

LA HIPNOSIS CLÍNICA Y SUS MITOS

Mitos sobre la Hipnosis: del Esoterismo a la Psicología Científica

Mito 1: *La hipnosis no pertenece al campo de la psicología científica. Quienes la practican suelen ser charlatanes, curanderos u hombres del espectáculo. Las personas que mejoran con ella, son crédulos, ignorantes y "dependientes".*

La realidad acerca de la cientificidad de la hipnosis es bien diferente: Wundt (1882), William James (1902), Pavlov (1923), Hull (1933) y Eysenck (1960), entre otros autores de innegable seriedad y prestigio en la Psicología Científica, investigaron experimentalmente sobre la hipnosis. Ya en sus comienzos, la hipnosis fue tanto un tema de estudio empírico, como una herramienta terapéutica en Psicología y Medicina (Sarbin y Coe, 1972). Desde los años cincuenta, en USA, investigadores como T.X. Barber (1969), Sarbin (Sarbin & Andersen, 1963) y E. Hilgard (1969), estudiaron la hipnosis desde un vertiente teórica y experimental "dura". Sus seguidores han publicado y siguen publicando un sinnúmero de trabajos experimentales, tanto en revistas especializadas en el tema, como en revistas más generalistas y de elevado prestigio entre la comunidad científica psicológica.

Por otro lado, las sociedades de hipnosis en USA (Capafons, 1995) se ubican en colectivos de seriedad tan reconocida como la American Psychological Association (división 30), la cual, junto con The Society for Clinical and Experimental Hypnosis y The American Society of Clinical Hypnosis, suman alrededor de 6.000 afiliados.

En línea con lo anterior, la hipnosis se enseña en las universidades de los principales países de Occidente (USA, Canadá, Australia, Alemania, Holanda, Gran Bretaña, España, etc.), tanto en facultades de Psicología como de Medicina y Odontología.

Así pues, la hipnosis es objeto de estudio científico y experimental, cuenta con revistas especializadas de reconocido prestigio (como por ejemplo, The International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis o Contemporary Hypnosis), y forma parte del currículum de las universidades de los países más avanzados del mundo. Ello no evita que charlatanes y desconocedores de esta realidad, hablen y practiquen la hipnosis desde una óptica deleznable y más lucrativa que "sanadora". Por ello, la única defensa del "consumidor", es preguntar por la capacitación del "hipnotizador" y por la evidencia empírica de sus afirmaciones.

Por otro lado, y refiriéndonos a la segunda afirmación del mito, las personas que son susceptibles a la hipnosis no son ignorantes, crédulos o dependientes. A pesar de que no hay conclusiones definitivas sobre la relación entre la susceptibilidad a la hipnosis y factores de personalidad, en todo caso, la evidencia indica que las personas aficionadas y que se absorben con la literatura (novelas, ciencia ficción, suspense, etc.), y actores, son altamente susceptibles (Coe & Sarbin, 1966; Hilgard, 1965). La

distribución de la susceptibilidad hipnótica, tal y como es medida por la escalas psicométricas de susceptibilidad, se aproxima a la distribución normal, si bien esto depende, en parte, de la escala (Council, en prensa). O dicho de otra forma, un porcentaje elevado de la población es sensible a las instrucciones hipnóticas, sin que ello implique que son "débiles" mentales o culturales.

Otra cuestión diferente es la dificultad en encontrar características de las personas susceptibles a la hipnosis. Tras años de investigación, solo parece estar mínimamente relacionado con esta característica, variables como absorción, implicación imaginativa y propensión a la fantasía. En todo caso, parece que la única variable consistentemente relacionada con la "hipnotizabilidad" es la sugestibilidad despierta (Kirch & Council, 1992), lo cual no aporta demasiada información para establecer el "perfil" de la persona susceptible. Así pues, el responder a las sugerencias hipnóticas no implica ni patología psicológica, ni torpeza o credulidad basada en la ignorancia.

Mito 2: la hipnosis puede dejar a la persona "enganchada" en un trance, de forma que, al no poder "salir del estado hipnótico", quedaría mermada en su volición o devendría en un demente.

La evidencia clínica y los resultados experimentales indican que las personas no se quedan "enganchadas" en un estado alterado de conciencia, entre otras razones porque el concepto de trance o estado alterado o diferente de conciencia, ha sido abandonado hace ya tiempo, por su futilidad científica y evidencia experimental contraria (Hilgard, 1991; Kirsch, 1993; Sarbin & Coe, 1972; Spanos & Barber, 1976). Si bien algunas personas muestran una mayor dificultad en "deshipnotizarse" (Orne, 1965), esta dificultad en mostrar el comportamiento habitual no es superior a la que se encuentra en otras técnicas de relajación, imaginación o concentración (Lynn, Martin & Frauman, 1996).

Por otro lado, desde la propia posición "tranceática" se estudió las características de los sujetos hipnotizables, para descubrir la "esencia" de la "hipnosis". Para ello, se usó el paradigma de "simuladores". En este paradigma se seleccionan sujetos altísimamente sugestionables y se les compara con sujetos con una aparente nula capacidad para ser hipnotizados. A estos últimos individuos, se les pide que simulen ser muy susceptibles, de tal forma que, si engañan al experimentador, reciben ciertas cantidades de dinero. Evans (1966) intentó observar las diferencias entre muy susceptibles y simuladores, cuando el hipnotizador abandona al hipnotizado, haciéndole creer que se ha olvidado de él. Los resultados indicaron que las personas no susceptibles, es decir, que no habían sido hipnotizadas, rápidamente se levantaban del sillón donde habían simulado estar hipnotizadas, y mostraban comportamientos no "hipnóticos". Sin embargo, la sorpresa surgió, al comprobar que los sujetos altamente hipnotizables, que, efectivamente, habían sido "profundamente" hipnotizados, también abandonaron la sala o mostraron comportamientos no "hipnóticos" (levantarse del sillón, preguntar por el experimentador) al cabo, como promedio, de unos 20 minutos de espera.

Es decir, incluso las personas que supuestamente alcanzaron un muy "profundo" trance, en cuanto decidieron que ya no era oportuno seguir "bajo" hipnosis, simplemente adoptaron su rol habitual de persona no "hipnotizada". Por lo tanto, por mucho que un hipnotizador pretenda dejar a una persona "hipnotizada" de por vida, o por periodos muy largos, dependerá de la persona el decidir cuándo desea abandonar la situación hipnótica y mostrar un comportamiento "habitual". Todo lo escrito y defendido en dirección contraria, no es sino el producto de imaginaciones acientíficas, ignorantes y, en muchos casos, interesadas, en mostrar una hipnosis todopoderosa, muy alejada de la realidad experimental y clínica.

