



UNIVERSIDAD DE JAÉN
Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación

Trabajo Fin de Grado

Hipnosis, Atención y Control cognitivo: una revisión de traumas y recuerdos olvidados

Alumno: Ana María Carrillo Bailén

Tutor: Prof. D. José María Colmenero
Dpto: Psicología Básica

Junio, 2016

ÍNDICE

RESUMEN.....	3
1. BREVE PERSPECTIVA HISTÓRICA.....	4
2. HIPNOSIS: ASPECTOS DEFINITORIOS.....	7
2.1 Marco teórico.....	7
2.2 Sugestionabilidad.....	7
2.3 Definición.....	9
2.4 Tipos y variantes de hipnosis.....	10
2.5 Características del hipnotizador.....	11
2.6 Características del hipnotizado.....	11
2.7 Neurobiología.....	12
3. RELACIÓN CON LA COGNICIÓN.....	13
4. USOS CLÍNICOS DE LA HIPNOSIS.....	17
5. RELACIÓN CON LA MEMORIA.....	18
5.1 Abusos sexuales.....	21
6. DISOCIACIÓN, REPRESIÓN Y TRAUMA.....	23
6.1 Trauma y Disociación.....	25
6.2 Hipnosis y Disociación.....	26
7. REGRESIÓN.....	27
8. QUÉ PUEDE APORTAR LA HIPNOSIS FRENTE A LA RECUPERACIÓN DE RECUERDOS OLVIDADOS.....	28
9. ANSIEDAD Y ESTRÉS.....	30
10. ESTRATEGIAS HIPNÓTICAS PARA REDUCIR ANSIEDAD.....	32
10.1 Relajación muscular.....	32
10.2 Imágenes.....	32
10.3 Control del pensamiento.....	33
10.4 Sugestiones post-hipnóticas.....	34
10.5 Estimulación emocional.....	34
10.6 Autohipnosis.....	35
11. QUÉ PUEDE APORTAR LA HIPNOSIS FRENTE AL TRATAMIENTO DE ANSIEDAD.....	35
12. CONCLUSIÓN.....	36
13. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	38

RESUMEN

El presente trabajo de fin de grado (TFG) consiste en una revisión bibliográfica sobre la hipnosis. Se comenzará con una presentación del término para continuar con el tema central del trabajo, que consiste en describir la aportación de la hipnosis en el marco de las terapias dirigidas a la recuperación de recuerdos olvidados como, por ejemplo, los relacionados con haber sido víctima de abusos sexuales. Este tipo de experiencias resultan muy impactantes y desagradables para las personas, que las olvidan a modo de mecanismo de defensa. El uso inintencionado e involuntario de este mecanismo de defensa no está exento de consecuencias negativas. Así, la mayoría de personas que han sufrido y bloqueado estas vivencias padecen ciertos síntomas residuales que les perjudican en su día a día e incapacitan a la hora de llevar una vida tranquila y normal. En este trabajo se tratarán dos de ellos: ansiedad y estrés.

Asimismo, se muestra el uso de la hipnosis para paliar síntomas de ansiedad como complemento de las técnicas terapéuticas más tradicionales, como la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC).

Palabras clave: *Janet, traumas, disociación, regresión, ansiedad, estrés*

ABSTRACT

This end-of-degree project is a literature review about hypnosis. It will be start with a description of the term itself, then continue with the main topic, which is about the contribution that hypnosis can offer for example to victims of sexual harassment like therapeutic technique which can aid in recovering bad memories. This kind of experiences are very damaging for people, who forget them like a defense mechanism. The unintentional and involuntary use of this defense mechanism is not without negative consequences. The most of people who have suffered and forgotten these experiences endure symptoms which damage their daily life and incapacitate them to have a normal life. In this project two of them are described: anxiety and stress. Also, the use of hypnosis is showed to improve symptoms of anxiety, in addition to the more traditional therapeutic techniques such as cognitive behavioral therapy (CBT).

Keywords: *Janet, traumatic impression, dissociation, regression, anxiety, stress*

1. BREVE PERSPECTIVA HISTÓRICA

Aunque han sido muchos los cambios generados en el concepto, las variantes utilizadas de la técnica, así como los elementos introducidos lo largo de la Historia, la hipnosis se viene usando desde hace más de 3.000 años, observándose ya muchos elementos en común con el método hipnótico en rituales egipcios.

Al abarcar una extensa historia (no solo en tiempo sino también en extensión territorial) y haber sido cientos los autores interesados en la hipnosis y muchas y muy variadas las aportaciones realizadas, en este trabajo se comentará brevemente aquellas más importantes, centradas principalmente en el siglo XX, y se hará más hincapié en aquellos autores que aportaron, generalmente en relación con la hipnosis, elementos o aspectos claves del tema principal del trabajo: los traumas y recuerdos reprimidos.

Siglo XIX

J. P. F. Deleuze ha sido reconocido como el primer practicante de hipnosis que describió muchos de los fenómenos que aún se identifican en la definición de la misma tales como disociación, alucinaciones visuales y olfativas, respuesta a las sugerencias post-hipnóticas, hipermnesia y anestesia (Gauld, 1992; Laurence y Perry, 1988).

A partir de finales del siglo XIX se distinguieron dos corrientes fundamentales dentro del campo de la hipnosis: la Clásica, que tuvo su fundamento en la escuela de la Salpêtrière, y la Moderna, que se basó en los principios de la escuela de Nancy. En la hipnosis clásica lo que se buscaba era bloquear la consciencia, el juicio crítico y la resistencia de la persona, a través de un ritual formal de concentración y fatiga de la atención con el fin de aumentar su receptividad y susceptibilidad a las sugerencias directas del hipnotizador (Robles, 1990; Robles y Abia, 1997).

Siglo XX

En las décadas de 1940 y 1950, Milton H. Erickson promovió una apertura hacia lo que hoy se conoce como Hipnosis Moderna. La corriente moderna de la hipnosis considera a ésta como un estado especial de conciencia que todas las personas experimentamos a diario, pues se postula que existe en el cerebro una relación dinámica y complementaria donde se produce una alternancia natural en el predominio de un hemisferio y otro dentro de patrones establecidos biológicamente, llamados ritmos biológicos (Persello, 2014).

Janet (1859-1947) introdujo una nueva teoría sobre la naturaleza de la hipnosis. Sugirió que es posible crear una disociación entre las partes conscientes e inconscientes de la mente. Anticipándose a Freud y a las teorías dinámicas, Janet creía que los trastornos histéricos y psicológicos implicaban significados o funciones inconscientes, en los que se producía una disociación de las experiencias dolorosas (por ejemplo, el abuso sexual) de la percepción consciente (Halberstadt-Freud, 1996). Janet utilizaba técnicas como la hipnosis prolongada, exploración inconsciente, el alivio de los síntomas durante la hipnosis, la hipnosis sugestiva, modificación de imágenes, regresión y la creación de nuevos recuerdos o modificación en los contenidos de las memorias (Janet, 1925/1976; 1901/1977). Los escritos de Janet aún tienen hoy una enorme relevancia para el tratamiento de los trastornos disociativos, reacciones de conversión y trastornos de estrés postraumático.

Josef Breuer (1842-1925), un médico vienés, fue pionero en el uso de la hipnosis para abordar los trastornos histéricos que resultaban de las experiencias traumáticas. Él fue quien trató el famoso caso de conversión histérica de Anna O., (actualmente se sabe que era un trastorno disociativo de identidad). Mediante hipnosis, le incitó a que hablase sobre la causa de su problema. La «cura del habla», es decir, el relato de los hechos traumáticos resolvieron, al menos parcialmente, su crisis (Ródenas, 2012).

Durante este tiempo había un joven médico que estaba interesado en los trastornos psicológicos llamado Sigmund Freud (1856-1939). Freud conceptualizó los diferentes estados o niveles de conciencia y la capacidad de las personas de tener conocimientos e información de forma inconsciente. En sus primeros escritos, Freud reconoció su deuda con Janet sobre el papel de las ideas subconscientes (término inventado por Janet). De hecho, muchos de los métodos de Freud fueron modelados después de las técnicas de Janet (Ellenberger, 1970). Freud comenzó a utilizar la hipnosis en 1887, encontrando que ésta no funcionaba igual de bien con todos los pacientes y que ello dependía de la calidad de la relación terapéutica. Por ello decidió dejar de usarla, lo que no resulta sorprendente dado que la técnica hipnótica de Freud parece haber sido simplista y autoritaria, además de sesgada por su propio carácter. También hay otro factor que pudo alentar a Freud a abandonar la hipnosis y que resulta especialmente relevante para el tema que trata el trabajo: en la década de 1890, el auge de los casos de abuso sexual fue tan relevante como lo es hoy día.

Tardieu fue uno de los pocos profesionales dispuestos a creer en la existencia del abuso sexual. Poco después de su muerte, las creencias sobre el incesto y el abuso sexual fueron atacadas, atribuyéndolas a la imaginación, la histeria, la sugestión y la falta de fiabilidad de los niños (Brown, Schefflin, y Hammond, 1998). Al principio de su carrera, Freud se mostraba, en su teoría de la seducción original, como un defensor de los niños. Expresó así su creencia en la victimización de los niños en el asalto sexual, y concluyó que tal trauma estaba en la raíz de una considerable psicopatología adulta. Inmediatamente después de expresar este punto de vista, en 1896, fue despreciado y alejado de la comunidad profesional. Con el fin de recuperar la aceptación profesional y la esperanza de elevarse por encima del desprecio y convertirse así en alguien influyente, Freud tuvo que retractarse de su teoría de la seducción (Goodwin, 1985; Herman, 1981; Masson, 1984; Rush, 1980). Por lo tanto, no se hizo esperar la famosa teoría psicoanalítica de los conflictos edípicos, aceptando la visión popular de que los niños simplemente tienen fantasías sexuales que reflejan sus propios deseos subyacentes. Ésta es, sin duda, la principal razón por la que Freud alcanzó una gran aceptación profesional, mientras que Janet no llegó a obtener semejante reconocimiento a pesar de la importancia de sus contribuciones. Por tanto, debido a la excepcional influencia de Freud en la psicoterapia, el interés por la hipnosis se negó. Un muy buen amigo de Freud, Ferenczi, se negó a renunciar al abuso infantil y a la teoría del trauma y, por lo tanto, fue expulsado del círculo de profesionales (Summit, 1988). Ferenczi descubrió que algunos abusos se disocian de la conciencia, pero podían ser recordados en los estados de trance en los que el paciente revive las experiencias de nuevo.

En la actualidad, tanto el estudio como la investigación y puesta en práctica de la hipnosis gozan de buena salud. En los últimos decenios, destacadas agrupaciones internacionales de profesionales de la salud han expresado públicamente su reconocimiento de la utilidad terapéutica de la hipnosis, entre ellas la American Psychological Association. Hoy en día existen en todo el mundo infinidad de asociaciones científicas cuya finalidad es la formación, el desarrollo, la enseñanza y la aplicación de la hipnosis como una técnica más dentro del ámbito de la medicina, la psicología y dentro del ámbito completo de todo lo relativo al hombre (Bermejo, 2001).

