



XVIII Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría Interpsiquis 2017

REDESCUBRIENDO LA HIPNOSIS CLÍNICA

Dolores Pineda Tenor

loli.pineda.tenor@gmail.com

RESUMEN

A pesar de que son múltiples las aplicaciones clínicas y los beneficios terapéuticos observados mediante el uso de estrategias de sugestión e hipnosis, hoy día persisten múltiples mitos y supersticiones que pueden crear reticencias en su utilización tanto a profesionales como a pacientes, debido en gran parte al desconocimiento de su funcionamiento y a la difusión de espectáculos en los que se ofrece una visión mágica o esotérica de los procesos hipnóticos. En la actualidad se está produciendo un nuevo redescubrimiento de la hipnosis, incluyéndola dentro de las Terapias Psicológicas de Tercera Generación. El objetivo de este trabajo por tanto es ofrecer una visión científica del funcionamiento de esta técnica aclarando creencias falsas, así como clarificando el papel del terapeuta y la implicación activa requerida por el paciente para obtener la eficacia de la misma. Igualmente se describirán las principales aplicaciones terapéuticas de la hipnosis a diversos trastornos psicológicos y físicos, tales como psicopatologías emocionales, adicciones o el tratamiento del dolor.

OBSTÁCULOS PARA EL USO TERAPÉUTICO DE LA HIPNOSIS COMO ESTRATEGIA COGNITIVO-CONDUCTUAL: MITOS Y FALSAS CREENCIAS

Actualmente en nuestro país persiste el rechazo por parte de muchos profesionales de la psicología clínica a incluir la hipnosis dentro de su repertorio de estrategias terapéuticas, debido en gran medida a la presencia de creencias erróneas y la existencia de mitos que les llevan a evitar su uso en la práctica clínica. De igual modo, la escasa formación científica en hipnosis ofertada por las universidades dificulta la reducción de dichas falsas creencias y el fomentar actitudes positivas hacia la hipnosis (Capafons, Morales, Espejo y Cabañas, 2009). Sin embargo, a nivel internacional prestigiosas entidades científicas, tales como el Centro Nacional de Investigación Científica de Francia, la Universidad de Harvard, Cambridge y Stanford, aceptan y emplean la hipnosis por su indudable eficacia terapéutica y sus resultados en la investigación psicológica (Ruiz 2010).

Los principales mitos que aún perpetúan una visión acientífica o esotérica de las técnicas hipnóticas según Capafons (1998) son los siguientes:

1. La hipnosis no pertenece al campo de la psicología científica. Se considera que quienes la aplican son charlatanes, considerándose las personas que mejoran con ellas como crédulos o ignorantes.

REDESCUBRIENDO LA HIPNOSIS CLÍNICA

2. La persona puede quedar enganchada en un "trance" existiendo el riesgo de no poder salir del estado hipnótico.
3. La hipnosis puede agravar psicopatologías latentes e incluso desarrollar alteraciones psíquicas en individuos sanos.
4. La hipnosis produce un estado similar al del sueño, en el que las personas muestran unas características especiales.
5. La hipnosis anula el control voluntario de la persona, convirtiéndose ésta en un autómata en manos del hipnotizador.
6. Provoca reacciones inusuales, excepcionales y quasi mágicas.
7. La hipnosis es una terapia, "hipnoterapia", útil, rápida y eficaz que no requiere de esfuerzos por parte del paciente para cambiar su comportamiento.

REFUTANDO MITOS

Mito 1: La presencia de la hipnosis en espectáculos ha conferido un carácter frívolo, lúdico o incluso generador de temor en la población general, que relaciona este instrumento terapéutico con poderes en el hipnotizador capaces de dominar su voluntad tomando el control de su conducta. Esta imagen impregnada de tintes mágicos ensombrece y genera prejuicios negativos hacia una técnica que sin embargo es capaz de potenciar importantes beneficios terapéuticos en múltiples patologías, por lo que esta imagen distorsionada proyectada principalmente por los medios de comunicación impide un conocimiento veraz de las aplicaciones clínicas y un posible rechazo a priori por parte de profesionales y pacientes. Sin embargo, a lo largo de la historia de la psicología y la medicina importantes autores han trabajado con los métodos hipnóticos con fines terapéuticos, tales como Ellis, Eysenck, Lazarus, Ramón y Cajal, Wundt, Charcot...etc. En la actualidad la hipnosis es una técnica sobre la que se realizan estudios científicos tanto a nivel clínico como en el contexto de laboratorio para demostrar su funcionamiento así como su eficacia en el tratamiento de trastornos a nivel físico y psíquico, por lo que progresivamente va obteniendo más respaldo de la comunidad científica alejándose de las creencias falsas que aún hoy pueden generar recelo respecto a su uso.

