

APLICACIONES DE LAS TÉCNICAS DE HIPNOSIS EN EL ÁMBITO DE LA MODIFICACION COGNITIVO-CONDUCTUAL

Héctor González Ordi y Juan José Miguel-Tobal*

RESUMEN

Actualmente, las técnicas de hipnosis parecen volver a ser nuevamente reconsideradas en el quehacer clínico, especialmente como facilitadoras y coadyuvantes de otras estrategias terapéuticas. En este sentido, existen ciertas similitudes entre la hipnosis y otras técnicas ampliamente utilizadas en el ámbito cognitivo-conductual como la relajación progresiva, el entrenamiento autógeno, la meditación, el biofeedback y la imaginación dirigida; lo que hace posible crear paquetes terapéuticos combinados de gran efectividad, en donde la hipnosis actúa como un mecanismo potenciador de dichas técnicas.

En el presente trabajo se realiza una revisión de los aspectos que, a nuestro juicio, contribuyen al empleo de las técnicas de hipnosis

como coadyuvantes y potenciadoras de otras técnicas empleadas dentro del marco de la terapia cognitivo-conductual:

1. El empleo de la sugestión.
2. El énfasis en la imaginación.
3. El uso de instrucciones de relajación.
4. La modificación de actitudes y expectativas hacia la tarea.
5. El incremento de la motivación de los pacientes por el tratamiento.

Finalmente, se plantean las posibles aplicaciones de las técnicas de hipnosis en el ámbito clínico de actuación de la terapia cognitivo-comportamental en función de tres niveles:

- I. Como técnicas dirigidas a la modificación o extinción de conductas.
- II. Como técnicas para favorecer el autocontrol y modificar expectativas y actitudes ante situaciones-problema.
- III. Como técnicas coadyuvantes de otras técnicas cognitivo-conductuales.

INTRODUCCION

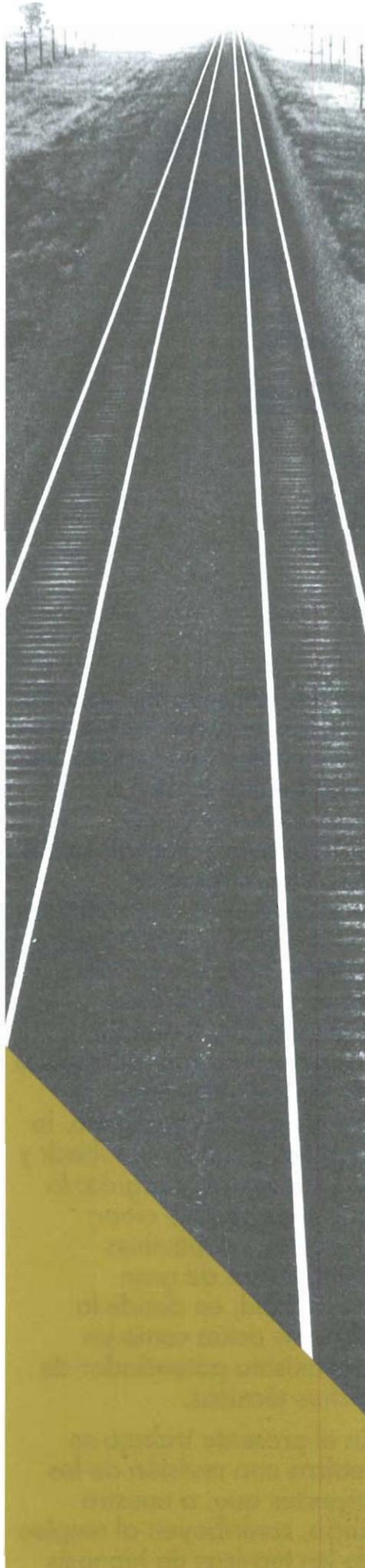
En las últimas décadas, especialmente desde los años 70, diversos autores han puesto de manifiesto el uso de las técnicas de hipnosis como coadyuvantes y facilitadoras de otras estrategias terapéuticas, en concreto las de orientación cognitivo-conductual (Dengrove, 1973; Karlin y McKeon, 1976; Kroger, 1978, 1988; Lazarus, 1973; Lazarus y Karlin, 1978; Spanos y Barber, 1976).

* Departamento de Psicología Básica (Procesos Cognitivos) Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid 28223 Madrid. España.

En este sentido, se han apuntado diversas razones por las cuales la hipnosis puede servir como facilitador para la puesta en marcha de las técnicas cognitivo-conductuales, entre ellas destacamos: la economía de tiempo empleado en el tratamiento (Dengrove, 1973; Ellis, 1986; Tramunt Rubio, 1992), las expectativas positivas de los pacientes hacia los potenciales logros producidos por la hipnosis (Lazarus, 1973), el efecto placebo (Lazarus y Karlin, 1978), el empleo de la imaginería vívida y realista (Cautela, 1975; Kroger, 1978; 1988; Kroger y Fezler, 1976), la versatilidad en su adaptación a diversas situaciones clínicas (Karlin y McKeon, 1976), el uso de sugerencias específicas dirigidas a una meta (Spanos y Barber, 1976), la inclusión de instrucciones más o menos explícitas de relajación (Dengrove, 1973; Wickramasekera, 1973).

Sin embargo, es importante tener en cuenta otros aspectos. Así, por ejemplo, Sheehan (1979) y Coe, St. Jean y Burger (1980), señalan que la evidencia sobre el incremento en imaginación mediante hipnosis frente a otras técnicas convencionales es controvertida. Wadden y Anderton (1982), tras una revisión de los estudios con hipnosis sobre obesidad, tabaquismo, alcoholismo, dolor, quemaduras y asma, concluyen que la inducción hipnótica no aumenta la relajación corporal, imaginación vívida o sugestionabilidad más de lo que lo harían otras técnicas convencionales, aunque reconocen que la hipnosis fue especialmente efectiva en el tratamiento de los últimos tres tipos de trastornos. Similares conclusiones aportan De Piano y Salzber (1979) en cuanto a la efectividad de la hipnosis en trastornos dermatológicos, migraña y asma, aunque son más optimistas al señalar que la hipnosis es especialmente valiosa a la hora de aliviar síntomas por sugestión directa. En general, como señala Spinhoven (1987), parece que los efectos específicos e inespecíficos de la hipnosis como coadyuvante de la terapia de conducta no han sido todavía suficientemente demostrados mediante adecuados estudios controlados.

El propósito de este trabajo es poner de relieve algunos aspectos de la hipnosis que contribuyen, en mayor o menor medida, al empleo de las técnicas de hipnosis como catalizadoras y facilitadoras de estrategias de intervención cognitivo-conductual en campos como los trastornos de ansiedad, el control y reducción del dolor o los trastornos psicofisiológicos. Asimismo, pretendemos esbozar



algunos aspectos controvertidos de la relación hipnosis - terapia de conducta que pueden dar lugar a futuras líneas de investigación.

1. EL EMPLEO DE LA SUGESTION

La asociación entre la sugestión y la hipnosis, puesta de manifiesto principalmente por Bernheim hace más de cien años, ha estado, en mayor o menor medida, siempre presente (Gheorghiu, 1989). De hecho, prácticamente la totalidad de los fenómenos adscritos a la hipnosis se encuentran en relación con alguna forma de sugestión directa o indirecta; la mayoría de las escalas de sugestionabilidad hipnótica, como la Stanford Hypnotic Susceptibility Scale - SHSS: A, B y C - (Weitzenhoffer y Hilgard, 1959 y 1962), la Harvard Group Scale of Hypnotic Susceptibility - HGSHS: A - (Shor y Orne, 1962), o más recientemente la Carleton University Responsiveness to Suggestion Scale - CURSS - (Spanos, et al., 1983), se basan en la aplicación estandarizada de una técnica de inducción hipnótica y la administración de diversas pruebas (catalepsia, descenso del brazo, alucinación táctil, amnesia posthipnótica, etc) que utilizan la sugestión ("...su brazo se siente pesado y descendiendoprogresivamente..."); básicamente, cualquier técnica de inducción hipnótica se fundamenta en una serie de sugerencias encadenadas para conseguir tal o cual fin (Hammond, 1990); finalmente, los criterios clínicos para determinar si un sujeto se encuentra en un estado ligero, medio, profundo o sonambúlico de "trance" se basan en pruebas de profundidad hipnótica, que siempre son elicitadas mediante sugestión (Weitzenhoffer, 1957).

