mayor confusión a esta cuestión. En la mayoría de las ocasiones los estudios e investigaciones realizados por algunos de los autores más respetados en este campo han llegado a conclusiones muy heterogéneas, como poco, cuando no abiertamente discrepantes (Yapko, 1995)

En general, en dichas investigaciones, se presentaban determinados rasgos diferenciales de una serie de sujetos y que se consideraban a priori "relevantes" para predecir su posible susceptibilidad a la hipnosis.

Entre estos "rasgos" destacan, como los más clásicos y representativos, la inteligencia, la edad, la autoestima o el estado mental (por citar unos pocos).

A partir de aquí, se han llegado a elaborar auténticos informes estadísticos, mostrando el porcentaje de personas que "pueden" ser hipnotizadas en diferentes grados (así como aquellas que no lo pueden ser) tomando como referencia la presencia o no de determinados rasgos o características personales (Yapko, 1995).

Existen un número considerable de escalas estandarizadas cuyo fin último sería el medir en los sujetos dicha sugestionabilidad. Algunas de las más representativas son las siguientes:

- Escala de sugestionabilidad de Berber (Berber, 1976).
- Escala David-Husband (David-Husband, 1931).
- Escala hipnótica clínica de Stanford (Morgan-Hilgard 1979).
- Escala de absorción de Tellegen (Tellegen y Atkinson, 1974).

El valor de estas escalas en la investigación es incuestionable, como fuente de información estadística fácilmente analizable y objetivable. Sin embargo, se duda de la relevancia de las respuestas a un test estandarizado y no individualizado para su aplicación práctica en un contexto clínico, eminentemente práctico e individualizado por definición.

Precisamente para salvar este importante inconveniente de las medidas anteriores (inherente a cualquier test estandarizado) existen otro tipo de "pruebas" que tienen un carácter mucho más práctico y experiencial, y por lo tanto permiten una mayor adecuación a un contexto clínico:

- El péndulo de Chevreul.
- La caída atrás.
- Test del balanceo.
- El test de las manos cerradas.
- La levitación del brazo y de la mano.
- Catalepsia del brazo.
- Catalepsia de los ojos.
- Test de Kohnstann.

Los resultados, casi en proporción con el número de estudios realizados, varían enormemente. Esta situación, en mi opinión, se puede explicar por dos razones fundamentales:

1.-A nivel teórico, no existe un marco teórico unificado y coherente, universalmente aceptado y que explique la hipnosis, como fenómeno complejo, en su totalidad.

2.-A nivel práctico, existen importantes problemas metodológicos en las investigaciones que tratan de obtener resultados estadísticamente significativos y extrapolables.

Se manejan variables distintas, sujetos distintos, métodos de inducción distintos y lo que es más importante, la formación del hipnotizador es muy diferente, por lo que los resultados obtenidos en un estudio son difícilmente extrapolables y generalizables en otros contextos y con otros sujetos y por lo tanto su valor como predicción de futuras experiencias resulta, como poco, discutible (Yapko, 1995).

Toda esta sucesión de datos e investigaciones, variables y predicciones, escalas y tests no debería hacernos perder de vista una idea muy importante.

Dejando a un lado, resultados más o menos contrastados, para ser realmente influyente, en mi opinión, en un contexto terapéutico, la tarea del clínico es descubrir DONDE está abierta una persona a la sugestión y no si lo está o no (y en que grado) en función de X variables hipotéticas. De hecho, la mayoría de las personas lo están en alguna medida.

En mi opinión y desde un punto de vista más práctico que teórico, cuando se define a un sujeto como "resistente a la hipnosis" habría que tomar muy en cuenta el origen de esa resistencia, la cual no debería buscarse solo en función de que determinada característica (edad, sexo...etc.....) esté presente en el sujeto en mayor o menor medida, sino hasta que punto la responsabilidad de que la hipnosis no se produzca en ese sujeto no es atribuible al propio terapeuta (escasa formación, falta de rapport, método empleado inadecuado....).

Se trataría, en definitiva, de tener en cuenta ambos tipos de variables, tanto las del terapeuta como las características personales del sujeto, antes de etiquetar a un sujeto como resistente.

Diversas investigaciones, sugieren la posibilidad de que cuando se identifica y resuelve la causa de esa resistencia (la cual puede estar tanto en el paciente como en el terapeuta), la persona

etiquetada como "resistente" puede pasar de ser un "sujeto poco hipnotizable" a un sujeto "razonablemente hipnotizable" (Araoz,1985;Barber,1980).

Mito nº4. Las personas hipnotizadas tienen una mente débil

Se trata de un mito consecuencia directa de asumir como ciertos los presupuestos anteriormente comentados.

Se parte de la idea del hipnotizador como alguien dotado de "poderes sobrenaturales y mágicos" (ser superior,mito número uno) capaz de ejercer una influencia "sin límites" (pérdida de voluntad y criterio propio,mito número dos) sobre determinados tipos de personas "débiles" (susceptibilidad a la hipnosis en función de determinadas características personales,mito número tres).

Puesto que practicamente todo el mundo entra en estados hipnóticos espontáneos y regulares con cierta frecuencia,la capacidad para ser hipnotizado no se correlaciona de manera fiable con rasgos de personalidad específicos.Esta creencia errónea se basa en la imagen del hipnotizador todopoderoso,y se basa en el supuesto de que para que éste controle a alguien,la persona debe tener poca o ninguna voluntad propia (Weitzenhoffer,1989).

Mito nº5. Los riesgos de la hipnosis

No cabe duda que se trata de una cuestión que,al igual que la anterior,genera no poca controversia.En mi opinión,no existen trabajos que respondan a las exigencias científicas que permitan evaluar JUSTAMENTE los inconvenientes de la hipnosis.Subrayo muy especialmente el término justamente porque abundan los testimonios catastrofistas y negativistas provenientes de fuentes muy diversas.

En general,se trata de personas que basándose en informes parciales, creencias erróneas, desconocimiento, confusión, falsos mitos o una mezcla de todos estos factores argumentan y arremeten en contra de la hipnosis a la que tildan de inútil y circense (en el mejor de los casos) o peligrosa y dañina (en el peor de los casos).

Esta idea fomenta, de manera intensa, el miedo de la gente. De hecho existe una base legítima para preocuparse por el uso de la hipnosis,pero la preocupación no debería ser respecto a que la experiencia haga daño a nadie, sino respecto a quien practica la hipnosis y como lo hace. La hipnosis en sí misma no es perjudicial, pero un profesional incompetente o poco ético puede hacer daño mediante una ignorancia absoluta de la complejidad de la mente de la persona o mediante una falta de respeto por la integridad del ser humano (Frauman,Lynn y Brentar,1993).

La otra cara de la moneda y la razón para desarrollar habilidades en técnicas hipnóticas es el considerable beneficio emocional que puede generar,partiendo del supuesto de que cualquier cosa que tiene la capacidad de curar tambien tiene la capacidad de hacer daño (Yapko,1995).