Mito 2 y 4: El trance hipnótico y la hipnosis como un proceso similar al sueño hacen referencia a falsas creencias respecto a qué es el proceso hipnótico y las respuestas psicofisiológicas asociadas al mismo. Durante mucho tiempo ha existido el debate respecto a si la hipnosis era un estado de consciencia diferente al de vigilia, por lo que de ser así se obtendrían unos patrones fisiológicos diferentes. Otro aspecto discutido era si este estado especial era similar al que se produce en un estado de somnolencia. Gonzalez Ordi en su libro "la hipnosis. Mitos y realidades" explica los hallazgos de las investigaciones de William Edmonston (1981) quien concluye que los indicadores fisiológicos obtenidos con la hipnosis son similares a los que se producen por cualquier técnica de relajación, produciéndose una reducción general de la activación de la rama

REDESCUBRIENDO LA HIPNOSIS CLÍNICA

simpática del Sistema Nervioso Central, lo cual difiere de los patrones específicos que se manifiestan en estados de somnolencia.

Por otro lado la actividad electroencefalográfica de una persona dormida o hipnotizada también difieren significativamente. Bajo hipnosis esta actividad va a depender del tipo de instrucciones que se administren, pues la persona hipnotizada responde adecuadamente a la estimulación exteroceptiva (sobre todo ante las instrucciones del hipnotizador), igual que si se encontrara en estado de vigilia. Por el contrario durante el sueño el patrón EEG varía de forma cíclica y regular, caracterizándose por una importante reducción de la responsividad hacia estímulos externos.

Bajo hipnosis el sujeto es totalmente consciente de lo que ocurre a su alrededor, concluyendo las investigaciones neurofisiológicas que la actividad fisiológica es similar a la que acontece en estado de vigilia. La evidencia empírica en investigaciones de laboratorio descarta la presencia de un estado diferente de consciencia o "trance" como responsable de las respuestas hipnóticas. Las modificaciones de los parámetros fisiológicos que pueden producirse bajo hipnosis tienen que ver con las instrucciones o sugerencias que se apliquen (relajación, reducción de la tensión, cambios en la temperatura corporal, disminución de la percepción del dolor...etc), no existiendo un patrón fisiológico específico que se relacione con la hipnosis por sí misma.

Mito 3: Las investigaciones refutan el mito de que pueda agravar patologías, habiéndose mostrado útil como estrategia eficaz y eficiente como adyuvante para múltiples trastornos psicológicos y patologías médicas. Así mismo no se conoce ningún caso en el que se haya podido probar que personas sanas puedan desarrollar patologías a causa de la hipnosis (Capafons 2012)

Mito 5: Según González Ordi (2013) tanto los estudios de laboratorio como la experiencia clínica indican que los individuos hipnotizados pueden dejarse influir por las sugerencias hipnóticas hasta el límite que ellos consideren admisible, no pudiendo ser hipnotizados si no lo desean. Por ello, de igual modo que el sujeto decide participar en la inducción hipnótica, puede decidir igualmente terminar el proceso, pudiendo así mismo negarse a decir o hacer aquello que el terapeuta le pida durante la sesión.

Capafons (1999) describe cómo se ha producido un cambio de la hipnosis autoritaria del siglo XIX y principios del actual, en el que el método era más directivo, adecuándose hoy en día a las preferencias del paciente hacia sugerencias: "que enfatizen a los sujetos que son ellos mismos quienes producen las experiencias sugeridas, usando su propio pensamiento e imaginación creativa, y no que las sugerencias son el resultado de estar bajo el control del experimentador, médico o hipnotizador" (Wilson & Barber, p. 236). Esto favorece la confianza en el paciente hacia la terapia y evita que se produzcan resistencias ante el miedo a perder el control o ser manipulado por el hipnotizador.

Mito 6: Una de las principales virtudes de la hipnosis es su capacidad para activar habilidades que se encuentran en el repertorio de la persona potenciándolas. No se provocará, por tanto, ninguna reacción que no pudiera producirse también fuera de la hipnosis, de modo que se estimula la exploración de cualidades así como se ponen en práctica estrategias de autocontrol,

REDESCUBRIENDO LA HIPNOSIS CLÍNICA

ya que dichas reacciones pueden activarse o inhibirse a voluntad mediante procesos hipnóticos o autohipnóticos.