2. HIPNOSIS: PRINCIPALES ASPECTOS DEFINITORIOS

2.1 Marco teórico

Diferentes modelos conceptuales han abordado el fenómeno hipnótico. Por un lado, existe la distinción entre modelos intrapersonales, los cuales destacan la importancia de los rasgos y estados internos de la persona para explicar el fenómeno hipnótico, y modelos interpersonales, los cuales centran la explicación del fenómeno en los aspectos sociales de la relación hipnótica (Yapko, 2008). Otra forma de diferenciar los modelos es según la cantidad de factores que incluyen, si un factor (Edmonston, 1981) o diversos factores (Kirsch y Lynn, 1995). También se encuentra la ya clásica distinción dicotómica de teorías del estado, vigente desde hace 50 años, centrada específicamente en la consciencia, el estado de alerta y el estado de ser consciente de que se está consciente y se tiene control sobre el Yo, versus las teorías del no-estado, en las que la hipnosis no representaría un estado “especial” de consciencia, sino que correspondería a distintos cambios neurofisiológicos como la sugestión (Fellows, 1990; Hilgard, 1973; Lynn, Shindler, Stafford y Vanderhoff 2002).

A groso modo, estas distinciones pueden ser clasificadas en dos grandes grupos: las teorías que explican el fenómeno de la hipnosis como propiedades de un estado de conciencia (Erickson, 1980; Kallio y Revonsuo, 2003; Spiegel y Spiegel, 1978), y las teorías que explican el fenómeno de la hipnosis como producto de sugestiones que dependen de variables psicosociales como las expectativas, creencias, motivaciones, imaginación y fantasías del individuo (Barber, 1969; Jara y Martínez, 1999; Kirsch, 1999; Kirsch y Lynn, 1995; Lynn et al. 2002; Lynn y Rhue, 1991; Spanos, 1986).

2.2 Sugestionabilidad

Antes de comenzar con el concepto de hipnosis e introducirnos en sus características y aspectos, resulta conveniente hacer alusión, con la finalidad de una mejor comprensión general, a los términos sugestión y sugestionabilidad, de especial relevancia para el tema tratado, porque siempre se ha considerado la sugestión como un vehículo para la inducción de la hipnosis y la producción de fenómenos hipnóticos (Gheorghiu, 1989).

Los fenómenos de sugestión y sugestionabilidad son probablemente unos de los aspectos del comportamiento humano que más han llamado la atención desde la Antigüedad. Así, se encuentra que grandes padres de la Psicología como Bernheim, Binet, Hull, James,

McDougall o Wundt prestaron atención, de una forma u otra, a la sugestión y áreas relacionadas. Tradicionalmente, ambos términos han sido asociados con características negativas de los individuos como "debilidad mental", "personalidad débil" o "personalidad fácilmente influenciable" (González y Miguel-Tobar, 1999). Es ahora cuando la investigación comienza a dibujar un panorama un tanto diferente.

El campo donde se han estudiado los fenómenos de la sugestión y sugestionabilidad con mayor amplitud y, por ende, hace de estos términos algo muy relevante para este trabajo, ha sido en relación con la hipnosis. Probablemente esto es porque muchos autores consideran que la hipnosis es esencialmente una situación en que la sugestionabilidad, entendida como la aptitud o disposición favorable a dejarse influenciar por algo o alguien sobre la manera de pensar o de actuar (que se da en algunas personas bien naturalmente o bien por efecto de algún tipo de práctica), se ve considerablemente aumentada (Hilgard, 1965; Wolberg, 1982; Weitzenhoffer, 1989). En general, la práctica totalidad de los fenómenos adscritos a la hipnosis se encuentran en relación con alguna forma de sugestión directa o indirecta.

Los individuos altamente sugestionables se caracterizan por ser personas con una marcada tendencia a dejarse llevar por la imaginación y fantasear acerca de las cosas que les ocurren o podrían ocurrirles, por tener una buena capacidad para focalizar su atención y abstraerse con sus propios pensamientos o sensaciones, por implicarse emocionalmente en sus experiencias cotidianas y dejar que los demás influyan en sus actitudes, pensamientos y estado de ánimo, en ocasiones, más de lo que ellos mismos consideran conveniente. Existen diferencias significativas en cuanto al género: las mujeres muestran valores medios en sugestionabilidad más elevados, especialmente en relación a la implicación emocional en sus experiencias vividas (González y Miguel-Tobar, 1999). Una herramienta útil para medir el nivel de sugestionabilidad es el Inventario de Sugestionabilidad (I.S) (González y Miguel-Tobar, 1999), un instrumento de evaluación rápido, sencillo y fácilmente aplicable a diferentes contextos de la evaluación psicológica, que ofrece una medida general de la sugestionabilidad y cuatro subescalas:

1. Fantaseo: tendencia del individuo para evadirse o dejarse llevar a través de la imáginería, la música o la voz,
2. Absorción-concentración: capacidad del individuo para focalizar su atención, concentrarse en imágenes y sensaciones propias o experimentar con viveza sensaciones a través de la imaginación,

3. Implicación emocional: capacidad del individuo para implicarse emocional y activamente en el contenido del mensaje estimular,
4. Influenciabilidad: grado en que un individuo permite que los demás influyan en sus actitudes, pensamientos y estado de ánimo.

Por tanto, cuanto más propensa sea una persona a ser sugestionada, mayor será su nivel de hipnotizabilidad, lo que indicará un uso efectivo o no de la hipnosis como tratamiento (debido a las diferencias individuales, no en todas las personas es igualmente válida como tratamiento) (González y Miguel-Tobar, 1999).

2.3 Definición

Centrándonos ya sí en el concepto de hipnosis, es importante una buena definición del término para continuar posteriormente con la explicación de características y aspectos relacionados con el tema principal del trabajo. A pesar de las múltiples definiciones del término a lo largo de su historia, actualmente se entiende como el procedimiento durante el cual una persona (el hipnotizado) es guiada por otra persona (el hipnotizador) para responder a sugerencias que implican cambios en su experiencia subjetiva, alteraciones en la percepción, sensación, emoción y/o conducta (Barabasz, Barrett, Green y Montgomery, 2005).

El estado hipnótico (una vez que la persona ya está inmersa en la sugestión) es un estado alterado de la conciencia parecido al del sueño fisiológico o al de las meditaciones profundas. En él se puede ser consciente de lo que sucede alrededor además de aumentar la atención hacia los propios pensamientos. También se pueden percibir cosas que antes no se percibían. Cuando las personas durante la hipnosis se ensimisman en su mundo interno o se concentran en un aspecto del mundo externo, se disocian del resto para entrar en un nuevo estado asociado de experiencia, pudiendo estar focalizado tanto en algo preciso como en algo difuso. De este modo, se consigue un estado de concentración dirigido a aquellos contenidos que sean de interés por parte del hipnotizador para la causa que les concierne (Persello, 2014).

Con frecuencia ocurre que las personas tienen miedos y concepciones erróneas sobre la hipnosis, debidos a lo que han leído o visto en la televisión, en el cine o en espectáculos llevados a cabo con propósitos de entretenimiento. En los medios populares se da una imagen errónea de la hipnosis como un recurso para controlar la mente, como un medio de recuperar recuerdos perdidos e incluso como un inductor de la conducta criminal. Con motivo de esto,

y como en todo tratamiento sistemático, el trabajo con hipnosis comienza cuidando el establecimiento de una buena relación, continúa con la evaluación de las creencias, actitudes y expectativas de los clientes, presenta un enfoque racional y honesto ante las malas concepciones presentes y administra procesos estandarizados pero flexiblemente adaptados a cada individuo para suscitar cambios en la experiencia y la conducta (Montgomery y Schnur, 2008).

2.4 Tipos y variantes de hipnosis

En lo referente a la clasificación del fenómeno encontramos dos variantes muy claras. Por un lado está la hipnosis Freudiana, basada en la sugestión. En ella, el paciente sigue instrucciones verbales (por ejemplo “¡Duérmete!”), visuales y corporales. Parte de la idea de que si se sugiere a un paciente que se cure, puede conseguirlo. Por otro lado, y más actual, se encuentra la hipnosis Ericksoniana. No es sugestiva, sino que solicita una participación por parte del paciente. Una sesión de hipnosis de este tipo se lleva a cabo en forma de una sencilla conversación en la que la persona se encuentra en un estado de profunda relajación y así accede poco a poco a su inconsciente. El terapeuta mantiene la conversación utilizando metáforas y símbolos y lleva progresivamente al paciente a encontrar por sí mismo la solución a sus problemas. Ha demostrado una mayor efectividad y varios autores afirman que es un método más respetuoso con los valores del paciente que la primera (Rocamora, 2011). Algunas variantes de la técnica son:

- La hipnosis despierta: incluye diversos métodos donde la persona no necesita estar relajada ni con los ojos cerrados para poder beneficiarse de la sugestión. Se caracteriza por no sugerir sueño o relajación, sino actividad y expansión mental (es decir, que la persona hipnotizada puede hablar fluidamente, caminar y realizar las tareas cotidianas mientras la realiza) y por cuidar el vocabulario (para presentar la hipnosis como una estrategia general de afrontamiento o autocontrol y evitar así sugerir trance, alteración de conciencia, etc.) (Capafons, 2001a).
- Autohipnosis: Es una técnica basada en la relajación diseñada para sumergirse uno mismo en un estado hipnótico y conectar con el inconsciente. Esta práctica está presente en algunas religiones, como el hinduismo, y tiene como objetivo hacer frente a los miedos, los fantasmas y mejorar el estado psicológico y también fisiológico de la persona. Las personas que la utilizan entran en un estado de trance, en general,

favorecido por la meditación, y se sienten relajados cuando salen de ésta (Capafons, 1998).

2.5 Características del hipnotizador

Al plantear el trabajo sobre la hipnosis, una de las mayores incógnitas a resolver era la relativa a cómo es un hipnotizador, es decir, qué cualidades tiene que tener una persona capaz de inducir un estado alterado de conciencia a otra. Tras leer y releer muchos artículos buscando la respuesta, la conclusión es que un hipnotizador es una persona completamente normal. Eso sí, es importante que posea o aprenda ciertas características y aptitudes exteriores que le permitan al paciente tener seguridad de que la terapia no va a resultar en vano como, por ejemplo, dominar el autocontrol y tener confianza en sí mismo. Hay que ser flexible, objetivo, tener un adecuado control de los impulsos emocionales y ser capaz de establecer relaciones de empatía e inspirar confianza al paciente, para que éste se entregue libremente al proceso de inducción. Otro aspecto importante es que jamás un hipnotizador debe considerar el manejo de la hipnosis como un don especial o poder sobrenatural, pues cualquier médico, psicólogo o persona interesada puede ser un buen profesional en el tema en tanto que aprenda la teoría y domine la técnica (Regader, 2012). Independientemente de sus cualidades personales, actitud mímica, gestos, control afectivo, lo fundamental es que tenga dominio de la técnica que use (Bárcenas, 2009).

2.6 Características del hipnotizado

En la otra cara de la moneda se encuentran las características que predisponen a una persona a ser hipnotizada con mayor facilidad o a conseguir mejores resultados. Di Faria (1755-1819) fue uno de los primeros en destacar las diferencias individuales en la hipnotizabilidad y la importancia de las expectativas y las atribuciones del participante (Laurence y Perry, 1988). Fue pionero en centrar la atención en el individuo y no en el hipnotizador.

Algunos aspectos relacionados con la absorción y la propensión a la fantasía, así como las estrategias de imaginación activa y los sesgos interpretativos inducidos por las instrucciones del hipnotista, explican una parte de la varianza en hipnotizabilidad (Vera, 1999). Las expectativas de respuesta son un determinante esencial de la experiencia hipnótica. Así, se ha propuesto que hasta cierto punto, quizá las expectativas y los procesos de

imaginación son variables inseparables que, en el contexto de la hipnosis, determinan conjuntamente la creación de una realidad subjetiva, con sus correlatos fisiológicos y conductuales. Además, las aptitudes o capacidades específicas que pueden estar implicadas en el éxito de cada tarea sugerida dentro de la experiencia hipnótica pueden ser las responsables de que, a igualdad de expectativas, diferentes personas manifiesten grados variables de hipnotizabilidad (Vera y Martínez, 1999).