Su uso debe ser convenientemente valorado,y la decisión última de utilizarla o no debería depender,a mi juicio,no tanto de una lista de "pacientes excluidos" (lista,como poco,siempre arbitraria y discutible) o de un supuesto "peligro inherente" a la propia hipnosis,sino de la combinación de unos profundos conocimientos teórico-prácticos,una sólida moral y un profundo

respeto por la integridad del paciente, cimentado en un sólido conocimiento de sus circunstancias personales y de sus necesidades terapéuticas prioritarias.

No existen peligros que se puedan atribuir al estado hipnótico en sí mismo. Cualquier tipo de dificultades que surjan como resultado de la experiencia hipnótica tienen que ver con las asociaciones que provocan los elementos de la comunicación que están presentes en la interacción. Estos incluyen la relación entre el clínico y el cliente, el estilo de comunicación empleado, el contenido de la sugestión hipnótica utilizada, las variables contextuales y lo más importante de todo, la comunicación intrapersonal del cliente (Frauman, Lynn y Brentar, 1993).

Baste decir aquí, que la hipnosis puede presentar potenciales problemas en mayor o menor grado, pero que el origen de estos problemas no habría que buscarlo, en mi opinión, en la hipnosis por sí misma, es decir, a que sea intrínsecamente peligrosa. El verdadero origen de posibles problemas residiría en QUIEN, COMO, CUANDO Y PARA QUE se practica la hipnosis, lo cual, de una manera u otra nos lleva a la consideración de un tema fundamental y que hace referencia a los aspectos éticos y morales de la práctica de la hipnosis, y que desarrollaré posteriormente.

Mito nº6. La generación de dependencia paciente-terapeuta

Este mito, parte de la premisa de que la hipnosis, por su propia naturaleza aparentemente mágica, confusa e incomprensible, es susceptible de generar una gran dependencia por parte del paciente hacia su hipnoterapeuta para resolver sus propios problemas y dificultades emocionales.

La hipnosis, debidamente entendida y aplicada, no debería generar mayor dependencia de la producida por la aplicación de otras técnicas terapéuticas como la realización de tareas entre sesiones, la aplicación de un test o el desarrollo de una desensibilización sistemática clásica.

Es más, en la medida que la hipnosis supone una herramienta extraordinaria para el propio auto-conocimiento y auto-exploración debería producirse una tendencia opuesta.

En este sentido, el aprendizaje de la auto-hipnosis por parte del paciente constituye un ejemplo perfecto de cómo la hipnosis puede ser utilizada para generar mayores recursos en el propio paciente, y donde el protagonista principal es el mismo paciente, responsable en última instancia de su propio cambio, estimulando de esta forma su autonomía personal respecto a su terapeuta y al proceso terapéutico (Alman, 1992).

Mito nº7. El ritual de inducción en la hipnosis

A la hora de inducir un trance, existen dentro del campo de la hipnosis dos grandes filosofías:

-Por un lado, el ENFOQUE TRADICIONAL. Desde este punto de vista, la inducción al trance sería producto de la repetición al sujeto de una serie de fórmulas (existen decenas diferentes), de probada eficacia a lo largo del tiempo tras innumerables usos, y que se caracterizan por presentar un alto grado de ritualización (palabras clave, que deben ser repetidas siguiendo un orden muy estructurado). El papel del terapeuta es eminentemente activo y muy directivo.

Desde este enfoque, una misma técnica de inducción será válida para un gran número de pacientes

y apenas se modificará la fórmula original.

El enfoque directo o tradicional es el que entronca más claramente con la tradición clásica del surgimiento de la hipnosis y supone el uso de importantes dotes de persuasión y, en cierto sentido, autoritarismo en la presentación de sugerencias (Vallejo y Ruiz, 1993).

-Por otro lado, el ENFOQUE NATURALISTA O INDIRECTO, y entre cuyos máximos representantes se encuentran ERICKSON, ZEIG, HALEY, YAPKO o BANDLER y GRINDER, por citar algunos de los más representativos.

Parten de la premisa de que la hipnosis no es ni un fenómeno extraordinario ni uno creado artificialmente. Más bien se considera a la hipnosis como una experiencia natural que ocurre rutinariamente en todas las personas.

El clínico puede crear respuestas hipnóticas a partir de patrones hipnóticos de comunicación que capten la atención del cliente y la centren en experiencias terapéuticamente significativas.

En la mayoría de las ocasiones no hay un principio, un desarrollo y un final claro, como en las inducciones tradicionales, sino que se prima la adaptación al cliente en todo momento y se tiende a huir de rituales estandarizados y estructurados.

La dificultad, como se puede deducir fácilmente, para dominar este enfoque es claramente superior que con el tradicional, y el dominio de las habilidades necesarias para llevar a cabo con éxito este tipo de intervenciones requieren de un largo proceso de aprendizaje, basado en la observación constante de las respuestas ofrecidas por el paciente así como el desarrollo de una considerable flexibilidad personal en el uso de variadas técnicas. No obstante los resultados obtenidos con pacientes, en apariencia incapaces de beneficiarse de la hipnosis más tradicional, son a menudo espectaculares.

Probablemente el máximo exponente y difusor de esta forma de entender el fenómeno hipnótico fue M.H. ERICKSON. Es conocida su obra por suponer una auténtica revolución dentro de la llamada por entonces "hipnosis médica tradicional", la cual suponía como única herramienta para inducir estados de trance hipnótico la utilización de rituales y fórmulas muy estandarizadas y rígidas, que implicaban la repetición más o menos mecánica, de una serie de formulismos y donde el terapeuta ejercía un papel muy directivo. En este sentido, la manera de entender y utilizar la hipnosis y la psicoterapia de ERICKSON podría definirse de muchas maneras excepto por ser "ritualizada" "estandarizada", "previsible" o "mecánica".

La obra de Erickson supuso una verdadera convulsión en su época por su abierto enfrentamiento con la "hipnosis médica tradicional". Si bien no es el lugar para explicar la obra de Erickson, baste citar que en su trayectoria se especializó y destacó por aplicar la hipnosis (entendida en sentido amplio, como herramienta de comunicación interpersonal) con los pacientes especialmente "difíciles" y "resistentes" y que desde una perspectiva tradicional podrían ser definidos como individuos "no hipnosensibles". Para ello, evitaba conscientemente el uso de rituales excesivamente rígidos y estandarizados (en una línea más tradicional) y adaptaba constante y obsesivamente su método al paciente.

Era característica la utilización de complejos patrones lingüísticos, como presuposiciones, metáforas, subrayado análogo, ambigüedades fonéticas y sintácticas, ordenes incorporadas,

reencuadros del contexto y significado, sincronización verbal, humor, juegos de palabras..etc.. que darían lugar al denominado "Modelo Milton de lenguaje Hipnótico", posteriormente adoptado por escuelas psicoterapéuticas como la programación neurolingüística.

Esta forma de trabajar, en apariencia caótica y extraña, provocó no poca confusión y rechazo. Sin embargo, los resultados obtenidos, fueron en ocasiones, realmente increíbles.