Incluso las distintas posiciones teóricas sobre la naturaleza de la hipnosis (teóricos del estado versus teóricos del no estado), incluyen de una u otra manera la sugestión como proceso mediador en el comportamiento hipnótico (Fellows, 1986). Así, varios autores defensores de la hipnosis como un estado especial de consciencia, como es el caso de Weitzenhoffer (1957) y Wolberg (1982) definen la hipnosis como un estado de sugestionabilidad aumentada. Por el contrario, otros autores pertenecientes al paradigma alternativo, también denominado sociocognitivo y cognitivo-comportamental, que rechazan el concepto de estado alterado o especial, también tienen en cuenta el valor de la sugestión en el proceso; así, Barber (1979), enfoca la hipnosis como una serie de comportamientos

(hipnóticos) sugeridos; Spanos (1991) caracteriza a la hipnosis, entre otros aspectos, por la capacidad del sujeto para generar experiencias imaginativas y de otro orden a través de la sugestión, etc.

En suma, la mayoría de los investigadores en hipnosis tienden a subordinar los aspectos relativos a la sugestión a aspectos del proceso hipnótico. En este sentido, la sugestión se percibe como un vehículo para la inducción de la hipnosis y la producción de fenómenos hipnóticos (Gheorghiu, 1989).

Frecuentemente, en el ámbito de la hipnosis, el concepto de sugestión se ha venido utilizando en dos sentidos:

1. *Como variable del procedimiento.* Esto es, *sugestión* sería equivalente a una *instrucción* dirigida a modificar aspectos cognitivos, afectivos, fisiológicos o comportamentales.

2. *Como variable del sujeto.* En este caso hablaríamos de *sugestionabilidad*; esto es, la capacidad de un individuo para ser influenciado (sugestionado) en mayor o menor medida por una situación, otro individuo, un pensamiento, etc.

Ambos sentidos, el uso de la sugestión como vehículo para producir cambios determinados en el paciente y el tener en cuenta el grado o nivel de sugestionabilidad de un individuo como forma de estimar el efecto que las sugestiónes pueden tener en un momento determinado están estrechamente relacionados y pueden ser de gran utilidad a lo largo de la intervención clínica.

Con respecto al primer aspecto, esto es, el uso de sugestiónes o instrucciones más o menos explícitas para provocar diversos cambios en distintos procesos psicológicos y psicofisiológicos de los sujetos, no cabe duda que es un factor común en la mayoría de las estrategias utilizadas en la intervención cognitivo-conductual. Sin embargo, ciertamente es en la aplicación de las técnicas de hipnosis donde este aspecto cobra una especial relevancia. De hecho, como afirman Gibson y Heap (1991): "Donde la hipnosis difiere de otros procedimientos terapéuticos es probablemente en el énfasis en la sugestión verbal y en la imaginación como medios para modificar directamente la forma en que un sujeto responde y experimenta su mundo interno y externo" (Gibson y Heap, 1991, pág. 52).

En el ámbito de la hipnosis clínica básicamente existen dos maneras de enfocar la administración de sugestiónes (Hammond, 1990): (1) *sugestiónes*

directivas o contingentes: que son instrucciones que incluyen formulaciones del tipo "cuando yo cuente hasta X, usted sentirá Y", "A medida que escucha mi voz, usted se va sintiendo más relajado", "Cuando escuche este sonido [palmada, chasquido de dedos, etc], usted volverá a entrar en hipnosis", etc. Este tipo de sugestiónes es el más tradicional y ampliamente utilizado; suelen ser altamente directivas y suponen que la ocurrencia de un suceso (estímulo) X provocará la aparición, mediante contingencia, de un efecto (respuesta); y, (2) *sugestiónes indirectas o permisivas*: aunque existen varios tipos, en general son sugestiónes donde aparentemente se favorece la posibilidad de que el paciente decida cual va a ser el efecto de una determinada instrucción entre varias alternativas propuestas y, en consecuencia, permiten una mayor implicación y protagonismo del paciente en el proceso hipnótico: "Es posible que usted desee profundizar un poco más en hipnosis; si es así, de alguna manera, una parte de usted nos lo dirá a través de un movimiento repetitivo de su cuerpo. Yo no sé cual será ese movimiento. Puede que usted levante uno de los dedos de una de sus manos, o que mueva la cabeza repetitivamente, o que sean sus piernas las que se muevan; en cualquier caso, si decide profundizar un poco más en hipnosis, su cuerpo nos lo hará saber a través de un movimiento determinado, más tarde o más temprano...".

Aunque ha existido cierto debate sobre qué tipo de instrucciones es más efectiva para obtener un buen nivel de hipnosis, los estudios de laboratorio existentes indican que los resultados son equivalentes y que las diferencias mostradas se atribuyen más a cómo los sujetos perciben ambas estrategias que a una superioridad técnica. En este sentido parece que las instrucciones directivas favorecen un menor grado de voluntariedad por parte de los sujetos en el proceso hipnótico que las sugestiónes permisivas. En otras palabras, la inducción hipnótica mediante sugestiónes directivas favorece la tendencia de los sujetos a depositar el control del proceso en el experimentador mientras que, mediante sugestiónes permisivas, los sujetos afirman sentir que su participación en la evolución del proceso hipnótico es mayor (Lynn, Neufeld y Matyi, 1987).

Por otro lado, la cuestión de la sugestionabilidad es un aspecto ampliamente tratado en el ámbito de la hipnosis pero escasamente contemplado en el campo de la terapia cognitivo-conductual.

Numerosos estudios han comprobado que los efectos de las sugestiónes dependen en gran medida de la sugestionabilidad de los individuos (Bowers, 1976; Hilgard, 1965). En otras palabras, los individuos más sugestionables resultan más favorecidos por el efecto, clínico o no, de las sugestiónes administradas, tanto en relación a la reducción del tiempo necesario para que el efecto de estas sugestiónes tenga lugar, como en la realización de sugestiónes cada vez más complejas (Miguel Tobal y González Ordi, en prensa). El papel modulador de la sugestionabilidad en los efectos obtenidos mediante sugestiónes hipnóticas parece claro, tanto a nivel de los estudios psicofisiológicos de laboratorio como en diversas áreas de aplicación clínica:

1. En general, los estudios de laboratorio sobre hipnosis reflejan que las diferencias encontradas en diversos indicadores psicofisiológicos por efecto de sugestiónes hipnóticas específicas pueden atribuirse más al tipo de instrucciones dadas al sujeto y al grado de sugestionabilidad hipnótica de éste (sujetos altamente hipnotizables versus poco hipnotizables) que a la existencia o no de un supuesto estado hipnótico (para una revisión más amplia, consúltese el trabajo de Miguel Tobal y González Ordi, en prensa).

2. En el ámbito clínico se ha comprobado que los pacientes altamente hipnotizables obtienen mejores resultados por efecto de las sugestiónes hipnóticas que los poco hipnotizables en la reducción de la percepción subjetiva de dolor (González Ordi y Miguel Tobal, 1991; Miguel Tobal y González Ordi, 1988), en diversos trastornos psicofisiológicos (Wadden y Anderton, 1982), o en diversos trastornos de ansiedad (Spiegel y Spiegel, 1988).