En definitiva, si bien generalmente se asume que tanto los factores situacionales (relación terapeuta-cliente, situación ambiental, característica del hipnotizador...) como las personales son responsables del comportamiento hipnótico, aún queda por definir la importancia relativa de cada uno y el tipo de interacción que mantienen.

2.7 Neurobiología

En paralelo con el desarrollo teórico, el número de investigaciones vinculadas al estudio de los correlatos neuronales del fenómeno hipnótico ha aumentado progresivamente durante los últimos años (De Pascalis, 1999; Gruzelier, 1999; Oakley y Halligan, 2009). Motivo de esto ha sido el paulatino reconocimiento de la hipnosis como un fenómeno real y, por tanto, susceptible de ser estudiado neurobiológicamente (Jamieson, 2007), así como el desarrollo de nuevos enfoques teóricos y metodologías dentro de la neurociencia que incorporan aspectos biopsicosociales y aproximaciones multinivel en el estudio de la cognición y la conciencia, propiciando una aproximación neurocognitiva de la hipnosis (Raz y Shapiro, 2002). Metodológicamente, ello se ha traducido en la utilización de herramientas como la neuroimagen (fMRI, PET) y el análisis de señales electromagnéticas (EEG, MEG) para estudiar la hipnosis.

La evidencia neurofisiológica a favor de un estado de conciencia hipnótico incluye la participación de diversas regiones corticales y subcorticales, con especial énfasis en la corteza cingulada anterior y la corteza prefrontal dorsolateral. Sobre la base de estudios de coordinación funcional, el estado hipnótico se caracterizaría, además por una disminución en la conectividad cortical. Asimismo, la sugestión hipnótica, al producir efectos sobre fenómenos psicológicos específicos, ha mostrado su utilidad para estudiar procesos neurocognitivos normales y patológicos. Esto se ha evidenciado en el estudio del dolor, alucinaciones perceptuales y control voluntario del movimiento. Finalmente, cabe destacar que, dado que tanto las teorías de estado como de no-estado predicen cambios en la actividad

cerebral durante hipnosis, la mera observación de diferencias neurofisiológicas asociados al proceso hipnótico resultan insuficiente para resolver el debate (Canales-Johnson, Ibáñez, Lanfranco, Vargas, 2012).

3. RELACIÓN CON LA COGNICIÓN

Hasta ahora sólo se ha hecho alusión a lo que es la hipnosis en sí y a sus características pero, ¿qué relación existe entre ésta y los distintos aspectos cognitivos, en vistas a usarla como técnica terapéutica?

Las contribuciones de la hipnosis para la comprensión de diversos aspectos de la cognición han sido numerosas. A continuación se expondrán algunas relacionadas con sensación y percepción, pensamiento, procesamiento automático y controlado, actitudes, personalidad y cognición y desarrollo cognitivo. Especialmente relevantes son las relacionadas con el estudio de la memoria, que se comentarán posteriormente en otro apartado de manera más detallada, al ser la memoria un aspecto destacado de la cognición para el núcleo del trabajo.

Sensación y percepción

Aunque para los psicólogos experimentales no son los efectos que más han llamado la atención, la sugestión hipnótica puede alterar espectacularmente el ámbito de las sensaciones y percepciones de una persona. Lo que más ha destacado en este campo es la analgesia hipnótica¹ (Hilgard, 1969). Los estudios de Hilgard sobre este tipo de analgesia también dieron lugar a la idea de que la conciencia se podía “dividir” sin recurrir a la comisurotomía, lo cual constituyó un hito importante en la "revolución de la conciencia" que se produjo en la psicología cognitiva a partir de finales de 1970 (Hilgard, 1977).

Algunos autores han afirmado durante mucho tiempo que la sugestión hipnótica podía mejorar la agudeza sensorial, especialmente en la visión o audición. A pesar de que estos

¹ Empleo de sugestiones hipnóticas específicas para la reducción y el alivio del dolor de un individuo, permitiendo, al mismo tiempo, la percepción de otras sensaciones asociadas que orientan al paciente hacia su cuerpo (ej. presión, temperatura, posición)

cambios se producen sólo si las personas son miopes, es decir, que no es posible conseguir una visión o audición superior al nivel normal, este tipo de hallazgo ilustra el papel que tiene la sugestión en los procesos centrales y "top-down" (funciones sensoriales de bajo nivel). Las alteraciones de la percepción llevadas a cabo con hipnosis, como las alucinaciones, pueden ampliar el estudio del alcance que tiene el control ejecutivo central sobre los procesos sensoriales y perceptivos de "bajo nivel" y ofrecer una nueva perspectiva sobre los acoplamientos de la percepción. Estos esclarecen el papel de las inferencias inconscientes en la percepción y, por lo tanto, su estudio es de gran importancia para el debate entre el punto de vista "constructivista" y "ecológico"² de la percepción.

Pensamiento

No debemos pasar por alto que los individuos, además de sentir o percibir, también piensan durante estas experiencias. Orne (1959) llamó la atención sobre una forma peculiar de pensar observada en la hipnosis, que calificó de "trance lógico", caracterizado como "la coexistencia pacífica entre ilusión y la realidad". Orne hacía referencia a la capacidad de un individuo profundamente hipnotizado para mantener su atención dirigida simultáneamente hacia cuestiones, percepciones o ideas inconsistentes desde un punto de vista puramente lógico. Para Orne, las alucinaciones (tanto las positivas como las negativas) son una buena muestra de "lógica del trance", del lenguaje simbólico y/o estructural que, dotado de su propia idiosincrasia, subyace al proceso hipnótico (Villafañe, 2011). El trance lógico es un medio interesante para el estudio de cómo los individuos resuelven la disonancia cognitiva en general. Una forma de hacer esto es mediante la construcción de ideas delirantes. Como tal, la hipnosis ofrece un medio para profundizar en el conocimiento de los trastornos de la percepción, la memoria y el control voluntario de la acción, ya que puede provocar en la persona delirios en tiempo real (Kihlstrom y Hoyt, 1988). Por ejemplo, cuando Zimbardo y sus colegas indujeron sordera parcial en personas hipnotizadas a través de una sugerencia post-hipnótica (a su vez cubierta por la amnesia), mostraron un aumento de los niveles de

² De acuerdo con el constructivismo, el conocimiento previo es necesario para integrar los datos procedentes de los sistemas sensoriales e inferir de manera inconsciente la configuración estimular que con mayor probabilidad puede haber dado lugar a la disposición retiniana momentánea. Por su parte, de acuerdo con el enfoque ecológico de la percepción, ésta está determinada únicamente por el complejo y continuamente cambiante patrón luminoso que llega hasta el sistema visual procedente de los distintos objetos que conforman nuestro entorno (disposición óptica) de la percepción.

paranoia, incluyendo delirios de secreto y de conspiración (Andersen, Kabat y Zimbardo, 1981).

Procesamiento automático y controlado

Uno de los hitos de la revolución cognitiva en psicología fue la distinción entre procesos automáticos y controlados (DeHouwer y Moros, 2006). Desde la perspectiva clásica, se considera que los procesos automáticos consumen cantidades mínimas de recursos y su ejecución no interfiere con procesos adicionales que se realicen simultáneamente. Su funcionamiento requiere poco control consciente y su ejecución mejora poco con la práctica adicional o con la retroalimentación de los resultados anteriores (Delclaux, 1982). Algunos procesos automáticos parecen ser innatos, parte de nuestra dotación genética y evolutiva, mientras que otros se han vuelto automáticos en virtud de la práctica y el sobre-aprendizaje. Cualquiera que sea su origen, una vez establecida la automatización de un proceso, éste se convierte en permanente. Sus efectos sí pueden ser contrarrestados de manera post hoc, pero ello no es equivalente a tener el control de la ejecución del mismo. Sin embargo, en una serie de experimentos, Raz y sus colegas han demostrado que a los individuos que se les da sugerencias hipnóticas de agnosia o alexia, presentan una reducción o eliminación de la interferencia de Stroop (Raz, 2003). Por tanto, los efectos de la sugestión hipnótica han revelado una dimensión hasta hace poco no apreciada del automatismo: es posible recuperar el control consciente de un proceso que se ha automatizado (Deikman, 1966; Wenk- Šormaz, 2005).

Actitudes

La manipulación hipnótica de las actitudes sociales fue utilizada en una prueba fundamentada en la teoría del equilibrio³. Según Rosemberg, una actitud sobre algo implica tanto creencias como una evaluación del objeto. Por tanto, pueden ser cambiadas bien racionalmente, cambiando las creencias, o bien irracionalmente, alterando la evaluación. Su aportación al respecto fue conseguir invertir la evaluación de algunas personas sobre ciertos

³ Según la teoría del equilibrio de Heider, las relaciones interpersonales, así como las que se establecen entre personas y los objetos e instituciones del medio, tienden a un estado de equilibrio. La quiebra de dicho equilibrio, provoca, según su opinión, un estado de tensión que la persona tiende a reducir mediante cambios introducidos a través de la acción o de una reorganización cognitiva.

temas a través de la sugestión hipnótica. En esta misma línea, Wheatley y Haidt (2005) llevaron a cabo un experimento para demostrar el papel de las intuiciones y los juicios morales. En la prueba se dieron a los participantes sugerencias posthipnóticas para sentir malestar al leer una palabra en particular. Esa “palabra” aparecía en algunas viñetas (por ejemplo, de dos primos que se enamoraban y su relación se consideraba “incesto”). Por tanto, era una situación en la que debían hacer un juicio moral. Las viñetas que contenían la palabra fueron calificadas como moralmente peores, además de más desagradables, en comparación con las mismas viñetas pero sin la palabra. Por tanto, quedó demostrado que las actitudes podían ser manipuladas directamente por la hipnosis.

Personalidad y cognición

Respecto a la personalidad, las diferencias individuales en hipnotizabilidad han estimulado una gran cantidad de investigaciones sobre los correlatos cognitivos de una “personalidad” altamente hipnotizable. Esta búsqueda resultó infructuosa hasta que los investigadores comenzaron a desarrollar escalas que medían la ocurrencia de experiencias “hipnóticas” fuera del contexto propiamente hipnótico y que no estuviesen ya representadas en los inventarios de personalidad existentes, tales como el Inventario de personalidad Multifásico de Minnesota y el Inventario psicológico de California (o, para el caso, en el léxico de los rasgos de personalidad). El producto principal de esta línea de investigación fue la “Escala de Absorción” de Tellegen, inspirada en la literatura sobre hipnosis (Tellegen y Atkinson, 1974). Posteriormente no tardó en incorporarse la absorción dentro de una dimensión más amplia, conocida como “apertura a la experiencia,” que es ahora reconocida como uno de los “Cinco Grandes” rasgos de la personalidad. En contraste con las otras dimensiones de los Cinco Grandes, la apertura es una disposición cognitiva (McCrae y Costa, 1990). Tal como se define actualmente, incluye no sólo aspectos hipnóticos, tales como implicaciones imaginativas, sino también culturales y de liberalismo político-social (Glisky y Kihlstrom, 1993). La hipnosis, por tanto, ha jugado un papel importante añadiendo una dimensión cognitiva de forma explícita a la estructura de la personalidad y aclarando la naturaleza de la misma.