Mito 7: La hipnosis es una técnica, no una terapia. Según la división 30 de la American Psychological Association, dedicada a la hipnosis psicológica, la define como "el uso de las técnicas de sugestión como coadyuvantes de los sistemas terapéuticos establecidos". Por tanto la hipnosis es una técnica que se utiliza conjuntamente con otras estrategias psicológicas o médicas empíricamente validadas. Según González Ordi (2013) no puede hablarse de hipnólogos o hipnoterapeutas especializados ya que no existe como especialidad clínica reconocida, sino que sería una estrategia terapéutica utilizada por psicólogos y médicos que utilizan dicha técnica junto con los procedimientos propios de su campo de especialización para mejorar la eficacia de sus intervenciones. Por otro lado la actitud pasiva del sujeto hipnotizado también supone un falso mito, ya que aunque el paciente debe "dejarse llevar" por las instrucciones que le son sugeridas, la persona debe esforzarse en utilizar sus habilidades cognitivas, tales como la capacidad de imaginación, la implicación emocional, focalización de la atención...para poder experimentar subjetivamente las modificaciones sugeridas por el terapeuta.

Con respecto al concepto de "involuntariedad hipnótica", esto es, la percepción subjetiva del sujeto de que parte de su comportamiento tiene lugar aparentemente sin esfuerzo alguno o "automáticamente" y argumentado por teóricos como Hilgard (1986) como un fenómeno disociativo de pérdida de control sobre la conducta, Spanos (1976) plantea que los sujetos hipnóticos mantienen el carácter volitivo y propositivo de sus conductas hipnóticas aunque en ocasiones las interpreten "como si" se produjeran involuntariamente.

¿QUÉ ES, POR TANTO, LA HIPNOSIS?

Respecto a la definición de hipnosis existe una gran variedad de formas de conceptualización de esta técnica según diferentes posiciones teóricas, por lo que la división 30 (Society of Psychological Hypnosis) de la American Psychological Association (APA) propuso una definición consensuada por distintos autores de las diversas posturas teóricas sobre la hipnosis, y que actualmente está aceptada por las principales asociaciones de hipnosis de todo el mundo. Esta definición (APA, 1993; Kirsch, 1994) implica siete puntos:

1. La hipnosis es un procedimiento en el que un especialista sugiere a una persona que experimente cambios en sus sensaciones, percepciones, pensamientos o conducta.
2. El contexto hipnótico suele establecerse usando un método o procedimiento de inducción, que puede adoptar formas muy diferentes, aunque las más frecuentes son las que incluyen sugerencias de calma, relajación y bienestar, así como instrucciones de pensar o imaginar experiencias agradables.
3. Se da una gran variabilidad en las respuestas que se experimentan durante la hipnosis. Así, ciertas personas dicen experimentar un estado alterado de conciencia, mientras que otras indican que su experiencia es como un estado normal de atención focalizada, en el

REDESCUBRIENDO LA HIPNOSIS CLÍNICA

que se han sentido muy calmadas y relajadas. En general, la mayor parte de la gente dice que la experiencia con la hipnosis es muy agradable.

4. Algunas personas responden mucho a las sugerencias hipnóticas y otras no. En ocasiones son los miedos y falsas concepciones de la hipnosis lo que impide que las personas experimenten lo que se sugiere en hipnosis. Las personas hipnotizadas no pierden el control, son conscientes de quiénes son y dónde están, y recuerdan generalmente lo que ocurrió durante la hipnosis, a menos que se le sugiera que lo olviden. La hipnosis no obliga a nadie a experimentar las sugerencias, sino que únicamente lo facilita.
5. La hipnosis no es una forma de terapia, como la Terapia de Conducta, o el Psicoanálisis, sino un procedimiento que puede facilitar la terapia psicológica. Por lo tanto, la hipnosis clínica debe ser usada por profesionales formados y con credenciales que avalen su capacidad como profesionales de la salud. Por supuesto, estos profesionales deben haber recibido también entrenamiento específico en el uso clínico de la hipnosis. Por lo tanto este entrenamiento no es suficiente, siendo necesario ser un profesional de la psicología clínica o de la medicina para poder usar la hipnosis clínica.
6. Las aplicaciones de la hipnosis son amplísimas, tanto en psicología como en medicina, pero debe tenerse precaución en su utilización, ya que no tiene por qué ser útil para todos los problemas y pacientes. A lo que añade que la decisión de usar la hipnosis (como un adjunto) debe hacerse consultando con un profesional de la salud que haya sido formado en hipnosis clínica.
7. En último lugar, la APA resalta las varias vertientes de la hipnosis en investigación, que tratan de incrementar el conocimiento de la propia hipnosis, de su aplicación en el tratamiento de problemas psicológicos y médicos, y para conocer su impacto en la memoria, percepción, fisiología, etc.