3. Finalmente, algunos estudios apuntan hacia la existencia de ciertas relaciones entre distintas manifestaciones clínicas y el nivel de sugestionabilidad. Por ejemplo, Frankel (1974) y Frankel y Orné (1976) plantean que los pacientes fóbicos son más hipnotizables que los sujetos normales o incluso otros pacientes no fóbicos. Otros autores han encontrado correlaciones positivas entre pacientes con stress post-traumático y nivel de sugestionabilidad (Spiegel, 1983; Stutman y Bliss, 1985). En un reciente estudio con sujetos normales, González Ordi y Miguel-Tobal (1993), encontraron que la ansiedad fisiológica autopercebida era la variable más claramente relacionada con la sugestionabilidad, evidenciándose que se



encontraban diferencias significativas entre sujetos altos y bajos en sugestionabilidad en el sentido en que la ansiedad fisiológica autopercibida fue mayor en el grupo de sujetos altamente sugestionables. Aunque aún existe una gran controversia sobre la fiabilidad definitiva de estos datos, no cabe duda que plantean líneas prometedoras para el estudio del efecto del grado o nivel de sugestionabilidad sobre distintos trastornos clínicos.

Tomando estos tres puntos en su conjunto, parece evidente que la relación entre sugerencias (instrucciones) y sugestionabilidad constituye un binomio de gran interés, no sólo para una mejor comprensión del llamado proceso hipnótico, sino que también podría suponer una aportación valiosa para el diseño de programas de intervención cognitivo-conductual en diversas áreas clínicas principalmente en dos sentidos: (1) considerar el grado o nivel de sugestionabilidad como variable moduladora, entre otras, de los efectos de diversas técnicas de terapia de conducta y, (2) el uso del grado o nivel de sugestionabilidad como criterio de elección de uno u otro tipo de estrategia de intervención. Este último aspecto será tratado con mayor detalle en el apartado del uso de instrucciones de relajación.

2. EL ENFASIS EN LA IMAGINACION.

Muchos autores en el campo de la hipnosis clínica han enfatizado el uso de la imaginación dirigida (guided imagery) como vehículo terapéutico (Kroger y Fezler, 1976; Lichstein, 1988). La utilización de la imaginación en hipnosis, bien sea como forma de inducir estados emocionales concretos (Bower, 1981), bien como procedimiento para aumentar la responsividad del sujeto hipnótico (Hilgard, 1974) es ampliamente conocida. No en vano, como señalan Hilgard y LeBaron (1984), existen tres componentes principales en las técnicas de inducción hipnótica: la relajación, la imaginación y la actuación. De hecho, parece que en el proceso de inducción hipnótica, la aparición de sensaciones de relajación, la restricción sensorial y la focalización de la atención, aumentan la capacidad del sujeto para imaginarse intensa y vívidamente escenas sugeridas por el terapeuta o generadas espontáneamente por el propio paciente (Gibson y Heap, 1991; Hilgard, 1974).

Correlativamente, este aumento de la capacidad de imaginación está estrechamente relacionada con un aumento de la implicación emocional respecto a situaciones imaginadas por

el sujeto o sugeridas directamente por el experimentador. Este fenómeno hace referencia a que durante la inducción hipnótica, los sujetos tienen la sensación de verse absorbidos por las situaciones o estados emocionales sugeridos por el experimentador, experimentándolos como si fueran experiencias reales, de ahí que también se le haya denominado como *grado o nivel de absorción* (Tellegen y Atkinson, 1974). La implicación emocional es uno de los aspectos de la hipnosis más interesantes debido a las implicaciones clínicas que se pueden derivar de ello. El hecho es que en un momento en donde la perspectiva cognitivo-conductual hace hincapié en los procedimientos terapéuticos basados en la imaginación (véase, por ejemplo, las formulaciones de Cautela, Ellis, Meichenbaum, Beck, o Lang), la hipnosis puede suponer un procedimiento favorecedor de estas estrategias, como así parecen evidenciarlo las revisiones que existen sobre el tema (Kroger, 1978; Lazarus y Karlin, 1978; Spanos y Barber, 1976; Spinhoven, 1987). No en vano, algunos autores como Tellegen (1978/1979), consideran la capacidad para ser hipnotizado como la habilidad para responder imaginativa y participativamente a situaciones o estados sugeridos de forma que se experimenten como si fueran reales.

3. EL USO DE INSTRUCCIONES DE RELAJACION.

En el apartado anterior comentábamos que uno de los componentes principales de las técnicas de inducción hipnótica era el uso de instrucciones de relajación. Asimismo, muchas de las estrategias de intervención cognitivo-conductual (p. ej. la desensibilización sistemática, el condicionamiento encubierto, la inoculación al stress, etc.) contemplan el uso de la relajación como parte integrante de dicha intervención. Por tanto, parece claro la posibilidad de conectar las técnicas de inducción hipnótica, como procedimientos relajadores, con diversas técnicas de terapia de conducta. Es más, teniendo en cuenta que, en general, en el campo de la hipnosis clínica, se cree que la hipnosis provoca un grado de relajación rápido y profundo (Wolberg, 1982), parecería lógico pensar que las técnicas de inducción hipnótica fueran más efectivas y menos prolongadas que los tradicionales métodos de relajación progresiva, tan ampliamente utilizados en terapia de conducta.

Sin embargo, los estudios comparativos existentes entre hipnosis y

relajación progresiva, bien como parte integrante de una intervención con desensibilización sistemática, por ejemplo, bien como estrategias aisladas, revelan que no existe tal superioridad de la hipnosis sobre la relajación progresiva (ver Spinhoven, 1987) o, al menos, los resultados son equivalentes (Fernández-Abascal, 1979). Es más, Edmonston (1981) afirma que los métodos de relajación hipnóticos y no hipnóticos son igualmente efectivos y producen similares efectos, y Paul (1969) encontró que el entrenamiento en relajación progresiva producía mejores efectos en cuanto a reducción de la activación psicofisiológica (tasa cardíaca y tono muscular) que la hipnosis. Resultado este corroborado por otros trabajos posteriores que se detallarán más adelante.

Bien es cierto que la mayoría de los estudios comparativos existentes de carácter experimental basan sus conclusiones en la evaluación de diversos indicadores psicofisiológicos como variable dependiente. Sin embargo, ¿qué ocurre cuando evaluamos más de un sistema de respuesta al mismo tiempo?

Morse, Martin, Furst y Dubin (1977), llevaron a cabo un estudio en el que 48 sujetos fueron asignados a diversas situaciones experimentales, que incluían: vigilia, relajación-hipnosis, heterohipnosis, autohipnosis, meditación y relajación. En cada condición experimental se realizaron mediciones de diversos índices psicofisiológicos, así como evaluaciones subjetivas sobre el grado de relajación obtenido. Los resultados indicaban que se obtuvieron mayores reducciones psicofisiológicas en todas las condiciones excepto en vigilia. Sin embargo, no hubo diferencias significativas entre las diversas condiciones de relajación, hipnosis y meditación. En cuanto a la evaluación subjetiva se refiere; en general, los grupos de meditación e hipnosis obtuvieron valores más altos en profundidad de relajación que el resto de las condiciones experimentales.

En esta línea, Fernández-Abascal y Miguel Tobal (1979) y Miguel Tobal y Fernández-Abascal (1980), trabajando con 32 sujetos distribuidos en las categorías de entrenamiento autógeno, relajación progresiva, hipnosis y grupo control, encontraron que los dos primeros métodos, en cuanto a medidas de respiración y conductancia electrodérmica se refiere, se mostraron más eficaces en la producción de relajación que la hipnosis y el grupo control. Sin embargo, los resultados encontrados a partir de una escala subjetiva en la que los sujetos

evaluaban el grado de relajación alcanzado, mostraron que el grupo de hipnosis era el que más altamente evaluaba el grado de relajación obtenido (Fernández-Abascal y Miguel Tobal, sin publicar).

En general, de estos estudios parece derivarse que existe una escasa concordancia entre los distintos sistemas de respuesta (cognitivo-subjetivo y fisiológico) y/o entre los distintos métodos de medida (autoinforme y registro fisiológico); ya que, aunque la hipnosis es subjetivamente evaluada como método que produce un buen nivel de relajación, fisiológicamente, la evidencia experimental no concuerda con los informes subjetivos.

Esta discrepancia empírica está aún muy lejos de ser resuelta. En el momento actual estamos realizando estudios sobre los aspectos subjetivos y psicofisiológicos del proceso hipnótico que esperamos que, en breve, puedan servir para arrojar un poco de luz sobre este controvertido panorama.