Desarrollo cognitivo

El desarrollo cognitivo es una de las áreas de la cognición que la hipnosis ha dejado prácticamente intacta. Los primeros intentos de llevar a cabo regresiones hipnóticas y así optar a un desarrollo cognitivo más temprano de la persona y poder explorar los procesos de desarrollo sin tener que realizar estudios longitudinales (Reiff y Scheerer, 1959) sufrieron una serie de problemas y fueron mal guiados desde el principio (O'Connell, Orne y Shor, 1970). Aunque la hipnosis se ha utilizado con éxito en la clínica con niños (Hilgard y LeBaron, 1984), la investigación sistemática sobre la hipnosis en éstos se ha limitado a las evaluaciones de hipnotizabilidad en diferentes grupos de edad (Cooper y Londres, 1969, 1971, 1978; Morgan y Hilgard, 1973)

En los años 80, los postulados de la teoría de la mente abrieron nuevas posibilidades para el estudio de la hipnosis y el desarrollo cognitivo no exploradas hasta el momento. De acuerdo con los planteamientos de esta postura teórica, a medida que el niño crece, comienza a entender los estados mentales, es decir, que son los que controlan las acciones, que representaciones mentales propias pueden diferir de la realidad externa, que existen estados mentales diferentes para cada persona, que la fantasía es diferente de la realidad y que imaginar algo es diferente a percibirlo. El desarrollo de la teoría de la mente concluye con la comprensión de los sueños como lo que son, solamente sueños, y la diferenciación entre imaginación y realidad (Lillard, 2013; Markman, Klein y Suhr, 2008). La relevancia de la hipnosis en este ámbito consiste en que mediante estudios sistemáticos se puede observar si la respuesta de los niños a la hipnosis puede avanzar la comprensión de los aspectos de la teoría de la mente y así arrojar luz en el desarrollo cognitivo en general.

4. USOS CLÍNICOS DE LA HIPNOSIS

Progresivamente, y tras describir las aportaciones de la hipnosis, sus posibilidades de uso se han ido tornando en un amplio abanico de múltiples y diferentes finalidades. Entre otras, se ha utilizado para tratamientos del dolor, depresión, ansiedad y fobias, estrés, cambios en hábitos del comportamiento (ej. dejar de fumar), desórdenes gastrointestinales, la recuperación post-quirúrgica, alivio de las náuseas y vómitos, en partos, tratamientos de la hemofilia... (Arreola, 2016)

BLOQUE II

5. RELACIÓN CON LA MEMORIA

El núcleo de este trabajo gira en torno a los recuerdos olvidados o bloqueados a causa de experiencias que la persona vive como muy impactantes y dolorosas (traumas), y la recuperación de los mismos mediante hipnosis. Por ello, es necesario entender la relación que se ha establecido entre ambos conceptos: hipnosis y memoria.

Como se ha mencionado anteriormente, las contribuciones de la hipnosis en el campo de la memoria han sido especialmente relevantes. Algunas de ellas como, por ejemplo, descubrir el origen de distintos tipos de amnesias, la distinción entre la memoria episódica y semántica, la aparición del efecto “priming” en la memoria implícita (inconsciente) y el recuerdo fallido (conocido como falsa memoria) entre otras, se comentarán ahora más detenidamente.

La aportación más destacada en este ámbito ha sido sobre las causas de la amnesia, siendo éste un fenómeno que ha suscitado gran interés en los psicólogos cognitivos y neurocientíficos cognitivos (Evans, 1979; Evans y Thorne, 1966) a lo largo del tiempo. Así, a mediados de la década de 1960, Evans y Thorne realizaron estudios relativos a las causas de la amnesia. En uno de ellos, a los individuos hipnotizados se les enseñó ciertas respuestas ante imágenes de carga emocional negativa. Una vez fuera del estado hipnótico, un tercio de los individuos fueron capaces de reproducir las respuestas correctas cuando se le presentaban las imágenes. Sin embargo, no eran capaces de recordar conscientemente donde o cuando las habían aprendido.

La presencia de la amnesia se revela comúnmente como una disociación entre dos tipos de memoria: episódica y semántica. Aparte de discriminar entre la memoria a corto plazo y a largo plazo, las primeras teorías cognitivas sobre la memoria consideraban ésta como un sistema de almacenamiento unitario. Desarrollos teóricos posteriores, sin embargo, plantearon las distinciones entre memoria declarativa (basada en hechos reales) y memoria procedimental (basado en reglas), y luego entre dos formas de memoria declarativa, episódica y semántica. Gran parte de la evidencia de estas distinciones estructurales en la memoria a largo plazo se deriva de estudios de la amnesia, incluyendo la amnesia post-hipnótica (PHA), similar a la amnesia disociativa. En concreto, los hipnotizadores provocan una amnesia PHA al sugerir a una persona hipnotizada que después de la hipnosis olvidará cosas en particular,

aprendidas durante la hipnosis o antes de la misma, hasta que reciba una "cancelación". Una PHA sólo ocurre cuando es sugerida específicamente (Kihlstrom, 1992b; Kihlstrom, 1997a).

Tulving (1983) citó un estudio de la amnesia post-hipnótica (Kihlstrom, 1980) como uno de los cuatro experimentos que demuestra la distinción entre la memoria episódica y semántica. En este experimento, los individuos memorizaban una lista de palabras durante la hipnosis y posteriormente recibían una sugerencia de amnesia post-hipnótica. Los resultados mostraron que, aunque las personas mostraron cierta amnesia de las palabras estudiadas de la lista, sin embargo las utilizaban como respuestas en tareas de asociar, categorizar y generar palabras. Por lo tanto, la amnesia post-hipnótica afectó a la memoria episódica de la lista de palabras memorizadas pero no afectó a la memoria semántica de las mismas. Este efecto de "priming", un efecto relacionado con la memoria implícita por el cual la exposición a determinados estímulos influye en la respuesta que se da a estímulos presentados con posterioridad, no se había observado en experimentos anteriores. Sin embargo, a partir de este momento comenzó a ser replicado y ampliado (Barnier, Bryant y Briscoe, 2001; David, Brown, Pojoga, y David, 2000).

Fue más tarde cuando se comprendió que el efecto de "priming" que había detrás de una amnesia post-hipnótica formaba parte de lo que vendría a llamarse memoria implícita (Schacter, 1984, 1987), es decir, como el resultado de una expresión de la memoria inconsciente. Así, la mayoría de manifestaciones de la memoria implícita (como, por ejemplo, los efectos de priming) se han observado bajo una codificación pobre de la información debida a diversas condiciones, como cuando la persona sufre de daño cerebral, envejecimiento normal o simplemente cuando se ha realizado un procesamiento superficial de la información. Sin embargo, en el caso de una sugerencia de amnesia post-hipnótica, la amnesia que afecta a la memoria explícita no es resultado de una codificación empobrecida. Esta afirmación se basa en dos aspectos:

1. En primer lugar, la amnesia post-hipnótica es reversible. Por tanto, ésta es producto de factores que tienen que ver con la recuperación en lugar de con la codificación o el almacenamiento.
2. En segundo lugar, la amnesia post-hipnótica puede ser sugerida incluso para materiales que han sido codificados profundamente por los individuos durante el proceso de memorización.

Resulta claro, pues, que la amnesia post-hipnótica es una muestra clara de que la memoria explícita e implícita pueden disociarse incluso cuando la información se ha codificado correctamente. Es decir, la PHA más bien refleja una incapacidad temporal para recuperar información que está bien guardada en la memoria, lo que la convierte en una herramienta útil para la investigación.

Por su parte, la memoria mejorada, o hipermnesia, también ha sido reclamada por el campo de la hipnosis. En contraste con la amnesia post-hipnótica, la evidencia empírica para este fenómeno nunca ha sido particularmente convincente. Así, no existen pruebas de que las sugerencias hipnóticas mejoren la memoria más allá del recuerdo que se produce naturalmente en el estado normal de vigilia (Registro y Kihlstrom, 1987, 1988). Además, hay buenas razones por las que preocuparse en relación con las sugerencias hipnóticas y su supuesta eficacia para mejorar la memoria, pues éstas favorecen sesgos que inducen falsos recuerdos (Kihlstrom, 1994) o el falso reconocimiento en la persona (Schacter, 1999). A estos riesgos se dedicará un espacio a continuación, en relación al tema de la oleada de recuerdos falsos de abusos sexuales a los que ha dado lugar técnicas como la hipnosis.

Los falsos recuerdos y reconocimientos son distintos fenómenos encuadrados dentro de lo conocido como “falsa memoria”. La falsa memoria no fue descubierta por la hipnosis (Loftus, 1974; Roediger, 1996) pero al recurrir muchos psicoterapeutas a ésta para estimular la recuperación de lo “reprimido,” “disociado” o los recuerdos olvidados de abuso sexual y otros traumas de la infancia, se toparon con este fenómeno al demostrarse que estas memorias recuperadas eran poco fiables o imposibles de verificar⁴.

En este tema existe cierta controversia, debido a que las teorías neodisociativas de la hipnosis (Hilgard, 1977; Kihlstrom, 1992a) otorgan credibilidad a la idea de que los recuerdos traumáticos podrían ser bloqueados de la conciencia, pero son capaces de afectar a la experiencia de una persona, el pensamiento y la acción en la forma de “memorias del cuerpo” y similares (Kihlstrom, 1996b, 1997b). Sin embargo, una investigación cuidadosa ha socavado este aspecto de la tradición clínica: los recuerdos traumáticos suelen ser mejor recordados que los ordinarios (Kihlstrom, 2006; McNally, 2003). A este respecto, la

⁴ ¹Dada la relevancia y el cuidado que hay que tener con las falsas acusaciones, existen ciertos signos que pueden ser delatores de haber sufrido un trauma, como miedo a expresar la ira, períodos sustanciales de la infancia de los que no se tiene memoria de emociones o eventos y sufrir depresión o trastornos alimentarios graves, entre otros. Además, cuanto más joven se es al sufrir abuso y más dependencia existe con la/s persona/s implicadas, existe mayor probabilidad de reprimir el recuerdo.

contribución de la hipnosis fue poner de relieve claramente los problemas, en la psicoterapia y la sala del tribunal, creados por la naturaleza reconstructiva de la memoria (para una cobertura más completa, véase Mazzoni, Laurence y Montón, 2014).

La hipnosis también ha jugado un papel importante revelando la relación que existe entre la emoción y la memoria a través de una serie de experimentos realizados por Bower y sus colegas, poniendo de manifiesto el fenómeno conocido como memoria congruente con el estado afectivo de la persona (Bower, Monteiro, y Gilligan, 1978; Bower, Gilligan, y Monteiro, 1981). Estos estudios dirigieron la atención de los psicólogos cognitivos a la emoción y ayudaron a establecer el escenario para lo que convirtió en una "revolución afectiva" (o, tal vez, una contrarrevolución) en psicología.

5.1 Abusos sexuales

Volviendo al aspecto de la relación entre hipnosis y la naturaleza reconstructiva de la memoria, hoy día se conoce que no han sido pocos los casos de hijos que, una vez adultos, han acusado a sus padres o incluso a sus hermanos o vecinos de haber abusado sexualmente de ellos, afirmando haberlo reprimido durante décadas. A finales de 1980 y principios de 1990 se produce un auge en este tipo de acusaciones.