Mito 3: la hipnosis puede explicitar o agravar psicopatologías "latentes" de la persona. Incluso puede desarrollar alteraciones psíquicas en los individuos sanos. Los individuos con problemas psicopatológicos, puede empeorar con la hipnosis

No existe ninguna evidencia clara y contundente de que la "hipnosis" pueda generar algún tipo de psicopatía o de alteración psicológica. Ciertamente, la hipnosis, como toda forma de intervención psicoterapéutica puede producir efectos no deseados (Bergin & Gardfield, 1994). Pero, tal y como dijimos más arriba, tales efectos no son superiores a los encontrados en otras formas de intervención, y en todo caso, son manifestados por un porcentaje muy bajo de personas, y no debidos a la hipnosis sino a la creencias erróneas sobre ella (Lynn, Martin & Frauman, 1996). Incluso investigadores ligados al psicoanálisis, defienden que la similitud entre los procesos "hipnóticos" y algunos procesos psicopatológicos es más formal (topográfica) que funcional, sin que ello implique que las personas más susceptibles sean más vulnerables a la psicopatología, o que la psicopatología sea una forma de hipnosis espontánea (Nash, 1992). De hecho, Pettinati, Kogan, Evans, Wade, Horne & Staats (1990) no encontraron diferencias entre pacientes psiquiátricos y personas normales en sus medidas de hipnotizabilidad, si bien ciertos grupos de pacientes (fóbicos, bulímicos, drogadictos) pueden mostrar medias elevadas en esta dimensión (Lynn, Kirsch, Neufeld & Rhue, 1996).

Por otro lado, la idea de la "morbilidad" de la hipnosis proviene esencialmente de la escuela de la Salpêtrière, en la que tanto Charcot (1882) como Janet (1893/94/1901), especialmente el primero, enfatizaron el carácter psicopatológico de la hipnosis. Según este punto de vista, sólo las personas con debilidad ideativa y neuronal eran susceptibles de ser hipnotizados. El trance (y la disociación) que provocaba la hipnosis, dejaba a la persona sin control del yo, por lo que el individuo podía dar rienda suelta a sus alteraciones no conscientes, si bien, incluso dentro de esta misma aproximación, tal "descontrol" era limitado, sin implicar la realización de actos antisociales.

Ya su escuela opositora coetánea, la escuela de Nancy, a través de Liébeault y especialmente de Bernheim (1884b), mostraron su oposición a tales ideas (Tortosa, González-Ordi & Miguel-Tobal, 1993), defendiendo, por el contrario, que sólo las personas mentalmente sanas podían ser hipnotizadas, ya que sólo ellas podían seguir instrucciones y tenían la suficiente capacidad de concentración en las sugerencias que se proponían.

Esta divergencia no es de extrañar, ya que Charcot sólo trabajó con 12 mujeres histéricas, a las que nunca hipnotizó directamente. Todas ellas conocían las teorías de Charcot, y muy probablemente, actuaron en función de lo que de ellas se esperaba (Sarbin & Coe, 1972). El hecho de trabajar en un hospital, según nuestra opinión, determinó que Charcot y Janet intentaran explicar la normalidad a partir de la anormalidad, tal y como el propio Sigmund Freud hiciera más adelante.

Bernheim, al trabajar en una universidad, sin tanto ambiente "psicopatológico", percibió la hipnosis sólo como una forma de sugestión, de tal modo, que bajo hipnosis sólo se provocaban los fenómenos que se sugerían. Más aún, según Bernheim (1984a), la hipnosis no aportaba nada especial al aumento de la sugestibilidad de la persona. Todo cuanto se podía obtener con la hipnosis, podía obtenerse, asimismo, sin la inducción "hipnótica". Esta idea, ampliamente aceptada en la actualidad, iluminó la posición de Wells (1924) acerca de la hipnosis despierta, y la propia de Hull (1933).

Por todo ello, la hipnosis no parece en sí misma provocar ningún efecto colateral pernicioso. Ello dependería de la situación concreta de la persona, de su forma de procesar la información y de su propia personalidad, además de las creencias que ostente sobre la hipnosis. Una forma de reducir la "iatrogenia" de la hipnosis, y quizá la más poderosa, sería el pedir autorización y consentimiento al cliente para ser hipnotizado (Frauman, Lynn & Brentar, 1993; Lynn, Martin & Frauman, 1996), lo que suele implicar una presentación adecuada de la hipnosis en la que se desmitifican sus riesgos y se potencia el sentimiento de control percibido por la persona.

Finalmente, la hipnosis está siendo utilizada con mucho éxito para el tratamiento de ciertas alteraciones, que podrían parecer absolutamente incompatibles con ella: personalidades múltiples (Horevitz, 1993; Kirsch & Barton, 1988), depresión, fobias, pacientes limítrofes y psicóticos, además de las aplicaciones ya tradicionales a los campos del estrés y trauma, y medicina comportamental (Rhue, Lynn & Kirsch, 1993)

Por lo tanto, a pesar de lo mucho que se ha argumentado, la hipnosis no provoca más problemas que los que puedan generar las técnicas encubiertistas, la desensibilización sistemática o los procedimientos de reestructuración cognitiva, en base al uso de la imaginación. Probablemente genera mucha menos iatrogenia que los tratamientos que basan su "eficacia" en la reducción de las defensas de los pacientes y en la activación de la angustia.

Así pues, lo que puede gestar alguna complicación son las *creencias* que se mantienen sobre la hipnosis y las *expectativas* sobre lo que el hipnotizador hará con ella (recordemos que la posición de la escuela de Nancy, y la actual de las corrientes cognitivo-comportamentales, es que bajo hipnosis sólo ocurre lo que se sugiere y/o el sujeto cree que debe ocurrir). Desde esta perspectiva, son precisamente las técnicas de reestructuración cognitiva, especializadas en el cambio de pensamiento y supuestos personales de los clientes, las que más "psicopatías" podrían generar.

Desde una perspectiva deontológica es absurdo rechazar una técnica porque su potencial mal uso pueda perjudicar a la persona. En el caso de la hipnosis, sólo una inadecuada reestructuración cognitiva sobre ella la transformaría en un procedimiento iatrogénico o "peligroso". Por ello, según nuestro punto de vista, el modelo de hipnosis que se presenta al paciente es esencial. De ahí, nuestro total rechazo a los modelos transeáticos, de estado alterado de conciencia, o cuasi esotéricos, ya que transmiten una idea, no sólo poco rigurosa sobre la hipnosis -cuando no rigurosamente falsa-, sino que, además, fomentan creencias inadecuadas sobre las cualidades de la sugestión hipnótica.