No obstante, es posible que variables anteriormente mencionadas como la sugestionabilidad también puedan jugar un papel importante en este asunto. Así parecen evidenciarlo estudios como el de Rickard, Crist y Barker (1985), donde se relacionaba el nivel de sugestionabilidad con el efecto de la administración del entrenamiento en relajación progresiva, por un lado y de sugerencias de relajación, por otro. Los resultados apuntaban a que los sujetos altamente sugestionables obtenían un mejor entrenamiento en relajación, evaluado mediante autoinforme, que los sujetos bajos en sugestionabilidad, respondiendo igualmente bien al entrenamiento en relajación progresiva y a las sugerencias de relajación. Sin embargo, los sujetos bajos en sugestionabilidad respondían mejor al entrenamiento en relajación progresiva que a las sugerencias de relajación.

En relación con este aspecto de la sugestionabilidad pero en otra área de intervención, algunos autores han obtenido resultados satisfactorios manipulando la temperatura periférica de la piel mediante hipnosis en el tratamiento de la migraña (Friedman y Taub, 1982). Sin embargo, este control cognitivo de funciones autonómicas sólo se ha conseguido con sujetos en vigilia cuando se han utilizado técnicas de biofeedback apropiadas (Roberts et al., 1973). No obstante, como señalan Frischholz y Tryon (1980), considerando las técnicas de hipnosis y biofeedback termal como opciones terapéuticas más efectivas

para el entrenamiento en modificación de la temperatura periférica de la piel, se recomienda el uso de la hipnosis en sujetos muy sugestionables y el entrenamiento en biofeedback termal para sujetos poco sugestionables; aunque, bien es cierto que, tanto los sujetos altos como bajos en sugestionabilidad aprenden igualmente a modificar su temperatura de la piel mediante biofeedback termal, la aplicación de las técnicas de hipnosis disminuye considerablemente el tiempo empleado en dicho aprendizaje.

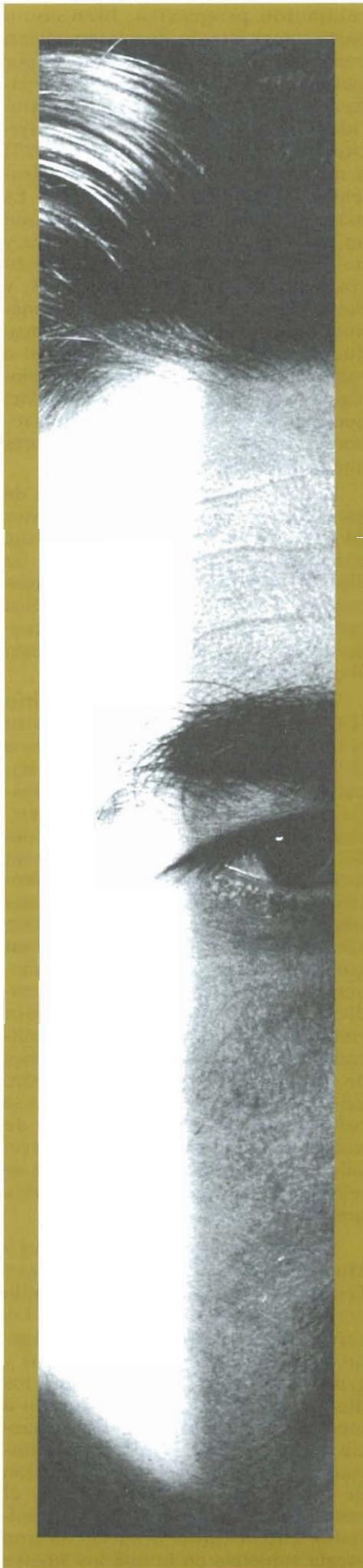
Finalmente, de los datos expuestos anteriormente pueden plantearse algunas conclusiones tentativas que pueden tener cierto valor a la hora de realizar la selección de la técnica de relajación más adecuada para una intervención terapéutica de carácter cognitivo-conductual. Por supuesto, se trata de conclusiones que aún deben ser empírica y experimentalmente comprobadas; no obstante, suponen a su vez líneas de investigación prometedoras:

1. La hipnosis no parece presentar mejoras respecto a otras técnicas clásicas de relajación en cuanto a producir reducciones significativas de la actividad psicofisiológica de los individuos. En el mejor de los casos, la balanza estaría equilibrada.

2. Sin embargo, a juzgar por la evaluación mediante autoinforme, los sujetos hipnotizados realizan valoraciones más elevadas de su grado de relajación obtenido. Por consiguiente, la hipnosis puede ser una buena estrategia para obtener resultados satisfactorios en cuanto a la relajación subjetiva se refiere, aunque no lo sean tanto a nivel fisiológico.

3. La sugestionabilidad podría ser una variable moduladora en los efectos obtenidos por distintos métodos de relajación. En este sentido, los sujetos altamente sugestionables obtendrían buenos resultados prácticamente con la mayoría de las técnicas de relajación, pero, sin embargo, los bajos en sugestionabilidad se verían favorecidos por procedimientos donde se incidiera en aspectos físicos y fisiológicos, como la relajación progresiva, más que en aspectos sugestivos e imaginativos, como en la sugestión hipnótica.

4. Siguiendo a Fernández-Abascal (1979) al señalar que, aunque la hipnosis es equivalente a otros métodos de relajación al ser utilizada dentro de un proceso de desensibilización sistemática, sin embargo proporciona algunas ventajas que pueden determinar su elección en un momento determinado: (1) la rapidez con que se



obtienen resultados satisfactorios, especialmente si se utilizan sugerencias posthipnóticas (en una sesión), y (2) no implica la necesidad de un entrenamiento previo por parte del paciente.

Sobre este segundo punto creemos que es necesario hacer una matización: ya que, si bien la hipnosis puede dar lugar a un buen nivel puntual de relajación, no sustituye la eficacia de un entrenamiento en relajación cuyo objetivo se centra en el desarrollo de la capacidad de relajarse del paciente.

4. LA MODIFICACION DE ACTITUDES, EXPECTATIVAS Y MOTIVACIONES HACIA LA TAREA.

No cabe duda que cualquier estrategia de intervención terapéutica maneja y debe manejar ciertas expectativas y actitudes hacia el "cambio de conducta"; tanto por parte de los pacientes, creencia en que a través de la efectividad de las técnicas propuestas por el psicólogo podrán superar sus problemas, como por parte de los terapeutas, presentando las técnicas a sus pacientes como procedimientos útiles y efectivos para el fin que han sido concebidos.

Tal vez sea en hipnosis, o por parte de los practicantes de la hipnosis, donde estos aspectos sean más destacables o preponderantes. No en vano existe un dicho muy extendido en la práctica de la hipnosis clínica que resume este aspecto: *la creencia en la hipnosis lleva a la hipnosis* (Kroger, 1963). En otras palabras, cuando utilizamos la hipnosis el paciente debe estar convencido que dicho procedimiento será útil para afrontar los problemas clínicos a superar; creencia que, en la mayoría de los casos, es extensible al terapeuta. Esto es así hasta tal punto que el hecho de decirle a un paciente que se encuentra hipnotizado o no será suficiente para que el propio paciente modifique sus valoraciones subjetivas sobre el "estado" en que se encuentra.

Así, por ejemplo, Barber, Dalal y Calverley (1968), administraron una técnica de inducción hipnótica seguida de una escala de sugestionabilidad estandarizada, la Barber Suggestibility Scale, a tres grupos diferentes. Tras la administración de la técnica de inducción, el experimentador le dijo al primer grupo de sujetos que pensaba que estaban hipnotizados, al segundo grupo les informó que no se encontraban en absoluto hipnotizados y al tercer grupo no les dio información alguna. Los tres grupos no diferían significativamente en cuanto al nivel

de sugestionabilidad; sin embargo, el primer grupo obtuvo puntuaciones subjetivas de profundidad hipnótica más elevadas que el resto de los participantes. Incluso el grupo control (sin información específica) obtuvo mayores puntuaciones en profundidad hipnótica que el grupo al cual se les había dicho que no estaban hipnotizados.

