

LA REALIDAD DE LAS REALIDADES HIPNOTICAS THE REALITY OF HYPNOTICS REALITIES

Ps. Mario Pacheco León

RESUMEN

Este artículo analiza el campo de la hipnosis y su utilización en la práctica clínica, con el fin de definirlo adecuadamente y contribuir a su desmitificación. Se exploran los siguientes temas: Hipnosis e Hipnoterapia, Hipnosis en el contexto experimental y clínico, Mitos actuales en hipnoterapia, y Etica e hipnoterapia.

Palabras clave: Hipnosis; Hipnoterapia; Hipnosis experimental; Hipnosis clínica; Mitos actuales; Etica.

ABSTRACT

This article analyzes the field of hypnosis and its use in clinical practice in order to define it adequately and contribute to its demystification. The following subjects are explored: Hypnosis and Hypnotherapy, Hypnosis in Experimental and Clinical Contexts, Current myths in Hypnotherapy, and Ethics and hypnotherapy.

Key words: Hypnosis; Hypnotherapy; Experimental Hypnosis; Clinical Hypnosis; Current Misconceptions; Ethics.

INTRODUCCION

Desde la popularización y posterior descrédito del “magnetismo animal” de Mesmer en el Siglo 18, la *hipnosis* (término acuñado por el médico escocés James Braid en el Siglo 19) como fenómeno de la consciencia humana ha estado sujeta en los últimos doscientos años a un vaivén de popularización, descrédito y controversias en el mundo científico; sin embargo, ha atraído la atención del mundo lego pues suena a algo oculto o esotérico.

Los espectáculos teatrales en los cuales la hipnosis es la *vedette*, han ayudado a fomentar un halo de misterio que atrae al lego hacia ese “poder” que puede lograr que las personas se comporten en forma graciosa o rara, supuestamente contra su voluntad.

Debido al renacer del interés de la Psicología occidental en este fenómeno (Luzoro, 1996) y a la difusión y popularización de la hipnosis como método de tratamiento psicoterapéutico en nuestro país, se hace necesario un análisis profundo del campo para definirlo apropiadamente, resguardarlo y facilitar su investigación, hasta ahora incipiente, en Chile.

El término *psicoterapia* fue acuñado en la Escuela de Nancy de la hipnosis en Francia (a principios del Siglo 20), quienes consideraban que la dinámica de la *sugestión* hipnótica implicaba la transformación de una idea recibida en un acto (Rossi, 1986/1993; Rossi, 1996). Para Bernheim y sus seguidores en Nancy, el mecanismo de la sugestión hipnótica implicaba un aumento de los reflejos ideo-motores, ideo-sensitivos y de la ideo-excitabilidad, lo cual llevaba a actuar a sus sujetos las ideas recibidas. Pronto descubrieron que podían conseguir los mismos efectos de la sugestión hipnótica estando el sujeto en vigilia y no bajo un "sueño" hipnótico, a lo cual denominaron "psicoterapia" (Gilligan, 1987).

En los últimos cien años este campo ha abundado en teorías explicativas (Gilligan, 1987; Herreros y Venegas, 1994; Luzoro, 1966), y que van desde aquellas que niegan que la hipnosis sea un fenómeno "real" –sino una actuación de roles en la cual los sujetos se comportan como si estuvieran hipnotizados (Sarbin, en Gilligan, 1987)–, hasta aquellas que han explorado los fundamentos fisiológicos y psicobiológicos del fenómeno –teoría de la asimetría cerebral (Watzlawick, 1986), ritmos ultradianos (Rossi 1986/1993).

En este artículo se analizará a la hipnosis y la hipnoterapia desde la perspectiva del enfoque desarrollado por Milton H. Erickson, cuyo trabajo ha influenciado en gran medida a la terapia breve estratégica actual. Se explorarán los siguientes tópicos: definición del fenómeno de la hipnosis y la hipnoterapia; hipnosis en el contexto experimental y clínico; mitos actuales en hipnoterapia, y ética e hipnoterapia.

HIPNOSIS E HIPNOTERAPIA

Estos dos conceptos relacionados suelen ser entendidos, erróneamente, como sinónimos, lo cual lleva a una confusión en el campo. En esta sección se tratará de definirlos y despejar creencias equivocadas al respecto.

Hipnosis:

Definir a la hipnosis como un fenómeno de la consciencia no es algo fácil. No es sueño, aunque las personas pueden parecer estar dormidas. Erickson la definió como un estado especial de consciencia, no obstante normal, en donde el sujeto está más *receptivo* a la presentación de ideas, en donde está abierto a sus recuerdos, aprendizajes, condicionamientos y a sus numerosos aprendizajes vitales. (Erickson, 1952/1980, 1954a/1980, 1957/1985, 1966/1980; Erickson y Rossi, 1979).

La experiencia de este estado de consciencia, puede ser alcanzado a través de tres formas generales, a saber: inducido por otra persona, autoinducido (autohipnosis), o como un profundización de la fase de descanso de los ritmos ultradianos (teoría propuesta por Rossi

desde 1986 en adelante, y que no es compartida por todos los investigadores). Analizaremos por separado estos tres “métodos”.

1. Hipnosis inducida o hetero-inducción: Desde la época de los pases mágicos o mesméricos hasta la actualidad, toda inducción hipnótica comienza por la atracción y absorción de la atención del sujeto, variando la inducción desde una secuencia ritual que se aplica por igual a todos los sujetos (conocida como hipnosis tradicional e “hipnosis estandarizada”) hasta aquellas estrategias que varían de individuo a individuo (“hipnosis de utilización”).

Erickson, Rossi y Rossi (1976) han teorizado las siguientes fases en la dinámica de la inducción y sugestión hipnóticas:

1) *Fijación de la atención:* sirve cualquier elemento (verbal o no verbal) que absorba la atención del sujeto (historias motivantes, relajación y todas las formas de experiencia interna).

2) *Debilitación de los esquemas conscientes:* el efecto psicológico de la fijación de la atención es que debilita los esquemas mentales habituales y marcos de referencia comunes. Se produce una “brecha” en la consciencia.

3) *Búsqueda inconsciente:* al estar debilitados los esquemas conscientes surge una búsqueda inconsciente para reorganizar la situación. Fenómeno que es utilizado por el hipnotista para dar más sugerencias (sugerencias, indicaciones, órdenes) que debilitan aun más esos esquemas.

4) *Procesos inconscientes:* esta búsqueda inconsciente moviliza procesos internos en el paciente. Erickson y Rossi (1976) incluyen aquí a los siguientes fenómenos: asociaciones literales, asociaciones individuales, significado múltiple de las palabras; procesos autónomos, sensoriales y perceptuales; procesos primarios freudianos; mecanismos de defensa, etc.

5) *Respuesta hipnótica:* el proceso finaliza en la aparición de respuestas *involuntarias*, que pueden ser espontáneas o sugeridas por el hipnotista.

Estas fases no se siguen necesariamente unas a otras el tiempo, sino que pueden ser simultáneas.

Desde una perspectiva fenomenológica, la *experiencia* de la hipnosis se caracteriza por (Gilligan, 1987; Zeig, 1988):

1) *Absorción experiencial de la atención:* el individuo se absorbe en una porción particular del contexto, dejando de prestar atención a los estímulos no relevantes.

2) *Actuación sin esfuerzo:* el sujeto siente poca necesidad de *hacer* algo.

3) *Intensidad alterada de la experiencia:* las experiencias (visuales, sentimientos de despersonalización, recuerdos) se hacen más vívidas.

4) *Involucración experiencial, no conceptual:* el individuo está más abierto a experimentar las *cosas como son*, mostrando poca necesidad de comprensión lógica o de un análisis conceptual. El proceso de pensamiento es menos crítico, menos evaluativo, menos verbal y menos abstracto; es más descriptivo, más sensorial y más concreto. (En base a este

fenómeno es que Watzlawick [1986] ha postulado que los procesos del trance se corresponden con la actividad hemisférica cerebral no dominante.)

5) *Disposición a experimentar*: la persona en trance (embeleso, hechizo, encantamiento) hipnótico está más dispuesta a experimentar nuevas perspectivas en una forma *involuntaria*. Esta característica es la que ha sido definida, a menudo, como *sugestionabilidad*, y ha llevado a la creencia errónea que los sujetos actúan como autómatas pasivos que obedecen órdenes.

6) *Flexibilidad en las relaciones tiempo/espaciales*: las personas experimentan distorsión del tiempo subjetivo o pueden experimentar fenómenos tales como disociación, alucinaciones, regresar al pasado o ir al futuro.

7) *Alteración de la experiencia sensorial*: El sujeto en hipnosis puede experimentar alteraciones en su percepción visual (visión de túnel) y auditiva, en sus sensaciones corporales (anestésias, pesadez, liviandad, tamaño, ubicación espacial de partes del cuerpo), puede perder el movimiento o sus manos o dedos pueden moverse en forma involuntaria.

8) *Inhibición motora/verbal*: Pueden presentar dificultades de movimiento voluntario o no pueden moverse en lo absoluto, o son incapaces de hablar o lo hacen con mucha dificultad.

Una característica esencial que define a una situación como hipnótica, es la experimentación *involuntaria* de los fenómenos. Es decir, el *locus* de control ya no está en el sujeto: en hipnoterapia se acostumbra a decir que es la *mente inconsciente* la que se ha hecho cargo; y en la hipnosis en el contexto teatral se supone que es el hipnotista (generalmente anunciado como poseedor de "poderes mentales") quien tiene el control de la situación. Cuando las personas experimentan en este contexto (hipnótico) experiencias involuntarias, los esquemas conscientes se debilitan más aun, quedando proclive el sujeto a seguir las indicaciones del hipnotista.

No hay buenas explicaciones para el fenómeno de actuar en forma involuntaria las sugerencias de otro, excepto los conceptos de *sugestionabilidad*, *disociación* y el *inconsciente*.