Investigando más sobre la causa del incremento de este tipo de afirmaciones, Eleanor Goldstein en 1997 observó tres tendencias significativas desarrolladas en las dos últimas décadas que podrían estar a la base de ello. Dos de ellas no son de interés para este trabajo y, por tanto, se mencionarán brevemente (para una revisión sobre el tema, véase Goldstein, 1997). La primera tendencia que nos ocupa, y la más relevante para este trabajo, es que la mayoría de personas que son del prototipo extremadamente confiadas e ingenuas son las que caían en estas décadas en la práctica de técnicas que alteran la mente (y que, por tanto, son favorecedoras de confabulaciones) de la mano de profesionales inadecuados e inexpertos. Entre estas técnicas se encuentra el uso de la hipnosis para recuperar recuerdos, además de visualización de imágenes, regresiones, trabajo con la memoria corporal, abuso de sustancias ilegales y uso descuidado -con escasa conciencia de las consecuencias- de medicamentos psicógenos. En esta línea, el uso de métodos de relajación se anunciaba como una posibilidad de añadir una nueva dimensión a la vida de las personas y se le otorgaba un gran poder de curación y de mantenimiento de salud, obviando que cualquier técnica o medicamento que altere la mente puede ser perjudicial. En casi todos los casos de acusación de abuso sexual,

algunas o todas las técnicas antes mencionadas estaban implicadas en el desarrollo de falsos recuerdos. Otro dato que llama la atención es que este tipo de “recuerdos” suelen aflorar en terapia coincidiendo en su mayoría con que la persona ha leído algo acerca de la represión de recuerdos. Por lo tanto, estos falsos recuerdos pueden ser producto de la sugestión de la persona y no tanto de la memoria.

La segunda tendencia la crea el Movimiento de Recuperación, asociado con los movimientos de la Nueva Era, el Movimiento Feminista de Género y el Movimiento Fundamentalista, que se constituyen como los principales movimientos sociales que hacen hincapié en los sentimientos y la intuición. De cada grupo de padres acusados de abuso con quien Goldstein habló, en casi todos ellos alguno de sus hijos adultos estaba implicado en alguno de los movimientos anteriores. Por lo tanto, parece que estas corrientes de pensamiento proporcionaron un medio idóneo para que “florecieran” falsos recuerdos.

La tercera y última tendencia a mencionar tiene que ver con la revolución sexual acaecida en la segunda mitad del siglo XX, que instauró en hijos adultos miedos relacionados con dos áreas, como son el compromiso entre las personas y las enfermedades de transmisión sexual. Estos temores eran desconocidos o no fueron experimentados por los padres y, debido a su carácter novedoso, no eran tratados por los terapeutas o abordados por la sociedad en general. Así, por un lado, el compromiso tal y como se entendía antes y ahora creaba una brecha generacional casi insalvable y un sentimiento de miseria en los hijos al no consolidar relaciones sólidas, que fácilmente se podía traducir en relaciones tóxicas entre familias que desencadenaran falsas acusaciones. Por otro lado, en lo referente a las enfermedades sexuales derivadas no siempre de un comportamiento sexual promiscuo, terapeutas entrenados en la terapia de regresión de edad explicaban que una persona que mira al pasado prefiere encontrar un posible abuso sexual familiar para así no asumir la responsabilidad personal de tener la enfermedad. Al igual que los terapeutas inexpertos e inadecuados cuando tratan de encontrar una razón por la cual la persona es promiscua suelen culpar a los padres, su razonamiento era que la promiscuidad es una consecuencia del abuso sexual temprano. Aunque éste puede ser el motivo en ocasiones, no tiene por qué serlo en todos los casos.

Finalizando con la relación que ha existido y existe entre memoria e hipnosis, y ocupándonos de un aspecto de especial relevancia para el trabajo, ¿qué puede ocurrirle, y no han sido casos aislados, a una persona cuando vivencia un suceso de carácter principalmente inesperado y con una gran carga emocional negativa, como puede ser un abuso sexual en la

infancia o la muerte traumática de una persona muy cercana? En este tipo de casos suele producirse lo que se conoce con el nombre de amnesia funcional. Este fenómeno hace referencia a una repentina pérdida de memoria, típicamente debida a alguna clase de trauma psicológico más que una lesión cerebral o una enfermedad. Los informes de casos de amnesia funcional describen a hombres y mujeres que tras una experiencia traumática, como una agresión sexual violenta o la muerte de un ser querido, son incapaces de recordar parte o todo su pasado personal, olvidando también el suceso en sí. Sin embargo, como ocurre en la PHA, todavía podrían mostrar pruebas "implícitas" de los eventos olvidados como, por ejemplo, un miedo intenso a la cercanía de una persona del mismo sexo de la que le agredió, rechazos "inexplicables" a ciertos lugares, tonos de voz que hacen sentir mal... Debido a que estas condiciones comparten varias características similares, los investigadores han usado la PHA como una analogía experimental de la amnesia funcional (Axxón, 2008).

6. DISOCIACIÓN, REPRESIÓN Y TRAUMA

De entre los casos de recuerdos olvidados, los más extremos son los de carácter disociativo. En estado disociativo, una persona aísla su experiencia psicológica de la física, esto es, sus percepciones se escapan a su control y no tienen relación con la realidad que le rodea. Generalmente esto viene causado por grandes traumas psíquicos, experiencias tan dolorosas que escapan a la comprensión: malos tratos, violaciones...

El concepto de disociación fue definido por Pierre Janet (1859-1947), influyendo posteriormente en Freud y Jung (Halberstadt-Freud, 1996). En sus primeros trabajos, Janet propone una teoría de la disociación patológica o "desagregación", entendida como una predisposición constitucional en los individuos traumatizados. Así, conceptualiza la disociación como una defensa frente a la ansiedad generada por las experiencias traumáticas, que persistirá en forma de "ideas fijas subconscientes" en la mente del paciente, afectando a su humor y conducta. La disociación llevará a un estrechamiento de la conciencia en el cual unas experiencias no se asociarán con otras (Pérez y Galdón, 2002)

Sin embargo, tras el abandono por Freud de la teoría de seducción en 1897 por los motivos comentados en el apartado histórico, el poder patógeno del trauma no será totalmente descartado, pero sí debilitado. El nuevo modelo de la etiología de las neurosis toma como factor determinante esencial de los síntomas a la sexualidad infantil, con su desarrollo y sus puntos de fijación. En este modelo, el trauma no es un elemento intrínseco a la emergencia de

la sexualidad sino más bien un factor accidental en las series complementarias de la etiología de las neurosis (cf. Freud, 1916).

Esta teoría de Freud de que los antecedentes traumáticos son producto de la fantasía de pacientes histéricas subyace a muchos de los enfoques actuales de la disociación (por ejemplo, en las ideas de que informaciones de abuso sexual o la expresión de síntomas disociativos son “fantasías” o “llamadas de atención”). En este sentido, surgieron importantes divergencias en el estudio de los procesos mentales inconscientes entre Janet (que los llamaba disociación) y Freud (represión), dando lugar a duros enfrentamientos entre ambos (véase la Tabla 1, de Pérez y Galdón en 2002).

Tabla 1. Divergencias entre disociación y represión: La polémica Janet-Freud

Represión Freud	Disociación Janet
✓ Términos “disociación”, “desconexión” o “división” como sinónimos de “represión”, “defensa”, “olvido intencional”.	✓ Sobregeneralización del término “represión”. Represión = uno de los <i>posibles</i> mecanismos que llevaban a la disociación. Fase transitoria de una serie de operaciones mentales más compleja.
✓ <i>Mecanismo de defensa motivado</i> contra ideas de carácter sexual (aunque no necesariamente consciente, intencional o voluntario (*)). No existe una relación simple entre consciencia y represión.	✓ <i>Mecanismo no defensivo</i> . Un proceso psicopatológico no podía deberse a la voluntad o motivación. La represión es función de la sugestión, emoción y fatiga ya presentes en la mente del paciente.
✓ Su empleo no implica patología: la disociación o represión no implican una condición psicopatológica ausente en los individuos normales.	✓ La represión no era un mecanismo de defensa normal: implica una debilidad innata en la capacidad de síntesis psíquica. Para Janet, en el individuo sano la represión = olvido efectivo: el material excluido de su consciencia es tmb excluido de su memoria.
✓ <i>Modelo Conflicto Psicológico</i> : La persona tiene la fuerza necesaria para reprimir activamente los recuerdos y afectos traumáticos y protegerse del dolor asociado a ellos → lucha activa entre elementos.	✓ <i>Modelo Psicopatológico</i> : El individuo enfermo presenta un déficit en la energía mental o tensión psicológica.
✓ <i>Las ideas en conflicto -reprimidas-</i> son transformadas y relegadas al inconsciente → proceso más activo que en la disociación.	✓ <i>Las ideas disociadas son separadas</i> de la consciencia para pasan a formar parte de una segunda consciencia o subconsciente (en lugar de integrarse en la personalidad del sujeto) sin sufrir transformación.
✓ El desacuerdo de Freud respecto a Janet no era a propósito del término (disociación vs. represión), sino de lo que se derivaba de él: debilidad vs. defensa motivada.	✓ El desacuerdo de Janet respecto a Freud era respecto al término (represión) y a lo que se derivaba de él: no se da en el individuo sano/ no es motivado-consciente.

Volviendo a las teorías relevantes para comprender los casos más graves de personas que sufren de abusos sexuales o experiencias dolorosas, se han propuesto varias concepciones del término disociación. Con respecto a la temática de este trabajo, la que mejor se adapta es la definición de disociación como un mecanismo de defensa. En concreto, se definiría como un rechazo intencional, aunque no necesariamente consciente, de información emocional dolorosa. Los fenómenos disociativos han sido frecuentemente enmarcados en un modelo de diátesis-estrés. En un modelo de este tipo, se incluyen diversas variables que hipotéticamente

contribuyen a que el individuo manifieste experiencias disociativas bajo determinadas circunstancias. Aquí se abordarán particularmente dos: traumas e hipnosis.

6.1 Trauma y Disociación

Desde los trabajos pioneros de Charcot y Janet, los fenómenos disociativos han sido considerados como una forma de respuesta a la percepción subjetiva de eventos traumáticos. Así, cuando se produce un acontecimiento traumático, en numerosas ocasiones aparecen reacciones agudas de tipo disociativo, normalmente de corta duración, que tienden a desaparecer de forma espontánea (Putnam, 1985,1989). Este tipo de reacciones ayudan a la persona a preservar el control en una situación en la que su integridad física y psicológica se ve amenazada. Sin embargo, en otras ocasiones los síntomas disociativos ocurren de forma periódica provocando un estrés significativo en la persona que los padece. En tales casos, el papel inicialmente adaptativo de la disociación, que amortiguaba el impacto de la experiencia traumática, se convierte en un proceso desadaptativo que interfiere seriamente en el funcionamiento normal de la persona (Spiegel, 1986). Así, desde una perspectiva funcional se concibe la disociación como una respuesta ante estímulos desbordantes o traumáticos, en la que se produce la activación súbita de un estado alterado de conciencia (Vermetten, 1998). En dicho estado, los procesos mentales y psicofisiológicos son reorganizados para amortiguar el impacto inmediato del trauma (Maldonado y Spiegel, 1994), codificándose de un modo específico los recuerdos y afectos asociados al trauma. Aunque tales defensas puedan ser adaptativas en un principio, algunas víctimas de trauma son capaces de disociar recuerdos, sentimientos y sensaciones corporales que en un futuro serán las responsables de las quejas somáticas para las que no se encuentra una explicación física o de los pensamientos intrusivos que escapan al control voluntario (Rodin, de Groot y Spivack, 1998; Vermetten, 1998), en ocasiones interpretados como un intento de procesar la información traumática (Maldonado y Spiegel, 1998).

