

HIPNOTERAPIA, SU ESTADO EMPIRICO Y TEORICO

Dirk Revenstorf

Universidad Tübingen

Abstract

Hypnosis is described in terms of its therapeutic applications. First the historical and theoretical background is summarized. The social-psychological perspective is compared to the biological one, emphasizing the transference aspects of the hypnotic situation. In terms of therapeutic applications among others a distinction is made between implicit and explicit ways of utilizing the trance state. Explicit refers to a procedure, where the steps and the solution are more or less known to both, the client and the therapist. Implicit refers to the case where the therapist guides the client during his unconscious search process by means of metaphors and is guided by ideomotor responses of the client. Another important distinction is delineated, which refers to the treatment of the symptom and the treatment of the underlying problem, like treating the pain or the trauma which caused the pain. Besides the contraindications and side effects, the empirical evidence of hypnotherapy in various clinical areas are briefly reviewed and the training requirements for hypnotherapists are explained.

Resumen

En el presente artículo se describe la hipnosis en función de sus aplicaciones terapéuticas. Primero se resume el fondo histórico y teórico. Se comparan la perspectiva socio-psicológica y biológica, haciendo énfasis en aspectos de la transferencia que provoca la situación hipnótica. Se distingue el uso explícito del implícito en las aplicaciones. La forma explícita se refiere a los procedimientos en los cuales el camino y la solución son más o menos conocidos tanto al terapeuta como al cliente. La forma implícita se refiere al procedimiento mediante el cual, el terapeuta guía al cliente en su búsqueda inconsciente a través de metáforas y él, por su parte, está guiado por las respuestas ideomotoras del cliente. Se propone otra distinción importante entre el tratamiento del síntoma y el del problema en el que el síntoma está basado. Además de las contraindicaciones y efectos colaterales, se resume la base

empírica de la hipnoterapia en varios campos clínicos y se exponen los requisitos del entrenamiento para la hipnoterapia.

HIPNOTERAPIA, SU ESTADO EMPIRICO Y TEORICO¹

Dirk Revenstorf
Universidad Tübingen

- 1.Orígenes de la Hipnosis
- 2.Inducción al Trance y Efectos Hipnóticos
- 3.Fundamentación Teórica
- 4.Intervención Terapéutica de la Hipnosis
- 5.Contraindicaciones; Efectos Colaterales
- 6.Efectividad y Comprobación Empírica
- 7.El Terapeuta de la Hipnosis
- 8.Valoración General
- 9.Literatura

Este artículo resume las hipótesis aún insuficientes que existen acerca de los fenómenos hipnóticos y hace una evaluación de la base empírica respecto a las intervenciones clínicas de la hipnosis que se han acumulado en años recientes. Además, incluye un intento por ordenar, en un esquema transparente, los varios tipos de intervención hipnótica.

1

Agradezco a la Lic. Martha Dionne su lectura crítica y ayuda en la revisión de este artículo.

1. ORIGENES DE LA HIPNOSIS

El manejo de la hipnosis, del trance y de la sugestión se remonta a unos dos mil años antes de nuestra era. Existen indicios de que en esa época yogis y faquires hayan empleado técnicas de trance en un margen de prácticas religiosas que permitieran lograr estados de profundidad espiritual (Edmonston, 1986), y el manejo del dolor. También se realizaban rituales de curación por shamanes de diferentes culturas naturistas, quienes empleaban técnicas de trance para reconocer y combatir a los enfermedades proyectados en demonios.

Franz Anton Mesmer (1734-1815) intentó explicar la hipnosis como producto de fuerzas naturales externas (magnetismo animal) y fue hasta entonces que ésta dejó de pertenecer al área mágica religiosa, para incorporarse al área de la ciencia.

A mediados del siglo XIX, cirujanos ingleses y escoceses emplearon la hipnosis como medio analgésico; esto sucedió hasta que dicha técnica fue sustituida por otros medios anestésicos como el éter, el cloroformo y el óxido nitroso.

Charcot (1825-1893), neurólogo francés, se dedicó de manera intensiva a la hipnosis, considerándola una variante transitoria de la histeria y por lo mismo, como un fenómeno psicopatológico. Liébeault (1823-1904) y Bernheim (1840-1919) expresaron su oposición a la reconocida corriente parisiense, que la hipnosis se trataba de un fenómeno psicológico normal y que tenía su base en la sugestión. Mientras tanto, muchos psiquiatras europeos bien reconocidos la investigaban y la empleaban.