Mito 4: *la hipnosis provoca un "estado" similar al del sueño, en el que la persona muestra unas características especiales. Si no se alcanzan tales características, la persona no está hipnotizada. Sólo se puede estar en esa situación especial, si se ha recibido un método de inducción hipnótica.*

A pesar de las opiniones, ya obsoletas, de Paulov (1923) sobre la cierta similitud entre el sueño ordinario y la hipnosis, sueño e hipnosis no tienen absolutamente nada que ver, ya que ni siquiera la hipnosis implica, tal como hemos indicado, un estado alterado de conciencia. Sólo, en algunas ocasiones, las personas que están siendo hipnotizadas a través de algún método hipnótico por relajación, pueden quedar dormidas. Este fenómeno es muy habitual entre personas insomnes, y común a otras técnicas de relajación.

Entonces, ¿Cuál es la relación entre hipnosis y sueño? La propia palabra hipnosis implica el vocablo "hipnos", sueño en griego. ¿A qué se debe tal relación lingüística?

Para responder a esta preguntas, conviene remontarse a los albores del surgimiento de la hipnosis. Habitualmente se suele afirmar que los métodos hipnóticos eran frecuentes entre los asirios, japoneses, griegos, hebreos y cristianos y otras culturas en las que la meditación y la concentración eran altamente frecuentes y valoradas. Probablemente, ello se debe a la confusión de los aspectos formales de la hipnosis tradicional con la meditación y los rituales religiosos que acompañaban a tales prácticas. No sólo es inadecuada esta asimilación entre la hipnosis y los rituales religiosos ancestrales (Capafons y Amigó, 1993 a, 1993c; Spanos y Chaves, 1991), sino que, además, paradójicamente, el surgimiento de la hipnosis se atribuye a Franz Anton Mesmer. Mesmer, médico austríaco del siglo XVIII, fue el creador del mesmerismo, corriente basada en el magnetismo animal, al que consideraba fluído universal responsable de la salud de los seres vivos, y nunca usó sugerencias de sueño para "magnetizar" a sus pacientes.

Por el contrario, Mesmer opinaba que los cuerpos vivos sanos disfrutaban de un equilibrio del fluído magnético, equilibrio que, cuando se truncaba, generaba enfermedad, tanto de orden físico como mental. Guiado por estas ideas, Mesmer diseñó un conjunto de procedimientos para la remagnetización. Estos procedimientos incluían desde pasar magnetos por el cuerpo de la persona, hasta la magnetización del

agua, que era ingerida por el paciente, y la magnetización de otros seres vivos (árboles, bosques, personas), que, a su vez, podían remagnetizar y, por lo tanto, "curar" al individuo. Lo relevante en este punto es que las personas, cuando eran magnetizadas, mostraban convulsiones y entraban en "crisis" (fenómeno similar a la catarsis por abreacción, propuesta por Freud). Tras la crisis la persona solía mostrar grandes mejorías en sus problemas.

Así pues, tal y como indican Spanos y Chaves (1991), el relacionar la hipnosis con el magnetismo animal, exige recordar que las personas que eran magnetizadas, no sólo no se dormían, sino que, por el contrario, mostraban comportamientos similares a los de los exorcizados de la edad media. Por ello, conviene no olvidar que la unión entre hipnosis y sueño es casual e histórica, no sustantiva o procesual.

Mesmer, recordemos, fue evaluado por dos comisiones de investigación. La segunda de ellas, utilizando diseños sumamente "limpios" y sencillos, concluyó que el magnetismo animal no era sino una explicación falaz, y que los fenómenos que provocaban los rituales mesmeristas, se debían a la imaginación, creencias y fantasías de las personas. Ello, desafortunadamente, determinó el que Mesmer fuera repudiado (murió abandonado de los suyos y absolutamente pobre en Suiza), cayendo sus prácticas en desgracia y desuso. No obstante, algunos seguidores continuaron practicando sus enseñanzas, creando un ambiente de curiosidad en algunas personas de la alta sociedad francesa de la época. Entre ellos, destacó el Marqués de Puységur, quien quiso saber por sus propios medios y sin interferencias de ninguna clase, qué era el "magnetismo animal". Para ello, solicitó a un "mesmerista" que magnetizara un árbol. Cuando el árbol ya tenía poderes magnéticos, solicitó a un vasallo suyo, Víctor Emmanuel, que se colocara debajo de él, y le relatara lo que le fuera provocando la magnetización. Seguramente, en su afán purista, el marqués de Puységur, eligió a Víctor, no sólo por su condición de vasallo, sino por su cualidad de deficiente mental (Gibbons, 1979; Hoarean, 1992; Hull, 1933), bajo el supuesto de que no distorsionaría los resultados. Sin embargo, recordemos que bajo hipnosis no ocurre nada que no se espere por parte de la persona o se sugiera directamente por el hipnotizador. Al no saber absolutamente nada de lo que se suponía que debía ocurrir al ser magnetizado, el pobre Víctor Emmanuel, simplemente cayó dormido. Otros individuos que observaron la respuesta de Víctor Emmanuel, pensaron que el sueño era el efecto de los "rayos" magnéticos, y también comenzaron a sentirse somnolientos y amodorrados.

A pesar de su purismo metodológico, Puységur, cometió un error de interpretación: como el científico que, tras arrancar todas las patas a una pulga y solicitarle que saltara, pensó que su desobediencia se debía a la sordera provocada por la eliminación de los miembros locomotores de la citada pulga. Es decir, Puységur creyó que el sueño experimentado por Víctor era el efecto del magnetismo animal. Por lo tanto, le denominó, sueño artificial, ya que no se debía a causas naturales, sino al influjo de tal magnetismo animal.

Más adelante, Braid observó, influido por el concepto de somnambulismo artificial, que dando instrucciones de somnolencia, pesadez y modorra, las personas mostraban un incremento en la susceptibilidad a las sugerencias, y por ello, denominó Hipnosis, al "estado" que provocaban en la persona tales sugerencias.

Por lo tanto, la relación entre sueño e hipnosis es puramente artificial, debida a un azar histórico, y reforzada por el hecho de que la sugestión es la que provoca las reacciones que se dan bajo "hipnosis": si sugerimos sensaciones de somnolencia, pasividad y obnubilación, las provocaremos, como también provocaremos las reacciones contrarias, si también las sugerimos.