Si bien el trauma puede ser el responsable de la aparición de síntomas disociativos, lo cierto es que no todas las personas víctimas de trauma desarrollarán este tipo de síntomas, por lo que es necesario identificar qué factores adicionales están implicados en la aparición de esta sintomatología. Por lo general, cuanto más temprano se produzca el trauma en la vida de una persona, mayores secuelas psicológicas producirá, debido a que los mecanismos de defensa y los modos de afrontamiento que modulan la forma en que la persona percibe las experiencias, no han tenido ocasión de desarrollarse. Asimismo, el tipo de acontecimiento

traumático por el que la persona ha atravesado tiene una gran importancia: el trauma Tipo I, que es sobre el que versa el trabajo, deriva de un único evento traumático que sucede de forma inesperada e impredecible y que lleva a poner en marcha mecanismos de defensa y afrontamiento de forma espontánea, mientras que el trauma tipo II surge como resultado de la exposición prolongada a eventos traumáticos graves (Meichembaum, 1994 y Terr, 1988).

Uno de los factores que va a determinar los efectos que una situación traumática tendrá sobre la persona es la capacidad previa de experimentar, tolerar y confiar en la propia experiencia emocional, así como la disponibilidad emocional de otros sucesos significativos. Los contextos que no sólo contribuyen a provocar situaciones de intensa emocionalidad, sino que además no proporcionan el apoyo emocional que ayudaría a modular e integrar esas experiencias, es más probable que lleven a la disociación, somatización y otras alteraciones en el sentido del self (Pérez y Galdón, 2002).

6.2 Hipnosis y Disociación

El estudio de los fenómenos disociativos ha estado estrechamente ligado al estudio de la hipnosis desde la época clásica. La hipnosis fue uno de los procedimientos terapéuticos por excelencia para el tratamiento de la histeria, y en la obra de Janet ya se conceptualizó la disociación como una forma de hipnosis, especificando que la hipnosis podía ser definida como la transformación momentánea del estado mental de un individuo, inducida artificialmente por una segunda persona, que resultaba suficiente para producir disociaciones de la memoria personal (Haule, 1986). En la actualidad, son numerosos los autores que sostienen la existencia de una estrecha conexión entre ambos fenómenos, llegando algunos a considerar la hipnosis como una forma de disociación controlada y la disociación como una forma de autohipnosis espontánea.

Desde esta perspectiva, el modelo autohipnótico de la disociación considera que un individuo que se enfrenta a una situación traumática pondrá en marcha sus capacidades hipnóticas innatas para provocar un estado de autohipnosis como respuesta defensiva para alejarse del dolor provocado por dicho evento. No obstante, el empleo frecuente de tales mecanismos suele promover el desarrollo y mantenimiento de condiciones disociativas patológicas (Maldonado y Spiegel, 1998). En conclusión, la disociación, junto con la absorción y la sugestionabilidad, son consideradas los mecanismos subyacentes a la hipnosis (Spiegel, 1990).

En algunos estudios se ha comparado la relación entre disociación e hipnotizabilidad cuando ambas escalas eran administradas juntas o de forma separada, encontrándose incrementos en la relación debido a la administración conjunta. Por ello, hay autores que señalan que el efecto del contexto juega un papel fundamental en esta relación que depende, básicamente, de las expectativas generadas por el modo de administrar ambas medidas (Spanos et al, 1993). En suma, a pesar del paralelismo que tradicionalmente se ha establecido entre hipnosis y disociación, no podemos decir que empíricamente dicha relación haya sido inequívocamente demostrada

7. REGRESIÓN

Una gran parte de las personas que sufren trastornos disociativos quieren descubrir “viajando al pasado”, de la mano de técnicas regresivas como la hipnosis, la causa original de lo aparentemente inexplicable de ciertas emociones, patrones de pensamiento o comportamiento que perturban su día a día, sobre todo cuando sospechan que pueden tener recuerdos reprimidos de abuso en la infancia.

La creencia de que la hipnosis trae recuerdos olvidados a la mente tiene una larga historia. Pierre Janet fue uno de los primeros terapeutas en usar la hipnosis para ayudar a pacientes a recobrar los recuerdos de eventos traumáticos que suponían el origen de sus problemas psicológicos. Así, realizó la regresión de una paciente llamada María a su infancia, cuando supuestamente se traumatizó al tener una anomalía facial. Al recuperar ese recuerdo, quedó liberada de sus síntomas de ceguera (Janet, 1889). A esta suposición de excavar en las memorias enterradas de eventos traumáticos se le conoce como “hipnoanálisis”. Milton Erickson también fue un pionero del uso de la hipnosis para recuperar recuerdos reprimidos en la década de 1940 (Martínez, 2012).

La hipnoterapia regresiva puede, o no, ser eficaz en la recuperación de una memoria. La capacidad de recuperar una memoria mediante la hipnosis depende de un número amplio de factores, como el grado de hipnotizabilidad del cliente o la motivación. Además, una persona puede ser menos susceptible a la hipnosis si siente cierto conflicto a la hora de recuperar la memoria (alguien que quiere recordar los detalles del abuso de la primera infancia a manos de un desconocido, y al mismo tiempo, sospecha o teme que el agresor puede ser revelado como un miembro de la familia). Es muy común que una persona que

quiere saber lo que le ocurrió durante una “brecha” en el tiempo pueda preocuparse de que el recuerdo vaya a resultar embarazoso o vergonzoso (Frank, 2014).

En general, en este ámbito hay que tener en cuenta cuando se trata de la recuperación de recuerdos olvidados, el terapeuta debe tener cuidado con la redacción de las instrucciones y preguntas “capciosas”. De hecho, incluso con instrucciones y preguntas redactadas correctamente, los falsos recuerdos pueden surgir. Por tanto, un hipnoterapeuta nunca debe dar fe de la exactitud o de la veracidad de una memoria que un cliente produce a través de la hipnoterapia (Frank, 2014).

Existen consideraciones adicionales para el caso de recordar eventos que pueden constituir el origen de comportamientos problemáticos, pensamientos o emociones. En concreto, los problemas humanos pueden ser el resultado de otros factores y no sólo de los acontecimientos pasados. Así, la biología, influencias culturales, la química del cerebro y la genética pueden jugar un papel. Además, a veces la base del problema es una omisión y, por tanto, no existe memoria de algo que no sucedió. La falta de valoración y cariño puede ser tan perjudiciales emocionalmente para un niño como la crítica y el menosprecio. Por último, hay casos en los que con un tratamiento adicional la persona encuentra la estabilidad que perdió no siendo necesario recordar el trauma. De hecho, recordarlo podría ser poco amable y quizás poco ético. A este respecto, es muy importante tener en cuenta las circunstancias de cada persona.

8. QUÉ PUEDE APORTAR LA HIPNOSIS FRENTE A LA RECUPERACIÓN DE RECUERDOS OLVIDADOS

Pero... ¿en qué consiste exactamente la técnica? La hipnosis centrada en la recuperación personal de recuerdos de experiencias traumáticas tiene varios usos, incluyendo las sugerencias de apoyo, el trabajo con memorias traumáticas, con o sin abreacción (descarga de emociones y afectos ligados a recuerdos, generalmente de experiencias infantiles penosas o dolorosas y que por esta razón han sido reprimidas; Brende, 1985), y la reinterpretación cognitiva de sucesos traumáticos. La hipnosis puede estar presente en las etapas típicas del tratamiento de trauma. Estas etapas incluyen: 1) establecer la relación terapéutica, disminuir la sintomatología y estabilizar al paciente, 2) el trabajo terapéutico con las memorias traumáticas, y 3) la reintegración psicológica, laboral y social del paciente.

Durante la fase inicial, se pueden dar sugerencias hipnóticas de relajación, especialmente importante en pacientes que, por definición, suelen ser ansiosos e hiperexcitables. Una vez que el paciente ha experimentado quietud y serenidad en el consultorio, se le puede enseñar auto-hipnosis para que consiga resultados similares en su vida cotidiana. Otras sugerencias pueden centrarse en aliviar síntomas comunes, como el dolor físico, malestar y perturbaciones de sueño (p. ej., Eichelman, 1985; Jiranek, 1993). Una vez que se ha establecido la relación terapéutica dentro de un marco de seguridad y confianza, se puede pasar a la segunda fase, es decir, el trabajo terapéutico con memorias traumáticas. Evocar el recuerdo de eventos traumáticos requiere mucho cuidado, para evitar volver a traumatizar al paciente. Se ha sugerido que revivir memorias traumáticas puede ser contraproducente a menos que el paciente sienta seguridad en la terapia y tenga suficiente fortaleza del yo para confrontar tal material (p.ej., Peebles, 1989). En este proceso, el brindar atención apropiada a los fenómenos de transferencia es especialmente importante (Spiegel, 1992). Las técnicas hipnóticas pueden facilitar que la reexperimentación de recuerdos traumáticos ocurra en un contexto controlado que comprometa emocional y cognitivamente, pero sin abrumar al paciente (Scheff, 1980). El trabajo con estos recuerdos debe proceder a un ritmo que los pacientes puedan tolerar. Las técnicas deben adaptarse a las necesidades particulares de los pacientes, enfatizando su control físico y emocional. Algunos pacientes temen que si recuerdan el trauma una vez más pueden perder el control y simbólicamente vivirán de nuevo la impotencia experimentada durante dicho episodio. Una de las ventajas de la hipnosis es que permite que los pacientes se distancien de sus memorias en una forma controlada, de ser necesario. El terapeuta sirve de guía y ayuda a controlar el recuerdo y expresión de las memorias dolorosas y de los sentimientos asociados con ellas. Otras técnicas útiles en esta fase incluyen la proyección de las memorias en una pantalla televisiva imaginaria, cuya imagen y sonido el paciente puede controlar, la regresión hipnótica a eventos previos y la relajación (véase Cardeña, Maldonado, van der Hart y Spiegel, en prensa). Finalmente, en la etapa final o de reintegración, se estimula al paciente para que integre el evento traumático en una forma adaptativa, de tal forma que pueda restablecer patrones emocionales, cognitivos y conductuales que permitan el desarrollo personal. También se debe fomentar el uso de formas de afrontamiento adecuadas. Las técnicas de auto-hipnosis en la vida cotidiana y sugerencias de fortalecimiento del yo también son indicadas en esta fase.

Los dos modelos predominantes en el tratamiento de síndromes post-traumáticos, el psicodinámico y el cognitivo-comportamental, enfatizan la importancia de recordar el suceso traumático, ya sea para integrar dicha memoria a la personalidad del individuo, o para

proporcionar una exposición repetida al suceso traumático hasta conseguir la extinción de respuestas desadaptativas. Puesto que la hipnosis y los sucesos traumáticos pueden producir estados cognitivos con algunas semejanzas (p. ej., reducción del foco de conciencia, alteraciones en la percepción del tiempo), la teoría de la memoria dependiente del estado (Overton, 1978) predice que los eventos traumáticos olvidados podrán ser más fácilmente recordados en un contexto hipnótico que ponga a la persona en un estado semejante al del trauma.

BLOQUE III

9. ANSIEDAD Y ESTRÉS

Centrándonos ya en los síntomas que sufren personas con vivencias traumáticas, dos de los más perniciosos y molestos son la ansiedad y el estrés.

La ansiedad, entendida como cualquier otra emoción, implica tres componentes o sistemas de respuesta: cognitivo (percepción subjetiva de malestar y peligro), fisiológico (activación del sistema nervioso parasimpático) y conductual (respuestas de afrontamiento, evitación, huida y escape). Aunque es una respuesta adaptativa y necesaria se considera un problema cuando su frecuencia, duración, e intensidad son altas y ante estímulos y situaciones de la vida cotidiana que realmente no suelen poner “en peligro” nuestra vida y, por tanto, que no requieren una respuesta psicofisiológica tan potente y energizante para su afrontamiento (Reyes, 2010).