Su obra, supuso un serio revés para la supervivencia de las creencias más arraigadas y tradicionales acerca de la pretendida imposibilidad de hipnotizar a determinados sujetos, en función de una serie de características personales, más o menos estables en el tiempo.

En mi opinión antes de definir a un sujeto como "imposible de hipnotizar", habría que determinar la causa de esa resistencia, la cual puede estar tanto en el propio terapeuta (escasa formación, estrategia de intervención poco apropiada.....) como en las características personales del sujeto (edad, nivel de inteligencia, rasgos de personalidad.....).

Esto sólo se consigue a partir de una profunda experiencia, así como del dominio de una gran variedad de técnicas (tanto las más tradicionales como las más indirectas o Ericksonianas).

Por lo tanto, definir a un sujeto como "difícil de hipnotizar" depende más, en la mayoría de las ocasiones, de la falta de habilidad del terapeuta que de las características personales del propio sujeto.

En mi opinión, una de sus contribuciones fundamentales fue la de derribar el mito de la supuesta necesidad de utilizar siempre un ritual para inducir un trance hipnótico.

La aproximación de Erickson era fundamentalmente indirecta y naturalista. No consideraba al trance hipnótico como un fenómeno extraño, artificial o difícil de conseguir en la medida que consideraba que todos, de alguna manera, entrábamos y salíamos (sin ser conscientes) a lo largo del día de múltiples episodios que podían ser definidos como "hipnóticos" o de "trance espontáneo".

Esta manera de "hipnotizar", en la medida que ampliaba considerablemente el número de sujetos susceptibles de ser hipnotizados (los cuales no eran conscientes del proceso), cuestionó muy seriamente el viejo concepto de "sujeto resistente a la hipnosis", en la medida que en su trayectoria se especializó (con éxito) en aquellos pacientes, de especial dificultad y definidos como "no hipnotizables" o "resistentes" por parte de la hipnosis médica más tradicional.

Al mismo tiempo, hizo tambalear el dogma ampliamente compartido de la supuesta necesidad de utilizar un ritual de inducción hipnótico formalizado y estandarizado.

Mito nº8. La persona está dormida o inconsciente durante la hipnosis

La experiencia de la hipnosis presenta determinadas similitudes a nivel físico con el sueño (menor actividad, relajación muscular, enlentecimiento de la respiración....) los cuales son utilizados como indicadores fiables del nivel de profundidad hipnótica alcanzado.

Ahora bien, a nivel mental, existe cierto consenso en afirmar que se está relajado pero alerta, siempre está presente un cierto nivel de consciencia de actividad, incluso en los estados más profundos de la hipnosis (Weitzenhoffer, 1989).

La hipótesis neurofisiológica y psicofisiológica de la hipnosis son de una gran tradición en el campo. La búsqueda de una explicación fisiológica ha sido un objetivo atractivo para resolver los problemas teóricos y empíricos ligados a la hipnosis. Una ejemplificación de este intento ha sido la búsqueda de similitudes entre el sueño y la hipnosis. En el momento actual no puede hablarse de una semejanza entre sueño e hipnosis, en atención a los estudios electroencefalográficos efectuados a tal efecto (Vallejo y Ruiz, 1993).

Mito nº9. La hipnosis es una terapia

La hipnosis no es una terapia. Más bien es una herramienta terapéutica que se puede utilizar en una variedad casi infinita de formas y no se alinea, de forma mecánica, con ninguna orientación teórica o práctica. En un sentido amplio, es una parte de todas las psicoterapias y, por dicha razón, una parte de todas las interacciones en las que una persona se acerca a otra y le influye (Kirsch, Lynn y Khue, 1993).

De hecho, la hipnosis como estrategia de intervención ha venido siendo utilizada por escuelas terapéuticas, por definición opuestas, como en algunas escuelas psicoanalíticas (Hall, 1989), la psicoterapia cognitivo-conductual (Olivares y Méndez, 1998; Vallejo y Ruiz, 1993) o la programación neurolingüística (Bandler y Grinder, 1993) al igual que por profesionales de muy distinta formación teórica como médicos, psiquiatras, psicólogos o psicoterapeutas en ámbitos muy diversos como la psicoterapia, los deportes, la medicina, los negocios o la educación (Yapko, 1995).

Tomando como ejemplo su inclusión entre las técnicas de Modificación de conducta, podrían parecer extraños compañeros que difícilmente pueden compartir tareas y objetivos.

Lo cierto es que el halo positivista y su interés por la metodología experimental que caracteriza a la modificación de conducta encaja a duras penas con el punto esotérico o mágico, que lo queramos o no, envuelve a la hipnosis clínica. Superado este punto, comentado en apartados anteriores, lo cierto es que la hipnosis conceptualizada y entendida en sus justos términos tiene su lugar en el contexto de la terapia de conducta (Vallejo y Ruiz, 1993).

Su principal ventaja en psicoterapia reside en su capacidad para aprovecharse de los muchos recursos de la mente inconsciente. Los sentimientos, valores, conductas, recuerdos y todas las percepciones que guían las elecciones del cliente son subjetivas y, por lo tanto, pueden cambiar.

La hipnosis, entendida como una simple inducción formal seguida de una serie de sugerencias directamente relacionadas con el problema es la utilización más superficial y menos sofisticada de la misma. Este tipo de hipnosis se usa para tratar aspectos sintomáticos y la practican casi todos los hipnotistas y la mayoría de psicoterapeutas, siendo eficaz, a pesar de su superficialidad, con un porcentaje considerable de individuos.

Otras utilizaciones más complejas y habilidosas de la misma implican la utilización de técnicas que pretenden la resolución de conflictos a un nivel más profundo. Este tipo de hipnosis implica un enfoque más interaccional y funciona en múltiples niveles de la persona, no sólo en los más superficiales (Yapko, 1995).

Mito nº10. El poder ilimitado de la hipnosis

Esta actitud, excesivamente optimista y sensacionalista, es propia de algunos personajes con escasa ética y formación, que se mueven alrededor del mundo de la hipnosis con mayores intereses mercantilistas y económicos que terapéuticos o éticos.

Se trata de una creencia, interesadamente difundida por algunos pseudo-profesionales, que ha tenido y tiene un efecto muy dañino, contribuyendo de manera notable al descrédito y falta de seriedad que se le atribuye a la hipnosis (especialmente entre la comunidad científica) alejándola de su merecido reconocimiento y acercándola irremediablemente a círculos esótericos, místicos o circenses que contribuyen a su descrédito.

La hipnosis clínica es una herramienta más de intervención, no la única o la más importante, al servicio del profesional con la formación adecuada y con un potencial terapéutico relevante en determinadas trastornos emocionales y psicosomáticos, con una eficacia comparable, al menos en mi opinión, al de otras estrategias terapéuticas ampliamente aceptadas y utilizadas.

Hasta aquí, los que considero en mi opinión, como los mitos, creencias erróneas y estereotipos más importantes que rodean al mundo de la hipnosis clínica, y que se hacen especialmente evidentes entre el público en general y entre los propios profesionales de la salud mental sin formación especializada en este campo.