El concepto de "sugestionabilidad" y "sugestión" tal como fue acuñado por Bernheim (1886, en Weitzenhoffer, 1980) se refiere al proceso a la base del fenómeno que cuando se comunica una idea a un sujeto, lleva inmediatamente a una respuesta conductual sin mediación de los procesos corticales superiores implicados en el comportamiento voluntario (consciente) (Weitzenhoffer, 1980). Sin embargo, el por qué de este fenómeno no es claro. Actualmente, este concepto ha sido usado en tantas formas diferentes (incluso peyorativas), que no posee mucho valor como herramienta en las investigaciones. Tampoco está claro que es lo que hace a algunas personas ser más o menos "sugestionables". Podría hipotetizarse, junto a Erickson, Rossi y Zeig (en Robles 1991; Yapko, 1986), que son aquellas personas que presentan una mayor capacidad para focalizar su atención; todos hemos tenido la experiencia de observar que algunos de nuestros interlocutores quedan fijos en nosotros mientras conversamos, dejando de prestar atención al entorno; y también aquellas personas que son más *literales*, es decir que siguen con mayor facilidad las indicaciones al pie de la letra; por ejemplo decir en una conversación "y miró hacia la pared" y el interlocutor mira hacia la pared.)

La “disociación” –fenómeno normal y no solamente patológico– se refiere a la capacidad de fragmentar o dividir la experiencia (Yapko, 1990, 1995), y que es común en la experiencia de trance, en donde los sujetos a menudo refieren haber sido espectadores pasivos de la ocurrencia de fenómenos más allá de su voluntad.

El concepto del “inconsciente” difundido por Freud, concepto fundamental para la psicología profunda, también es un concepto fundamental para la aplicación clínica de la hipnosis y la comprensión del fenómeno de la hipnosis, pudiéndose entenderlo como un depósito de experiencias y aprendizajes de los cuales el sujeto puede o no percatarse que posee (Lankton, 1985). Para Erickson (en Rossi y Ryan, 1985), la mente humana comprendía dos entidades separadas: las mentes consciente e inconsciente; y para que podamos tener un sentido de realidad (mente consciente), un sinnúmero de procesos psicológicos y fisiológicos deben funcionar más allá de nuestro percatarnos consciente, en forma automática (inconsciente). Entonces, al estar el sujeto en trance hipnótico, muchos de esos procesos automáticos se expresarían por sí mismos, experimentándose el sujeto como eventos involuntarios. Desde el punto de vista de Watzlawick (1986) los procesos conscientes se correlacionarían con los del hemisferio cerebral dominante, y los inconscientes con los del hemisferio no dominante.

En la experiencia de trance, los individuos pueden mostrar la ocurrencia espontánea de uno o más *fenómenos hipnóticos*, que pueden ser considerados experiencias que ocurren inadvertidamente en la vida cotidiana y que se amplifican al estar abatidos los esquemas conscientes. También estos fenómenos pueden ser evocados por el hipnotista, y son la materia prima de los tratamientos psicoterapéuticos a través de hipnosis. Estos fenómenos son los siguientes (Yapko, 1990, 1995):

Catalepsia: equilibrio de la musculatura, que permite al sujeto permanecer inmóvil o en posiciones no habituales, y que en estado consciente serían muy difíciles de mantener por largo rato.

Cambios sensoriales: alteraciones en el comportamiento sensorial, que pueden tomar diversas formas: alucinaciones positivas (percibir un estímulo que objetivamente no está ahí), alucinaciones negativas (dejar de percibir un estímulo que objetivamente está ahí), anestesia y analgesia.

Amnesia y otras alteraciones de la memoria: Amnesia (olvido completo o parcial de los contenidos de la experiencia de trance o de la experiencia del trance mismo), Hipermnnesia (recuerdo vívido de experiencias pasadas)

Regresión de edad: Que puede manifestarse en Hipermnnesia o *Vivification* (revivir experiencias del pasado, en las cuales la identidad del sujeto y su comportamiento son los propios de la edad que está reviviendo).

Progresión de edad: Proyección a futuro del sujeto.

Disociación: Experimentación dividida o fragmentada de la experiencia.

Respuestas ideodinámicas: Respuestas motoras, sensoriales o afectivas involuntarias en respuesta a las sugerencias del hipnotista.

Distorsión de tiempo: Distorsión de la experiencia subjetiva del tiempo; distinguiéndose la expansión (vivencia de más tiempo que la indicada por el reloj) o a contracción del tiempo (vivencia de menor tiempo que la indicada por el reloj).

Estos fenómenos pueden darse espontáneamente en la experiencia de trance, o ser evocados¹ o inducidos por el hipnotista. Son menos espontáneos los siguientes fenómenos:

Fenómenos posthipnóticos: Tendencia a llevar a cabo comportamientos posteriores al trance hipnótico, según instrucciones recibidas durante el trance.

Sonambulismo: Estando el sujeto en trance, se comporta como si estuviera en estado de vigilia.

Escritura y habla automática: El sujeto puede ser capaz de escribir o hablar sin percatarse conscientemente de lo que está haciendo.

El fenómeno de la alucinación positiva suele darse con más dificultad, y es poco frecuente que ocurra en forma espontánea.

Desde el punto de vista *conductual*, pueden observarse los siguientes indicadores de trance hipnótico (Erickson, Rossi y Rossi, 1976; Erickson y Rossi, 1979; Rossi, 1982):

Pérdida o retardo de los reflejos de pestañeo, deglución, y del reflejo de sobresalto; profundización del ritmo respiratorio; inmovilidad del cuerpo; cambios en la calidad de la voz; cambios pupilares; respuesta de relajación; economía de movimientos; pulso lentificado; puede haber cierre de ojos; rasgos faciales suavizados y relajados; retardo temporal en el comportamiento conceptual y motor; literalidad, entre otros. Muchos de estos indicadores se relacionan con respuestas parasimpáticas.

Existen diversos modos de inducción del trance hipnótico y sus fenómenos (Araoz, 1985; Erickson, 1980; Erickson y Rossi, 1979; Erickson, Rossi y Rossi, 1976; Havens y Walters, 1989; Yapko, 1990, 1995), y el éxito de estos acercamientos variará de acuerdo a la experiencia del hipnotista, que se consideren en mayor o menor medida las características del sujeto, su estilo peculiar de respuesta y el contexto en que se realiza. El tiempo que toma la inducción hipnótica depende del estilo de respuesta del sujeto, y puede tomar desde pocos minutos hasta horas (Erickson, 1952/1980).

2. Autoinducción o autohipnosis: Proceso a través del cual el mismo sujeto se lleva al trance hipnótico. El método más común es que el sujeto recuerde la posición física o las frases que le dijo el hipnotista cuando le indujo trance exitosamente. Mientras más practique el sujeto, la respuesta será más rápida y la experiencia más profunda (es decir, los esquemas conscientes estarán más debilitados). Es un método que puede usarse para descansar o para obtener

¹ Los fenómenos hipnóticos pueden *evocarse* relatando historias de la vida cotidiana en los cuales esos procesos están presentes; para *inducirlos* se utilizan procedimientos más directos, artificiales.

ganancia terapéutica (control de dolor, por ejemplo; o resolver problemas, dejándole al inconsciente [sabio y sanador]² la tarea).

En forma típica, un trance autohipnótico dura como promedio alrededor de 20 minutos, reorientándose en forma espontánea al estado de vigilia. En este estado también ocurren en forma espontánea algunos fenómenos hipnóticos (disociación, distorsión de tiempo, alucinaciones negativas, catalepsia, analgesia, amnesia) y el sujeto muestra indicadores de trance.

La explicación para la ocurrencia de la autohipnosis deriva de la naturaleza *dependiente del estado* de la experiencia hipnótica (Bowie y Pacheco, 1993; Rossi, 1986/1993, 1996). Es decir, lo que se aprende en un estado de activación psicofisiológica (en este caso, la experiencia de trance hetero-inducida) es recuperado cuando están presentes nuevamente las señales internas y del contexto que estuvieron presentes en la experiencia original; lo cual lleva al sujeto a experimentar, entonces, un nuevo trance hipnótico³, cuyos contenidos variarán de acuerdo al propósito con el cual se autoindujo. Suele sugerirse al paciente que antes de recordar cómo se le indujo el trance terapéutico, se proponga un objetivo para esa nueva experiencia hipnótica.⁴

El entrenamiento en autohipnosis se recomienda en el manejo hipnótico del dolor recurrente y crónico, como una forma de facilitar la independencia del paciente del auxilio del terapeuta. Se espera que cuando el sujeto experimente autohipnosis, las sugerencias entregadas por el clínico se hagan nuevamente realidad (Barber y Adrian, 1982; Barber, 1996). También se la utiliza como método de relajación para el manejo del estrés, alivio en alergias y asma, trastornos del dormir, entrenamiento hipnótico para el parto, psicología del deporte y habilidades académicas (Alman y Lambrou, 1992).

3. Utilización y profundización de la fase de descanso ultradiana: Rossi ha desarrollado desde el año 1986 una teoría cronobiológica de los fundamentos psicobiológicos de la hipnosis, introduciendo en el campo la noción de los "ritmos ultradianos" (Bowie y Pacheco, 1993; Pacheco y Castro, 1989; Rossi, 1982, 1986/1993, 1994; 1996; Rossi y Cheek, 1988; Rossi y Nimmons, 1991; Rossi y Lippincott, 1992). De acuerdo a esta teoría y los hallazgos experimentales, ocurre a lo largo del día, cada una hora y media a dos horas, un período de actividad seguida de un período de descanso de alrededor de 20 minutos, en el cual la atención se dirige hacia el interior (las personas no siempre se percatan de esto, pues esa fase es frágil y

² La noción del "inconsciente" para Erickson era similar a la Jung; es decir, que poseía una connotación positiva; y que sus procesos podían ser facilitados de modo que pudieran funcionar en forma autónoma para resolver los problemas de cada paciente en una forma individual (Rossi, 1980). Para Erickson (Erickson y Rossi, 1979) los pacientes presentaban problemas debido a que sus esquemas conscientes aprendidos, rígidos y limitantes, no permitían que sus propios procesos inconscientes de resolución de problemas actuaran. Al inducir un trance hipnótico, esos esquemas conscientes se debilitan y el paciente está más abierto a la influencia terapéutica.

³ Este fenómeno de la naturaleza dependiente del estado de la experiencia hipnótica explicaría la ocurrencia de la amnesia reversible del trance hipnótico, y que Braid (1855, en Rossi 1986/1993) definió como una indicación obligatoria de la existencia de trance hipnótico: la experiencia de trance está amnésica en el estado de vigilia posterior al trance, pero se recuerda al entrar la persona en un nuevo trance.