Estrés y ansiedad son términos que normalmente tienden a confundirse. El estrés se entiende como una respuesta de enfrentamiento del organismo ante situaciones de emergencia en las que el medio demanda la movilización de recursos para un afrontamiento exitoso. Se paralizan los sistemas fisiológicos innecesarios en el momento y se concentra la energía disponible en los sistemas decisivos. Aunque es una función adaptativa, igual que la ansiedad, cuando se da con excesiva frecuencia y duración ante cualquier tipo de situación, la persona se siente sin recursos suficientes, pudiéndose dañar el organismo y provocar enfermedades. Podemos inferir una causa obvia de que estas personas sufran de estrés si pensamos que, con el malestar provocado por los niveles altos de ansiedad más una autoestima baja y sensación de culpa en la mayoría de los casos, además de una percepción de sí misma como inútil, la persona va a encontrar en cualquier tipo de situación de la vida una gran amenaza a la que enfrentarse sin suficientes recursos. Por tanto, la diferencia entre ambos términos es que el

estrés es una respuesta a una sobreexigencia real del medio y la ansiedad conlleva una activación psicofisiológica anticipatoria ante potenciales situaciones amenazantes (Lazarus y Folkman, 1986). En el presente trabajo nos vamos a centrar principalmente en la ansiedad.

Para entender cómo personas que han sufrido vivencias traumáticas han adquirido y mantienen niveles altos ansiedad, se han propuesto principalmente modelos de condicionamiento. Estos modelos postulan que la exposición a un evento aversivo (vivencia traumática) conduce a una fuerte reacción de miedo (respuesta incondicionada), que se condiciona a muchos estímulos asociados con la experiencia aversiva inicial. En consecuencia, cuando las personas son expuestas a ciertos estímulos o situaciones que les recuerdan la experiencia (estímulos condicionados), experimentan una fuerte reacción de temor (respuesta condicionada) (Charney et al., 1993). Por ejemplo, para una persona que haya sufrido una violación de pequeña teniendo un ataque de ansiedad posterior, todos los aspectos asociados con ese momento (el lugar, ciertos olores, colores, el contacto social o físico con hombres, indicios de relaciones sexuales) son percibidos como un peligro, pudiendo éstos elicitar pánico. Como consecuencia de esto, evitar todos los estímulos que conllevan ese recuerdo sirve para reinstaurar una y otra vez el miedo, porque la persona no puede aprender (desconfirmando lo que ya conoce) que no tienen por qué ser peligrosos.

¿Por qué tratar la ansiedad con hipnosis? Existe evidencia empírica de que las personas que sufren trastornos de ansiedad se caracterizan por un mayor nivel de hipnotizabilidad. Además, si el número de trastornos de ansiedad que sufre la persona es mayor, mayor será el nivel de hipnotizabilidad que si solo sufre de una simple fobia (Frankel y Orne, 1976). Una de las explicaciones de este fenómeno estriba en que el condicionamiento (y, por tanto, la ansiedad) es mayor en personas con altas habilidades en imaginación (Dadds, 1997), es decir, que las personas altamente hipnotizables (que tienen mayores habilidades de imaginar) (Glisky, 1991) pueden ser más propensas a participar en el condicionamiento del miedo cuando experimentan un estado de ansiedad y, en consecuencia, desarrollar un trastorno de ansiedad.

10. ESTRATEGIAS HIPNÓTICAS PARA REDUCIR LA ANSIEDAD

¿Y en qué consiste el tratamiento de la ansiedad con hipnosis? Es importante recordar que la hipnosis *per se* no es una terapia. Se trata más bien de una herramienta que se puede utilizar como un complemento de las técnicas de terapia establecidas que han demostrado ser eficaces en la reducción de los síntomas de ansiedad (Bryant, 2008).

10.1 Relajación muscular

Las técnicas de relajación frecuentemente son usadas en el manejo de la ansiedad porque tienen el potencial de reducir la tensión muscular y los sentimientos de ansiedad asociados (Taylor, 1982). Las técnicas de relajación más comunes incluyen el control de la respiración, la relajación muscular progresiva y la imaginación. Aunque actualmente el potencial de las técnicas de relajación para reducir la ansiedad clínica es discutible, los clínicos suelen recomendarla porque puede dar una sensación de dominio de sí mismo y, por tanto, reducir los síntomas, además de que fomenta el cumplimiento de la terapia (Jackson, 1995).

La hipnosis mejora la relajación a través de la profundización personal en los ejercicios que se llevan a cabo, la eficacia de la persona a centrar la atención en los grupos musculares específicos o respuestas emocionales presentes como la sensación de relajación y a la hora de facilitar imágenes para mejorar la experiencia de relajación (Bryant, 2008).

10.2 Imágenes

La hipnosis permite la visión subjetiva de imágenes que obligan al individuo a creer en la experiencia de sugestión (Sheehan y McConkey, 1982). Los clínicos utilizan las imágenes para facilitar la reducción de la ansiedad de dos maneras:

1. Identificar previamente escenas que ofrezcan seguridad y relajación en un individuo aumenta la relajación notablemente en la mayoría de las personas y
2. Sugerir a un individuo que está tumbado en una playa en un día cálido y tranquilo lleva a notar alivio de los síntomas de ansiedad y tensión, y el hipnotizador puede provocar rápidamente la relajación (Bryant, 2008).

La imaginación puede ser muy útil para la exposición, especialmente cuando se utiliza la exposición en imaginación. Esta técnica es comúnmente usada en el tratamiento de ansiedad enfocado en imágenes, pensamientos o recuerdos molestos para el individuo. Este tipo de síntomas es común en todos los trastornos de ansiedad, pero especialmente en trastorno de estrés post-traumático (TEP), ansiedad generalizada y trastorno obsesivo compulsivo (TOC).

La exposición en imaginación consiste en hacer que el individuo se imagine el recuerdo o pensamiento de su situación temida y aprenda a calmar la ansiedad que experimentan mientras continúan pensando en ese evento. Este proceso conduce a asimilar que el acontecimiento temido ya no es una amenaza. Es importante destacar que este aprendizaje es más fuerte cuando la ansiedad que se experimenta inicialmente es intensa, porque la consiguiente reducción de la misma refuerza el nuevo aprendizaje de la reducción de la ansiedad (Foa y Kozak, 1986). La capacidad de la hipnosis para elicitar imágenes vívidas y la absorción convincente en las experiencias internas puede aumentar de manera útil el compromiso emocional que el individuo tiene en la imagen que produce ansiedad, que a su vez puede conducir a un aprendizaje más fuerte de que estos sucesos mentales ya no son una amenaza.

Las sugerencias hipnóticas para participar en la exposición in vivo o mediante la imaginación, incluyendo sugerencias de imaginar los aspectos sensoriales, cognitivos y emocionales de la experiencia de una manera intensa, puede mejorar la eficacia de la exposición. Ésta es la razón por la que se argumenta que la hipnoterapia es el tratamiento de elección para algunos trastornos de ansiedad, porque específicamente elimina los obstáculos para acceder a las imágenes o recuerdos que producen ansiedad que en una situación típica se hacen menos accesibles (Spiegel, 1996). Algunos estudios han utilizado de forma explícita la hipnosis como un complemento a la exposición por facilitar la imaginación y el compromiso emocional que algunos individuos ansiosos experimentan durante la terapia (Bryant et al., 2005).

10.3 Control del pensamiento

Los pensamientos intrusivos son la huella de la situación de ansiedad (Clark, 2005) pues, como es bien sabido, los intentos de suprimir pensamientos negativos producen un aumento de los mismos (Wenzlaff y Wegner, 2000).

Las personas muy hipnotizables son más capaces de inhibir los pensamientos no deseados durante la hipnosis que las que presentan un nivel sugestión bajo (Bryant and Wimalawera, 2006). Considerando la importancia de los pensamientos intrusivos en la ansiedad, los médicos recomiendan utilizar la capacidad cognitiva de los individuos altamente hipnotizables de cara a manejar los pensamientos no deseados mediante hipnosis.

10.4 Sugestiones post-hipnóticas

Las sugerencias post-hipnóticas pueden ser usadas para dar forma a la conducta y la experiencia de un individuo después de éstas. Así, aunque hay poco apoyo empírico para su uso en el ámbito clínico, son ampliamente utilizadas (Yapko, 2003). No obstante, extrapolando a partir de la investigación experimental en el ámbito clínico se admite un importante grado de confianza en la capacidad de sugestión post-hipnótica para influir en el comportamiento (Barnier y McConkey, 1998a, b).

La mayoría de las sugerencias post-hipnóticas informan al individuo hipnotizado que van a experimentar un estado específico o realizar un determinado comportamiento en situaciones fuera del entorno de la hipnosis. Estas sugerencias para una persona ansiosa pueden ser referentes para experimentar menos ansiedad durante la rutina diaria, completar las tareas para casa en una terapia, participar en estrategias de supervivencia cuando esté angustiado o contar las evaluaciones adaptativas experimentadas durante los momentos de ansiedad.

10.5 Estimulación emocional

Las teorías psicológicas sociales de la hipnosis postulan que el contexto hipnótico influye en la motivación de la persona, pudiendo aumentar la esperanza de éxito y también el grado en que el individuo cumple con todas las sugerencias dadas por el hipnotizador (Spanos, 1986). El papel de las influencias sociales sobre el mayor grado de esperanza y motivación de los individuos hipnotizados es irrefutable y necesitan ser consideradas en términos de un posible medio para la mejora de la respuesta al tratamiento.

10.6 Autohipnosis

Todas las estrategias mencionadas anteriormente pueden ser implementadas en forma de auto-hipnosis. La auto-hipnosis consiste en la administración de sugerencias hipnóticas a través de la auto-charla o la escucha de una grabación. Orne y McConkey (1981) han argumentado que, ya que es principalmente la capacidad del individuo y no la habilidad del hipnotizador lo que determina si una persona responde a la “hetero-hipnosis”, se puede pensar perfectamente en la auto-hipnosis como método de aplicación. Sin embargo, ya que la técnica de auto-hipnosis suele ser aprendida inicialmente en el contexto de una relación con un hipnotizador (incluso a través de audiorecording), se puede argumentar que la auto-hipnosis es simplemente una variante de la hetero-hipnosis. El valor de la auto-hipnosis radica en que las sugerencias pueden ser extrapoladas a muchas situaciones en las que el individuo requiera de asistencia en el manejo de la ansiedad (Bryant, 2008).

11. QUÉ PUEDE APORTAR LA HIPNOSIS FRENTE AL TRATAMIENTO DE LA ANSIEDAD

Pero, ¿por qué tratar la ansiedad con hipnosis si hoy día la terapia cognitivo conductual es el tratamiento de elección para la ansiedad? Kirsch realizó un meta-análisis de 18 estudios en total en los que se comparaba el uso de terapia cognitiva conductual (TCC) para una variedad de condiciones derivadas de ansiedad (dolor, insomnio, miedo a hablar en público, obesidad, hipertensión, fobias y úlcera duodenal) con esta misma (TCC) para las mismas condiciones pero complementada o facilitada por hipnosis. En la mayoría de condiciones se encontró que la hipnosis como técnica aditiva mejoraba sustancialmente el resultado de la terapia (con una ventaja de mejoría en el 70% de los casos frente a la sola utilización de la TCC).