Por otro lado, la Sociedad Británica de Psicología (2001/2002) también propone una definición de hipnosis:

"El término "hipnosis" denota una interacción que se da entre una persona, el "hipnotizador", y otra u otras personas, el "sujeto" o "sujetos". En esta interacción, el hipnotizador intenta influir en la percepción, sentimientos, pensamientos y conductas de los sujetos, pidiéndoles que se concentren en ideas e imágenes que pueden evocar los efectos que se pretenden conseguir. Las comunicaciones verbales que el hipnotizador emplea para alcanzar esos efectos se denominan sugerencias. Las sugerencias se diferencian del resto de instrucciones de la vida cotidiana, en que aquéllas implican que el sujeto experimenta, con "éxito", una respuesta caracterizada por una cualidad de involuntariedad o por la carencia de esfuerzo. Los sujetos pueden aprender a poner en práctica los procedimientos hipnóticos por sí mismos, lo que se denomina "auto-hipnosis".

APLICACIONES TERAPÉUTICAS DE LA HIPNOSIS

Las aplicaciones de la hipnosis son numerosas tanto en el ámbito de la salud física como en salud mental. Se ha utilizado eficazmente con pacientes oncológicos, en cardiopatías, pacientes sometidos a procesos quirúrgicos, en el síndrome del colon irritable, obesidad, trastorno de estrés post-traumático, ansiedad y fobias (Montgomery y Schnur, 2005). En el ámbito de la psicología clínica ha mostrado sus beneficios con especial relevancia en el tratamiento de trastornos emocionales, los procesos adictivos y el tratamiento del dolor.

Trastornos afectivos

a) Ansiedad:

Uno de los ámbitos de aplicación más importantes del uso de la hipnosis es el relativo a los trastornos de ansiedad. El modo en que la hipnosis contribuye a mejorar las opciones terapéuticas, principalmente las técnicas de exposición en la imaginación, justifica su presencia. En general más que técnicas de hipnosis específicas para cada trastorno de ansiedad, es recomendable proponer un modelo de intervención genérico y flexible dirigido a que el paciente aprenda a manejar su ansiedad clínica (reacciones excesivamente intensas e incapacitantes de ansiedad) ante diversas situaciones. Las fases de este modelo de intervención según González Ordi y Miguel-Tobal, (1993) son las siguientes:

-Relajación: Diversos estudios han comprobado que la hipnosis, como procedimiento de desactivación, influye especialmente a nivel cognitivo-subjetivo, favoreciendo las sensaciones de bienestar y autocontrol, y no tanto en términos de porcentaje de reducción de la activación psicofisiológica tónica de los individuos. Por ejemplo, los trabajos comparativos existentes entre hipnosis y relajación progresiva revelan que no existe tal superioridad de la hipnosis sobre la relajación (ver Spinhoven, 1987) o, al menos, los resultados son equivalentes (Fernández-Abascal, 1979).

-Exposición imaginada con manejo de ansiedad en hipnosis: Una vez que el paciente ha aprendido a relajarse y se le han aplicado técnicas de inducción hipnótica con éxito, se procede a la exposición imaginada gradual, donde el paciente se expondrá a la respuestas de ansiedad de forma controlada con el fin de que aprenda a manejarlas, controlarlas y reducirlas. Se trata básicamente de establecer una jerarquía de situaciones ansiógenas, de menor a mayor intensidad, y lo más realistas posible. Pero, a diferencia de las jerarquías características de la desensibilización sistemática no son situaciones altamente estructuradas y jerarquizadas; por ejemplo, no es necesario estructurarlas en una escala de cero a cien unidades subjetivas de ansiedad, como se hace habitualmente en la DS, sino que es suficiente con crear una "secuencia-guión realista" de aproximaciones sucesivas desde situaciones que provoquen una mínima respuesta de ansiedad hasta situaciones donde esta respuesta sea muy intensa.

Las secuencias-guión deben incluir los siguientes aspectos, que pueden elicitar a través de sugerencias específicas:

REDESCUBRIENDO LA HIPNOSIS CLÍNICA

Aspectos de carácter cognitivo: inducir una situación lo más realista, detallada e individualizada posible; insistir en la idea de que el paciente podrá enfrentarse con la situación y dominarla; hacer hincapié en la idea de que el paciente podrá controlar sus reacciones de ansiedad; proporcionarle feedback positivo de otros protagonistas de la situación inducida; reforzar positivamente los progresos en el afrontamiento de la situación; reducir los pensamientos catastrofistas y cogniciones negativas distorsionadas y favorecer los pensamientos de autoconfianza y autoeficacia.