⁴ Generalmente se le indica que solicite a su mente inconsciente que se encargue del trabajo en cuestión. (Alman y Lambrou, 1992)

puede ser interrumpida por los hábitos de obligarse a seguir atento al mundo exterior). Rossi asoció esa fase de descanso ultradiana con el fenómeno del “trance común de cada día” descrito por Erickson (Erickson, Rossi y Rossi, 1976; Erickson y Rossi, 1979) como el momento más adecuado de una sesión terapéutica en donde el paciente estaba más proclive a experimentar trance hipnótico, y mostraba indicadores conductuales similares a los del trance hipnótico. Rossi (1986/1993) propone la observación cuidadosa de esas señales conductuales espontáneas en la sesión y profundizar ese estado para el trabajo terapéutico (Rossi, 1986/1993; Pacheco, 1993).

Desde la perspectiva de Rossi, la experiencia del trance no es *fabricada* por el hipnotista al inducir un trance hipnótico, sino que al focalizarse la atención del sujeto se facilita la aparición de la fase de descanso ultradiana, la cual es profundizada.

Esta teoría aun es nueva en el campo de la hipnosis, y algunos autores más tradicionales no están de acuerdo con la afirmación que la fase de descanso ultradiana sea similar a un trance hipnótico espontáneo (Weitzenhoffer, en Yapko, 1990; Yapko, 1997); aunque sin embargo esta teoría está siendo fructífera al fomentar el desarrollo de investigaciones en el tema (Aldrich y Bernstein, 1987; Brown, 1991; Chaves, 1997; Coe, 1992; Kihlstrom, 1992; Lippincott, 1993; McConkey, 1986; Rossi y Lippincott, 1993; Sanders y Mann, 1995; Sommer, 1993; Spanos y Chaves, 1989; Wallace, 1993; Wallace y Kokoszka, 1995).

Hipnoterapia:

Al hablar de hipnosis e hipnoterapia hay que hacer una distinción fundamental entre *inducción* de trance y *utilización* de trance.

La inducción (o evocación) de trance hipnótico es la primera parte del proceso terapéutico cuando se utiliza hipnosis. La inducción de trance no es curativa por si misma (no lo es más que una relajación profunda). La hipnosis por si sola no genera cambios en el paciente. Es en la fase de utilización donde se realiza la terapia.

En el estado de trance no pueden lograrse habilidades trascendentes, no pueden implantarse nuevas habilidades, sino que se potencian habilidades que pueden estar o no reconocidas por el paciente.

Entenderemos por *hipnoterapia*, entonces, a la utilización terapéutica del estado de trance. Aquí podemos distinguir dos formas distintas de utilizar el trance hipnótico, una que podría denominarse “hipnoterapia sintomática o tradicional” y la “hipnoterapia de utilización” (o ericksoniana).

La ***hipnoterapia sintomática o tradicional***, utiliza el trance hipnótico como un vehículo para entregar sugerencias directas (a veces entendidas como “órdenes”), para llevar al sujeto al abandono de los síntomas.

El lego entiende este tipo de terapia como “magia” aplicada desde afuera que resolverá sus problemas, con una participación mínima del paciente, y en donde se resolverán rápidamente todo tipo de problemas.

La hipnoterapia tradicional generalmente utiliza trances hipnóticos formales (se avisa que se hará trance hipnótico, generalmente de acuerdo a un ritual estandarizado; o se aplicará

primero un Test de Susceptibilidad Hipnótica, para determinar si el sujeto es “hipnotizable”), y la literatura describe pautas o guiones de sugerencias hipnóticas para tal o cual trastorno (por ejemplo, Havens y Walters, 1989; Hammond, 1990⁵). Cuando la terapia fracasa, suele atribuirse el fracaso a la “resistencia” del paciente a mejorar.

También podríamos incluir en esta categoría al Hipnoanálisis, que es un método que hace un gran uso del fenómeno de la regresión de edad para hacer conscientes experiencias reprimidas que se suponen relacionadas con la sintomatología, para que el paciente pueda tratarlas conscientemente.

Puede definirse a este tipo de hipnoterapia como ingenua, puesto que de acuerdo a lo que se sabe en la actualidad, una terapia estética que considere las pautas más relevantes en un trastorno (Keeney, 1987), tendrá mayor efectividad para modificar las pautas intra o interpersonales que son responsables de la sintomatología y su mantención; y la hipnoterapia tradicional no considera esas variables⁶.

La **hipnoterapia de utilización o ericksoniana**, fue desarrollada por el psiquiatra norteamericano Milton H. Erickson, quien era considerado el hipnotista clínico más afamado en el mundo en la década de los años 1950. Erickson se apartó dramáticamente de la hipnoterapia tradicional respecto a la inducción del trance hipnótico, su mantención y utilización terapéutica del estado de trance (Rosen, 1988; Zeig, 1987).

Erickson, se caracterizó por no usar rituales de inducción de trance, sino que por construir un acercamiento a la inducción hecho a medida del paciente (Erickson, 1980), a la vez que construía tratamientos hipnóticos de acuerdo a la visión de mundo de cada paciente; y aunque podía usar la misma estrategia con distintos pacientes similares, entregaba la terapia en una forma que se adecuara a cada uno de ellos en particular (en una forma directa o indirecta dependiendo de la disposición a responder del paciente).

Para Erickson (1948/1980) la inducción y mantención del trance sirven para suministrar un estado psicológico especial en el cual los pacientes pueden reasociar y reorganizar las complejidades psicológicas internas, y utilizar sus propias capacidades de un modo acorde con su propia vida experiencial. Para él, la “curación” se debe a la reorganización de ideas, comprensiones y memorias. Según Rossi (1980) este fue un cambio paradigmático en la forma de pensar la terapia hipnótica.

Erickson se apartó además de la terapia hipnótica tradicional en dos aspectos fundamentales: Primero, entendió a la relación hipnótica como una *relación interpersonal* en la cual el terapeuta trata de influir en la experiencia del paciente, para lo cual no necesita inducir siempre trance formal, sino que necesita construir un *rapport* lo suficientemente poderoso para absorber la atención del consultante y deslizar sugerencias (en historias, frases impactantes, por

⁵ Hammond advierte en la Introducción de su compilación, que las diversas estrategias descritas en el texto necesitan ser adaptadas para cada paciente en particular.

⁶ Por ejemplo, Havens y Walters (1989) ofrecen una serie de guiones para ser usados al pie de la letra con pacientes deprimidos, basados en la creencia que la depresión está relacionada solamente con los sentimientos de desesperanza y una autoestima disminuida. Es probable que esas intervenciones fracasen en

ejemplo) o asignar tareas que movilicen los procesos internos y la experiencia del sujeto. Segundo, colocó el énfasis tanto en los procesos intrapersonales como interpersonales de los trastornos psicológicos, creando estrategias psicoterapéuticas destinadas a interrumpir la pauta sintomática en intervenciones terapéuticas breves (tanto en el tratamiento hipnótico y el no hipnótico) (Erickson, 1954b/1980; 1980; Haley, 1980a, 1985; O'Hanlon, 1989; Yapko, 1988; Zeig, 1983). Por lo tanto, no utilizaba la regresión de edad como lo hace el Hipnoanálisis, ni confiaba en el *insight* como el único medio para resolver la sintomatología. Las estrategias terapéuticas breves de Erickson han influido en el desarrollo de las terapia estratégicas breves del *Mental Research Institute* (MRI) de Palo Alto (hipnoterapia sin trance, según Watzlawick, 1985) (Fisch, 1982; Nardone y Watzlawick, 1992; Watzlawick, Weakland y Fisch, 1976; Watzlawick, 1982; Watzlawick, 1990; Weakland, 1982; Wittezaele y García, 1994), la terapia estratégica de Haley (Haley, 1980b, 1987), la terapia orientada a la solución del Centro de Terapia Breve de Milwaukee (de Shazer, 1991), y de O'Hanlon y Weiner-Davis (1989).

Puede entenderse, entonces, a la hipnoterapia de utilización como un proceso de comunicación de influencia para interrumpir las pautas que constituyen y mantienen la problemática psicológica (Yapko, 1992, 1995), que puede utilizar trance formal o no, que puede utilizar fenómenos hipnóticos o estrategias terapéuticas breves (con trance o sin trance hipnótico), en una forma individualizada, y cuyos procedimientos no pueden aplicarse en forma estandarizada a las distintas poblaciones de pacientes o categorías de problemas.

HIPNOSIS EN EL CONTEXTO EXPERIMENTAL Y CLINICO

Ha habido una confusión en el campo respecto a las metodologías de estudio y la aplicación clínica de los hallazgos del laboratorio, y la evaluación y replicación de los estudios clínicos. Esta confusión es tal, que hoy se habla de "hipnosis estandarizada" e "hipnosis ericksoniana" como si fueran dos fenómenos distintos, aunque la hipnosis como fenómeno de la consciencia es uno solo, tanto en el laboratorio como en la clínica, y esos términos denominan a dos tradiciones en el estudio de la hipnosis.

Fue Clark Hull quien introdujo, a principios de la década de los años 1920, el estudio científico de la hipnosis y sus fenómenos (Gilligan, 1987; Rossi, Ryan y Sharp, 1985). Su primer curso de hipnosis lo dictó en la Universidad de Wisconsin, de la cual Erickson era alumno en la Escuela de Medicina. Hull postulaba una técnica "estándar" para la inducción del trance hipnótico, y con ese término quería significar el uso de las mismas palabras, la misma duración de tiempo, el mismo tono de voz, etc., para todos los sujetos. No consideraba las diferencias individuales entre los sujetos, sus variados grados de motivación, interés y variaciones en las capacidades para responder y aprender. Aunque –en palabras de Erickson (Rossi, Ryan y Sharp, 1985)– Hull no parecía trabajar con personas, demostró que los procedimientos rígidos del laboratorio podían aplicarse al estudio de algunos fenómenos hipnóticos.

ayudar al deprimido, pues no consideran en lo absoluto las cogniciones disfuncionales típicas de ese tipo de pacientes (Yapko, 1992).

Mientras Hull representaba un estudio experimental "objetivo", Erickson se apoyó en la introspección para el estudio de la dinámica de la hipnosis y la sugestión. Su estudio meticuloso de las fuerzas y motivaciones internas de cada individuo se transformaron en el sello distintivo de su acercamiento "naturalista", permisivo e indirecto a la hipnosis. Los estudios experimentales de Erickson respecto a la naturaleza y dinámicas del fenómeno de la hipnosis, los realizó entre los años 1930 y 1940 (Rossi, 1980), y se diferencian de los de Hull en que corresponden a *investigaciones de campo*.