Estas ideas continúan vigentes, lo cual limita considerablemente la expansión y desarrollo de la hipnosis, tanto a nivel de conocimiento y aceptación popular como de respeto, reconocimiento y aplicación práctica entre la comunidad científica y académica.

Estas creencias y prejuicios erróneos ejercen su influencia a un doble nivel:

-A NIVEL PROFESIONAL.

A nivel de los profesionales que no han recibido formación (ni teórica ni práctica) en este campo, estas ideas que en muchos subyacen con fuerza provocan que ni tan siquiera consideren la posibilidad de iniciarse en el estudio de esta disciplina, y mucho menos de considerar la posibilidad de incorporar la hipnosis como una herramienta de trabajo útil, eficaz y reconocida científicamente.

Además de esta situación, incluso los profesionales que de alguna manera han recibido cierta formación manifiestan recelo hacia su utilización, mantienen ciertas creencias erróneas y no ocultan sus dudas e inseguridades ante el uso cotidiano de la hipnosis, prefiriendo optar por técnicas y fórmulas terapéuticas más "conocidas" o "predecibles".

Estas situaciones demuestran hasta que punto las creencias que el propio terapeuta mantiene sobre la hipnosis y que en ocasiones no difieren demasiado de las creencias populares, limitan de manera muy considerable las posibilidades que de esta herramienta es posible obtener.

-A NIVEL POPULAR.

Como es fácil y comprensible suponer, el mantenimiento de estos mitos erróneos (alimentados constantemente por la "hipnosis circense") no hace sino dificultar enormemente la posibilidad de que un paciente considere la posibilidad de recurrir a la hipnosis clínica como una herramienta potencialmente útil y fiable para solucionar sus problemas emocionales o psicosomáticos.

Podemos apreciar de nuevo como las creencias sobre la hipnosis, en este caso del propio paciente, son un factor decisivo a la hora de predecir el éxito de una intervención que utilice como herramienta principal de trabajo la hipnosis clínica.

El desarrollo y consolidación definitiva de la hipnosis clínica, dependerá (entre otros factores) de que estos mitos, por otra parte predecibles, sean identificados, combatidos y desterrados con eficacia.

Tras presentar algunos de los obstáculos que limitan el desarrollo y correcta utilización de la hipnosis, tanto a nivel de la comunidad científica en general como entre la gente normal, no me gustaría acabar sin mencionar brevemente otra variable relevante, y es la del propio hipnotizador, es decir, hasta que punto sus características personales son una variable crítica a la hora de predecir el éxito, o por el contrario, se constituye él mismo en una fuente importante de obstáculos (al estilo de los anteriormente citados).

Además de una formación académica suficiente y una especialización posterior en el campo de la hipnosis clínica, un último aspecto me parece importante destacar, además de estas cualidades que se podrían considerar condiciones necesarias para una adecuada utilización de la hipnosis y que es preciso no olvidar, están en última instancia muy mediatizadas por un tema que considero fundamental y que hace referencia a los ASPECTOS ETICOS Y MORALES de la buena práctica de la hipnosis clínica. Este último aspecto, clave dentro de las cualidades a potenciar por un buen hipnoterapeuta, lo desarrollaré con mayor amplitud en el último apartado de la conferencia.

Posibilidades terapéuticas. Hipnosis clínica

Tras analizar algunos de las concepciones erróneas a los que se ha de hacer frente y tratar de minimizar en la medida de lo posible, pasaré a continuación a presentar algunas de las posibles aplicaciones que es razonable esperar, cuando la hipnosis clínica es practicada con las debidas condiciones y por profesionales con la debida cualificación.

Antes de pasar a sugerir alguna de las múltiples posibilidades de trabajo que existen en función del tipo de trastorno presente, me parece necesario pasar a definir brevemente aquellos fenómenos hipnóticos básicos que es preciso suscitar en el paciente, durante cualquier proceso hipnótico y que constituyen los ingredientes básicos de cualquier intervención psicoterapéutica, que utilice la hipnosis clínica como herramienta principal de trabajo (Yapko, 1995).

Veamos brevemente alguno de ellos:

oCATALEPSIA

La catalepsia puede ser definida como la inhibición del movimiento voluntario asociado al hecho de concentrarse intensamente en un estímulo específico.

La catalepsia es el resultado de centrarse en una realidad nueva y distinta, facilitando de esta manera un distanciamiento de la vieja realidad limitadora el tiempo suficiente como para crear una experiencia terapéutica de regresión temporal, analgesia, distorsión temporal o cualquier otra de las posibles (Yapko, 1995)

Hay dos grandes razones para utilizar la catalepsia, en primer lugar puede ser una respuesta objetivo en sí misma o en segundo lugar para facilitar en el paciente una implicación hipnótica posterior (para el cliente es una prueba del poder de su inconsciente, lo que incrementará su motivación hacia el proceso terapéutico).

oDISOCIACION

La disociación puede definirse como la capacidad para romper una experiencia global en las partes que la componen, ampliando por tanto a voluntad, la capacidad de concentrarse en una de sus partes mientras se deja de lado otras que no interesan terapéuticamente hablando.

oAMNESIA

Por amnesia se entiende la pérdida de memoria, es decir, la experiencia de olvidar algo. Al inducir al cliente a que olvide conscientemente determinadas sugerencias y experiencias proporcionadas, se permite que sea su inconsciente quien tome la responsabilidad de su cumplimiento, incrementando de esta manera las posibilidades de que el sujeto las acepte sin oponer resistencia consciente.

Para inducir el fenómeno de la amnesia, es más probable lograrlo adoptando un enfoque permisivo e indirecto. Las estrategias pueden ser diversas: sugerencias indirectas, cambios atencionales y/o confusión (Zeig, 1985).

oANALGESIA Y ANESTESIA

Ambos conceptos, cuando son hipnóticamente inducidos, forman un continuo de disminución de la sensación corporal.

LA ANALGESIA hace referencia a la reducción de la sensación de dolor pero que permite notar sensaciones asociadas (presión, temperatura....).

LA ANESTESIA, por el contrario, hace referencia a la eliminación completa o casi completa de sensaciones en todo el cuerpo o en una parte concreta del mismo.

La capacidad de la mente humana, especialmente bajo hipnosis, de reducir el dolor hasta límites manejables es bien conocida, al igual que sus aplicaciones fundamentalmente en el ámbito médico en enfermos terminales, intervenciones quirúrgicas, enfermedades crónicas, procesos de convalecencia....etc.....(Yapko, 1995).

oALUCINACIONES Y ALTERACIONES SENSORIALES

Una alucinación, es, por definición, una experiencia sensorial que no surge a partir de la estimulación externa. En función de su estructura hablaríamos de alucinaciones positivas y negativas.

Por ALUCINACIÓN POSITIVA se entiende una experiencia sensorial (bien sea visual, auditiva, cinestésica, olfativa o gustativa) de algo que objetivamente no está presente.

Por ALUCINACIÓN NEGATIVA, en cambio, entendemos la experiencia de NO percibir sensorialmente algo que SI esta presente objetivamente.