Posteriormente, en un estudio realizado aleatoriamente con supervivientes que sufrían traumas civiles y, por tanto tenían niveles altos de ansiedad, la TCC se comparó con un tratamiento idéntico precedido por una inducción hipnótica. En los resultados se observó que la hipnosis produjo una mayor reducción de los síntomas de reexperimentación del trastorno de estrés postraumático a la finalización del tratamiento frente a la TCC por sí sola. A los 3 años de seguimiento se encontró que tanto TCC facilitada por hipnosis como la TCC fueron eficaces. Cuando la técnica de relajación muscular progresiva se comparó con la formación en auto-hipnosis en personas con niveles altos de hipnotizabilidad se encontró que ambos

tratamientos produjeron mejoras fisiológicas asociadas con una reducción de la ansiedad, aumento de temperatura de la piel y reducción de la frecuencia del pulso. Para personas con baja capacidad de respuesta hipnótica la relajación progresiva producía mayores efectos que la hipnosis. Sin embargo, y aquí es donde se aprecia la “ventaja” de la hipnosis, los autoinformes de los cambios cognitivos y la percepción de la eficacia del tratamiento fueron mayores para la autohipnosis que para la relajación. Más concretamente, las personas que utilizaron la auto-hipnosis informaron de altas expectativas de éxito frente a los que utilizaron ejercicios de relajación progresiva, lo que demuestra, respecto a la hipnosis, que los participantes depositaban en ésta una mayor creencia como medio para controlar su ansiedad.

Además, debido a las concepciones populares de la hipnosis, se ha observado que etiquetar a una intervención con la palabra “hipnosis” puede hacer aumentar la eficacia de la terapia, siendo la única diferencia entre las instrucciones de relajación para condiciones no hipnóticas y las mediadas por “inducción hipnótica” mediante el uso del término “hipnosis”. Es decir, que la simple identificación de un tratamiento como “hipnosis” puede generar mayores expectativas de cambio que los tratamientos no hipnóticos si el individuo tiene actitudes favorables hacia la hipnosis, y estas expectativas mejoradas pueden influir en la mejora del resultado global del tratamiento.

Además, el tratamiento de la ansiedad desde una perspectiva cognitivo-conductual puede resultar un proceso largo y costoso y, desde la perspectiva farmacológica, los medicamentos pueden llegar a ser adictivos o causar efectos secundarios no deseados (Lam, 2006). Por el contrario, y como una gran ventaja, la hipnosis se presenta como un método alternativo de tratamiento eliminando componentes negativos de este tipo asociados con los tratamientos convencionales.

12. CONCLUSIÓN

La utilización de la hipnosis y la sugestión como recurso psicoterapéutico ha tenido que recorrer un camino lleno de obstáculos en su desarrollo histórico, pero finalmente se ha podido comprobar su carácter científico y su valor terapéutico. Hoy en día nadie niega que la hipnosis actúe sobre la psique de las personas; es decir, que tiene la capacidad de influir en la fuerza o intensidad de procesos psicológicos tales como la percepción, el pensamiento, los sentimientos, la imaginación, la voluntad y la memoria.

Cuando alguien pasa por una experiencia muy desagradable, la mente puede reprimir el recuerdo. La persona no recuerda lo ocurrido pero la memoria reprimida afecta su vida cotidiana. Una forma de superar esto es hacer que la conciencia recupere los recuerdos, y aquí es donde se demuestra la utilidad de la hipnosis y la terapia regresiva, siendo su propósito habilitar al paciente para que recupere en la consciencia no sólo el recuerdo total y preciso de antiguos traumas sexuales, sino también recuerdos corporales reprimidos (como los dolores físicos) que ocurren al momento de los traumas.

La memoria es un proceso dinámico y se basa en percepciones subjetivas. A causa de esa naturaleza subjetiva y sugestionable de la memoria, ya sea de forma intencionada o no, las memorias de estos eventos se pueden modificar. Otro factor a tener en cuenta respecto a esto es el paso del tiempo, dado que constantemente surgen nuevas experiencias que pueden afectar a las que se han vivido anteriormente. Por lo tanto, y como cualquier técnica, la hipnosis no está exenta de consecuencias negativas que hay que tener muy en cuenta si se desea utilizar, pues se ha demostrado en repetidas ocasiones mediante experimentos controlados, que los métodos usados para recuperar este tipo de memorias, entre los que se incluye la hipnosis, suelen implantar en las personas recuerdos confusos, erróneos o inexistentes, es decir, falsas memorias. Los terapeutas, o incluso los mismos pacientes, pueden crear falsos recuerdos: el terapeuta puede generar por sugestión indebida un recuerdo, y el propio paciente, también inconscientemente debido a la carga emocional a la que está sometido, puede distorsionarlos, modificarlos e incluso crear nuevos recuerdos. Por lo tanto, hay que cuidar muy bien estos aspectos para que la terapia sea exitosa para la persona y su entorno. Añadido a esto, no se puede ignorar que el uso de la hipnosis clínica no es válido para todas las personas debido a las diferencias individuales en hipnotizabilidad, dimensión que se puede medir con instrumentos como el I.S.

La ansiedad y el estrés son dos síntomas residuales que molestan el día a día de personas que viven con memorias reprimidas, existiendo varias técnicas ligadas a hipnosis para paliar estos síntomas como, por ejemplo, la relajación muscular, la visualización de imágenes y el control de pensamiento entre otras. La evidencia clínica basada en la investigación sistemática del uso de la hipnosis para tratar la ansiedad sugiere de forma consistente que la hipnosis puede facilitar, intensificar y acortar el tratamiento de la misma. Los que han comparado la eficacia de la hipnosis con respecto a otras condiciones clínicas (TCC) han mostrado que incrementa la eficacia de las terapias con las que se integra. Especialmente prometedora es en los trastornos de ansiedad debido a que las personas que

sufrir ansiedad tienden a ser altamente disociativas e hipnotizables. Además resulta notablemente eficaz para reducir muchos de los síntomas que conforman estos trastornos, tales como tensión muscular y pensamientos intrusivos.

13. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Araoz, D. L. (2001). The unconscious in Ericksonian hypnotherapy. *Australian Journal of Clinical Hypnotherapy and Hypnosis*, 22(2), 78.

Barber, J. (1997). Hypnosis and memory: A hazardous connection. *Journal of Mental Health Counseling*, 19(4), 305.

Bryant, R. A., Moulds, M. L., Guthrie, R. M., & Nixon, R. D. (2005). The additive benefit of hypnosis and cognitive-behavioral therapy in treating acute stress disorder. *Journal of consulting and clinical psychology*, 73(2), 334.

Canales Johnson, A., Lanfranco, R., Vargas, E., & Ibáñez, A. (2012). Neurobiología de la hipnosis y su contribución a la comprensión de la cognición y la conciencia. *Anales de psicología*, 28(3), 1003-10.

Capafons, A. (1999). La hipnosis despierta setenta y cuatro años después. *Anales de psicología*, 15(1), 3-7.

Capafons, A. (2004). Clinical applications of 'waking' hypnosis from a cognitive-behavioural perspective: from efficacy to efficiency. *Contemporary Hypnosis*, 21(4), 187-201.

Cardeña, E., Maldonado, J., Galdón, M. J., & Spiegel, D. (1999). La hipnosis y los trastornos posttraumáticos. *Anales de psicología*, 15(1), 147-155.

Goldstein, E. (1997). False memory syndrome: Why would they believe such terrible things if they weren't true?. *American Journal of Family Therapy*, 25(4), 307-317.

Green, J. P., Laurence, J. R., & Lynn, S. J. (2014). Hypnosis and psychotherapy: From Mesmer to mindfulness. *Psychology of Consciousness: Theory, Research, and Practice*, 1(2), 199.

Gruzelier, J. (2000). Unwanted effects of hypnosis: a review of the evidence and its implications. *Contemporary Hypnosis*, 17(4), 163-193.

Hammond, D. C. (2010). Hypnosis in the treatment of anxiety-and stress-related disorders. *Expert review of neurotherapeutics*, 10(2), 263-273.

Hammond, D. C. (2013). A review of the history of hypnosis through the late 19th century. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 56(2), 174-191.

Heap, M. (2000). The alleged dangers of stage hypnosis. *Contemporary Hypnosis & Integrative Therapy*, 17(3), 117.

Huston, T. R. (2010). *The effects of using hypnosis for treating anxiety in outpatients diagnosed with generalized anxiety disorder* (Doctoral dissertation, WALDEN UNIVERSITY).

- Kihlstrom, J. F. (2014). Hypnosis and cognition. *Psychology of Consciousness: Theory, Research, and Practice*, 1(2), 139.
- Kirsch, I. (1999). Hypnosis and placebos: response expectancy as a mediator of suggestion effects. *Anales de Psicología*, 15(1), 99-110.
- Kuehnle, K., & Connell, M. (2010). Child sexual abuse suspicions: Treatment considerations during investigation. *Journal of child sexual abuse*, 19(5), 554-571.
- Lynn, S. J., Milano, M., & Weekes, J. R. (1991). Hypnosis and pseudomemories: The effects of prehypnotic expectancies. *Journal of personality and social psychology*, 60(2), 318.
- Lynn, S. J., Myer, E., & Mackillop, J. (2000). The systematic study of negative post-hypnotic effects: research hypnosis, clinical hypnosis and stage hypnosis. *Contemporary Hypnosis*, 17(3), 127-131.
- Ordi, H. G., & Miguel-Tobal, J. J. (1999). Características de la sugestionabilidad y su relación con otras variables psicológicas. *Anales de psicología*, 15(1), 57-75.
- Ortiz, O. M., Sánchez-Mora, N., & Rojas, G. The use of hypnosis in the treatment of color blindness associated to conversion disorder: A case report.
- Pantesco, V. F. (2005). The body's story: A case report of hypnosis and physiological narration of trauma. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 47(3), 149-159.
- Pekala, R. J., Maurer, R., Kumar, V. K., Elliott, N. C., Masten, E., Moon, E., & Salinger, M. (2004). Self-hypnosis relapse prevention training with chronic drug/alcohol users: Effects on self-esteem, affect, and relapse. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 46(4), 281-297.
- Pérez, S., & Garrido, M. J. G. (2003). Los fenómenos disociativos: una revisión conceptual. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 8(2), 85-108.
- Potter, G. (2004). Intensive therapy: utilizing hypnosis in the treatment of substance abuse disorders. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 47(1), 21-28.
- Richard A. Bryant. (2008). Hypnosis and anxiety: early interventions. *The Oxford Handbook of Hypnosis: Theory, Research, and Practice* (535-549). Oxford University Press.
- Mary J. Peebles, (2008). Trauma-related disorders and dissociation. *The Oxford Handbook of Hypnosis: Theory, Research, and Practice* (647-681). Oxford University Press.
- Ruysschaert, N. (2014). The Use of Hypnosis in Therapy to Increase Happiness. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 56(3), 269-284.
- Sanchez-Armass, O. (2015). A Defining Moment: Commentary on the Revised APA Division 30 Definition of Hypnosis. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 57(4), 445-447.
- Schreiber, E. H. (2010). Use of hypnosis in psychotherapy with major depressive disorders. *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 38(1), 44.
- Scoboria, A., Mazzoni, G., Kirsch, I., & Milling, L. S. (2002). Immediate and persisting effects of misleading questions and hypnosis on memory reports. *Journal of Experimental Psychology: Applied*, 8(1), 26.

Sheehan, P. W., & Tilden, J. (1984). Real and simulated occurrences of memory distortion in hypnosis. *Journal of Abnormal Psychology*, 93(1), 47.

Tortosa, F., González-Ordi, H., & Miguel-Tobal, J. (1999). La hipnosis. Una controversia interminable. *Anales de psicología*, 15(1), 3-25.

Vera, P. J., & Sánchez, F. M. (1999). Hipnosis, hipnotizabilidad y expectativas de respuesta: Una revisión crítica. *Anales de psicología*, 15(1), 39-56.