Aspectos de carácter fisiológico: insistir en el uso de estrategias de relajación previamente aprendidas a la hora de enfrentarse con la situación problema; describir pormenorizadamente las reacciones fisiológicas de ansiedad y cómo se reducen a medida que el paciente se enfrenta con la situación.

Cada secuencia del guión es una exposición imaginada en sí misma. Durante dicha exposición debemos utilizar sugerencias para que la persona aprenda a controlar y reducir sus respuestas de ansiedad. En las primeras secuencias, el terapeuta suele ser muy directivo y es quién administra la mayoría de las sugerencias; pero, a medida que avanza el guión, el paciente va tomando protagonismo en el proceso, siendo él mismo el que aplica y desarrolla las estrategias propuestas por el terapeuta. La secuencia es superada cuando el paciente no experimenta ninguna reacción de ansiedad significativa durante la exposición a dicha secuencia, entonces, se pasa a la siguiente secuencia del guión y así, sucesivamente.

-Mantenimiento y generalización: Al finalizar la secuencia-guión el paciente debe aprender a mantener y generalizar los logros obtenidos en consulta. Para ello, suelen utilizarse dos procedimientos (1) la sugestión posthipnótica y (2) la autohipnosis. Como afirma Mallet (1989) "a través de la sugestión posthipnótica el paciente puede ser condicionado a experimentar relajación o algún otro tipo de estrategia de afrontamiento durante los episodios estresantes. La autohipnosis puede utilizarse para estabilizar los logros obtenidos durante la sesión terapéutica en relación al control del estrés" (Mallet, 1989, pág. 220).

1. Sugestiones posthipnóticas: La sugestión posthipnótica puede considerarse como una forma de condicionamiento de orden superior que se produce en un sólo ensayo y es elicitado verbalmente (Barrios, 1973; Zimbardo, LaBerge y Butler, 1993). Sobre respuestas que ya han sido previamente condicionadas durante la sesión de hipnosis, el terapeuta describe un nuevo condicionamiento basado en un estímulo inicialmente neutro (cerrar el puño, una imagen representativa para el paciente, un sonido, etc), que pasará a desencadenar las respuestas condicionadas de control y reducción de la ansiedad ya establecidas durante la hipnosis, convirtiéndose en el nuevo estímulo condicionado. El procedimiento incluye instrucciones específicas antes de finalizar la sesión de hipnosis.

2. Auto hipnosis. Ninguna intervención clínica con hipnosis se completa definitivamente si no se le enseña al paciente a utilizarla por su propios medios, permitiendo soslayar la dependencia

REDESCUBRIENDO LA HIPNOSIS CLÍNICA

respecto del terapeuta así como favoreciendo la atribución interna de los éxitos terapéuticos obtenidos y la generalización de los resultados fuera de la consulta.

Finalmente, la práctica real deberá ser la que determine si la intervención con hipnosis ha sido exitosa o no. Lo ideal es que ésta se produzca por aproximaciones sucesivas pero no siempre puede ser así. En ese caso, la práctica imaginada en casa funciona como aproximaciones sucesivas a la práctica real.

b) Depresión:

Aunque tradicionalmente la hipnosis como estrategia terapéutica se ha considerado contraindicada para el tratamiento de la depresión, a partir de la última década del siglo XX se han desarrollado estrategias sugestivas terapéuticas que señalan un futuro más esperanzador respecto al uso de la hipnosis en los trastornos del estado de ánimo, particularmente en las reacciones depresivas (Alladin, 1994; Burrows y Boughton, 2001; Yapko, 1992).

En este sentido, la hipnosis puede utilizarse, en combinación con otras estrategias cognitivo-conductuales para abordar los siguientes objetivos:

- Facilitar cambios en la percepción negativa de uno mismo, del mundo circundante y del futuro (triada cognitiva).
- Elicitar cambios en el estilo atribucional depresógeno (atribuciones internas, estables y globales para los fracasos / atribuciones externas, estables y globales para los éxitos).
- Modificar los sesgos atencionales y de memoria hacia los sucesos negativos.
- Modificar la excesiva auto-observación y autocrítica.
- Ayudar a generar estados emocionales positivos: relajación, tranquilidad, seguridad, confianza, etc.

Algunas estrategias sugestivas que pueden utilizarse para, en combinación con otras técnicas cognitivo-conductuales, abordar los objetivos mencionados anteriormente pueden ser las siguientes:

-Ensayo en imaginación de futuro: podemos establecer situaciones imaginarias futuras para el paciente con el fin de reducir la desesperanza y generar expectativas hacia la consecución de metas realistas.