Es fácil imaginar, las posibilidades que ofrece al clínico la capacidad de poder modificar al paciente la conciencia de la entrada sensorial.

Guiar a los pacientes a situaciones en las que son capaces de experimentar al mundo o a sí mismos de una forma sustancialmente diferente a la original, obviamente incrementa la gama de experiencias disponibles (hasta límites increíbles) y puede influir en la generación de recursos personales muy valiosos para el cambio terapéutico (Weitzenhoffer, 1989)

oLA PROGRESION TEMPORAL

La progresión temporal consiste en guiar al paciente hacia el futuro, donde se le proporciona (entre otras cosas) la oportunidad de imaginar las consecuencias de los cambios o experiencias del presente, de integrar los significados a niveles más profundos y de obtener una visión más amplia de su propia vida de la que es posible obtener con el día a día.

Entre los usos terapéuticos que se le puede dar a este fenómeno hipnótico destaca la posibilidad de evaluar hasta que punto serán duraderos los cambios introducidos en el contexto terapéutico, es decir, hasta que punto el cambio logrado en ese contexto específico será generalizable al ambiente natural del cliente.

Para ello se realiza un "chequeo ecológico", que consiste básicamente en descubrir el "impacto" que el cambio generará en la vida del cliente y su entorno inmediato, identificando y corrigiendo las posibles fuentes o factores que dificultarían e incluso imposibilitarían el cambio logrado en la propia consulta

Se trataría, en definitiva, de facilitar la transferencia de los aprendizajes realizados, del contexto clínico al ambiente natural del paciente (Philips y Frederick, 1992).

oLA REGRESION TEMPORAL

La técnica de la regresión temporal consiste en pedirle al paciente que retroceda en el tiempo hasta una experiencia, que desde un punto de vista terapéutico, sería interesante volver a revivir o a reinterpretar.

La regresión temporal, permite por lo tanto, retroceder en el tiempo (reciente o remoto) para recuperar recuerdos olvidados y/o reprimidos de acontecimientos especialmente significativos o para reelaborar viejas experiencias a las que les pretender atribuir un nuevo significado, más funcional y adaptativo, que el original.

El uso de esta técnica permite intervenir a través de dos estrategias básicas:

1.- Se utiliza la regresión para retroceder a experiencias especialmente traumáticas y negativas para el paciente. Su objetivo fundamental será permitir al cliente la liberación de sentimientos reprimidos durante grandes períodos de tiempo, ofreciéndole al mismo tiempo, nuevas maneras de percibir e interpretar la antigua situación (Weitzenhoffer, 1989)

2.- Otra posible línea estratégica de intervención, usando la regresión temporal, consiste en la generación de recursos a través de experiencias pasadas del propio paciente.

Se trata de una forma de intervención, especialmente utilizada por autores como ERICKSON o

BANDLER Y GRINDER, donde se parte de la premisa de que todas las personas disponen en su interior de los recursos necesarios para superar cualquier situación, simplemente es cuestión de transferirlos de un contexto a otro, en este caso desde el pasado al presente (Yapko, 1995).

o LAS RESPUESTAS IDEODINÁMICAS.

Las funciones automáticas de los seres humanos pueden existir al menos en tres niveles: MOTOR, SENSORIAL Y AFECTIVO.

Colectivamente son denominadas por algunos autores como RESPUESTAS IDEODINÁMICAS, que literalmente quiere decir: "conversión de una idea a una dinámica" (Yapko, 1995). Individualmente son denominadas "respuesta ideomotriz", "respuesta ideosensorial" y "respuesta ideoafectiva" respectivamente.

o Respuesta ideomotriz: La manifestación física de la experiencia mental.

o Respuesta ideosensorial: Son experiencias automáticas de sensación asociadas al procesamiento de la sugestión.

o Respuesta ideoafectiva: Son las diferentes reacciones emocionales vinculadas a las diferentes experiencias que tiene una persona.

Su importancia radica en que reflejan la experiencia interna del cliente a los niveles en los que se pretende realizar un cambio (Yapko, 1995).

Hasta aquí, la descripción de algunos de los FENÓMENOS BÁSICOS que son susceptibles de ser producidos por el clínico sobre el paciente durante el trance hipnótico.

Una vez descritos brevemente los más comunes, pasaré a explicar como aplicarlos sobre algunos de los TRASTORNOS EMOCIONALES Y PSICOSOMÁTICOS más frecuentes.

La mayoría de las intervenciones clínicas suelen implicar a todos, alguno o una combinación de varios de los fenómenos hipnóticos básicos anteriormente descritos, por lo que es necesario, como requisito básico, que el hipnoterapeuta posea un conocimiento adecuado de los mismos y sea capaz de inducirlos en el sujeto con el objeto de facilitar el cambio terapéutico, siempre en función de las características propias del trastorno sobre el que se está trabajando y de las necesidades específicas de cada paciente, individualmente considerado (Yapko, 1995).

A pesar de la enorme diversidad de escuelas, teorías y enfoques psicoterapéuticos, todas, de alguna manera, presentan un rasgo en común:

Pretenden influir de alguna manera en una persona que tiene dificultades para sentirse mejor por una variedad de razones.

Es precisamente, en este aspecto, en la capacidad de influir, donde la hipnosis presenta un potencial inmejorable.

En mi opinión, la hipnosis puede ir (y debería ir) más allá de un determinado procedimiento de inducción hipnótica (más o menos estandarizado) acompañado de un puñado de sugestiones (más

o menos adaptadas al cliente).

Sin negar la indudable y demostrada eficacia a lo largo de muchos años de la hipnosis desde ese punto de vista, en mi opinión, debería evolucionar hasta convertirse en una verdadera herramienta de comunicación interpersonal, al estilo preconizado por el propio Erickson y recogido posteriormente por autores como Yapko, Alman o Bandler y Grinder.

Solo así, será posible, en mi opinión, aprovechar el potencial de la hipnosis como herramienta de intervención efectiva y por lo tanto de aprovechar los múltiples recursos de los que dispone la mente inconsciente.

A continuación, comentaré de manera sintética, algunas de las posibilidades de intervención que ofrece la hipnosis, bien directa o indirectamente, en una serie de trastornos comunes.

No pretendo ofrecer un listado de todos los trastornos potencialmente susceptibles de beneficiarse de la hipnosis, sino simplemente presentar, como ejemplificación, algunos de los más comunes y conocidos.

Trastornos de ansiedad

Es precisamente dentro de este campo concreto de intervención, donde la HIPNOSIS ha ido ganándose un merecido reconocimiento como técnica de intervención de probada eficacia entre la psicología más académica y oficial.

Así es posible ver incluida a la hipnosis (junto con otras técnicas de relajación, meditación y respiración) en los más recientes manuales de modificación de conducta (Olivares y Mendez, 1998; Vallejo y Ruiz, 1993), e incluso es enseñada con relativa frecuencia en las propias universidades, agrupadas bajo el epígrafe genérico de "técnicas de autocontrol emocional" o "técnicas de control de la activación emocional".

