

La Hipnosis

Ps. Boris Araos San Martín

Origen de la hipnosis

El origen de la hipnosis se remonta a los inicios de la historia. En los ritos ceremoniales de antiguas culturas, los participantes experimentaban trances hipnóticos con abolición del dolor, la fatiga y síntomas de enfermedades probablemente psicósomáticas. Existen antecedentes del uso de la hipnosis hace 5000 años atrás, en rituales mágicos de Egipto e India. Rituales similares persistieron en la Grecia antigua y en la Roma clásica. Los médicos, curanderos, sacerdotes, brujos y chamanes utilizaban los efectos de la sugestión para potenciar los efectos de sus brebajes y medicinas.

Desde los tiempos de **Mesmer**, hace doscientos años, la hipnosis ha tenido una historia de aceptación y rechazo. El mismo Mesmer dio un aspecto de espectáculo teatral a sus sesiones de hipnosis. Por su parte, **Freud** (1890), al principio se entusiasmó con la hipnosis, especialmente con lo beneficioso de recuperar recuerdos reprimidos mediante hipnosis, pero luego se frustró porque sólo uno de cada diez de sus pacientes entraba en trance hipnótico profundo. Él creía erróneamente que sólo con el trance profundo se obtenían buenos resultados, entonces abandonó la hipnosis y buscó en la asociación libre y en la interpretación de los sueños el acceso al inconsciente. Esta actitud de Freud influiría en que muchos psiquiatras y psicólogos dejaran de lado la hipnosis por más de 50 años.

Alrededor del año 1900, el neurofisiólogo berlinés **Oscar Vogt** desarrolló un método de hipnosis no directivo, que es un antecedente de los métodos no autoritarios actuales. En vez de dar órdenes directas, sugería sutilmente lo que quería que hiciera el paciente. Además Vogt observó que algunas personas eran capaces de inducir sus propios estados hipnóticos (autohipnosis) y que estos estados de trance, tenían valor terapéutico. Posteriormente el médico alemán **J. H. Schultz** continuó con esta línea de investigación y desarrolló el "**Entrenamiento Autógeno**" (Schultz y Luthe, 1959), como método de autohipnosis para ser aplicado en una serie de problemas de salud, como insomnio, cefaleas y obesidad.

A pesar de dichos avances, la hipnosis estuvo durante mucho tiempo prácticamente relegada a los espectáculos teatrales. Hasta que **Milton Erickson**, en la década de los 60, recuperó la hipnosis como una potente herramienta terapéutica y la innovó magistralmente para aplicarla en múltiples problemas emocionales, conductuales y psicofisiológicos.

Hoy día la hipnosis ha alcanzado un lugar destacado en el campo de la salud, especialmente en Europa y Estados Unidos. Existen múltiples investigaciones clínicas y de laboratorio que muestran la efectividad de la hipnosis como herramienta terapéutica. En USA destacan los

investigadores en psicología experimental y clínica **Hilgard y Hilgard**, quienes durante más de veinte años han estudiado la hipnosis en laboratorio. El reconocimiento de la hipnosis ha sido tal que destacadas asociaciones internacionales de profesionales la recomiendan, entre ellas la **Asociación Médica Británica** - que aconseja su utilización para el tratamiento de distintas neurosis, dolor crónico, así como su aplicación en ámbitos de la cirugía y obstetricia (Kroger, 1963)- , la **Asociación Médica Norteamericana** y la **Asociación Americana de Psicología**. Se han creado importantes agrupaciones profesionales para el estudio de la hipnosis, como la Sociedad Europea de Hipnosis en Psicoterapia y Medicina Psicosomática, la Sociedad Americana de Hipnosis Clínica y la Sociedad Internacional de Hipnosis Clínica y Experimental entre otras.

En **Chile**, el tratamiento circense que hacen de la hipnosis algunos medios de comunicación, de mano de magos y taumaturgos, mostrando una imagen de la hipnosis engañosa y manipuladora, entorpecen su desarrollo. No obstante, y paralelo a eso, existen importantes investigaciones y aplicaciones de la hipnosis no sólo en el área de la salud mental - como por ejemplo, para el tratamiento de la depresión, los trastornos de ansiedad, los tics, el tartamudeo, la dependencia de fármacos o la bulimia - sino también para problemas de dolor crónico, problemas urológicos, inmunológicos y de preparación para neurocirugías (como por ejemplo, craneotomía vigíl). A modo de ilustración, en esta mismo sitio web expongo algunos casos clínicos de tratamiento con hipnosis y psicoterapia, señalando su fundamentación empírica.