Ello nos lleva a la segunda parte del mito: la persona debe alcanzar algunas características especiales para estar "realmente" hipnotizado. De nuevo conviene recordar, en este momento, que bajo hipnosis no se provoca nada que no se sugiera y/o que la persona no crea y espere que deba ocurrir. La investigación psiconeurobiofisiológica, realizada sobre los correlatos biológicos del "estado hipnótico", es unánime en una conclusión general: no existe ningún correlato biológico de la hipnosis (Miguel-Tobal & González-Ordi, 1993). Sólo se provocan los fenómenos que se sugieren, y tales fenómenos se comparten con otras formas de intervención (relajación, imaginación, etc.). Así pues, una caída brusca de la tasa cardíaca, no es síntoma de "entrada" en hipnosis, como tampoco lo es un aumento de las ondas cerebrales "alfa", o una disminución del tono muscular, o un aumento diferencial de los hemisferios cerebrales. El que aparezcan estos fenómenos, como venimos insistiendo, depende de lo que se haya sugerido, o del método "hipnótico" utilizado. Y ello, a su vez, nos lleva a la tercera parte de este mito: el método de inducción hipnótica como responsable de los fenómenos "hipnóticos" y como prerequisite indispensable para estar hipnotizado.

La evidencia acumulada tras varias décadas de investigación muy rigurosa y polemizadora, indica que no existe ningún criterio comportamental o subjetivo de trance, o estado "hipnótico". En otras palabras, no existe ningún "síntoma patognomónico" de la hipnosis (Capafons & Amigó, 1993a, 1993c), y todo lo que se ha provocado bajo hipnosis se ha provocado, también, sin necesidad de utilizar método alguno "hipnótico". Ello no quiere decir que la hipnosis no exista. Precisamente una de las conclusiones más importantes de las investigaciones realizadas por los psicólogos de la vertiente cognitivo-comportamental, es que la hipnosis es un rótulo social, con implicaciones sobre las expectativas, activación de roles y habilidades cognitivas muy complejas (Kirsch, 1993; Spanos & Barber, 1976; Spanos & Chaves, 1989). En definitiva, un método será hipnótico, según nuestra opinión, en la medida en que el sujeto que va a ser hipnotizado lo perciba como tal. La hipnosis se dará siempre que la persona a hipnotizar y el hipnotizador estén de acuerdo en que el método es "hipnótico" y los fenómenos que el sujeto experimente sean, asimismo, "hipnóticos" (Capafons & Amigó, 1993c). En definitiva la hipnosis se construiría entre, al menos, las dos personas implicadas en la relación hipnótica.

Por lo tanto, no cabe esperar nada "especial" de la hipnosis, ni debe asumirse que los métodos hipnóticos tienen ciertos poderes para determinar reacciones espectaculares en las personas.

Algunos autores y profesionales de la psicología clínica argumentan que en los métodos hipnóticos se utiliza la relajación como forma de "profundizar", incluso de inducir la hipnosis, por lo que las respuestas de relajación serían lo "patognomónico" de la hipnosis. A pesar de ser esta la opinión del propio Edmoston (1991), no hay nada más alejado de la realidad. Ya en 1976, Bányai y Hilgard, diseñaron el método activo-alerta como procedimiento alternativo de inducción hipnótica. En dicho método, ampliamente utilizado por el grupo de Bányai, tanto para la investigación experimental, como para la aplicación clínica (Bányai, Zseni & Túry, 1993), no sólo no se dan instrucciones de somnolencia y relajación, sino que se enfatiza lo contrario: la activación muscular, cardíaca y mental. Con este método se han alcanzado niveles de respuesta a las escalas de susceptibilidad hipnótica, idénticos a los alcanzados con los métodos tradicionales de relajación. Ello concuerda con las posiciones de Gibbons (1979), Wollman (1978) y Araoz (1985). Más aún, los métodos por activación son un precursor y antecedente directísimo de la Terapia de Auto-Regulación (Amigó, 1990; Capafons & Amigó, 1993 a, c; Capafons & Amigó, 1995), en la que la persona responde a la sugerencias hipnóticas con la misma intensidad que cuando se le aplican tras una inducción hipnótica tradicional (Capafons, 1993), tras aprender a "activar" su mente de forma eficaz.

Así pues, ¿por qué se utiliza la relajación como forma de inducción hipnótica? La relación entre hipnosis y relajación también es de tipo histórico y circunstancial. Recordemos que, según nuestra opinión, un método es hipnótico siempre que la persona que lo reciba considere que lo es. Esta opinión concuerda con las conclusiones de la segunda comisión que investigó a Mesmer, y con decenas de trabajos sobre el tema, en los que se concluye que el rotulado es el proceso básico para definir un método hipnótico como tal (Spanos & Barber, 1976). El propio Mesmer, tal y como hemos indicado, utilizó una variedad enorme de métodos para magnetizar a sus pacientes (Kirsch, 1993). Todos estos métodos fueron igualmente productivos a la hora de provocar convulsiones y mejoría en las personas que creían en ellos. En el contexto hipnótico ocurre otro tanto. Las anécdotas sobre la hipnotización "espontánea" de algunas personas, sin que el hipnotizador hubiera aplicado procedimiento hipnótico alguno, son corrientes. Por ejemplo, algunos veteranos de la segunda guerra mundial "caían" profundamente hipnotizados tan sólo por acceder a las salas de hipnosis (Sarbin & Coe, 1972).

En línea con lo anterior, de Milton Erikson se cuenta un anécdota, en la cual una mujer "cayó" profundamente hipnotizada al saludar al famoso terapeuta con un "apretón" de manos, sin que Erikson tuviera intención alguna de hipnotizarla con el famoso método del *apretón de manos*, bien diferente a la convención occidental de apretarse mutuamente las manos en el saludo.

Si mantenemos todo ello presente, entenderemos fácilmente que las instrucciones de relajación hayan devenido en un método casi universal para la inducción de la hipnosis. La mayoría de las personas se muestran nerviosas cuando van a ser hipnotizadas por primera vez. Seguramente debido a los mitos y creencias erróneas sobre la hipnosis, muchos individuos se preocupan excesivamente sobre lo que van a experimentar al ser hipnotizados, y se sienten ansiosos por ello. El terapeuta o hipnotizador, normalmente intenta eliminar estas reacciones de "estrés" diciéndole a la persona frases como "relájate, tranquilízate, no tienes por qué preocuparte, relájate y comprobarás que la hipnosis no es peligrosa, sino agradable, relajante". Incluso antes de que la persona muestre signos de ansiedad, la mayoría de los terapeutas se anticipan a ellos, solicitando a sus pacientes que se tranquilicen y relajen. Muchos de los pacientes confunden las instrucciones de relajación con las propias instrucciones de inducción "hipnótica", por lo que caen "profundamente hipnotizados", incluso aunque el terapeuta todavía no haya comenzado con el ritual "hipnótico" como tal. Por ello, el relajar al paciente, antes de la hipnosis, no sólo ha devenido en una forma de "tranquilizarlo" y predisponerlo hacia la hipnosis, sino en un método efectivo y eficaz para hipnotizar, siempre que, evidentemente, las instrucciones de relajación se sugieran con la intención, percibida por parte del paciente, de "hipnotizar". No existe ninguna otra razón para identificar relajación con hipnosis. Hasta tal punto esto es así, que Edmoston (1991), quien identifica relajación con hipnosis (a la que pretende rotular como Anesis), debe defender que los métodos de activación-alerta de Bányai no son "hipnosis". Ello no intenta sino confirmar la falacia de que la hipnosis tiene métodos de inducción "sustantivos", con poderes intrínsecos, para provocar un aumento en la respuesta a las sugerencias. Las instrucciones de relajación ayudan a la inducción de hipnosis, siempre que la persona perciba tales instrucciones como "hipnóticas". Con métodos de activación y expansión se consiguen los mismos resultados que con los métodos basados en la relajación, a la hora de provocar reacciones "hipnóticas", tal y como veremos más adelante.