La hipnosis se ha utilizado, junto a otras técnicas de modificación de conducta como la desensibilización sistemática o la inundación, en una amplia variedad de trastornos de ansiedad con resultados satisfactorios (Vallejo y Ruiz, 1993).

Es precisamente en ese aspecto, en la capacidad de control sobre la activación que acompaña a cualquier fenómeno de ansiedad donde su uso es más evidente y sus resultados más dramáticos.

El simple hecho de darse cuenta de que uno es capaz de relajarse y ser más consciente de su propio pensamiento es ya un primer paso relevante hacia un proceso de mejora importante.

Personalmente considero que el hecho de enseñar al paciente unas cuantas técnicas de inducción hipnótica así como explicarle como formular sugerencias efectivas es ya un primer paso importante, efectivo y que por su sencillez contribuye de forma muy notable a la popularización de la hipnosis clínica entre el público en general.

La hipnosis, por lo tanto, estimula una mayor sensación de autocontrol en el paciente, su papel en el proceso terapéutico es más activo y por lo tanto su motivación hacia el tratamiento es mayor y por último traslada gran parte de la responsabilidad del proceso al propio paciente, lo que sin duda contribuye a incrementar las probabilidades de éxito.

Trastornos del estado de ánimo

Aquí nos encontramos con dificultades considerablemente mayores que en el apartado anterior. En los trastornos del estado ánimo entran en juego variables muy complejas, y no tan evidentes a primera vista como en los trastornos de ansiedad, recordemos la etiología orgánica frecuente en ciertos trastornos del estado de ánimo (especialmente el bipolar), lo que hace necesaria una intervención multidisciplinar, donde la hipnosis sería una herramienta importante pero siempre en conjunción con otras no menos importantes (como tratamiento psicofarmacológicos, intervención psicosocial sobre los familiares directos....etc..).

Se hace necesario, especialmente en estos casos la intervención de distintos profesionales que intervengan sobre el problema a distintos niveles, complementarios entre sí.

A nivel superficial, la hipnosis podría jugar un papel para aliviar la ansiedad (presente en gran número de pacientes depresivos), interrumpir los patrones de rumiaciones excesivas negativas, ayudar a establecer objetivos y expectativas positivas, incrementar la motivación del paciente, actuar sobre los trastornos secundarios que genera la depresión a nivel biológico (insomnio, pérdida de apetito...) etc...

En definitiva, en un primer nivel, la hipnosis podría ser empleada, entre otras cosas, para tratar de minimizar los trastornos secundarios a la depresión (que son altamente incapacitantes), dotar al paciente de una cierta sensación de autocontrol y tratar de maximizar su motivación hacia el propio tratamiento.

En un nivel ya más profundo, entrarían en juego el trabajo intenso sobre los patrones típicos de pensamiento del depresivo (la definida por BECK como la triada cognitiva), ayudando a modificarlos progresivamente y sustituyéndolos por patrones de pensamiento más adaptativos.

También, en este nivel sería importante actuar sobre las creencias limitadoras, irracionales e incapacitantes propias del depresivo identificadas por autores como ELLIS o BECK.

Sería importante, en definitiva, hacer uso de toda aquella técnica de intervención que juzgásemos relevante para ese paciente en concreto, independientemente de su orientación o referente teórico (p.ej. se han alcanzado resultados interesantes con la combinación de la HIPNOSIS con la R.E.T. de Albert Ellis en el tratamiento de trastornos depresivos).

Hipnosis clínica y medicina

En general, la hipnosis puede ser un accesorio útil y eficaz para los tratamientos médicos tradicionales por varias razones importantes.

La primera de las cuales tiene que ver con la relación mente-cuerpo y el papel de la mente (actitudes y emociones) en los trastornos médicos (Barber, 1984; Cohen y Williamson, 1991, Levenson y Bemis, 1991).

Una segunda razón para usar la hipnosis es su énfasis, por su propia naturaleza, en que cada persona es responsable de su propia salud y bienestar. Usar la hipnosis da a la persona la sensación de tener cierto control sobre sus experiencias internas (Brown, 1992; Brown y Fromm, 1987).

Las implicaciones específicas de la hipnosis en contextos médicos son muy variadas, pero generalmente se pueden describir como una forma de tener un grado de control significativo sobre

los procesos físicos (Spanos,1989).

El control del dolor ha sido una de las aportaciones terapéuticas clásicas de la hipnosis. Esto es debido a que la analgesia es uno de los propios efectos de la hipnosis. La analgesia como tal ha sido utilizada en el contexto quirúrgico como alternativa a la anestesia tradicional (Vallejo y Ruiz,1993).

Entre los resultados obtenidos, destacan la reducción significativa del dolor, la apreciable aceleración de los procesos de recuperación tras una intervención quirúrgica, el apoyo en terapias con enfermos terminales (control ansiedad y depresión, reducción dolor y uso de visualizaciones positivas), incremento de la sensación de control sobre el propio estado (en enfermos crónicos), reducción de la ansiedad anticipatoria ante las intervenciones quirúrgicas, reducción de las dosis de anestesia necesarias o prevención de los trastornos por estrés como úlceras o ansiedad generalizada (Yapko,1995).

Para asegurar cierta perspectiva y objetividad, y a la espera de futuras investigaciones, es importante mantener el equilibrio entre fomentar una falsa creencia en la cura milagrosa y mantener una actitud pesimista y fatalista respecto a las verdaderas posibilidades de curación y la influencia que sobre ésta pueda ejercer el empleo de la hipnosis clínica.

En los procesos de curación mente-cuerpo, quizás más que en ningún otro campo, todavía queda mucho terreno por explorar. Es necesaria mucha investigación para descubrir las soluciones a los misterios de la mente, pero la falta de explicaciones precisas para los mecanismos de acción no debería inhibir el uso de técnicas que pueden ayudar en la curación del cuerpo.

La hipnosis puede facilitar el proceso de recuperación, y puede ser una herramienta útil en el repertorio del médico que puede compartir con los pacientes. La hipnosis no reemplaza otros tratamientos, se suma a ellos (Yapko,1995).

Abuso de sustancias (tabaco, alcohol, drogas, psicofármacos...)

La hipnosis se puede utilizar para volver a cultivar la conciencia corporal, aumentar la autoestima y generar una sensación de independencia que permita afrontar cualquier situación estresante sin necesidad de tener que recurrir al refugio de la adicción a cualquier sustancia.

Entre las posibilidades de las que dispone el clínico destacan, entre otras, la posibilidad de convertir la experiencia del abuso en una experiencia muy desagradable, resolver los frecuentes fenómenos subyacentes asociados a las adicciones (y a menudo no diagnosticados) como la ansiedad o la depresión. Incluso se puede recrear hipnóticamente las sensaciones positivas asociadas a la droga sin tomarla realmente.

El trabajo hipnótico sobre las adicciones es susceptible a múltiples intervenciones, si bien conviene no olvidar que en la mayoría de ocasiones se trata de un problema multidimensional y que no es más que la punta del iceberg, fiel reflejo de desórdenes en múltiples niveles del sujeto y que requiere una intervención globalizada, sistemática y multidisciplinar y no solo sintomática.