En una línea similar aunque con un acercamiento sensiblemente diferente al estudio anterior, Wedemeyer y Coe (1981), proporcionaron a sus sujetos ciertas claves para influir sobre sus expectativas antes de administrarles las pruebas de sugestionabilidad e inducción hipnótica. A un primer grupo se les dijo que el hipnotizador sólo estaba interesado en los datos de los participantes que obtuvieran informes subjetivos de un profundo estado hipnótico; al segundo grupo se les informó que sólo estaban interesados en obtener datos de informes subjetivos de un ligero estado hipnótico; y finalmente, al tercer grupo, se les dijo que sólo necesitaban datos de informes subjetivos de un profundo estado hipnótico o de un ligero estado hipnótico. Los resultados consecuentes evidenciaban que el grupo que obtuvo mayores puntuaciones en los informes subjetivos fue el primero (expectativas sobre un profundo estado hipnótico), seguido del tercero (expectativas sobre un profundo estado hipnótico o bien un ligero estado hipnótico) y, finalmente, del segundo (expectativas sobre un ligero estado hipnótico).

En un estudio realizado en laboratorio (González Ordi y Miguel Tobal, 1992), aplicamos una escala de expectativas que oscilaba entre 1 a 7 puntos para valorar, antes de la inducción hipnótica, el nivel de profundidad que el sujeto esperaba alcanzar en hipnosis: a mayor valoración, mayor profundidad estimada. Utilizamos tres grupos experimentales: 1) un grupo de sujetos altamente sugestionable y que fue subsecuentemente hipnotizado; 2) un grupo de sujetos poco sugestionables y que también fue hipnotizado; y, 3) un grupo de sujetos altamente sugestionables a los que sólo se les dieron instrucciones de estar tranquilos y relajados durante todo el procedimiento experimental. Todos los sujetos del experimento sabían que participaban en un experimento sobre hipnosis; por tanto, no es de extrañar que el nivel de expectativas mostrado por los sujetos de los grupos en los que se administró el procedimiento de inducción hipnótica fuera moderadamente elevado (la puntuación media de los dos prime-

ros grupos fue de 4.50 y 4.20, respectivamente); lo que nos lleva a pensar que los sujetos se encontraban motivados por el experimento y la demanda de la tarea: seguir ciertas instrucciones específicas administradas por el experimentador, agrupadas bajo el rótulo de "ser hipnotizado".

Pero aún más interesantes parecen ser las conclusiones del informe subjetivo obtenido tras la administración del procedimiento experimental (inducción hipnótica para los grupos 1 y 2, e instrucciones de tranquilidad y relajación inespecífica para el grupo 3). En dicho informe subjetivo, es especialmente destacable el ítem 13: "sensación de haberme encontrado en un estado de consciencia diferente al de vigilia". La valoración de éste y los restantes ítems se realizaba puntuando en una escala que oscilaba de 0 a 10, donde "cero" es "no lo experimenté en absoluto" y "10" es "lo experimenté muy intensamente". Las puntuaciones medias para los tres grupos, respectivamente, fueron de 8.25, 8.20 y 7.00, no existiendo diferencias significativas entre las mismas. En otras palabras, los tres grupos informaron que habían experimentado intensamente un estado de consciencia diferente al de vigilia, independientemente del nivel de sugestionabilidad y de que fueran hipnotizados o no.

En el ámbito clínico, algunos estudios también ponen de relevancia que el mero uso de la palabra hipnosis per se, es suficiente para general determinadas expectativas en los pacientes. Así, Lazarus (1973), trabajó con 20 pacientes fóbicos a los cuales se les administró un procedimiento de relajación + desensibilización sistemática. De estos 20 pacientes, a 10 se les dijo que en vez de la relajación tradicional se utilizaría "relajación mediante hipnosis"; mientras que, a los 10 pacientes restantes no se les comentó nada acerca de la hipnosis. Los resultados finales reflejaban que los pacientes del grupo al que se les había dicho que recibirían instrucciones de relajación en hipnosis se mostraron más motivados por el tratamiento, informaron de mayores niveles de relajación profunda, de haber tenido imágenes más vívidas de los ítems de la jerarquía de la DS y una mayor reducción de sus niveles de ansiedad, a pesar de que, en términos conductuales, ambos tratamientos fueron igualmente efectivos.

No cabe duda que, bien sea debido a la imagen generalizada entre el gran público sobre las "propiedades curativas" de la hipnosis o bien a que los propios practicantes de la hipnosis favorecen implícita o explícitamente

la efectividad de las técnicas que emplean, como si de profecías autocumplidas se tratara, lo cierto es que los términos "hipnosis", "hipnoterapia" o similares actúan como un potente efecto placebo. Efecto que puede ser beneficioso en ciertos momentos de la intervención terapéutica pero que también puede producir una sobrevaloración de las expectativas ante el tratamiento que resultaría ciertamente contraproducente. Especialmente si, además, los propios terapeutas participan acríticamente de las creencias y expectativas que, por un motivo u otro, fomentan. Esto es especialmente patente respecto a la creencia generalizada de la hipnosis como un estado alterado de consciencia que permite obtener resultados que difícilmente conseguiríamos con otras técnicas. En este aspecto, es sorprendente ver cómo las creencias del público no especializado y la mayoría de los llamados hipnoterapeutas son sospechosamente similares. De hecho, como Coe (1989) ha sugerido, a través de una revisión bibliométrica de los artículos sobre hipnosis aparecidos en cuatro revistas especializadas (American Journal of Clinical Hypnosis, International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, Journal of Abnormal Psychology y Journal of Personality and Social Psychology), en el período comprendido entre 1981-1983, parece existir una relación directa entre trabajos clínicos y teóricos del estado, por un lado; y estudios experimentales y teóricos del no estado, por el otro. En otras palabras, existiría una tendencia en el ámbito clínico de la hipnosis a conceptualizarla como un estado especial al que se accede a través de procedimientos especiales; sin embargo, cuando la hipnosis entra en el laboratorio, bajo rigurosos controles experimentales, se hace difícil mantener esta postura en toda su intensidad. Entre otras razones, porque por el momento la investigación psicológica y psicofisiológica no ha podido determinar criterios independientes, diferenciales y replicables en favor de la existencia de un supuesto "estado de hipnosis" (Miguel Tobal y González Ordi, en prensa). No es por tanto extraño ver que, con frecuencia, la investigación sobre la hipnosis refleje más la valoración de un "artefacto social", en términos propuestos por Radtke (1989), creado a partir de concepciones apriorísticas sobre la naturaleza del proceso hipnótico, que todo el conjunto de posibles variables intervinientes y/o subyacentes en ese proceso interactivo que denominamos "hipnosis" (González Ordi, 1992).

5. NIVELES DE APLICACION CLINICA DE LA HIPNOSIS.

Hemos revisado algunos aspectos que pensamos que contribuyen a una posible relación fructífera entre la hipnosis y la terapia cognitivo-conductual. A continuación pretendemos hacer una propuesta inicial sobre cómo se establece esta relación respecto a la aplicación de las técnicas de hipnosis a distintas áreas de intervención clínica.

I. Como técnicas dirigidas a la modificación o extinción de conductas.

El uso de las técnicas de hipnosis como procedimientos dirigidos a la modificación y/o extinción de conductas es uno de los aspectos más antiguos y extendidos en la hipnosis clínica (Wolberg, 1948). Parece claro que el empleo efectivo de sugerencias específicas dirigidas a modificar tanto aspectos psicofisiológicos como subjetivos (reducción del ritmo cardíaco, aumento de la temperatura periférica de la piel, aumento de la sensación subjetiva de relajación, etc), convierte, a este nivel, a la hipnosis en una técnica rápida y efectiva, especialmente en el ámbito de los trastornos psico-

somáticos como los trastornos dermatológicos, hipertensión, cefaleas, asma y úlceras duodenales (Gibson y Heap, 1991). Aunque, como ya advirtieron De Piano y Salzberg (1979), muchos de los estudios a favor de la efectividad de la hipnosis clínica a este nivel tengan serias deficiencias metodológicas y persistan algunas dudas sobre la generalización de los efectos obtenidos mediante la manipulación directa de síntomas a través de la sugestión hipnótica. En cualquier caso, aunque la evidencia es prometedora sigue sin ser concluyente.