La hipnosis no presenta contraindicaciones cuando es empleada por profesionales acreditados en Psicología, siendo las características del estado hipnótico cruciales para la modificación de comportamientos inadaptados y pensamientos irracionales o disfuncionales, la integración emocional y para la intervención sobre problemas psicosomáticos.

¿Qué es la hipnosis?

No existe una definición consensual de la hipnosis, probablemente porque ella escapa a las limitaciones de una sola mirada, y puede decirse que es ciencia, es arte, es técnica, es también “magia” (en el sentido usado por R. Bandler y J. Grinder, 1995).

Algunas aproximaciones vienen de la **neurofisiología**, y explican la hipnosis en su relación con el sueño. La hipnosis es un estado crepuscular, un estado hipnagógico o de transición entre la vigilia y el sueño. En el estado hipnótico ocurren cambios fisiológicos de inhibición cortical, cambios bioquímicos, de neurotransmisores y neuromoduladores y dominancia del hemisferio cerebral derecho que facilitan el cambio terapéutico.

Desde una **aproximación ericksoniana**, la hipnosis es considerada un estado alterado de la consciencia, un estado de trance natural, de mayor apertura y disposición a responder a las sugerencias terapéuticas y aceptar ideas e informaciones nuevas, que modifican la experiencia vital en una o más áreas: afectiva, cognitiva, evaluativa, etc. Esa apertura en el paciente es la que permite y facilita el cambio en la forma de pensar, sentir y actuar ante los problemas. Una sugerencia, una afirmación sugestiva en trance puede modificar una

conducta disfuncional y desadaptativa, una emoción de ansiedad, rabia o desesperanza, un pensamiento negativo (Erickson, 1980. Yapko, 1990)

En el estado hipnótico hay predominancia del hemisferio derecho (Watzlawick, 1986) y actividad de la mente inconsciente, por lo tanto, la persona hipnotizada es más creativa que en estado de consciencia normal, ya que las limitaciones impuestas por la mente consciente están minimizadas (Hawkins, 1998). De esta forma, la persona puede encontrar nuevas formas de ver las cosas, y de enfrentar y solucionar los problemas.

El papel de la atención ocupa un rol importante en el estado hipnótico. **Yapko** (1990) señala que: "El trance es un estado de atención focalizada, dirigida interiormente o exteriormente". **Waxman** (1986) enfatiza la concentración sobre la voz del terapeuta: "La hipnosis puede ser definida como un estado alterado de consciencia producido por una total concentración en la voz del terapeuta; dando como resultado cambios mensurables a nivel físico, neurofisiológico y psicológico que pueden producir distorsiones en la emoción, sensación, percepción y la imagen".

Utilidad de la hipnosis

La hipnosis no es una terapia en sí misma, sino una potente herramienta para utilizar en terapia. Ella puede ser un excelente catalizador de estrategias y técnicas de la terapia cognitiva conductual. Existen numerosas investigaciones que han mostrado que la terapia cognitiva conductual es superior en efectividad a otras terapias psicológicas y farmacológicas en muchos problemas de salud mental, como trastornos de ansiedad generalizada, crisis de pánico, fobias, depresión, trastornos sexuales, obesidad, anorexia, bulimia, enfermedades psicosomáticas y dolor crónico (cf. las investigaciones de Butler et al., 1991 para trastornos de ansiedad; Klosko et al., 1990 para crisis de pánico; Barlow et al., 1998 para fobias; Beck, 1991 para depresión; Auerbach et al., 1977 y Beck, 1995 para trastornos sexuales; Wilson y Fairburn, 1998 para los trastornos de la alimentación; Turner 1993 para dolor crónico).

También la hipnosis es una herramienta que puede ser utilizada en la **Psicoterapia Interpersonal**, que es como mínimo igual de efectiva que los fármacos y la terapia cognitiva para la depresión mayor, de acuerdo a lo publicado por el **Nacional Institute of Mental Health (NIMH) Treatment of depresión Collaborative Research Program** (Elkim, Parloff, Hadley y Audry, 1985)

Respecto a la terapia cognitiva conductual, existe una serie de investigaciones que muestra claramente que ella es más efectiva cuando se utiliza combinada con hipnosis que cuando se utiliza de forma aislada (Kirsch, Montgomery y Sapirstein, 1995; Brown, 1998, Capafons, 1998). El mismo Wolpe, un destacado terapeuta cognitivo conductual, hace uso de la hipnosis como medio para aplicar la desensibilización sistemática en el tratamiento de la ansiedad. Otros eminentes clínicos cognitivos como Cautela, Lazarus y Ellis también han empleado la hipnosis en sus trabajos.