En definitiva, aprender COMO, CUANDO, DONDE, PORQUE y PARA QUE aplicar las múltiples posibilidades terapéuticas que ofrece la hipnosis clínica sobre trastornos específicos y con clientes específicos requiere una sólida formación, tanto a nivel teórico como práctico, además de tener en

cuenta una serie de variables imprescindibles.

En la medida que el terapeuta sea capaz de conjugar y armonizar aspectos como los conocimientos teóricos y prácticos sobre hipnosis clínica, las propias cualidades que como persona posea., las peculiaridades de los principales trastornos psíquicos o las particularidades y circunstancias personales de cada paciente podremos decir que se encuentra en el camino adecuado hacia el éxito del proceso terapéutico, utilizando como herramienta la hipnosis clínica.

Aspectos éticos y morales. Hipnosis clínica

Tras exponer, en apartados anteriores, tanto las limitaciones como alguna de las posibilidades que la práctica adecuada de la hipnosis ofrece, para finalizar y como conclusión, me gustaría detenidamente brevemente en un punto de especial importancia, y es el relacionado con todo aquello que implicaría a los aspectos éticos y morales esenciales para una práctica adecuada de la hipnosis clínica.

Revisando las obras de autores como relevantes como ROSSI, ALMAN, ERICKSSON, HALEY o YAPKO entre otros, podemos encontrar multitud de casos en apariencia extremadamente complejos y que tras un proceso hipnoterapéutico han alcanzado un considerable éxito, lo que no hace otra cosa sino corroborar el potencial terapéutico que esta herramienta es capaz de ofrecer.

Ahora bien, también existe un cierto consenso al afirmar que, la hipnosis como herramienta, también podría ocasionar potenciales problemas que dependerán, en última instancia, del sujeto que la aplique y del mal uso que se haga de ella.

Al trabajar, en gran parte, con la mente inconsciente del cliente y sus dinámicas internas más profundas y complejas, el clínico tiene la oportunidad de acceder a un mundo con un potencial terapéutico extraordinario y casi ilimitado, pero que presenta, casi en la misma proporción y al mismo tiempo, un equilibrio delicado capaz de originar consecuencias, a menudo imprevisibles y de difícil manejo.

Entre estos efectos negativos se citan, entre otros, la sustitución de síntomas, el fracaso a la hora de eliminar las sugerencias, sucesos de regresión espontánea incontrolada, utilizaciones poco éticas de la hipnosis con fines distintos a los terapéuticos o, por último, fenómenos de abreacción excesivamente intensos y que son difícilmente manejables tanto por el terapeuta como por el propio paciente (Yapko, 1995).

Estos fenómenos negativos (junto con otros posibles) no debería atribuirse a la hipnosis por sí misma, o a una supuesta naturaleza especialmente peligrosa del estado hipnótico, que sea responsable, por sí solo, de los citados fenómenos.

La responsabilidad, en mi opinión, debería recaer única y exclusivamente en el terapeuta, responsable en última instancia de la aplicación correcta de la hipnosis, y por lo tanto de evitar la posibilidad de la aparición de los fenómenos anteriormente citados u otros similares.

El bienestar del paciente y el respeto a su integridad debería ser los valores (y no otros) que guiaran todos y cada uno de los pasos que se producen durante un proceso hipnótico.

La enumeración de algunas de las dificultades hipotéticas que pudieran surgir durante la hipnosis

señala, de manera clara, la necesidad de tener una formación oficial sobre las dinámicas del comportamiento humano, de respetar la integridad del paciente a todos los niveles y sobre todo de conocer los propios límites, los cuales deben ser constantemente tenidos en cuenta a la hora de plantearse la posibilidad de realizar cualquier intervención terapéutica. Se trata de una serie de aspectos relacionados todos ellos, en mayor o menor medida, con todo lo que supone la práctica de la hipnosis partiendo de unos principios éticos y morales sólidos e irrenunciables (Yapko, 1995).

A continuación expondré algunas de las condiciones necesarias, cuando no imprescindibles, que deberían guiar la actuación del terapeuta, para evitar posibles complicaciones, asegurar la integridad de su cliente y mantener un código de actuación ético y moral adecuado:

-La primera, principal y última prioridad es ayudar, nunca perjudicar al paciente. En el momento en que el terapeuta se considere incapaz de afrontar determinado problema o determinada situación, debería plantearse muy seria y honestamente concluir su relación con ese paciente y/o derivarlo a otro profesional que considere que le puede ser de mayor utilidad.

-Hay que establecer y definir muy claramente el tipo de relación entre el cliente y el terapeuta. Aspectos tales como el coste, la duración de las sesiones, las expectativas que maneja el propio paciente, las posibilidades de éxito, el alcance de la intervención...etc...son aspectos cruciales para implicar al paciente en el proceso terapéutico, educarlo y aclarar posibles malentendidos que pudieran originar problemas en el futuro y que comprometerían el éxito de la intervención.

-La responsabilidad y el objetivo del terapeuta es educar e intervenir sobre los problemas concretos que presente un determinado paciente. En ningún caso, la hipnosis debería ser utilizada como vehículo para aparentar, impresionar, intimidar u ostentar un poder sobre los demás que, de ninguna manera, le corresponde al psicoterapeuta.

-La motivación básica para el uso serio y adecuado de la hipnosis clínica debería ser eminentemente profesional y terapéutica, y debería aplicarse en un contexto educativo y profesional. En ningún caso la hipnosis debería utilizarse con finalidades comerciales, mercantilistas, promocionales o circenses. El beneficiario último de la hipnosis debería ser el paciente y no el propio profesional.

-Se debe evitar ir más allá de las propias posibilidades. La complejidad de las dinámicas humanas en general, y de los problemas emocionales de las personas en particular, difícilmente podrá ser reducido jamás a un puñado de fórmulas de inducción y a una variedad, por muy amplia y exhaustiva que sea, de sugerencias hipnóticas "adaptadas a la carta" para los trastornos más comunes.

Se debería huir, por tanto, de fórmulas de aprendizaje de la hipnosis clínica basadas en la memorización mecánica de supuestas fórmulas mágicas más o menos ritualizadas, que aparentan o aseguran poseer casi un halo mágico, y que a partir de ese momento y tras su asimilación "convierten" al aspirante a hipnoterapeuta en alguien "dotado" de una capacidad casi ilimitada para trabajar sobre una variedad de trastornos casi infinita y con una rapidez, como poco, difícil de creer, independientemente de las condiciones personales del paciente o de la propia formación del terapeuta.

-El estudio y el aprendizaje de la hipnosis clínica con fines terapéuticos requerirá un proceso prolongado y gradual de formación, tanto a nivel teórico como práctico, complementado con amplios conocimientos en otras materias fundamentales como psicopatología, psicodiagnóstico,

etiología de los trastornos mentales o fundamentos básicos de psicología clínica y psiquiatría, por citar algunos de los más evidentes y representativos.