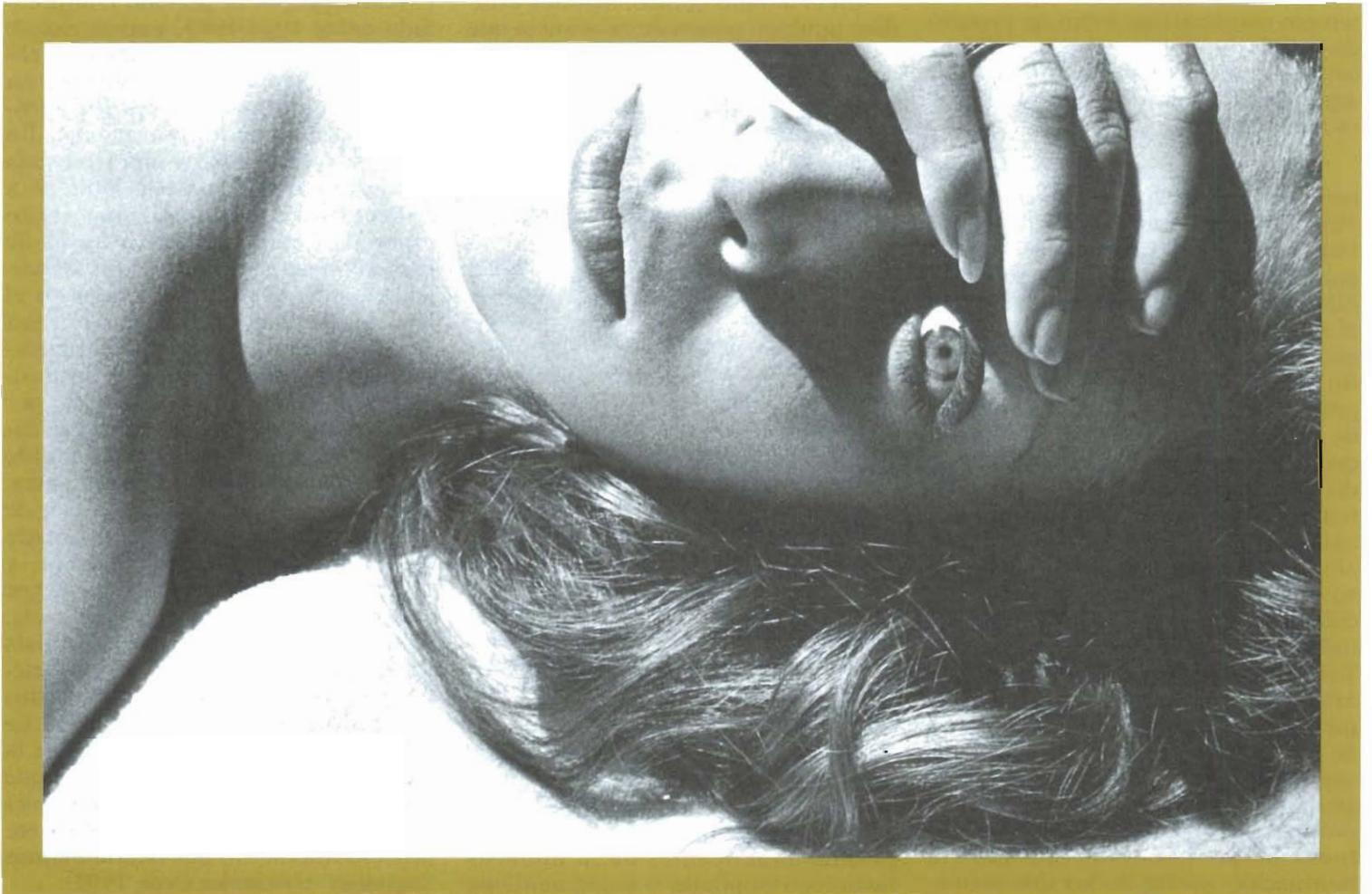
II. Como técnicas para favorecer el autocontrol y modificar expectativas y actitudes ante situaciones-problema.

En el apartado 4 veíamos que la importancia de las expectativas en la práctica de la hipnosis y cómo esas expectativas pueden ser fácilmente modificadas mediante sugestión. A ello podríamos añadir que la hipnosis puede ofrecer algunas estrategias interesantes para favorecer el autocontrol ante situaciones-problema:

1. El uso de sugerencias posthipnóticas. Las sugerencias posthipnóticas

tradicionalmente concebidas suponen el administrar una serie de instrucciones específicas del tipo "En el momento en que usted haga/piense/sienta X, usted inmediatamente sentirá/pensará/hará Y", durante la hipnosis para que sus efectos tengan lugar una vez concluido el proceso hipnótico, incluso fuera de la consulta. Un ejemplo de estas sugerencias puede ser el siguiente. "En cuanto se acerque a [situación ansiógena] y sienta que su corazón se acelera, le cuesta respirar, etc., usted pensará en la palabra "relax" e inmediata y automáticamente sentirá que su corazón late más despacio, que respira más fácilmente y que, en definitiva, vuelve a ser dueño de sus actos, de la misma manera como lo hemos hecho durante esta sesión de hipnosis". Así las sugerencias posthipnóticas puede proporcionarnos una buena estrategia de autocontrol para el paciente que, si es eficaz, favorece la autoestima del paciente y la percepción de que puede controlar sus propios síntomas, por ejemplo de ansiedad ante una situación potencialmente ansiógena.

2. La hipnosis como entrenamiento. La hipnosis puede ser concebida



como un proceso de aprendizaje de diferentes estrategias explicitadas mediante sugestión: aprender a relajarse, aprender a imaginar más intensa y vívidamente, aprender a focalizar la atención, etc. Este proceso de aprendizaje es inicialmente dirigido por el terapeuta que controla todo el proceso sistemáticamente: pero, al igual que ocurre con otras técnicas cognitivo-conductuales, es recomendable que el control del proceso vaya desplazándose progresivamente desde el terapeuta al propio paciente a través de la práctica diaria fuera de la consulta. Esto permite que: (1) el paciente se adiestre por sí mismo en administrarse sugerencias determinadas, (2) se extienda el efecto de las sugerencias hipnóticas a otros ámbitos de la vida cotidiana del paciente, y (3) que se facilite la generalización de los resultados obtenidos en consulta, favoreciendo de esta manera el entrenamiento autoinstruccional.

3. *Instrucciones para favorecer la autoestima y autoeficacia.* Bien sea a través de paquetes de instrucciones estructuradas como los propuestos por Hartland (1971) o Gibbons (1979), bien intercalando instrucciones del tipo "usted será capaz de conseguirlo", "a partir de ahora sentirá que puede relajarse mucho más fácilmente" a lo largo del proceso hipnótico, la hipnosis clínica ha puesto énfasis en favorecer la autoestima y autoeficacia centrando las expectativas del paciente en el control de su medio interno (reacciones psicofisiológicas, pensamientos negativos o catastrofistas, etc.) como técnica de afrontamiento ante situaciones problema.

III. *Como técnicas coadyuvantes de otras técnicas cognitivo-conductuales.*

Finalmente, en la última década la terapia de conducta ha puesto de relevancia la importancia de los paquetes combinados de técnicas más que el empleo de técnicas aisladas como un medio eficaz de afrontar exitosamente la intervención clínica (Meichenbaum, 1988). Dentro de esta perspectiva, la hipnosis puede jugar un importante papel como coadyuvante y facilitadora de los efectos de otras técnicas cognitivo-conductuales, como la DS (Spinhoven, 1987), el condicionamiento encubierto (Cautela, 1975), la terapia racional emotiva (Ellis, 1986), etc., tal y como lo reflejan los estudios citados al principio de este trabajo.