Así pues, la experiencia hipnótica no es similar a la del sueño, y varía de persona a persona, en función de lo que la persona espere de la hipnosis y se sugiera en el transcurso de ella. No hay ningún criterio objetivo e independiente de hipnosis, por lo que es inadecuado asimilar hipnosis no sólo a sueño, sino a relajación u otras formas de meditación. Ello dependerá, tal y como hemos indicado, de las instrucciones que se den, y de las propias expectativas y creencias del sujeto a hipnotizar.

Mito 5: La hipnosis elimina y anula el control voluntario de la persona. Ésta deviene en un autómatas en manos del hipnotizador, por lo que puede cometer actos delictivos, antisociales, inmorales o que le llevan al ridículo social.

Seguramente este es el mito que más ha perjudicado al uso y aplicación de la hipnosis en el campo de las psicoterapias. Tanto la literatura como el cine, así como ciertos abogados criminalistas, han presentados "ejemplos" del poder que alcanza el hipnotizador sobre la persona a la que ha hipnotizado. Tales ejemplos han "calado" en la opinión pública, reforzados por la visión de los programas de televisión en los que individuos "normales" muestran comportamientos ridículos o muy espectaculares, que

luego son catalogados por los propios sujetos como involuntarios, incontrolables y fuera de su fuerza de voluntad.

Sin embargo, ambas situaciones son bien diferentes en la medida en que en los espectáculos sobre hipnosis, no se pide nada al sujeto que pueda ser antisocial, delictivo o inmoral. Más aun, no se le pide nada a los sujetos que antes ellos no sepan que "puede ocurrir", y que esperen que, efectivamente, ocurra ¿Por qué, sino, una persona se prestaría a ser voluntario del espectáculo hipnótico? No parece tener mucho sentido el colaborar en un teatro, circo o plató, sin esperar que la hipnosis provoque ciertas reacciones en el voluntario, y, más aún, que la persona espere que tales reacciones sean divertidas y distraídas. Por lo tanto, en este caso, el asunto es *cómo y por qué* la persona percibe tales respuestas como involuntarias, y no *por qué* no puede controlarlas aunque desee hacerlo. Una de las respuestas se halla en el concepto de "automatismo". Las personas tienden a equiparar automático con involuntario. En la hipnosis, se dan muchos comportamientos de forma automática, pero no involuntaria, ya que las personas los pueden interferir siempre que así lo deseen. El concepto de interferencia, central en la Terapia de Auto-Regulación (Amigó, 1990; Capafons & Amigó, 1993a, 1993c), lo es también en este contexto. No sólo se va adquiriendo conocimiento de cómo las personas se autoconvencen de que sus reacciones son "no volitivas" y automáticas (Kirsch y Lynn, en prensa), sino que, además, sabemos que las personas hipnotizadas interfieren con las sugerencias que no les agradan (fenómeno conocido como contrasugestión) y controlan la situación hipnótica ejerciendo, para ello, una actividad cognitiva muy marcada. El sujeto hipnotizado, como sujeto pasivo, pasó a la historia de la ciencia hace más de 20 años. Todas las vertientes teóricas que investigan con rigor en el campo de la hipnosis, han concluido que el sujeto es receptivo y activo en la determinación de las respuestas que emite tras las sugerencias. Si exceptuamos la posición de Bowers (Bowers & Davidson, 1991) y su interpretación muy particular de la teoría neodisociativa de Hilgard (1991), no existe autor alguno mínimamente serio, que rechace el rol activo y determinante del individuo en la conformación de las respuestas hipnóticas. Tal y como hemos indicado, la interferencia es el máximo exponente de ello.

Una respuesta puede ser automática y voluntaria, voluntaria y no automática, y automática e involuntaria. Ejemplo del primer caso, es el lenguaje: una persona emite una serie de palabras de forma automática, pero voluntaria al decir "lo que quiere decir". Por el contrario, ese mismo individuo puede intentar decir ciertas palabras (acto voluntario) en una lengua diferente, la cual maneja con dificultad, y sus respuestas ser, en este caso, no automáticas, ya que debe seleccionar cuidadosamente lo que intenta decir. Finalmente, una persona que delira por los efectos de la fiebre, seguramente estará hablando de forma automática e involuntaria.

Así pues, bajo hipnosis se actúa de forma automática (también denominada, no volitiva por Kirsch, 1993), pero no de forma "descontrolada" o involuntaria: la persona no pierde su capacidad legislativa y ejecutiva. Paradójicamente, en todo caso la aumenta. Ello nos lleva al aspecto central del mito: la comisión de actos delictivos,

inmorales o auto-daños por parte de la persona hipnotizada, en contra de su voluntad.

Orne (1962), en un texto ya clásico, analiza precisamente este tema, considerando aspectos como control y presión social. La investigación realizada experimentalmente, indica que las personas actúan de forma inmoral o delictiva, cuando el acto que se les propone es irrelevante realmente para su propia ética. Y que un acto sea irrelevante en estas circunstancias es bien sencillo, ya que las personas "saben" que en un experimento no puede ocurrir nada especialmente dañino o perjudicial para alguien, pues el peso de la ley caería sobre el director del estudio. En otras palabras, si la persona sabe que no tendrá responsabilidad sobre lo que ocurra, y lo que acontece no es especialmente antisocial o delictivo, actuará conforme se le pide "bajo" hipnosis. En el caso contrario, la persona no responderá, y abandonará la relación hipnótica, al igual que la abandonaron los sujetos hipnóticos "reales" de la investigación de Evans, comentada páginas antes. La hipnosis actúa, en cierta manera, del mismo modo que el alcohol: como una excusa para disculparnos de lo que no queremos aparentar ser responsables.