¿Qué hace a la hipnosis tan efectiva?

El paciente en trance hipnótico tiene una actitud de mayor apertura y receptividad para internalizar sugerencias terapéuticas adecuadas y dirigidas a provocar cambios saludables a nivel cognitivo, fisiológico o conductual (Bowers, 1976; Gibson y Heap, 1991; Kroger, 1963; Wolberg, 1982)

Por otra parte, la hipnosis incrementa la capacidad imaginativa y de visualización del sujeto (Hilgard y Hilgard, 1979) y así facilita y hace más efectivo el uso de muchas estrategias terapéuticas que se basan en la imaginación y en la visualización. Por ejemplo, la efectividad de la desensibilización sistemática, usada en trastornos de ansiedad y fobias, está directamente relacionada con la viveza de la imaginación y la visualización con que el paciente hace el ejercicio. Mientras más viva sea la imagen más notoria y rápida será la disminución del miedo o la ansiedad.

Además, en el trance hipnótico hay habitualmente una focalización de la atención y una mayor implicancia emocional del paciente en el ejercicio terapéutico, vive las situaciones imaginadas como si fueran reales, lo que optimiza el cambio y la mejoría.

La sensación de relajación profunda, características del trance hipnótico, también condicionan positivamente los resultados terapéuticos del tratamiento psicológico, potenciando y acelerando el cambio positivo (Bermejo, 2004). La hipnosis es extraordinariamente útil para el alivio del dolor crónico (Barber, 1996)

La hipnosis de regresión

¿Qué es la regresión?

Es una técnica hipnótica que permite recordar experiencias que ocurrieron en nuestro pasado y que pueden estar influyendo negativamente en la actualidad y ser la raíz o causa primera de los síntomas actuales, sean síntomas físicos o mentales.

La regresión es una de las muchas técnicas hipnóticas, no la única. En otras formas de hipnosis, se trabaja con el presente, otras con el futuro, según el problema que se esté trabajando.

La regresión se experimenta de dos formas: por hipermnesia o por revivificación. La primera consiste en el recuerdo aumentado de experiencias recordadas parcialmente u olvidadas. En la hipermnesia, la persona experimenta la regresión como un acto de recordar. Se siente en el presente, recordando el pasado. En cambio, en la revivificación, la persona experimenta la regresión como un volver a vivir una situación del pasado.

¿En qué casos es útil la regresión?

La regresión es útil para sanar, elaborar, resolver, superar y/o perdonar acontecimientos traumáticos o dolorosos, que han dejado huellas profundas en la personalidad, en la autoestima, en el modo de relacionarnos con los demás, en la vida emocional y en la vida sexual de la persona. Está especialmente indicada en trastornos por estrés post traumático (Brown, 1998), abuso sexual infantil, secuelas de violencia intrafamiliar en la infancia,

fobias, depresiones con baja autoestima, anaorgasmia (disfunción sexual por la cual no se puede tener orgasmo, Beck 1995), vaginismo y dispareunia (dolor genital durante el acto sexual), entre otros.

¿Tiene contraindicaciones?

Si. La regresión está contraindicada en los trastornos psicóticos, en la esquizofrenia, en los cuadros paranoides intensos y en las depresiones descompensadas. Puede tener un efecto iatrogénico (es decir, empeorar el síntoma en lugar de aliviarlo) si no es realizada por un especialista, principalmente un psicólogo con estudios de post título. Por desgracia, algunos centros ofrecen cursos rápidos de hipnosis, que supuestamente capacitan para hacer regresiones. En esos casos, es esperable que la persona se agrave en lugar de mejorarse. En cambio, si la hipnosis la realiza un profesional capacitado, psicólogo o psiquiatra certificado, entonces la eficacia para superar problemas emocionales y psicosomáticos, es muy alta