A principios de la década de los años 1950, Ernest Hilgard y André Weitzenhoffer fundan el laboratorio experimental en la Universidad de Stanford. Hilgard provenía de la tradición conductista de la psicología y Weitzenhoffer de las ciencias físicas. La meta de estos investigadores era el estudio "objetivo" del fenómeno, para lo cual necesitaban mantener condiciones experimentales estándar para todos sus sujetos; es decir, sus procedimientos de inducción de trance eran los mismos para todos sus sujetos. Hipotetizaron a la "susceptibilidad hipnótica" como su variable dependiente, un rasgo *perdurable* en cada sujeto, que le permitiría en mayor o menor grado experimentar hipnosis.

Para poder homologar a sus sujetos, y saber que no estaban simulando la experiencia hipnótica, necesitaban contar con instrumentos para medir la sugestibilidad y la profundidad hipnótica (Weitzenhoffer, en Yapko, 1990), y diseñaron para sus estudios en el laboratorio las denominadas Escalas de Susceptibilidad Hipnóticas de Stanford (un ejemplo de ellas es la *Stanford Hypnotic Clinical Scale for Adults*, Morgan y Hilgard, 1979). Procedían de la siguiente forma: aplicaban su Escala determinando si los sujetos eran refractarios a la hipnosis (inducción hipnótica) o moderadamente o muy susceptibles a la hipnosis, y luego podían experimentar teniendo el control de las variables "extrañas". Encontraron que la mayoría de las personas eran moderadamente susceptibles y la minoría muy susceptibles o refractarios. Otra Escala conocida y utilizada es la Escala de Imaginación Creativa, de Barber y Wilson (1978-1979), en esta Escala se solicita al sujeto imaginar 10 ítem, los cuales el propio sujeto evalúa; mientras más reporta el individuo haber experimentado como real los ítem sugeridos, será más susceptible a la hipnosis.

La aplicación de estas Escalas, *diseñadas para el laboratorio*, comenzaron a aplicarse en la clínica a modo de diagnóstico de la capacidad para aprovechar o no la terapia hipnótica en los pacientes (Hilgard y Hilgard, 1990; Hilgard y LeBaron, 1984).

El análisis de estas escalas muestra lo siguiente: uso excesivo de sugerencias *directas* que para ser actuadas requieren de la cooperación de los procesos *volitivo conscientes*, el sujeto *debe* adaptarse a la sugerencia para hacerla realidad, no se consideran las respuestas conductuales del sujeto en el proceso de aplicación de la Escala, el tiempo de aplicación es estándar (no respetándose el tiempo idiosincrásico de cada sujeto para hacer realidad las sugerencias; al respecto Erickson [1952/1980] reporta que, en su experiencia, el tiempo que tomó a distintos sujetos entrar en trance variaba desde algunos segundos o minutos hasta horas, y que cada sujeto mostraba tiempos personales y respuestas variables ante inducciones repetidas de trance).

Con respecto al hallazgo de sujetos no susceptibles a la hipnosis (debido a que puntúan bajo en las Escalas de Susceptibilidad), los investigadores de la tradición ericksoniana replican que cuando se usa un método individualizado que considera las respuestas de los sujetos y se usan sugerencias que requieren disposición a responder inconsciente (especialmente aquellas que confunden los esquemas mentales conscientes), el porcentaje de no hipnotizables disminuye mucho (Barber, 1980; Gilligan, 1987; Yapko, 1981, 1983).

La creencia que el rasgo "hipnotizabilidad" es estable a través del tiempo en los sujetos, ha demostrado ser errada según las investigaciones que introducen variables cronobiológicas en los estudios. Lippincott (1992) encontró que los sujetos catalogados como búhos⁷ eran más hipnotizables que los alondra en la mañana (8:00 a 10:00 hrs.), mientras que los alondra eran más hipnotizables en el atardecer que los búhos (16:00 a 18:00 hrs). No se encontraron diferencias en ambos grupos entre la medianoche y las 2:00 hrs, cuando ambos grupos habían dormido bien. Ambos grupos fueron evaluados con la Escala de Stanford para Adultos. Lippincott afirma que cuando no se considera esta variable en los estudios grupales de susceptibilidad hipnótica, ambos grupos tienden a anularse estadísticamente, por lo cual los investigadores no se percatan de este fenómeno.

Además, investigaciones recientes (Balthazard y Woody, 1992; Woody, Bowers y Oakman, 1992; en Rossi, 1996) indican que dentro del mismo trance hipnótico hay variaciones asociadas con la duración del trance, que han llevado a definir la existencia de una "fase alta y una fase baja" de la hipnosis. En la fase alta habría una tendencia a la actividad en el trance, en esta fase el sujeto podría ejecutar más adecuadamente las respuestas ideodinámicas y estar más dispuesto a la resolución de problemas. En la fase baja, en cambio, habría una tendencia a la pasividad, en la cual por ejemplo podrían lograr mejor las alucinaciones hipnóticas (un fenómeno hipnótico difícil de obtener en los experimentos y la clínica). Se hace evidente, entonces, que la tradición estandarizada de la hipnosis necesita revisar sus supuestos.

La tradición experimental en el estudio de la hipnosis, en su afán de otorgarle carácter "científico" a sus investigaciones (entendiéndose por esto "ciencias duras") dejó de lado la *relación* entre el investigador y su sujeto, colocando el énfasis en los procedimientos experimentales estandarizados. Estos investigadores no tomaron en cuenta un hecho especialmente importante y quizá muy relevante en el estudio de la hipnosis: los seres humanos, querámoslo o no, nos influimos unos a otros en la interacción (Wtazlawick, Beavin y Jackson, 1981).

La hipnosis experimental y clínica de Erickson consideran esa variable, y en lugar de controlarla sacándola de la investigación, le da énfasis. La relación entre el hipnotizador y su sujeto se concibe como una relación interaccional (Haley, 1966). El modo de proceder de Erickson en sus investigaciones experimentales y clínicas era adaptado (hecho a medida de) a

⁷ Categoría relacionada con los ritmos circadianos. Se denomina "buhos" a las personas que se muestran más activos pasado el mediodía y que comienzan a sentir sueño tarde por la noche; y los "alondra" son aquellos que están más alertas en la mañana, mientras que su alerta decae entrada la tarde y se duermen temprano.

cada sujeto o paciente. No es de extrañar, entonces, que los reportes científicos de Erickson sean de estudios de campo y estudios de casos clínicos *descriptivos*; en donde luego de describir minuciosamente a sus sujetos y sus estilos de respuesta, describía con detalle el procedimiento aplicado. Erickson, en sus experimentos, incluía a su secretaria en la oficina, la que hacía un registro taquigráfico de toda la sesión.⁸

La Psicología ha demostrado hace bastante tiempo su estatus científico, y las miles de publicaciones en el campo de la hipnosis también han demostrado que la hipnosis es un hecho verídico; por lo cual ya es tiempo para la salud de este campo en clínica, el retorno a los estudios de campo y los estudios de casos, reemplazándose las metodologías cuantitativas por las cualitativas. Si la psicoterapia es una ciencia y un arte, las investigaciones debieran mostrar justamente ese “arte” con el cual se logró que las técnicas funcionaran en tal o cual tipo de paciente.

MITOS ACTUALES EN HIPNOTERAPIA

El renacer del interés de los psicólogos en la hipnosis y sus fenómenos desde hace unas dos décadas⁹, dio mayor vigor a la publicación de artículos y literatura especializada en el área (especialmente a la denominada literatura “ericksoniana”).

Como toda disciplina que se coloca de moda (y en psicología clínica ya estamos acostumbrados a las modas), esa literatura varía desde los textos serios, documentados, hasta los sensacionalistas y que abundan en mitos y errores conceptuales. En nuestro país, consumidor atrasado de las modas e innovaciones tecnológicas provenientes principalmente de Estados Unidos, actualmente estamos asistiendo a creencias difundidas entre el público y también entre los psicólogos, que fueron la moda psicológica en la década de los años 1980¹⁰.

En esta sección se analizarán tres de estos mitos actuales que influyen en el interés respecto a la hipnoterapia en Chile: las potencialidades curativas de la regresión de edad hipnótica, las vivencias de vidas pasadas en trance hipnótico regresivo y las potencialidades “balsámicas” de la hipnoterapia en los problemas mente/cuerpo.

Regresión de edad y psicoterapia

Según Watzlawick (1982) la hipnosis desempeña el papel del bufón de la corte en los solemnes salones de la ortodoxia. El bufón vencía con sus innegables verdades, debido a que era un idiota que no podía ser tomado en serio, sino que solamente en forma selectiva. Aun hoy

⁸ Metodología que permitió la estructuración del interesante volumen *El Hombre de Febrero*, M. Erickson y E. Rossi. Ed. Amorrortu, 1992

⁹ Cuando Zeig organizó el Primer Congreso de Hipnosis y Psicoterapia Ericksoniana en 1980, los organizadores esperaban contar con una asistencia de unos 300 asistentes, y fue realmente un gran problema de organización cuando se inscribieron cerca de 3000 personas de distintas partes del mundo.

¹⁰ En la década de los años 1980 estuvieron de moda en Estados Unidos los secuestros de personas por extraterrestres, que recordaron bajo trance hipnótico su aventura (ver, W. Strieber, *Comunión*, Plaza & Janes, Barcelona, 1987); y el acceso a vidas pasadas a través del uso de la regresión de edad hipnótica. En los años 1990 la moda fue el estrés post-traumático, y especialmente el recuerdo bajo trance hipnótico de experiencias de abuso sexual en la infancia y el estudio de las “personalidades múltiples” con hipnosis. A

(después de más de 20 años de investigaciones en la teoría interaccional de la psicoterapia), la hipnosis es vista por las corrientes psicodinámicas como una forma algo extraña de fomentar los propósitos de la doctrina verdadera, es decir, llevar los materiales reprimidos a la consciencia. Y una vez logrado ese objetivo, esperar que ya no interfieran con el insight.