El conjunto de evidencia *no experimental* acerca del poder de la hipnosis para anular la voluntad de las personas (evidencia casuística y no controlada), pone de manifiesto que en todos los casos, el hipnotizador detentaba un alto control social previo sobre la persona (psicoterapeuta, médico, padre/madre, amigo íntimo, consejero, etc.), que por sí mismo explica bastante mejor que la hipnosis, la aquiescencia de la persona a la hora de realizar los actos antisociales, delictivos o auto-daños. No existe ninguna evidencia de que la hipnosis haya sido causa, ni siquiera probable, de tales actos, y así lo han refrendado jueces, fiscales y abogados defensores de diversos países del mundo (Wagstaff, 1989; en prensa). Según nuestra opinión, lo peligroso de la hipnosis radicaría en las creencias que respecto de ella pueden generar aquellas personas que ejercen un alto grado de control social sobre el, o las personas, que van a ser hipnotizadas. La hipnosis, sin embargo, suele alertar tanto a los individuos, debido al miedo y reticencia que de ella tienen, que, en todo caso, complicaría más que facilitaría la inducción a la comisión de un crimen.

Mito 6: La hipnosis provoca reacciones inusuales, excepcionales y cuasi mágicas en las personas.

Habitualmente se habla de tres tipos diferentes de reacciones "hipnóticas": ideomotoras, ideosensoriales y cognitivas. Según nuestra opinión (Capafons & Amigó, 1993a, 1993c), sería más adecuado denominarlas reacciones motoras, sensorio-fisiológicas y cognitivo-perceptivas, para evitar la carga teórica que supone el prefijo "ideo", ya que los mecanismos que generan tales respuestas no pueden reducirse sólo a la activación de una idea.

Generalmente, el aspecto divergente de las respuestas "hipnóticas" suele estar relacionado con el automatismo (involuntariedad percibida) de tales reacciones, así

como con aquellos aspectos parecidos a respuestas psicopatológicas. Finalmente, la analgesia y anestesia, conforman un núcleo de interés también muy "espectacular".

Para evitar redundancias con otros textos ya publicados (Capafons & Amigó, 1993a, 1993c), nos centraremos en las reacciones motoras de reto, las alucinaciones, las amnesias y la anestesia. Vaya por delante nuestro punto de vista, compartido con Sarbin (Sarbin & Andersen, 1963) acerca de todas ellas: la vida cotidiana está repleta de fenómenos similares a los provocados por la sugestión hipnótica, por lo que tienen poco de inusuales, fantásticos o excepcionales. Sin embargo, el mérito atribuible a la hipnosis radica, según nuestra opinión, en la activación y finalización *voluntaria* de tales fenómenos, a través del uso de los procedimientos "hipnosuggestivos".

Una reacción motora típica de reto es la catalepsia rígida del brazo (el sujeto experimenta su brazo rígido, y es incapaz de doblarlo por el codo, notándolo más y más rígido cuanto más intenta flexionarlo). Habitualmente, los legos en el tema concluyen que los ejercicios de reto son la prueba irrefutable de la pérdida de control que sufre la persona hipnotizada, y, por lo tanto, del poder de la hipnosis. Si analizamos detenidamente las sugerencias que se dan a los sujetos para experimentar el reto, observamos que se lanzan mensajes encubiertos, que activan grupos musculares incompatibles entre sí. Por ejemplo, para fomentar la catalepsia rígida del brazo, suelen darse instrucciones similares a la siguiente: "Ahora extiende tu brazo izquierdo (el hipnotizador sujeta el brazo ligeramente por detrás del codo, en dirección al hombro, lo que en sí mismo fomenta la rigidez del antebrazo). Dentro de un momento observarás cómo tu brazo está cada vez más y más rígido, duro (el hipnotizador con la mano libre, estira los dedos del brazo extendido del paciente, lo que ayuda a la rigidez), como si fuera una barra de hierro, o un trozo de madera. Cada vez está más y más rígido, completamente agarrotado (el brazo se tensa debido a la posición y a las instrucciones del hipnotizador). Ahora, cuando yo te lo diga, intentarás doblar el brazo pero no podrás. Cuanto más y más intentes doblarlo, más y más rígido devendrá, y menos podrás doblarlo. Intenta doblarlo y observarás como no puedes (el sujeto lo intenta y comprueba que no puede doblarlo; se sorprende y lo intenta con mayor fuerza, pero cuanto más lo intenta más difícil le resulta el hacerlo). Ahora, el brazo recupera su tacto normal, no está rígido, ya puedes doblarlo".

Si la persona es sensible a las sugerencias hipnóticas, por definición colabora con el hipnotizador y sigue sus instrucciones al pie de la letra. Incluso si las instrucciones no son las más adecuadas, la persona susceptible a la hipnosis, crea sus propias fantasías para cumplir con las sugerencias. En este caso (compruébelo el lector por sí mismo, realizando el ejercicio), si el sujeto tensa el brazo, ayudado por la imaginación (el brazo es una barra, un trozo de madera) y por la propia actividad del hipnotizador (la forma de sujetar el brazo), *le será imposible doblarlo* hasta que deje de tensarlo. De este modo, al seguir fielmente las instrucciones del hipnotizador, quien en ningún momento le indica que afloje o relaje el brazo, la persona "hipnotizada", activa un grupo de músculos antagónicos con los músculos que le ayudarán a flexionar el brazo. Así, el brazo permanece rígido, por mucho que la persona intente doblarlo.

Al sorprenderse, la persona activaría lo que Kirsch (1990, 1993) denomina "expectativas de respuesta", por lo que tenderá a esperar una reacción determinada (en este caso la catalepsia e inmovilidad de la extremidad), lo que determina la propia reacción (mecanismo similar a las profecías auto-cumplidas) y el sentimiento de involuntariedad, o mejor, de automatismo. Tal y como indicaría Coué, en este momento se activaría la segunda ley de la sugestión -ley del efecto inverso- (Araoz, 1985; Kroger & Fezler, 1976), por la cual las respuestas percibidas como involuntarias, cuanto más se intentan activar (o inhibir) de forma voluntaria más se inhiben (o se activan). El lector puede comprobar este efecto, realizando el ejercicio "paradójico" del elefante rosa, atribuido a Milton Erikson. Erikson solía pedir a sus pacientes que no pensarán en un elefante de color de rosa, lo que provocaba *automáticamente*, la imagen de un elefante rosa. Precisamente este ejercicio recoge las ideas fundamentales de la Intención Paradójica, técnica diseñada por Bernheim, retomada por Adler y popularizada por Frankl (1985). En ella se solicita que el paciente intente activar las respuestas "involuntarias" que habitualmente se empeña en reducir de forma voluntaria (ansiedad, rubor, taquicardias, etc.), sin intentar analizar las causas del efecto que se consigue.