Contacto:

boris.araos@gmail.com

Fono 2610 56 05

Santiago, Chile

Copyright ©2015, por Boris Araos

Bibliografía

- Auerbach, R. y Kilmann, P.R. (1977). The effects of group systematic desensitización on secondary erectile failure, Behavior therapy, 8, 330-339
- Barlow, D.H.; Ester, J.L.; Vitali, A.E. (1998) Psychosocial treatments for panic disorders, phobias, and generalized anxiety disorder. En P.E. Nathan y Gorman (Eds.), A guide to treatments that work (pp. 288-318). Oxford: Oxford University Press
- Barlow, D.H. y Craske, M.G. (1989). Mastery of your anxiety and panic. Albany, New York: Graywind Publications
- Barlow, D.H. y Craske, M.G. (1994). Mastery of your anxiety and panic (MAP II). Albany, New York: Graywind Publications
- Barber, J. (1996). Hypnosis and suggestion in the treatment of pain. A clinical guide. Norton. New York
- Beck, A.T. (1991). Cognitive therapy. A 30- year retrospective. American Psychologist, 46, 4: 368-375.
- Beck, J.G. (1995). Hypoactive Sexual Desire Disorder: an Overview. Journal Of Consulting and Clinical Psychology, 63, 919-927.
- Bowers K.S. (1976). Hipnosis for seriously courious. New York: W.W. Norton and Co.
- Brown N. (1998). Hipnosis in the treatment of severe anxiety. Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 26, 138-145
- Butler, G., Fenell, M., Robson, P. y Gelder, M. (1991). Comparison of behavior therapy and cognitive behavior therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59, 167-175
- Capafons A. (1998). Autohipnosis rápida: un método de sugestión para el autocontrol.

Psicothema, 10, 571-581

- Elkin, I., Parloff, M.B., Hadley, S.W. y Autry, J.H. (1985). NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program: background and research plan. *Archives of General Psychiatry*, 42: 305 - 316
- Ericsson M. (1980). *Hypnotic Investigation of Psychodynamic Processes. The collected Papers of Milton H. Erickson on Hypnosis. Vol III.* Ed Ernest L. Rossi
- Gibson, H.B. y Heap, M. (1991). *Hypnosis in therapy.* London: LEA
- Hawkins P.J. (1998). *Introducción a la Hipnosis Clínica. Una perspectiva humanista.* Promolibro. Valencia
- Hilgard. J.R. y Hilgard, E.R. (1979). Assessing Hypnotic responsiveness in a clinical setting: A multi-item clinical scale and its advantages over single – item scales. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 27, 134-150.
- Kirsch I., Montgomery G. y Sapirstein G. (1995). Hypnosis as a adjunct to cognitive behavioral psychotherapy: a meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 214-220
- Klosko, J.S., Barlow, D.H., Tassinary, R. y Cerry, J.A. (1990). A comparison of alprazolam and behavior therapy in treatment of panic disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 77-84)
- Kroger W.S. (1963). *Clinical and Experimental Hipnosis.* Philadelphia: J.B. Lippincott. Ed. Glem.
- Rehm, L. P., Kaslow, N.J. y Rabin, A. S. (1987). Cognitive and behavioral targets in a self- control therapy for depresión. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55; 1: 60- 67.
- Shea, M.T., Elkin, I., Imber, S. D., Sotsky, S.M., Watkins, J.T., Collins, J.F., Pilkonis, P.A., Beckham, E., Glass, D. R., Dolan, R.T. y Parloff, M.B. (1992). Course of depressive symptoms over follow- up. Findings from the National Institute of Mental Health treatment of Depression Collaborative Research Program. *Archives of General Psychiatry*, 49: 782-787.
- Schultz J.H. y Luthe W. (1959). *Autogenic training : A psychophysiologic approach to psychotherapy.* New York: Grune y Straton
- Turner J.A., Jensen M.P. Efficacy of cognitive therapy for chronic low back pain. *Pain* 1993; 52: 169 - 177
- Watzlawick P. (1986). *El lenguaje del cambio.* Herder. Barcelona
- Wilson, G.T. y Fairbum, C.G. (1998). Treatment of eating disorders. En P.E. Nathan y J.M. Gorman (Eds.), *A guide to treatments that work* (pp. 501 - 530). New York: Oxford University Press.
- Wolberg, L.R. (1982). *Hypnosis: Is it for you?.* New York: Dembner Books
- Yapko, M. D. (1990). *Transcework. And introduction to the Practice of clinical Hypnosis.* Brunner/Mazel Pub. New York.
- Yapko, M.D. (1992). *Hypnosis and Treatment of Depression. Strategies for Change.* Brunner/Mazel Pub. New York.