Hay una creencia –errónea como lo prueban las investigaciones (Nardone y Watzlawick, 1992; Watzlawick, Weakland y Fisch, 1976; Yapko, 1990, 1992)– que un buen método de tratamiento psicoterapéutico debiera investigar las “causas” olvidadas (reprimidas) responsables de la sintomatología, de modo que al ser llevadas a la consciencia puedan ser trabajadas y superadas. Y el fenómeno de la regresión de edad hipnótica se prestaría en forma ideal para ese propósito¹¹, ya sea en sus variedades de hipermnesia y *vivification*.

Es interesante que un volumen de análisis de la casuística registrada de Erickson (O’Hanlon y Hexum, 1990) muestra en el índice de las técnicas usadas en esos casos (336 casos), que a la regresión de edad le corresponden solamente 5 entradas en un total de 329 páginas (los autores categorizan un total de 66 técnicas terapéuticas).

Erickson no sólo se apartó de la psicoterapia tradicional psicodinámica, sino que también del uso tradicional de la hipnosis. En 1954 (1954b/1980), Erickson publica un artículo en el cual analiza la realidad de pacientes neuróticos que no responden bien a los tratamientos extensos, hipnosis, persuasión, y en los cuales existe invariablemente un retorno a la sintomatología, aumentando su resistencia a la terapia. Expone ocho casos en los cuales el tipo de paciente, el tiempo disponible, y los síntomas presentados impedían una terapia larga y que hiciera uso de las comprensiones de aquellos. Trató esos casos utilizando intencionadamente la sintomatología neurótica. Ese artículo es un documento que sienta las bases para el desarrollo de la terapia breve estratégica que hoy conocemos. En el texto de O’Hanlon y Hexum (1990), ocupan la mayoría de las entradas en el índice aquellas técnicas que podríamos denominar “estratégicas.”

La búsqueda de los orígenes de la sintomatología, especialmente en experiencias tempranas de la infancia, trauma de nacimiento e incluso experiencias traumáticas en el útero, está proponiendo una visión de los trastornos psicológicos que en algunas patologías puede incluso resultar perjudicial. El encuadre en esas terapias implica necesariamente una orientación *hacia el pasado* del paciente, basados en supuestos que pueden tener o no alguna base teórica, experimental o empírica. En el caso de los pacientes depresivos, por ejemplo, que ya están fundamentalmente orientados *hacia el pasado*, ese encuadre en lugar de ayudar a su mejoría, los *empeoraría*, ya que ellos necesitan una terapia orientada hacia el *futuro*, en donde puedan resolver sus dificultades de adaptación (Yapko, 1988, 1992, 1996).

El uso de la regresión de edad implica necesariamente a la memoria, y las investigaciones demuestran que la memoria humana no es una grabadora que registra fielmente la realidad consensual de los acontecimientos (Yapko, 1994), las memorias de los distintos

finde de esta década, el interés del público norteamericano se ha volcado hacia los libros que vinculan a la terapia con lo espiritual (Yvonne Dolan, 1997, comunicación personal).

¹¹ Desde que están exhibiéndose programas de hipnosis teatral en televisión, es frecuente que reciba llamadas telefónicas de potenciales pacientes consultando si practico “regresiones” para descubrir el origen de sus depresiones, fobias, pánico, etc.

períodos de vida del paciente se mezclan, además las fantasías, las creencias y los temores pueden estar mezcladas en los recuerdos del presente (Orne, 1986). ¿Cómo saber, entonces, que las experiencias accesadas en hipnosis realmente corresponden a realidades objetivables vividas por los pacientes? Si el terapeuta es hábil, trabajará con esas realidades, pero aun así subiste el problema que no podrá saber qué está validando con el éxito del tratamiento: ¿estará probando que una terapia efectiva es aquella que trabaja con y desde las propias realidades del sujeto?, o ¿su casuística le permitirá afirmar o proponer alguna teoría respecto a la psicopatología, o los tratamientos psicoterapéuticos?

Además, está el hecho de la metodología utilizada por el terapeuta para regresar en edad al paciente; ¿está usando un método que realmente impida que sugiera inadvertidamente realidades al sujeto en trance? (Orne, 1986). Recuérdese que el paciente estará dispuesto a responder a esas comunicaciones sutiles como una forma de recuperar el equilibrio perdido, debido a la debilitación de sus esquemas conscientes)¹².

Es común escuchar hoy¹³ que el mejor método para tratar fobias, es buscar el origen reprimido (amnésico) de tal trastorno. ¿Es que los psicólogos se han olvidado de la técnica desarrollada por Wolpe en la década de los años 1960, que trajo alivio a muchos pacientes (sin experimentar una sustitución de síntomas) que habían recurrido infructuosamente a terapia psicodinámica para resolver su trastorno?

Zeig (1985a, p. 122-125; 1985b, p. 75-78) reporta un caso de una mujer que tenía fobia a los aviones (sus síntomas estaban circunscritos a cuando el avión había alcanzado su altura de crucero), y que estaba a punto de perder su trabajo debido a su evitación de volar. Erickson la trató con hipnosis en forma estratégica en una sesión, logrando que dejara su fobia anclada en una silla de la consulta de él, y ella fue capaz de volar sin ningún síntoma y sin recaídas posteriores. Esa misma paciente fue invitada por Erickson y Rossi (1979, p. 314-387) a una sesión tiempo después, y se aplicó en ella un procedimiento para la recuperación de memorias traumáticas amnésicas, a través de la cual pudo recuperarse y reencuadrarse el origen de la fobia a los vuelos. Lo interesante de este caso, es que durante el tiempo que transcurrió entre la primera terapia estratégica y la segunda, la paciente estuvo totalmente libre de la sintomatología (aunque no se había resultado el "origen" de su fobia). Este es otro antecedente que no apoya la teoría que las fobias *deben* ser tratadas a través de la recuperación del "trauma" original.

¹² David Cheek (Rossi y Cheek, 1988) ha desarrollado interesantes estrategias de regresión de edad que utilizan señales ideomotoras, en donde el terapeuta es guiado por el inconsciente del paciente a eventos traumáticos si los hay; el terapeuta no sugiere nada, sólo acompaña y ayuda al paciente a trabajar con su propia realidad. Erickson (Erickson y Rossi, 1979) desarrolló un sofisticado método para utilizar la regresión hipnótica en el tratamiento de eventos traumáticos amnésicos, el cual no sugiere contenidos al paciente, y al mismo tiempo lo está protegiendo. Se recomienda que para tratar eventos traumáticos amnésicos (una vez que se tiene una buena hipótesis que justifique el uso de la técnica) el terapeuta debe estar muy bien entrenado y ser capaz de no desorganizarse con las intensas abreacciones que suelen resultar en tales procedimientos (Hammond, 1990).

¹³ Lankton en el último Congreso Ericksoniano (diciembre de 1997), afirmó que uno de los desafíos que enfrenta la psicoterapia del 2000 es que aun se sigue etiquetando a los pacientes, buscando los traumas del pasado de aquellos, centrando la terapia en las memorias del pasado en lugar de lo que los clientes están haciendo hoy por sus problemas.

Podría pensarse, a la ligera, que para tratar experiencias traumáticas como el abuso sexual, el mejor método sería llevar a las(los) pacientes *disociadas* en trance hipnótico al evento para que revivan sin angustia su trauma y lo puedan superar entonces. La evidencia clínica prueba lo contrario; Yvonne Dolan, autoridad en el tema, y que estuvo en mayo de 1997 en Chile, recomienda para estos casos una terapia estratégica orientada a la solución (orientada al futuro), en la cual la experiencia de trance hipnótico no se utiliza en regresiones de edad; y ésta se reserva con grandes precauciones para algunos casos, aquellos en los cuales no han probado ser útiles las otras estrategias.¹⁴ (Dolan, 1991)

La regresión de edad posee más usos terapéuticos que solamente tratar eventos traumáticos, también es útil para: (1) extraer recursos que el paciente ha adquirido en su vida y de los cuales no está consciente, y (2) la creación de pseudo-recuerdos terapéuticos que modificarán la experiencia actual del paciente¹⁵ (Yapko, 1990).

La extracción de recursos se refiere a que las personas han desarrollado habilidades y recursos que les fueron útiles para enfrentar problemas, pero que ahora no están siendo utilizados para enfrentar las dificultades o problemas actuales. Una forma de acceder esos recursos es a través del empleo de metáforas terapéuticas (Lankton y Lankton, 1983) y fenómenos hipnóticos; y se incorporan a los contextos actuales y futuros. De este modo, el paciente tiene la oportunidad en el trance hipnótico para ensayar el uso de sus propias capacidades en las situaciones donde son necesarias. (Yapko, 1988, 1990)

La racionalidad de la creación de pseudo-recuerdos consiste, por ejemplo, en que el paciente puede tener carencias importantes en su vida pasada que están influyendo en su identidad actual, y que por los métodos terapéuticos usuales sea muy difícil que pueda desarrollarlos. A través del uso de la *vivification* puede regresarse al paciente a esas épocas importantes de su vida, y proporcionarle experiencias vitales que no tuvo, como si estuvieran ocurriendo realmente en su aquí y su ahora (el pasado para el observador externo, el presente para el paciente regresado en edad), y crear amnesia para esas experiencias. (Erickson y Rossi, 1979)

Otra variedad de creación de pseudo-recuerdos es lo que Grinder y Bandler (1994) denominan "cambio de la historia personal", en donde el paciente experimenta regresión de edad en hipermnesia y disociación para una situación específica (traumática o no), y le agrega a esa situación comprensiones del presente que no estuvieron presentes en la situación original, con lo cual se cambian las connotaciones afectivas de la misma, y luego se generaliza hacia el presente y el futuro (Yapko, 1988).

Regresiones a vidas pasadas

¹⁴ Para una introducción al enfoque de Dolan, se sugiere revisar *Utilización de la hipnoterapia en la resolución de la sintomatología asociada a abuso sexual*, Gonzalo Guzmán, Tesis de Grado para Optar al Título de Psicólogo, Facultad de Ciencias Sociales, U. de Chile, 1996.

¹⁵ El primer registro histórico de creación pseudo recuerdos fue realizado por Janet (Perry y cols., 1986). Ver también el trabajo descrito y comentado por Erickson y Rossi, en *El hombre de Febrero*, Amorrortu, B. Aires, 1992

En la actualidad están difundiendo con gran publicidad algunos libros que exponen tratamientos para innumerables trastornos psicológicos y psicosomáticos, en los cuales la sintomatología remitió luego de haber regresado en trance hipnótico a una vida anterior en la cual se trabajó un conflicto, que se había proyectado hasta esta vida (su "karma"). En uno de esos libros, incluso, un autor afirma que "¡por fin tenemos una herramienta científica para demostrar la existencia de las vidas pasadas: la hipnosis!".