Finalmente, el sentirse paralizado, o "petrificado", es una reacción muy habitual ante situaciones de extremo peligro. Esta reacción es de un considerable valor adaptativo filogenético: el animal que permanece quieto ante el ataque sorpresa de un depredador tiene más posibilidades de pasar desapercibido (y, por lo tanto, de salvarse), que aquel que se mueve o intenta huir. Por ello, las reacciones de inmovilidad ante las sugerencias de reto motoras, no tienen nada de extraño ni de inusual, más aún cuando el informe subjetivo de la mayoría de las personas que lo experimentan, indica que sentían una dualidad fenomenológica (omnipresente en la hipnosis): por un lado "saben" que pueden no cumplir con la sugestión, es decir, que la pueden "interferir", pero por otro lado, la experimentan como automática, no volitivamente controlada. No obstante, recordemos que el mérito, o utilidad de la hipnosis (y otras formas de manejar la sugestión), es el control voluntario de tales reacciones.

Respecto de las "alucinaciones" hipnóticas cabría decir otro tanto. En primer lugar, bajo hipnosis no se provocan verdaderas alucinaciones. Por el contrario suelen ser imágenes transparentes, o imaginaciones muy vívidas (bien sean auditivas, táctiles o gustativas). Lo definitorio de esta situación radica en el actuar *como si* fueran perceptos reales, fenómeno bien descrito y analizado por la teoría de rol propuesta por Sarbin (Coe & Sarbin, 1991; Sarbin & Coe, 1972;). Por otro lado, en la vida cotidiana, son muy frecuentes "alucinaciones" positivas (percibir lo que no existe) y negativas (no percibir lo que sí existe). En multitud de ocasiones creemos que alguien nos ha llamado, cuando realmente no es así, o creemos ver a alguien que realmente no es, o, por el contrario, somos incapaces de encontrar algo que está delante de nuestros ojos. Muchos niños muestran dolor, incluso antes de que se les vaya a inyectar algún fármaco.

Todas estas alteraciones perceptivas suelen percibirse como "involuntarias", a pesar de que la persona no está hipnotizada. Lo paradójico es que la investigación experimental indica que las personas *sí* perciben los objetos que se supone no están percibiendo, cuando se provocan "alucinaciones" hipnóticas negativas, y "saben" que lo que perciben (alucinaciones positivas) realmente no es sino una intensa imaginación (De Groot & Gwynn, 1989). Más aún, las alteraciones perceptivas provocadas por la hipnosis, ni siquiera son substantivamente similares a las alteraciones perspectivareales (Jones & Flynn, 1989). O dicho de otra forma, lo excepcional sería, precisamente, los fenómenos que se provocan en la vida cotidiana. Ello no invalida la utilidad de los fenómenos hipnóticos de esta índole, ya que la persona *actúa, en muchas ocasiones*, de forma similar a lo esperable en un intenso juego de roles, con su consiguiente aplicación a la psicoterapia.

Respecto de la amnesia cabría decir otro tanto: las personas no olvidan realmente los datos que se sugiere que olviden. Por el contrario, activan estrategias cognitivas para no poder recordar lo que se les pide que no recuerden (por ejemplo, "borrar" el dato en su imaginación, decidir que no pueden "leer" en su mente, o "traspasarlo" a otra parte de su cerebro, fuera del alcance de su memoria). La amnesia hipnótica es más una actividad dirigida a un objetivo, que una respuesta involuntaria a la sugestión (Coe, 1989). Finalmente, y por el contrario, en la vida cotidiana sí es muy frecuente el intentar recordar algo obvio, y no poder hacerlo (por ejemplo, el nombre de alguien que nos acaban de presentar, o dónde se ha colocado cierto objetos -las llaves del coche-), o el tener algo "en la punta de la lengua", sin poder recuperar la información pertinente (reacción fácilmente entendible, aunque no explicable, a partir de la ley del efecto inverso de Coué). Todos estos fenómenos, habituales y nada excepcionales, se perciben como involuntarios y automáticos, pero, al darse fuera del contexto "hipnótico", no provocan las reacciones de temor o sorpresa que se dan en las situaciones calificadas como "hipnóticas".

Y, para terminar con el mito que nos ocupa, nos centraremos brevemente en las analgesias y anestias. Desde una perceptiva cognitivo comportamental, la hipnosis activa procesos cognitivos que ayudan controlar el malestar o molestia que provoca el dolor, ayuda a *informar* de un menor dolor sentido, incluso puede aumentar el umbral para experimentar dolor. Sin embargo, este aumento en la tolerancia al dolor no es producto de trance alguno, o cambio en la conciencia de la persona. Menos aún se debe a una actitud pasiva por parte del sujeto, actitud que permitiría que "suciedera" la analgesia. Por el contrario, el sujeto adoptaría un rol muy activo, poniendo en marcha una importante actividad cognitiva (imaginación, reinterpretación del estímulo doloroso, etc.), muy similar a la que se activa a partir de los tratamientos cognitivo-comportamentales para el manejo del dolor. Además, buena parte de las respuestas "analgésicas" podrían entenderse a partir de otros factores implícitos a la situación hipnótica donde se aplican estímulos dolorosos (Chaves, 1989): por ejemplo, suele disponerse de anestésicos que se aplicarían en caso de que la hipnosis "fallara", o el dolor no es demasiado intenso o amenazante para la persona. De hecho el nivel de susceptibilidad a la hipnosis no predice la respuesta a instrucciones de analgesia fuera de contextos hipnóticos. Probablemente, ésta dependa más del rotulado de la situación y de las habilidades específicas que funcionan en esa, y no otras situaciones.

Por otro lado, sin menospreciar el valor de la hipnosis y otros métodos igualmente útiles para afrontar el dolor, la vida cotidiana nos presenta multitud de ejemplos en los que las personas consiguen auto-anestias. Quizá un ejemplo paradigmático es el de la persona que, tras sufrir una caída, torcerse un tobillo y experimentar por ello un intenso y agudo dolor, observa que un animal peligroso (un toro) le persigue. En ese momento, es muy habitual que la persona inicie una veloz carrera, sin experimentar dolor alguno, hasta haber pasado el peligro. Ciertamente, la ventaja de la hipnosis, como hemos indicado, es poder activar este fenómeno a voluntad.

Mito 7: La hipnosis es una terapia (hipnoterapia), sumamente útil, rápida y eficaz, que no exige ningún esfuerzo por parte del cliente para cambiar de comportamiento. Sólo las personas muy susceptibles, sin embargo, pueden beneficiarse de ella.