Cierto es que aún estamos lejos de saber cuál es el peso específico de la hipnosis en relación con otras técni-

cas de terapia de conducta a lo largo del proceso terapéutico. Hasta el momento no existen criterios experimentalmente demostrados, ni predictores en favor del uso específico de la hipnosis (aunque en este trabajo se apunta el del grado o nivel de sugestionabilidad como criterio más plausible), tan sólo consideraciones empíricas como el conocimiento que el terapeuta tiene sobre las técnicas de hipnosis, la mayor o menor efectividad mostrada en la práctica clínica rutinaria, o incluso las preferencias de cada terapeuta por una u otra técnica. En definitiva, aunque el panorama sobre la relación entre las técnicas de hipnosis y las técnicas cognitivo-conductuales es actualmente más optimista que nunca, solamente a través de la investigación básica y aplicada de las características subyacentes del proceso hipnótico y del lugar que debe ocupar la hipnosis dentro de la intervención cognitivo-conductual, lograremos consolidar este panorama optimista y contribuir a que la hipnosis se establezca definitivamente dentro del ámbito de la psicología científica y aplicada.

REFERENCIAS

BARBER, T.X. (1979): Suggested ("hypnotic") behavior: The trance paradigm versus an alternative paradigm. En E. Fromm y R. E. Shor (Eds.): *Hypnosis: Developments in research and new perspectives*. New York: Aldine Publishing Co.

BARBER, T.X.; DALAL, A.S. Y CALVERLEY, D.S. (1968): The subjective reports of hypnotic subjects. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 11, 74-88.

BOWER, G.H. (1981): Mood and memory. *American Psychologist*, 36, 129-148.

Bowers, K.S. (1976): *Hypnosis for the seriously curious*. New York: W.W. Norton.

CAUTELA, J.R. (1975): The use of covert conditioning in hypnotherapy. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 23, 15-27.

COE, W.C. (1989): Hypnosis: The role of sociopolitical factors in a paradigm clash. En N.P. Spanos y J.F. Chaves (Eds.): *Hypnosis: The cognitive-behavioral perspective*. Buffalo: Prometheus Books.

COE, W.C.; ST. JEAN, R.L. Y BURGER, J.M. (1980): Hypnosis and the enhancement of visual imagery. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 28, 225-243.

DE PIANO, F.A. Y SALZBERG, H.C. (1979): Clinical applications of hypnosis to three psychosomatic disorders. *Psychological Bulletin*, 86, 1223-1235.

DENGROVE, E. (1973): The uses of hypnotic in behavior therapy. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 21, 13-17.

EDMONSTON, W.E. (1981): *Hypnosis and relaxation: Modern verification of an old equation*. New York: Wiley & Sons.

ELLIS, A. (1986): Anxiety about anxiety: The use of hypnosis with Rational-Emotive therapy. En E.T. Dowd y J.M. Healy (Eds.): *Case studies in hypnotherapy*. New York: Guilford Press.

FELLOWS, B.J. (1986): The concept of trance. En P.L.N. Naish (Ed.): *What is hypnosis?: Current theories and research*. Milton Keynes: Open University Press.

FERNÁNDEZ-ABASCAL, E.G. (1979): Desensibilización sistemática: técnicas de relajación muscular e hipnosis. Memoria de Licenciatura. Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid.

FERNÁNDEZ-ABASCAL, E.G. Y MIGUEL TOBAL, J.J. (1979): Medidas de respiración en diferentes técnicas de relajación. *Informes del Departamento de Psicología General*, 2, 127-141.

FERNÁNDEZ-ABASCAL, E.G. Y MIGUEL TOBAL, J.J. (sin publicar): Comparación de medidas fisiológicas y subjetivas en distintas técnicas de relajación.

FRANKEL, F.H. (1974): Trance capacity and the genesis of phobic behavior. *Archives of General Psychiatry*, 31, 261-263.

FRANKEL, F.H. Y ORNE, M.T. (1976): Hypnotizability and phobic behavior. *Archives of General Psychiatry*, 33, 1259-1261.

FRIEDMAN, H. Y TAUB, H.A. (1982): An evaluation of hypnotic susceptibility and peripheral temperature elevation in the treatment of migraine. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 24, 172-182.

FRISCHHOLZ, E.J. Y TRYON, W.W. (1980): Hypnotizability in relation to the ability to learn thermal biofeedback. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 23, 53-56.

GHEORGHIU, V.A. (1989): The development of research on suggestibility: Critical considerations. En V.A. Gheorghiu, P. Netter, H.J. Eysenck y R. Rosenthal (Eds.): *Suggestion and suggestibility: Theory and research*. Berlin: Springer-Verlag.

GIBBONS, D.E. (1979): *Applied hypnosis and hyperempiria*. New York: Plenum Press.

GIBSON, H.B. Y HEAP, M. (1991): *Hypnosis in therapy*. Hillsdale: LEA.

GONZÁLEZ ORDI, H. (1992): *Hipnosis, sugestión y sugestionabilidad: hacia un intento de delimitar las características del proceso hipnótico*. Comunicación presentada al Congreso Iberoamericano de Psicología, Area 3: Psicología Clínica, celebrado en Madrid, 5-10 de julio de 1992.

GONZÁLEZ ORDI, H. Y MIGUEL TOBAL, J.J. (1991): *Datos experimentales versus clínicos en la investigación sobre hipnosis: posible fuente de un conflicto*. Comunicación presentada al II Congreso de Asociaciones de Terapia y Modificación de Conducta de Países de Lenguas Latinas "Latini Dies". Celebrado en Sitges (Barcelona), 2, 3 y 4 de mayo de 1991.

GONZÁLEZ ORDI, H. Y MIGUEL TOBAL, J.J. (1992): *Evaluación del proceso hipnótico: consideraciones teóricas y evidencia empírica*. Comunicación presentada al Congreso Iberoamericano de Psicología, Area 3: Psicología Clínica, celebrado en Madrid, 5-10 de julio de 1992.

GONZÁLEZ ORDI, H. Y MIGUEL-TOBAL, J.J. (1993): *Suggestibility patterns and anxiety reactions: Relationship between both topics in normal population*. Comunicación presentada a la 15th International Conference of Stress and Anxiety Research Society —STAR— celebrada en El Cairo, Egipto, 5-7 de abril de 1993.

HAMMOND, D.C. (Ed.) (1900): *Handbook of hypnotic suggestions and metaphors*. New York: W.W. Norton & Co.

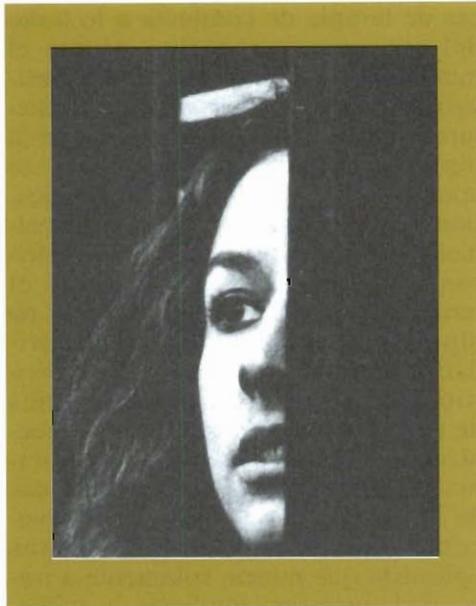
HARTLAND, J. (1971): *Medical and dental hypnosis and its clinical applications*. London: Ballière Tindall.

HILGARD, E.R. (1965): *Hypnotic Susceptibility*. New York: Harcourt, Brace & World.

HILGARD, J.R. (1974): Imaginative involvement: Some characteristics of the highly hypnotizable and the non-hypnotizable. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 22, 138-156.

HILGARD, J.R. Y LEBARON, S. (1984): *Hypnotherapy of pain in children with cancer*. Los Altos (CA): William Kaufmann.