Este es un tema importante de tratar aquí, puesto que ha tenido divulgación en televisión en nuestro país, e incluso fue tema en un Foro-Panel en el II Congreso Internacional de Hipnosis Clínica realizado en Santiago, en octubre de 1997. Este es un tópico que contribuye a los mitos y malentendidos de la terapia hipnótica.

Es imposible para la Psicología afirmar o refutar la existencia de la metempsicosis o reencarnación. Es un fenómeno (o creencia) que escapa totalmente a la investigación científica.

Desde el punto de vista de la hipnosis, surgen dos cuestiones al respecto:

1) En estos acercamientos se está utilizando regresión de edad, la cual como se dijo antes implica el uso de la memoria, que no es confiable.

2) ¿Cuál ha sido el método utilizado para llevar a los sujetos a sus vidas pasadas?: ¿una estrategia directa (sugerida) o indirecta?, ¿o los pacientes han regresado a vidas pasadas por azar?¹⁶

Los estudios realizados en la década de los años 1980 para aquellos casos, indican que en esos reportes intervienen diversos factores: fabulación de los sujetos (Perry y cols., 1986); creación inadvertida de recuerdos hechos por los hipnotistas (Relinger, 1986), señales inadvertidas entregadas por el terapeuta, necesidad psicológica de los sujetos (Orne, 1986). Asimismo, en investigaciones realizadas para comprobar los datos entregados por los sujetos, no se ha encontrado validación histórica de los mismos. También se ha demostrado que las personas pueden tener amnésicas las fuentes de donde obtuvieron esos datos (Orne, 1986).

Es evidente que esta pseudo-psicología, a la vez que contamina el campo de la hipnoterapia, contribuye a la divulgación de mitos psicológicos en aquellos pacientes que buscan ese tipo de ayuda para resolver sus problemas.

Mente/cuerpo e hipnoterapia

Como herramienta en terapia, la hipnosis no solamente sirve como un vehículo para la influencia terapéutica, sino que permite la exploración de los propios potenciales corporales para el control de sus respuestas psicológicas, fisiológicas y comportamiento (Erickson, 1980).

Desde el siglo pasado es sabido que a través de estrategias hipnóticas podemos intervenir en campos que se han considerado del exclusivo dominio médico. Algunos de estos

¹⁶ En mi experiencia clínica, nunca hasta la fecha he tenido a un paciente reportando la vivencia de una vida pasada. Personalmente, no tengo ninguna publicidad que indique que realizo hipnoterapia; pero, ¿qué ocurrirá en una consulta en donde el terapeuta se anuncia como experto en "regresiones" y el paciente va a descubrir sus traumas de otras vidas? Lo más probable es que tal persona termine vivenciando épocas pretéritas.

campos son los siguientes: control y manejo del dolor agudo, recurrente y crónico (Barber, 1996; Barber y Adrian, 1982; Erickson, 1980; Hammond, 1990; Hilgard y Hilgard, 1990; Hilgard y LeBaron, 1984) control de sangramientos (Banks, 1985; Bowie, 1996), intervención en pacientes con quemaduras¹⁷ (Barber, 1996; Rossi y Cheek, 1988); intervención en el parto y alteraciones en el embarazo (Hammond, 1990; Jenkins y Pritchard, 1994), preparación quirúrgica (Barber, 1996; Rossi y Cheek, 1988), intervención en emergencias médicas (Rossi y Cheek, 1988; Hammond, 1990). También hay reportes exitosos de intervención en enfermedades autoinmunes y alergias (Hammond, 1990).

No se tratarán aquí la teorías que se han propuesto para explicar el rol terapéutico de la hipnosis en las relaciones mente/cuerpo, ya que sería tema de un artículo tanto o más extenso que el presente. (Ver Pacheco, 1993; Pacheco y Castro, 1989; Rossi, 1987; Rossi, 1986/1993; Rossi, 1996; Rossi y Cheek, 1988)

Actualmente se está incorporando en los Centros del Dolor en el extranjero a la hipnoterapia como una terapia codayudante en la terapia del dolor (Barber, 1996); hay estudios prospectivos de los beneficios de la aplicación de la hipnosis en el parto (por ejemplo, una casuística de 136 casos, Jenkins y Pritchard, 1994), reportes clínicos del uso de la hipnosis clínica como auxiliar en los efectos colaterales de la quimio y radioterapia en cancerosos (Hammond, 1990); e innumerables publicaciones en los tópicos ya mencionados.

Aunque los resultados son promisorios, quedan muchas áreas por investigar todavía. Por ejemplo, aunque se sabe en la actualidad que la depresión, el estrés y la soledad pueden estar relacionadas con el cáncer, las investigaciones que se han realizado para acrecentar el sistema inmunológico a través del uso de imaginería en hipnosis no han podido demostrar cómo operan los factores psicológicos (si es que lo hacen), ni han mostrado resultados concluyentes (Hammond, 1990). Por lo tanto, debe procederse con cautela respecto a las expectativas que pueda crearse en los pacientes; de lo contrario los tratamientos pueden ser iatrogénicos, ya que el paciente puede culparse a si mismo por el fracaso en una terapia que se supone (erróneamente) debe ser exitosa (Dafter, 1990/1993).

Cuando se trabaja con hipnosis no se utiliza magia, sino que el trance terapéutico puede ser concebido como un estado bio-psicológico, durante el cual las ideas expresadas en palabras e imágenes son transducidas más fácilmente al lenguaje que comprende el cuerpo (Sacerdote, 1982); al parecer el lenguaje de las metáforas que evocan procesos sensoriales. Es decir, la hipnosis puede ser concebida como un estado intermediario entre las sugerencias y la alteración biológica necesaria que transforma la ejecución de la sugestión en una realidad. (Pacheco y Madariaga, 1989)

ETICA E HIPNOTERAPIA

¹⁷ Es conocido desde el año 1877 el fenómeno que las áreas del cuerpo anestesiadas por hipnosis no muestran la reacción inflamatoria que ocurre cuando nos hacemos una herida o una quemadura en la piel. Se ha supuesto que la anestesia hipnótica inhibe la producción de "neurokinina", una enzima, responsable de la respuesta inflamatoria (Rossi y Cheek, 1988)

El campo de la hipnosis y la hipnoterapia ha estado sujeto a más sensacionalismo y mistificación que cualquier otro método terapéutico a lo largo de la historia de la psicoterapia y esto se debe, en parte, a que la hipnosis ha sido asociada a la pérdida del control del individuo y al hecho que la hipnoterapia ofrece oportunidades de cambio sin la comprensión racional del paciente. (Zeig, 1995c).

La hipnosis *en si misma*, así como no posee otro valor terapéutico que una relajación profunda, tampoco ha demostrado ser dañina en los sujetos experimentales. Erickson (1932/1980) reporta que en su propia experiencia, luego de haber trabajado con alrededor de 300 sujetos, algunos de los cuales fueron hipnotizados cerca de 500 veces en un período de cuatro a seis años, ninguno reveló evidencias de haber sufrido algún daño o deterioro de su personalidad.

Existe un mito y un temor en el público que a través de hipnosis puede obligarse a los individuos a cometer actos que vayan en contra de sus valores, e incluso que se les ordene cometer actos antisociales.

El mismo Erickson (Erickson 1939/1980) investigó este posible uso dañino de la hipnosis, a través de un estudio con 34 sujetos. Encontró que sus sujetos, en lugar de comportarse en forma automática, como individuos sumisos, obedientes a las órdenes del hipnotista, demostraron una total capacidad y habilidad para protegerse, con conservación de su juicio crítico, evitando o rechazando completamente las órdenes. Erickson concluye, en base a sus hallazgos, que no puede inducirse a un sujeto hipnotizado a cometer actos ilegales reales o actuar contra si mismo u otros.

Sin embargo, aunque la hipnosis no es dañina en si misma¹⁸ y no puede obligarse a otra persona a actuar en forma antisocial, es necesario referirse aquí a ciertos aspectos éticos que ayuden a resguardar el campo.

La Sociedad Internacional de Hipnosis, la Sociedad Americana de Hipnosis Clínica y la Sociedad para la Hipnosis Clínica y Experimental, consideran en sus códigos éticos el entrenamiento de los profesionales que practican la hipnosis y los requisitos para recibir dicho entrenamiento (grados doctorales y maestrías en psicología y medicina, dentistas [recuérdese la aplicación clínica de la hipnosis en el control del dolor agudo] y trabajadores sociales psiquiátricos) y recomiendan que la hipnosis no debiera ser usada con fines de entretenimiento.

¹⁸ No hay evidencia que en los sujetos epilépticos el trance hipnótico pueda facilitar la ocurrencia de una crisis. Sin embargo, ocurre a veces que al experimentar trance hipnótico experimental, los sujetos normales pueden dar evidencia de cambios psicósomáticos desagradables ("fenómeno coincidental" descrito por Erickson [1943/1980] que disminuye después de varios trances hipnóticos). Según Rossi (1986/1993), estos fenómenos tienen relación con información y comportamientos atascados al estado (*state-bound*) que pueden expresarse en el estado hipnótico.

En la práctica clínica pueden manifestarse estos fenómenos coincidentales, así como también los pacientes pueden experimentar regresiones de edad espontáneas (ya sea en hipermnesia o *vivification*) a eventos displacenteros de sus vidas ("asuntos no resueltos") (Yapko, 1990). A veces estas regresiones pueden ir acompañadas de gran angustia y liberación emocional. Se necesita en estos casos de un hipnoterapeuta *entrenado* para manejar tales situaciones, las cuales generalmente requieren trabajo terapéutico en el momento. Puede afirmarse que un buen hipnoterapeuta debe estar capacitado para enfrentar esas situaciones y poder ayudar efectivamente a su paciente (Hammond, 1990). No solamente en la hipnoterapia pueden darse abreacciones emocionales, y *todo* psicólogo clínico, en cualquier enfoque, debe estar capacitado para manejarlas.