-Reestructuración atribucional: A través de la exposición imaginada a situaciones cotidianas del paciente y, utilizando sugerencias específicas para ofrecer claves atribucionales correctas, podemos favorecer el re-aprendizaje y la reestructuración del estilo atribucional del paciente.

-Entrenamiento en focalización de la atención: Favoreciendo el cambio atencional respecto a los estímulos negativos o modificando la tendencia a la reinterpretación de estímulos ambiguos como negativos.

-Control y reducción del nivel de activación psicofisiológica: Utilizando estrategias dirigidas a la reducción de la ansiedad.

-Modificación de sesgos de memoria: Se pueden utilizar estrategias de hipermnesia hipnótica para favorecer el recuerdo de acontecimientos o experiencias positivas pasadas de la vida del

REDESCUBRIENDO LA HIPNOSIS CLÍNICA

individuo, con el fin de minimizar el sesgo de memoria hacia lo negativo, típico de los pacientes depresivos.

Respecto a la terapia cognitiva, Ellis (1993) creador de la terapia racional emotiva (TRE) sugiere el empleo de su conocido sistema ABC durante la hipnosis con el fin de flexibilizar al paciente hacia el cambio cognitivo y discutir con éste las sesiones grabadas bajo hipnosis posteriormente para obtener una mejor generalización, bien escuchando las sugerencias del terapeuta grabadas durante la sesión repetidas veces, bien autoaplicándoselas en forma de autosugestión.

Adicciones y tabaquismo

Molina del Peral (2001) describe los beneficios de integrar el uso de la hipnosis junto a las principales técnicas cognitivo-conductuales utilizadas para el tratamiento de las adicciones. "Así p.e. mientras se expone al paciente a una situación de alta probabilidad de recaída, se puede realizar un modelado encubierto, disminuir la activación asociada a la situación, añadir una reestructuración cognitiva, reforzar ciertas autoinstrucciones...". Este autor expone como otras ventajas de la hipnosis la reducción del tiempo que se emplea en el tratamiento cuando se incluyen los procesos hipnóticos, así como su efecto catalizador cuando existen expectativas de éxito por parte del paciente.

Respecto al consumo del tabaco se han elaborado programas multicomponente como el propuesto por Mendoza (2000) en el que se integran autorregistros, el método de auto-hipnosis rápida de Capafons y otras técnicas de auto-control, reestructuración cognitiva y prevención de recaídas. El logro de la abstinencia y su mantenimiento durante el seguimiento 12 meses después evidencia el carácter facilitador de la hipnosis para lograr los objetivos terapéuticos de los tratamientos psicológicos empíricamente validados.

Las revisiones menos exigentes, según Green y Lynn (2000) indican que la hipnosis provoca las mayores tasas de abandono del tabaco, con porcentajes en torno al 94%, pero a medida que los estudios incrementan los controles (sobre todo en lo referido a medidas biológicas de la abstinencia al tabaco), los resultados son menos halagüeños, con tasas entre el 8 y 41% a los 6 meses. Lynn, Kirsch, Barabasz, Cardeña, y Patterson (2000) concluyen que los tratamientos sobre la base de la hipnosis y sugestión han mostrado ser superiores a los grupos de control de lista de espera y de no tratamiento, y similares a otros tratamientos alternativos.

Tratamiento del dolor

Una de los mecanismos que potencia la hipnosis es su capacidad para alterar la percepción sensorial, pudiendo provocar alucinaciones positivas o negativas. Concretamente podemos obtener un importante uso terapéutico de estas alteraciones perceptivas generando una respuesta alucinatoria negativa o ausencia de percepción en el tratamiento del dolor, estimulando respuestas de analgesia o anestesia hipnótica. Barber en su obra Tratamiento del dolor mediante hipnosis y sugestión (2000) describe las sugerencias hipnóticas y los resultados positivos obtenidos en su práctica clínica en pacientes con cefaleas, así como describe tratamientos asociados a la hipnosis en pacientes oncológicos, procedimientos médicos

REDESCUBRIENDO LA HIPNOSIS CLÍNICA

dolorosos o el dolor producido por quemaduras. Con la exposición de casos clínicos en los que se experimenta una remisión significativa de la estimulación dolorosa dicho autor muestra esta técnica como un potente coadyuvante para potenciar los tratamientos establecidos, reduciendo en muchos casos el carácter aversivo condicionado a curas o procedimientos médicos que generan un gran sufrimiento en los pacientes.