-Por último destacar un aspecto importante, muy relacionado con el anterior punto. Hay que exigir un mínimo aceptable de formación académica oficial, imprescindible e irrenunciable para empezar a plantearse la posibilidad de dedicarse profesionalmente a trabajar con otras personas empleando como herramienta fundamental la hipnosis clínica.

Ambas formaciones tanto la básica, más oficial y académica, como la específica basada en la especialización posterior en hipnosis clínica, deberían considerarse complementarias y no como excluyentes, opuestas o irreconciliables.

La formación posterior específica y especializada en hipnosis clínica será mejor asimilada y utilizada, en mi opinión, si se asienta sobre una sólida formación teórica y práctica básica imprescindible.

Practicar la medicina, la psiquiatría o la psicología clínica sin la cualificación, los conocimientos adecuados o los requisitos establecidos por la ley, no sólo es ilegal sino que supone una gravísima falta de responsabilidad y ética hacia uno mismo y hacia los demás.

Lo más importante de todo, repito una vez más, es no ir jamás más allá de nuestros propios conocimientos y habilidades. Usar técnicas hipnóticas sin el conocimiento adecuado podría ser potencialmente peligroso, hacer daño a alguien debido a la ignorancia es imperdonable (Frauman, Lynn y Brentar, 1993; Steere, 1984; Zeig, 1985).

Conclusión

La hipnosis es un tema intrínsecamente fascinante. Cuando uno supera las absurdas connotaciones mágicas que genera en la mayoría de la gente y se instruye en este campo, incorporándola como estrategia potencialmente útil de intervención en contextos clínicos, se vuelve incluso más interesante.

El presente trabajo ha pretendido básicamente, analizar un campo, por definición complejo, y que en la mayoría de las ocasiones se encuentra oculto bajo un manto de incompreensión y celos injustos (aunque comprensibles) e innecesarios.

La eliminación de toda referencia esotérica u ocultista ligadas a las palabras sugestión e hipnosis no quiere decir que se tengan todas las respuestas a los fenómenos que se producen ni a los conocimientos que la sustentan. Tampoco, este punto de partida positivo, impide que tanto el profesional como el profano sigan asociando sugestión e hipnosis a misterio y misticismo, por ser éste uno de los tópicos socio-culturales y psicológicos más arraigados. Sin embargo este punto de partida es útil para el propio trabajo del profesional quien, eliminados dichos tópicos y adquiriendo un dominio de la técnica, es capaz de contar con un recurso psicoterapéutico adicional y potencialmente muy eficaz (Vallejo y Ruiz, 1993).

El campo de la hipnosis clínica es dinámico, diverso y está en constante crecimiento. Espero que el lector interesado en el tema encuentre en el presente trabajo un incentivo para profundizar en su estudio así como una ocasión para reflexionar sobre sus propias creencias y prejuicios sobre el fenómeno hipnótico, planteándose la posibilidad de incorporar esta técnica entre sus herramientas de trabajo habituales en un contexto clínico y terapéutico.

Bibliografía

Alman, B.M. y Lambrou, P.T. (1992). Técnicas de autohipnosis para la salud y el desarrollo personal. Barcelona. Ediciones Urano.

Araoz, D. (1985). The new hypnosis, Nueva York, Brunner/Mazel.

Bandler, R. y Grinder, J. (1993). Trance formate. Madrid. Ediciones Gaia.

Barber, J. (1980) Hypnosis and the un hypnotizable, American Journal of clinical hypnosis, 23 pags. 4-9.

Barber, T. (1984) Changing unchangeable bodily processes by hypnotic suggestions: A new look at hypnosis, cognitions, imagining and the mind-body problem. Advances 1-2. pags. 76-88.

Brown, D. y Fromm, E. (1986). Hypnotherapy and hypnoanalysis. Hillsdale NJ, Erlbaum.

Brown, D. (1992). Clinical research hypnosis since 1986 en e. Fromm y M. Nash (comps.) Contemporary hypnosis research, Nueva York, Guildford, pags. 427-458.

Cohen, S. Y Williamson, G. (1991) Stress and infectious disease in humans. Psychological bulletin 108, pags. 5-24.

Edmonston, W. (1991) . "Anesis" en S. Lynn y J. Rhue (comps.), Theories of hypnosis: Current models and perspectives, Nueva York, Guildford, pags. 197-237.

Frauman, D., Lynn, S. Y Brentar, J. (1993). Prevention and therapeutic management of negative effectis in hypnotherapy, Washington DC, American Psychological Association.

Gilligan, S. (1987) Therapeutic trances: The cooperation principle in Ericksonian hypnotherapy, Nueva York, Brunner/Mazel.

Hall, J. (1989). Hypnosis: A Jungian perspective, Nueva York, Guidford.

Kirsch, I., Lynn, S. Y Rhue, J. (1993). Handbook of clinical hypnosis. Washington DC, American Psychological Association

Levenson, J. Y Bemis, C (1991). The role of psychological factors in cancer onset and progression. Psychosomatics 32, pags. 124-132.

Murray-Jobsis, J. (1986). Hypnosis: Questions and answers, Nueva York, Norton.

O'Hanlon, W.H. (1993). Raices profundas. Principios básicos de la terapia y de la hipnosis de Milton Erickson. Barcelona. Paidós Terapia Familiar.

Olivares, J. y Méndez, F. (1998). Técnicas de modificación de conducta. Madrid. Editorial Biblioteca Nueva.

Rossi,E. (1993) The psychobiology of mind-body healing,Nueva York,Norton.

Spanos,N. (1989) Experimental reserach on hypnotic analgesia en N,Sapnos y J.Chaves (comps) Hypnosis:the cognitive-behavioral perspective,Buffalo,NY,Prometheus books,pags.206-240.

Spiegel,H y Spiegel,D (1987).Trance and treatment:Clinical uses of hypnosis, American Psychiatric press.

Stanton,H. (1985). Permissive vs authoritarian approaches in clinical and experimental settings en J.Zeig (comp.) Ericksonian psychotherapy,vol.1 :Structures,Nueva York,Brunner/Mazel, pags.293-304.

Steere,J. (1984).Ethics in clinical psychology. Londres. Oxford University press.

Tart, C. (comp.) (1969).Altered states of consciousness:A book of readings.Nueva York.John Wiley & Sons.

Vallejo,M.A. (1993).Técnicas de Sugestión e Hipnosis. En Vallejo,M.A. y Ruiz,M.A.(comps.) Manual práctico de Técnicas de Modificación de Conducta.Madrid.Fundación Universidad-Empresa.

Weitzenhoffer,A. (1989).The practice of hypnotism,vols.1-2,Nueva York,John Wiley & sons.

Yapko,M.D. (1995).Lo esencial de la hipnosis. Barcelona. Editorial Paidós.

Zeig,J. (1985).The clinical use of amnesia:Ericksonian methods en J.Zeig (comp.) Ericksonian psychotherapy,vol.1 :Structures,Nueva York,Brunner/Mazel pags.317-337.