A su vez, esos profesionales están sujetos al código de ética de sus respectivas asociaciones profesionales. (Zeig, 1985c)¹⁹

Estos requisitos son necesarios si consideramos que la hipnosis es una herramienta terapéutica, por lo cual los hipnoterapeutas *deben ser entendidos en comportamiento humano normal, psicopatología y psicoterapia en general*. La sugestión directa para el abandono de los síntomas, por ejemplo, si no se tiene una comprensión del rol de la sintomatología en la vida de la persona y las dinámicas relacionadas, puede no sólo fracasar, sino que fomentar la aparición de otros síntomas no deseados (Yapko, 1995).

Un factor potencialmente dañino es que un practicante de la hipnosis no entrenado (no perceptivo a los indicadores corporales de trance hipnótico), puede reorientar al estado de vigilia a un sujeto que aun está en trance hipnótico, creyendo que está completamente alerta. Puede suceder que el individuo “salga” del trance y continuar en trance. Si es despedido en ese momento de la consulta, ese paciente se irá a su casa en un estado especial de consciencia, con sus reflejos disminuidos y en un proceso de búsqueda interna; y eso no es aconsejable (posibles accidentes, alteración de sus labores cotidianas). Siempre debe respetarse la velocidad de reorientación del paciente (la cual variará para cada uno en particular); y si presenta dificultades para reorientarse habiendo transcurrido un lapso prudente, eso significa que queda trabajo por hacer.

Desde el punto de vista de la hipnoterapia de utilización, siendo la hipnosis una herramienta para aumentar la influencia terapéutica, cuando se trabaja con hipnosis (y quizá en cualquier otro enfoque terapéutico) la variable “poder personal” no es la responsable de los cambios, sino que lo son los potenciales para el cambio del paciente mismo.

BIBLIOGRAFIA

- Aldrich, J. & Bernstein, D. (1987) The effect of time of day on hypnotizability. *International Journal of Clinical & Experimental Hypnosis*, 35(3), 141-145
- Alman, B. and Lambrou, P. (1992) *Self-Hypnosis. The complete manual for health and self-change*. Second Edition, New York: Brunner/Mazel
- Araoz, D. (1985) *The New Hypnosis*. New York: Brunner/Mazel
- Banks, W. (1985) Hypnotic Suggestion for the Control of Bleeding in the Angiography Suite. In S. Lankton (Ed.), *Ericksonian Monographs, Vol. 1*, New York: Brunner/Mazel, 76-88
- Barber, J. (1980) Hypnosis and the Unhypnotizable. *The American Journal of Clinical Hypnosis*, Vol. 23, N° 1, 4-9
- Barber, J. (Ed.) (1996) *Hypnosis and Suggestion in the Treatment of Pain. A Clinical Guide*. New York: Norton
- Barber, J. and Adrian, C. (Eds.) (1982) *Psychological Approaches to the Management of Pain*, New York: Brunner/Mazel
- Barber, T.X. & Wilson, S.C. (1978-1979) The Barber Suggestibility Scale and the Creative Imagination Scale: Experimental and clinical applications. *American Journal of Clinical Hypnosis*, Vol 21, 94-108

¹⁹ Es interesante hacer notar aquí que en algunos estados de Estados Unidos, los psicoterapeutas están obligados a realizar actividades de perfeccionamiento para obtener la renovación de su licencia profesional.

- Bowie, D. (1996) Ayudando a un niño hemofílico a ser persona. *Revista Terapia Psicológica*, Año XIII, Vol.VI(1), N° 25, 7-15
- Bowie, D. y Pacheco, M. (Comps.) (1993) *Fundamentos para una terapia psicobiológica: Uniendo mente/cuerpo. Artículos de Ernest L. Rossi*. Instituto Milton H. Erickson de Santiago
- Brown, (1991) Ultradian rhythms of cerebral function and hypnosis. *Contemporary Hypnosis*, 8, 1, 17-24
- Chaves, J. (1997) The state of the "state" debate in hypnosis: A view from the cognitive-behavioral perspective. *International Journal of Clinical and experimental Hypnosis*, 45, 3, 251-265
- Coe, W. (1992) Hypnosis: Wherefore art thou? *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 40, 219-237
- Dafter, R. (1990/1993) Individuación en la enfermedad. Más allá de la culpa en la curación mente-cuerpo. En D. Bowie y M. Pacheco (Comps.), *Fundamentos para una terapia psicobiológica: Uniendo mente/cuerpo. Artículos de Ernest L. Rossi*. Instituto Milton H. Erickson de Santiago, p. 105-116
- Dolan, Y. (1991) *Resolving Sexual Abuse. Solution-Focused Therapy and Ericksonian Hypnosis for Adult Survivors*, New York: Norton
- de Shazer, S. (1991) *Claves para la solución en terapia breve*. Paidós, Barcelona
- Erickson, M.H. (1932/1980) Possible Detrimental Effects of Experimental Hypnosis. In *The Collected Papers of Milton H. Erickson on Hypnosis, Vol 1*, ed. by Ernest Rossi. New York: Irvington, p. 493-497
- Erickson, M.H. (1939/1980) An Experimental Investigation of the Possible AntiSocial Use of Hypnosis. In *The Collected Papers of Milton H. Erickson on Hypnosis, Vol 4*, ed. by Ernest Rossi. New York: Irvington, p. 498-530
- Erickson, M.H. (1943/1980) Hypnotic Investigation of Psychosomatic Phenomena: Psychosomatic Interrelationships studied by experimental hypnosis. In *The Collected Papers of Milton H. Erickson on Hypnosis, Vol 2*, ed. by Ernest Rossi. New York: Irvington, p. 145-156
- Erickson, M.H. (1948/1980) Hypnotic Psychotherapy. In *The Collected Papers of Milton H. Erickson on Hypnosis, Vol 4*, ed. by Ernest Rossi. New York: Irvington, p. 35-48
- Erickson, M.H. (1952/1980) Deep hypnosis and its induction. In *The Collected Papers of Milton H. Erickson on Hypnosis, Vol 1*, ed. by Ernest Rossi. New York: Irvington, p. 139-167
- Erickson, M.H. (1954a/1980) Hypnotism. In *The Collected Papers of Milton H. Erickson on Hypnosis, Vol. 3*, ed. by Ernest Rossi. New York: Irvington, p. 223-242
- Erickson, M.H. (1954b/1980) Special Techniques of Brief Hypnotherapy. In *The Collected Papers of Milton H. Erickson on Hypnosis, Vol 4*, ed. by Ernest Rossi. New York: Irvington, p. 149-173
- Erickson, M.H. (1957/1985) Special states of awareness and receptivity. In *Life Reframing in Hypnosis. The Seminars, Workshops, and Lectures of Milton H. Erickson*, ed. by E. Rossi, M. Ryan, and F. Sharp. New York: Irvington, p. 223-242
- Erickson, M.H. (1966/1980) Hypnosis: Its Renaissance as a treatment modality. In *The Collected Papers of Milton H. Erickson on Hypnosis, Vol 4*, ed. by E. Rossi. New York: Irvington, p. 52-75
- Erickson, M.H. (1980) *The Collected Papers of Milton H. Erickson on Hypnosis, 4 vols.*, ed. by Ernest Rossi. New York: Irvington
- Erickson, M.H. and Rossi, E.L. (1979) *Hypnotherapy: An exploratory casebook*. New York: Irvington
- Erickson, M.H.; Rossi, E.L. & Rossi, S.I. (1976) *Hypnotic Realities*. New York: Irvington
- Fisch, R. (1982) Erickson's Impact on Brief Psychotherapy. In J. Zeig (Ed.), *Ericksonian Approaches to Hypnosis and Psychotherapy*. New York: Brunner/Mazel, p. 155-162
- Gilligan, S. (1987) *Therapeutic Trances. The Cooperation Principle in Ericksonian Hypnotherapy*. New York: Brunner/Mazel

- Grinder, J. y Bandler, R. (1994) *Trance-Fórmate. Curso práctico de hipnosis con programación neurolingüística*. Madrid, Gaia Ediciones
- Haley, J. (1966) *Estrategias en psicoterapia*. Ediciones Toray, Barcelona
- Haley, J. (1980a) *Terapia no convencional. Las técnicas psiquiátricas de Milton H. Erickson*. Ed. Amorrortu, B. Aires
- Haley, J. (1980b) *Terapia para resolver problemas*. Ed. Amorrortu, B. Aires
- Haley, J. (1985) *Conversations with Milton H. Erickson, M.D. Vols. 1, 2 y 3*. New York: Triangle Press
- Haley, J. (1987) *Terapia de ordalía. Caminos inusuales para modificar la conducta*. Ed. Amorrortu, B. Aires
- Hammond, D.C. (Ed.) (1990) *Handbook of Hypnotic Suggestions and Metaphors*. New York: Norton
- Havens, R. and Walters, C. (1989) *Hypnotherapy Scripts. A Neo-Ericksonian Approach to Persuasive Healing*. New York: Brunner/Mazel
- Herreros, M. y Venegas, A. (1994) *Hipnosis en el Manejo y Control del Dolor: Una Propuesta de Intervención en Pacientes Oncológicos Infantiles y Juveniles con Leucemia Linfoblástica Aguda*. Memoria para optar al Título de Psicólogo, Departamento de Psicología, U. De Chile
- Hilgard, E. y Hilgard, J. (1990) *La hipnosis en el alivio del dolor*. Fondo de Cultura Económica, México
- Hilgard, J. and LeBaron, S. (1984) *Hypnotherapy of Pain in Children with Cancer*. Los Altos, Ca.:William Kaufmann
- Jenkins, M. and Pritchard, M. (1994) Practical applications and theoretical considerations of hypnosis in normal labour. *European Journal of Clinical Hypnosis*, 3, 22-28
- Keeney, B. (1987) *La estética del cambio*. Paidós, Barcelona
- Kihlstrom, J. (1992) Hypnosis: A sesquicentennial essay. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 40, 301-314
- Lankton, C. (1985) Elements of an Ericksonian Approach. In S. Lankton (Ed.), *Ericksonian Monographs, N° 1*. New York: Brunner/Mazel
- Lankton, S. and Lankton, C. (1983) *The Answer Within*. New York: Brunner/Mazel
- Lippincott, B. (1992) Owls and Larks in Hypnosis: Individual Differences in Hypnotic Susceptibility Relating to Biological Rhythms. *American Journal of Clinical Hypnosis*, Vol. 34, N° 3, 185-192
- Lippincott, B. (1993) The temperature rhythm and hypnotizability: A brief report. *Contemporary Hypnosis*, 10, 155-158
- Luzoro, J. (1996) Notas para una historia de la hipnosis. *Revista de Terapia Psicológica*, Año XIII, Vol. VI(1), N° 25, 47-54
- McConkey, K. (1986) Opinios about hypnosis and self-hypnosis before and after hypnotic testing. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 34, 311-319
- Morgan, A.H. and Hilgard, J.R. (1979) The Stanford Hypnotic Clinical Scale for Adults. *The American Journal of Clinical Hypnosis*, Vol. 21, N° 2 & 3, 134-147
- Nardone, G. y Watzlawick, P. (1992) *El arte del cambio. Manual de terapia estratégica e hipnoterapia sin trance*. Ed. Herder, Barcelona
- O'Hanlon, W.H. (1989) *Raíces profundas. Principios básicos de la terapia y de la hipnosis de Milton Erickson*. Ed. Paidós, B. Aires
- O'Hanlon, W.H. and Weiner-Davis, M. (1989) *In Search of Solutions. A New Direction in Psychotherapy*. New York: Norton
- O'Hanlon, W.H. and Hexum, A.L. (1990) *An Uncommon Casebook. The Complete Clinical Work of Milton H. Erickson*. New York: Norton
- Orne, M.T. (1986) The Validity of Memories Retrieved in Hypnosis. In B. Zilberged, M. Edelstien and A. Araoz (Eds.), *Hypnosis. Questions & Answers*, New York: Norton, p. 45-46