KARLIN, R.A. Y MCKEON, P. (1976): The use of hypnosis in multimodal therapy. En A.A. Lazarus (Ed.). *Multimodal behavior therapy*. New York: Springer Publishing.



KROGER, W.S. (1963): *Clinical and Experimental Hypnosis*. Philadelphia: J.B. Lippincott.

KROGER, W.S. (1978): Similarities and dissimilarities between hypnosis and behavior therapy. En F.H. Frankel y H.S. Zamansky (Eds.): *Hypnosis at its bicentennial*. New York: Plenum Press.

KROGER, W.S. (1988): Hypnotherapy and behaviour modification. En G.D. Burrows y L. Dennerstein (Eds.): *Handbook of hypnosis and psychosomatic medicine*. Amsterdam: Elsevier/North-Holland Biomedical Press.

KROGER, W.S. Y FEZLER, W.D. (1976): *Hypnosis and behavior modification: Imagery conditioning*. Philadelphia: J.B. Lippincott.

LAZARUS, A.A. (1973): "Hypnosis" as a facilitator in behavior therapy. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 21, 25-31.

LAZARUS, A.A. Y KARLIN, R.A. (1978): Hypnosis in the context of behavior therapy. En F.H. Frankel y H.S. Zamansky (Eds.): *Hypnosis at its bicentennial*. New York: Plenum Press.

LICHSTEIN, K.L. (1988): *Clinical relaxation strategies*. New York: John Wiley & Sons.

LYNN, S.J.; NEUTELD, V. Y MATYI, C.L. (1987): Inductions versus suggestions: Effects of direct and indirect wording on hypnotic responding and experience. *Journal of Abnormal Psychology*, 96, 76-79.

MEICHENBAUM, D. (1988): Terapias cognitivas-conductuales. En S.J. Lynn y J.P. Garske (Eds.): *Psicoterapias Contemporáneas*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

MIGUEL TOBAL, J.J. Y FERNANDEZ-ABASCAL, E.G. (1980): Medidas dermoeléctricas en diferentes técnicas de relajación. *Informes del Departamento de Psicología General*, 4, 209-220.

MIGUEL TOBAL, J.J. Y GONZÁLEZ ORDI, H. (1988): La analgesia hipnótica: un análisis de las principales aportaciones experimentales y clínicas de la hipnosis al tratamiento psicológico del dolor. *Revista Española de Terapia del Comportamiento*, 6, 251-270.

MIGUEL-TOBAL, J.J. Y GONZÁLEZ ORDI, H. (En Prensa): *Aspectos psicofisiológicos y subjetivos de la hipnosis: una visión crítica y una aproximación empírica*.

MORSE, D.R.; MARTIN, J.; FURST, M. Y DUBIN, L.L. (1977): A physiological and subjective evaluation of meditation, hypnosis, and relaxation. En J. Kamiya y T.X. Barber (Eds.): *Biofeedback and Self-control*. New York: Aldine Publishing Co.

PAUL, G.L. (1969): Physiological effects of relaxation training and hypnotic suggestion. *Journal of Abnormal Psychology*, 74, 425-437.

ROBERTS, A.H.; KEWMAN, D.G. Y McDONALD, H. (1973): Voluntary control of skin temperature: unilateral changes using hypnosis and feedback. *Journal of Abnormal Psychology*, 82, 163-168.

SHEEHAN, P.W. (1979): Hypnosis and the process of imagination. En E. Fromm y R. Shor (Eds.): *Hypnosis: Developments in research, and new perspectives*. New York: Aldine Publishing Co.

SHOR, R.E. Y ORNE, E.C. (1962): *Harvard Group Scale of Hypnotic Susceptibility*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologist Press.

SPANOS, N.P. (1991): A sociocognitive approach to hypnosis. En S.J. Lynn y J.W. Rhue (Eds.): *Theories of Hypnosis: Current models and perspectives*. New York: Guilford Press.

SPANOS, N.P. Y BARBER, T.X. (1976): Behavior modification and hypnosis. En M. Hersen, R. Eisler y P. Miller (Eds.): *Progress in behavior modification, Vol. 3*, New York: Academic Press.

SPANOS, N.P.; RADTKE, L.; HODGINS, D.; STAM, H.J. Y BERTRAND, L. (1983): The Carleton University Responsiveness to Suggestion Scale: Normative data and psychometric properties. *Psychological Reports*, 53, 523-535.

SPIEGEL, D. (1983): Hypnotizability and the differential diagnosis of psychopathology. Symposium de la Society

- for Clinical and Experimental Hypnosis, Cambridge, MA.
- SPIEGEL, D. Y SPIEGEL, H. (1988): Assessment and treatment using hypnosis. En C.G. Last y M. Hersen (Eds.): *Handbook of anxiety disorders*. New York: Pergamon Press.
- SPINHOVEN, P. (1987): Hypnosis and behavior therapy: A review. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 35, 8-31.
- STUTMAN, R.K. Y BLISS, E.L. (1985): Posttraumatic stress disorder, hypnotizability, and imagery. *American Journal of Psychiatry*, 142, 741-743.
- RADTKE, H.L. (1989): Hypnotic depth as social artifact. En N.P. Spanos y J.F. Chaves (Eds.): *Hypnosis: The cognitive-behavioral perspective*. Buffalo: Prometheus Books.
- RICKARD, H.C.; CRIST, D.A. Y BARKER, H. (1985): The effects of suggestibility on relaxation. *Journal of Clinical Psychology*, 41, 466-468.
- TELLEGEN, A. (1978/1979): On measures and conceptions of hypnosis. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 21, 2-3.
- TELLEGEN, A. Y ATKINSON, G. (1974): Openness to absorbency and self-altering experiences ("absorption"): A trait relating to hypnotic susceptibility. *Journal of Abnormal Psychology*, 83, 268-277.
- TRAMUNT RUBIO, J.R. (1992): *El empleo de la hipnosis en las terapias cognitivo-conductuales de la ansiedad*. Comunicación presentada al Congreso Iberoamericano de Psicología. Area 3: Psicología Clínica. Madrid, 5-10 de julio de 1992.
- WADDEN, T.A. Y ANDERTON, C.H. (1982): The clinical use of hypnosis. *Psychological Bulletin*, 91, 215-243.
- WEDEMEYER, C. Y COE, W.C. (1981): Hypnotic state reports: Contextual variation and phenomenological criteria. *Journal of Mental Imagery*, 5, 107-118.
- WEITZENHOFFER, A.M. (1957): *General Techniques of Hypnotism*. New York: Grune & Stratton. (Versión en castellano: *Técnicas generales de hipnotismo*. Buenos Aires: Paidós, 1964).
- WEITZENHOFFER, A.M. Y HILGARD, E.R. (1959): *Stanford Hypnotic Susceptibility Scale, Forms A and B*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- WEITZENHOFFER, A.M. Y HILGARD, E.R. (1962): *Stanford hypnotic Susceptibility Scale, Form C*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- WICKRAMASEKERA, I. (1973): Effects of electromyographic feedback on hypnotic susceptibility. *Journal of Abnormal Psychology*, 82, 74-77.
- WOLBERG, L.R. (1948): *Medical Hypnosis. Vol. 1: The principles of hypnotherapy*. New York: Grune & Stratton.
- WOLBERG, L.R. (1982): *Hypnosis: Is it for you?* New York: Dembner Books.



DISTEST

DISTRIBUCION DE TESTS PSICOLOGICOS Y MATERIAL PSICOTECNICO:: TEA Y MEPSA

Calle Bélgica, 24, 1.º, 2.ª • Teléfono y Fax 360 63 41 • 46021 VALENCIA

- **MATERIAL PSICOTÉCNICO**

Tests

Equipos de conductores

Bibliografía

- **BIOFEEDBACK**

- **INFORMÁTICA Y AUDIOVISUALES**

- **MATERIAL DIDÁCTICO**

- **CURSOS MONOGRÁFICOS**

- **AULA Y DESPACHOS EN ALQUILER**

HORARIO: Lunes a viernes, de 9'30 a 13'30 y de 16 a 20 h.