Respecto al tratamiento de las cefaleas mediante procesos sugestivos, Llanes y González (2013) realizan una revisión bibliográfica en la que se concluye que se trata de un tratamiento bien establecido según los criterios de Chambless y Hollon. Según estos autores los estudios coinciden en que la hipnosis es un tratamiento relativamente breve, libre de efectos secundarios y reacciones adversas, así como contribuye a la reducción de los gastos asociados a los ampliamente utilizados tratamientos médicos. La mayoría de las investigaciones consultadas se refiere a adultos y fundamentalmente al tratamiento de cefaleas primarias, por lo que es necesario incrementar la investigación para generalizar los resultados a otras poblaciones como la infantil o el tratamiento en cefaleas secundarias.

Como ejemplo de inducciones hipnóticas para conseguir la reducción del dolor cabe mencionar la técnica del "guante de anestesia" que consiste en inducir sensación de frío y acorchamiento a través de la mano y llevarla a cualquier parte del cuerpo donde se experimente el dolor. Otra inducción clásica es la de la ducha analgésica, en la que se van dando sugerencias utilizando recursos lingüísticos y lenguaje metafórico de que a medida que el agua cae, va disminuyendo la sensación de dolor, anestesiando todo el cuerpo hasta una percepción agradable y relajada del mismo (Ayuso 2014).

EVIDENCIA EMPÍRICA

Según la evidencia empírica disponible, la hipnosis utilizada como coadyuvante incrementa la eficacia de intervenciones para una amplia variedad de problemas físicos y psicológicos (Montgomery y Schnur, 2005). En la revisión realizada por Mendoza y Capafons (2009) establecen según los criterios de eficacia de Chambless y Hollon (1998) la evidencia empírica obtenida en estudios científicos en la aplicación de la hipnosis en el tratamiento de diferentes patologías:

- Los procedimientos hipnóticos se consideran como eficaces en el manejo del dolor y los elementos emocionales del asma.
- Probablemente eficaces en el tratamiento coadyuvante de la depresión, de ciertos trastornos del sueño, en la reducción del peso, el tratamiento del tabaquismo, el asma, la enuresis en niños y la preparación a la cirugía.
- Aún no existen estudios concluyentes respecto al tratamiento del cáncer de colon y la odontología.

Dichos autores concluyen que los resultados encontrados son lo suficientemente significativos para justificar más investigación y animar a los clínicos a incorporar los procedimientos

REDESCUBRIENDO LA HIPNOSIS CLÍNICA

hipnóticos a su repertorio de procedimientos terapéuticos eficaces. Defienden su inclusión como prestación dentro de la sanidad pública puesto que la evidencia empírica indica que la hipnosis, especialmente en el campo de la salud, incrementa la eficacia de las prestaciones, así como su eficiencia, tanto en cuanto a la satisfacción del paciente, como en el ahorro de tiempo y coste económico.

CONCLUSIONES

La irrupción de la hipnosis clínica en estudios científicos, así como su inclusión en los laboratorios para identificar sus correlatos fisiológicos permiten incrementar el conocimiento sobre esta técnica, conociendo su funcionamiento y los beneficios terapéuticos que aporta como coadyuvante de otros procedimientos validados empíricamente desde las disciplinas psicológicas y médicas. Este incremento en el conocimiento de los procedimientos hipnóticos por parte de los profesionales, así como un aumento de la validación empírica de su eficacia en múltiples trastornos del ámbito de la salud física y mental, podría permitir en el futuro una mayor aceptación y uso clínico de la misma por parte de los terapeutas, así como incrementar la demanda y reducción de temores por parte de los pacientes al ser informados debidamente. A pesar de que aún queda mucho trabajo por hacer, se van identificando progresos en el estudio y desmitificación de la hipnosis por parte de la comunidad científica, lo cual gradualmente podrá traducirse en un incremento de su implementación en el repertorio de estrategias terapéuticas de los profesionales de la salud repercutiendo positivamente en la eficacia de sus tratamientos clínicos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Alladin, A. (1994). Cognitive hypnotherapy with depression. *Journal of Cognitive Psychotherapy: International Quarterly*, 8,275-288.
2. American Psychological Association, Division of Psychological Hypnosis. (1993). Hypnosis. *Psychological Hypnosis*, 2, 3.
3. Ayuso de San Frutos, Y. (2014). Hipnosis clínica en psicoterapia breve. A propósito de un caso. *Revista digital de medicina psicosomática y psicoterapia*,4,3.
4. Barber, J. (2000). *Tratamiento del dolor mediante hipnosis y sugestión*. Bilbao: Desclée De Brouwer.
5. Barrios, A. A. (1973). Posthypnotic suggestion as higher-order conditioning: A methodological and experimental analysis. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 21, 32-50.
6. Burrows, G.D. y Boughton, S.G. (2001). Hypnosis and Depression. En G.D. Burrows, R.O. Stanley y P.B. Bloom (Eds.), *International Handbook of Clinical Hypnosis* (pp. 130-142). New York: Wiley.