- Pacheco, M. (1993) Psicoterapia psicobiológica. Teoría de la curación mente/cuerpo de Ernest L. Rossi. *Revista de Terapia Psicológica*, Año XI, N° 20, 37-34
- Pacheco, M. y Castro, S. (1989) Teoría de los ritmos ultradianos y trastornos psicósomáticos. *Revista Terapia Psicológica*, Año VIII, N° 12, 59-64
- Pacheco, M. y Madariaga, L. (1989) Reporte de anestesia bucal hipnótica inducida indirectamente. *Revista Terapia Psicológica*, Año VIII, N° 12, 55-58
- Perry, C.; Laurence, J-R; Nadom, R. and Labelle, L. (1986) Past Lives Regression. In B. Zilbergeld, M. Edelstein and D. Araoz (Eds.), *Hypnosis. Questions & Answers*. New York: Norton, p. 50-61
- Relinger, H. (1986) Fabrication in Hypnosis. In B. Zilbergeld, M. Edelstein and D. Araoz (Eds.), *Hypnosis. Questions & Answers*. New York: Norton, p. 40-44
- Robles, T. (Ed.) (1991) *Terapia cortada a la medida. Un seminario ericksoniano con Jeffrey K. Zeig*. Instituto Milton H. Erickson de la Ciudad de México
- Rosen, S. (1988) What Makes Ericksonian Therapy So Effective? In J. Zeig & S. Lankton (Eds.), *Developing Ericksonian Therapy. The State of the Art*. New York: Brunner/Mazel, p. 5-21
- Rossi, E.L. (1980) (Ed.) *The Collected Papers of Milton H. Erickson on Milton H. Erickson on Hypnosis*. New York: Irvington
- Rossi, E.L. (1982) Hypnosis and Ultradian Cycles: A New State(s) Theory of Hypnosis? *American Journal of Clinical Hypnosis*, 25(1), 21-32
- Rossi, E. (1986/1993) *The Psychobiology of Mind-Body Healing. New Concepts of Therapeutic Hypnosis*. New York: Norton
- Rossi, E. (1987) La teoría del aprendizaje y la memoria dependiente del estado de la hipnosis terapéutica. *Revista Terapia Psicológica*, N° 9, 33-41
- Rossi, E.L. (1990) Understanding Erickson From His Own Point of View. In S. Lankton (Ed.), *Ericksonian Monographs*, N° 7
- Rossi, E.L. (1994) New Theories of Healing and Hypnosis: The Emergence of Mind-Genes Communication. *European Journal of Clinical Hypnosis*, N° 3, April, 4-17
- Rossi, E. (1996) *The Symptom Path to Enlightenment: The New Dynamics of Self-Organization in Hypnotherapy: An Advanced Manual for Beginners*. Pacific Palisades, Ca.: Palisades Gateway Publishing
- Rossi, E.L. and Cheek, D.B. (1988) *Mind-Body Therapy. Ideodynamic Healing in Hypnosis*. New York: Norton
- Rossi, E.L. and Lippincott, B.M. (1992) Wave nature of Being: Ultradian Rhythms and Mind/Body Communication. In D. Lloyd and E. Rossi (Eds.), *Ultradian Rhythms in Life Processes*. New York: Springer-Verlag, p. 371-402
- Rossi, E.L. and Lippincott, B.M. (1993) A clinical-experimental exploration of Erickson's naturalistic approach: Ultradian time and trance phenomena. *Hypnos*, 20, 10-20
- Rossi, E.L. and Nimmons, D. (1991) *The 20 Minute Break. Using the New Science of Ultradian Rhythms*. L.A., Ca.: Tarcher
- Rossi, E.L. and Ryan, M.O. (Eds.) (1985) *Life Reframing in Hypnosis. The Seminars, Workshops, and Lectures of Milton H. Erickson, Vol. 2*. New York: Irvington
- Rossi, E.; Rayn, M. & Sharp, F. (Eds.) (1983) *Healing in Hypnosis. The Seminars, Workshops, and Lectures of Milton H. Erickson, Vol 1*. New York: Irvington
- Sacerdote, P. (1982) Techniques of Hypnotic Intervention with Pain Patients. In J. Barber and C. Adrian (Eds.), *Psychological Approaches to the Management of Pain*. New York: Brunner/Mazel, p. 60-83
- Sanders, S. & Mann, B. (1995) The effects of light, temperature, trance length and time of day on hypnotic depth. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 37, 3, 43-53
- Sommer, (1993) Ultradian Rhythms and the Common Everyday Trance. *Hypnos*, 20, 135-140

- Spanos, N. & Chaves, J. (1989) Hypnotic analgesia, surgery and reports of nonvolitional pain reduction. *British Journal of Experimental and Clinical Hypnosis*, 6, 131-139
- Wallace, B. (1993) Day persons, night persons, and variability in hypnotic susceptibility. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64, 827-833
- Wallace, B. & Kokoszka, A. (1995) Fluctuations in Hypnotic Susceptibility and Imaging Ability over a 16-hour period. *The International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 16, 1, 7-19
- Watzlawick, P. (1982) Erickson's Contribution to the Interactional View of Psychotherapy. In J. Zeig (Ed.) *Ericksonian Approaches to Hypnosis and Psychotherapy*. New York: Brunner/Mazel, p. 147- 154
- Watzlawick, P. (1985) Hypnotherapy Without Trance. In J. Zeig (Ed.), *Ericksonian Psychotherapy. Vol. 1: Structures*. New York: Brunner/Mazel, p.5-14
- Watzlawick, P. (1986) *El lenguaje del cambio*. Ed. Herder, Barcelona
- Watzlawick, P. (1990) *Münchhausens's Pigtail or Psychotherapy & "Reality". Essays and Lectures*. New York: Norton
- Watzlawick, P.; Beavin, J. Y Jackson, D. (1981) *Teoría de la comunicación humana*. Ed. Herder, Barcelona
- Watzlawick, P.; Weakland, J. y Fisch, R. (1976) *Cambio*. Ed. Herder, Barcelona
- Weakland, J. (1982) Erickson's Contribution to the Double Bind. In J. Zeig (Ed.) *Ericksonian Approaches to Hypnosis and Psychotherapy*. New York: Brunner/Mazel, p. 163-170
- Weitzenhoffer, A. (1980) Hypnotic Susceptibility Revisited. *The American Journal of Clinical Hypnosis*, Vol. 22, N° 3, 130-1646
- Wittezaele, J. y García, T. (1994) *La escuela de Palo Alto. Historia y evolución de las ideas esenciales*. Ed. Herder, Barcelona
- Yapko, M.D. (1981) The Effect of Matching Primary Representational System Predicates on Hypnotic Relaxation. *The American Journal of Clinical Hypnosis*, Vol. 23, N° 3, 169-175
- Yapko, M.D. (1983) A Comparative Analysis of Direct and Indirect Hypnotic Communication Styles. *The American Journal of Clinical Hypnosis*, Vol. 25, N° 4, 270-276
- Yapko, M.D. (1986) Depression: Diagnostic Framework and Therapeutic Strategies. In M. Yapko (Ed.), *Hypnotic and Strategic Interventions: Principle and Practice*. New York: Irvington, p. 215-259
- Yapko, M.D. (1990) *Trancework*. New York: Brunner/Mazel
- Yapko, M.D. (1988) *When Living Hurts. Directives for Treating Depression*. New York: Brunner/Mazel
- Yapko, M.D. (1992) *Hypnosis and the Treatment of Depressions. Strategies for Change*. New York: Brunner/Mazel
- Yapko, M.D. (1994) *Suggestions of Abuse. True and False Memories of Childhood Sexual Trauma*. New York: Simon & Schuster
- Yapko, M.D. (1995) *Essentials of Hypnosis*. New York: Brunner/Mazel
- Yapko, M.D. (1996) "Hipnosis y Depresión. Un Taller con Michael Yapko", Santiago, octubre de 1996
- Yapko, M.D. (1997) *Revisiting the Question, What is Ericksonian Hypnosis?* (Unpublished)
- Zeig, J. (1985a) *Experiencing Erickson: An introduction to the man and psychotherapy*. New York: Brunner/Mazel
- Zeig, J. (Comp.) (1985b) *Un seminario didáctico con Milton H. Erickson*, Ed. Amorrortu, B. Aires
- Zeig, J. (1985c) Ethical Issues in Hypnosis: Informed Consent and Training Standards. In J. Zeig (Ed.), *Ericksonian Psychotherapy, Vo. 1: Structures*, New York: Brunner/Mazel, p. 459-473
- Zeig, J. (1987) Therapeutic Patterns of Ericksonian Influence Communication. In J. K. Zeig (Ed.), *The Evolution of Psychotherapy*. New York: Brunner/Mazel, p. 392-406

Zeig, J. (1988) An Ericksonian Phenomenological Approach to the Therapeutic Hypnotic Induction and Symptom Utilization. In J. Zeig & S. Lankton (Eds.), *Developing Ericksonian Therapy. The State of the Art*. New York: Brunner/Mazel, p. 253-375