La hipnosis, en modo alguno, es una terapia psicológica. Tal y como hemos indicado en páginas previas, la hipnosis es un *adjunto* a otras formas de psicoterapia (Kirsch, Montgomery & Sapirstein, 1995; Lazarus, 1973). Por lo tanto, se pueden practicar terapias psicoanalíticas, humanistas-existenciales y cognitivo-comportamentales, a las cuales se les añade la hipnosis como un complemento. En este caso, la hipnosis sí facilita el resultado terapéutico, y, como otras formas de usar la sugestión, aceleraría la terapia y disminuiría el esfuerzo necesario para ella (Capafons, 1993, 1994; Capafons & Amigó, 1995). Más aún, la hipnosis no sólo se aplica en la Psicología Terapéutica, sino que también se usa en odontología, cirugía, obstetricia, oncología, en el tratamiento del dolor crónico, en el deporte, etc. Tal y como Kirsch indica (Capafons, 1995), la capacitación de una persona para la aplicación de la "hipnosis" no le autoriza a ejercer tareas profesionales para las cuales no ha sido formado. Es decir, un odontólogo no puede ejercer funciones de psicoterapeuta, y, a la inversa, un psicólogo no puede usar la hipnosis para realizar tareas odontológicas. La hipnosis, por lo tanto, no es sino un conjunto de procedimientos que ayudan a alcanzar ciertos objetivos, de manera más rápida y confortable, siempre que se apliquen las técnicas o recursos adecuados para tal consecución.

Por otro lado, a pesar de ciertas aseveraciones sobre la utilidad cuasi milagrosa de la hipnosis, lo habitual y frecuente es que las personas que se sirven de ella para aumentar la eficiencia de una terapia psicológica, deben esforzarse, implicarse e involucrarse activamente en el tratamiento. Es decir, los clientes deben ser tan o más activos a la hora de lograr su cambio de comportamiento cuando reciben hipnosis, que cuando se aplican los procedimientos sin ella. Dependiendo de la forma y técnica de psicoterapia que se use, el terapeuta decidirá cuál de los múltiples procesos "hipnosuggestivos" quiere activar y el significado que le otorgará a tales procesos. Afirmar que un terapeuta ha utilizado la hipnosis, sin una mayor descripción operativa de lo que realmente ha realizado, es como aseverar que un paciente ha recibido un tratamiento en base a la relajación: es decir, no se indica realmente nada sobre las características del tratamiento.

Finalmente, aunque el nivel de susceptibilidad a la hipnosis predice el resultado de ésta cuando se aplica (recordemos, como adjunto a otros procedimientos) a ciertos

problemas como asma, dolor, verrugas y otras alteraciones cutáneas, no predice el resultado del tratamiento "hipnótico" de otros problemas (Brown, 1992; Brown & Fromm, 1986; Wadden & Anderton, 1982). En general, con un nivel de susceptibilidad moderada se puede mejorar ostensiblemente la eficacia de la intervención, aunque esto, según nuestro punto de vista, depende de los "fenómenos hipnóticos" que se pretenda activar. Lo paradójico, es que las personas poco susceptibles se pueden beneficiar de los procedimientos que usa la hipnosis, especialmente cuando se obvia la propia palabra "hipnosis". O dicho de otro modo, si rotulamos la situación como técnicas de imaginación, o como técnicas de aprendizaje de control mental, incluso como placebo, las personas con un nivel bajo de susceptibilidad mejoran tanto o más que las personas altamente susceptibles, a las que se les aplican los mismos métodos pero bajo el rótulo "hipnosis" (Spanos, 1989).

Así pues, la hipnosis supone un volumen tan heterogéneo de formas de proceder, que en sí misma no es una forma de terapia. Para determinar su eficacia debe considerarse qué es lo que efectivamente se está aplicando. Habitualmente, la hipnosis se aplica junto a otros procedimientos, como factor motivacional añadido, o para activar ciertos procesos que resultan útiles dentro de una concepción determinada de psicoterapia o intervención psicológica. Sus resultados son beneficiosos como adjunto al tratamiento, pero no son milagrosos, ni implica que la persona adopte un rol pasivo en su cambio de comportamiento. La susceptibilidad a la hipnosis es un requisito necesario pero no suficiente para garantizar el éxito, y no exige niveles altos para poder obtener resultados apropiados.

En definitiva, nuestra opinión, que podría parecer ser contraria al uso de la hipnosis, no es que ésta sea inútil o ineficaz. *Por el contrario, defendemos que, para aumentar su eficacia, conviene tener una idea ajustada de sus posibilidades, así como del sustrato teórico y experimental que fundamenta su utilización.* Dependiendo de la concepción que se tenga de la hipnosis, se podrá, no sólo responder más a la "verdad" cuando se la proponga a los pacientes, sino también fomentar o no, los mitos acerca de ella que hemos descrito hasta ahora. Ninguno de estos mitos ayuda a los clientes a mejorar su comportamiento. Incluso cuando, aparentemente, el magnificar los resultados esperables de la hipnosis, o el otorgarle un halo mágico o misterioso, parezca que motiva más al sujeto y la predispone mejor, a medio y largo plazo perjudican notablemente el uso responsable y eficaz de la sugestión.

Por lo tanto, ¿cómo puede utilizarse la hipnosis en el contexto de los tratamientos cognitivo-comportamentales?. Según nuestro punto de vista, coincidente con el de otros autores (González-Ordi & Miguel Tobal, 1993), la hipnosis puede funcionar como una enorme ayuda para fomentar la motivación del paciente, para activar expectativas de auto-eficacia, de resultado y de respuesta. Tal y como apuntaron Kroger y Fezler (1976), la hipnosis nos permite demostrarle al sujeto que puede hacer muchas más cosas de las que cree poder hacer para mejorar su condición.

En nuestro caso, el cliente recibe una versión de la hipnosis, en la que se enfatiza el aprendizaje de ciertas habilidades para mejorar el control sobre su cerebro y su mente,

de forma que pueda maximizar los recursos que posee, y que poseemos la mayoría de los seres humanos. Incluso, se le dice al cliente, nos ayuda a instaurar ciertos recursos y habilidades que antes no poseíamos. El uso de la sugestión a través de la hipnosis es, en nuestro caso, un modo de fomentar la auto-regulación y el auto-control, disminuyendo el esfuerzo requerido para ello (sin eliminarlo totalmente), y manteniendo un alto grado de actividad, implicación e involucración por parte del cliente en el quehacer terapéutico. La hipnosis es un facilitador, que actúa sobre las expectativas y motivación de las personas, y entendible desde una concepción realista, natural y científica. La visión de la hipnosis como un conjunto de: a) procedimientos y comportamientos no diferentes cualitativamente de otros comportamientos habituales de la persona, y procedimientos usados por otros agentes del cambio de comportamiento, y que b) exigen la puesta en marcha de ciertas habilidades cognitivas y comportamentales, presenta múltiples ventajas. Así, no sólo se ajusta más a los datos experimentales que la Psicología Científica ha obtenido, sino que, según nuestra experiencia, fomenta la adhesión del cliente al tratamiento, aumenta la confianza en la hipnosis y en el uso que el terapeuta hará de ella, y disminuye radicalmente los miedos y falsas esperanzas que se mantienen sobre ella.