REDESCUBRIENDO LA HIPNOSIS CLÍNICA

7. Capafons, A. (1998). Hipnosis clínica: una visión cognitivo-comportamental. *Papeles del Psicólogo*, 69, 71-88.
8. Capafons, A. (1999). La hipnosis clínica setenta y cuatro años después. *Anales de psicología*, 15 (1), 77-88.
9. Capafons, A. (2012). *Hipnosis*. Madrid: Síntesis.
10. Chambless, D.L y Hollon, S (1998). Defining Empirically Supported Therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(1), 7-18.
11. Ellis, A. (1993). Rational-Emotive therapy and hypnosis. En J.W. Rhue, S.J. Lynn e I. Kirsch (Eds.), *Handbook of clinical hypnosis* (pp. 173-186). Washington, DC: American Psychological Association.
12. Erickson, M (2015). *Mi voz irá contigo*. Barcelona: Paidós Terapia familiar.
13. Fernández-Abascal, E.G. y Miguel-Tobal, J.J. (1979). Medidas de respiración en diferentes técnicas de relajación. *Informes del Departamento de Psicología General*, 2, 127-141.
14. González Ordi, H. y Miguel Tobal, J.J. (1993). Aplicaciones de las técnicas de hipnosis en el ámbito de la modificación cognitivo-conductual. *Información Psicológica*, 53, 41-51.
15. González Ordi, H. y Miguel Tobal, J.J. (1999). Características de la sugestionabilidad y su relación con otras variables psicológicas. *Anales de Psicología*, 15(1), 577-584.
16. González Ordi, H (2001). *La hipnosis: mitos y realidades*. Archidona (Málaga): Aljibe.
17. González Ordi, H. (2013). *Hipnosis en el siglo XXI*. Madrid: Editorial grupo 5.

18. Kirsch, I. (1994). Defining hypnosis for the public. *Contemporary Hypnosis*, 11, 142-143.
19. Llanes, Y., González, S., Hernández, I (2013). La hipnosis en el tratamiento de las cefaleas. *Rev. Hosp. Psiquiátrico de la Habana*, 10(3) 27.
20. Mallet, J.E. (1989). Hypnosis and stress: prevention and treatment applications. En G.S. Everly, Jr. (Ed.), *A clinical guide to the treatment of the human stress response* (pp. 211-231). New York: Plenum Press.
21. Mendoza, M. (2000). La hipnosis como adjunto en el tratamiento del hábito de fumar. Estudio de caso. *Psicothema*, 12 (3), 330-338.
22. Mendoza, M., Capafons, A., Espejo, B y Montalvo, D. (2009). Creencias y actitudes hacia la hipnosis de los psicólogos españoles. *Psicothema* , 21, (3), pp. 465-470.
23. Mendoza, M., Capafons, A (2009) Eficacia de la hipnosis clínica: resumen de su evidencia empírica. *Papeles del psicólogo*, 30 (2), 98-116.
24. Molina, J.A. (2000). El empleo de las técnicas de sugestión como coadyuvantes de los programas multicomponentes en el tratamiento del tabaquismo: Estudio de caso único. Comunicación presentada en el Symposium Nacional sobre Hipnosis y Psicología Clínica, Fuentes, Usos y Abusos de la Hipnosis en Psicología Clínica. Organizado por la Asociación Española de Psicología Conductual (AEPC). Almería.

REDESCUBRIENDO LA HIPNOSIS CLÍNICA

25. Molina, J.A (2001). La hipnosis en la terapia cognitivo-conductual: aplicaciones en el campo de las adicciones. *Adicciones*, 13(1), 31-38.
26. Montgomery, G. y Schnur, J (2005). Eficacia y aplicación de la hipnosis clínica. *Papeles del psicólogo*, 89.
27. Ruiz, H. (2010). *Guía práctica de hipnosis. De las técnicas básicas a la regresión*. Madrid:Ediciones Nowtilus.
28. Sociedad Británica de Psicología (2001/2002). *La naturaleza de la hipnosis*. Valencia: Promolibro.
29. Spanos, N.P. y Barber, T.X. (1976). Behavior modification and hypnosis. En M. Hersen, R. Eisler y P. Miller (Eds.): *Progress in behavior modification*, Vol.3. (pp. 1-44). New York: Academic Press.
30. Spinhoven, P. (1987). Hypnosis and behavior therapy: A review. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 35, 8-31.
31. Yapko, M.D. (1992). *Hypnosis in the treatment of depression. Strategies for change*. New York: Brunner/Mazel.