También Freud experimentó con la hipnosis, pero dejó de hacerlo al considerar que no era un método suficientemente confiable y seguro, además de que temía una serie de complicaciones con una fuerte reacción de transferencia (Ellenberger, 1985). Otro empleo de la hipnosis se dio con el método de autohipnosis en el Entrenamiento Autógeno desarrollado por J.H. Schultz (Schultz, 1932).

En los años 30's se inició una importante actividad dentro de la investigación experimental en diversas universidades angloamericanas, siendo uno de los objetivos el lograr una explicación más exacta y teórica de la hipnosis así como el conocimiento psicométrico de este fenómeno.

En la interpretación de la naturaleza de la hipnosis se desarrollaron dos posiciones principales: autores como Hilgard (1986), Orne (1977) y Erickson (1980) defendían la idea del trance hipnótico como un estado especial o alterado de la conciencia; mientras otros como Sarbin, Barber y Spanos (Barber & DeMoor, 1972; Spanos, 1986) rechazaban esta idea y buscaban explicar el fenómeno hipnótico como un mecanismo sociopsicológico. Hoy en día se le da preferencia a un modelo sociobiológico que comprende a ambas hipótesis (Lynn & Rhue, 1991, vea abajo).

Además de los esfuerzos de tipo experimental-científico existentes, después de la Primera Guerra Mundial, se dio una aplicación clínica reforzada de la hipnosis con el tratamiento de las neurosis post-traumáticas. Alrededor de 1950 se empezaron a tratar de manera creciente problemas conductuales, neurosis y enfermedades psicosomáticas por medio de la hipnosis.

El psiquiatra M.H. Erickson (1901-1980) ha contribuido considerablemente a la aplicación flexible y múltiple de la hipnosis (Erickson & Rossi, 1981). Este psiquiatra personalmente tuvo una serie de limitaciones corporales de gran magnitud (poliomielitis) durante su vida, mas nunca se resignó en su empeño por superarlas. Él desarrolló una postura terapéutica básica, en la que consideró que la resistencia del cliente estaba causada por un déficit en el trabajo del terapeuta más que por la falta de deseos de cooperación por parte del cliente. Esto lo convirtió en uno de los representantes de la individualización de la psicoterapia. Asimismo, Erickson desarrolló una serie de variantes multi-usuales, métodos psicoterapéuticos y métodos indirectos de la hipnosis, entre otros, para el manejo del dolor, convirtiéndolo en antecesor importante de un enfoque integrativo de la psicoterapia (Zeig, 1988).

2. INDUCCION AL TRANCE Y EFECTOS HIPNOTICOS

La inducción al trance se divide en varios pasos:

1) Establecimiento del "Rapport", es decir, de una relación de confianza y cooperación entre el terapeuta y el cliente.

2) Focalización de la Atención del cliente a través de la fijación visual, la catalepsia corporal completa o la levitación del brazo. Estas formas de inducción al trance pueden ser más efectivas haciendo uso de las técnicas de confusión, allanamiento ("pacing") y de mensajes de doble vínculo (Gilligan, 1991). El trance también puede darse de manera indirecta por el relato de cuentos (Haley, 1978).

3) Por lo general, después sigue una fase de Profundización. Esta se logra contando o a través de interrupciones repetitivas y del reingreso al estado de trance (fraccionización).

4) El estado de trance puede ratificarse por medio de la observación de los fenómenos que en éste se desarrollan y que son: la disminución del tono muscular, de la frecuencia cardiaca, de la presión sanguínea, de la insurgitación venosa; la respiración más regular y enlentecida; la disminución en las respuestas y en la frecuencia de los reflejos de parpadeo y deglución; reacciones ideomotoras; alteraciones en la innervación de los flexores y extensores ("levitación" del brazo); cierre del párpado o defocación de los ojos; y catalepsia (inmovilización del cuerpo o de algunas de sus partes).

5) El estado del trance hipnótico inducido de esta manera se caracteriza por: sugestionabilidad aumentada, mejor acceso a la memoria de largo plazo (hipermnesia), mayor permeabilidad psicosomática (ideomotora), y mayor capacidad de focalización hacia un tema o proceso corporal suprimiendo las percepciones irrelevantes (disociación). Este estado puede emplearse terapéuticamente para provocar el cambio de contenidos cognitivos, hábitos conductuales y reacciones psicosomáticas y el manejo del dolor.

De manera subjetiva, la persona frecuentemente experimenta un relajamiento corporal acompañado de un estado de alerta mental, con imaginaciones o representaciones visuales más vívidas y una reducción de la percepción externa; una sensación de distanciamiento con respecto al propio cuerpo; una percepción alterada o desfiguración del

tiempo; un estado de indiferencia o de diversión; y amnesia (Kossak, 1989). Debe entenderse que las reacciones son individuales y por ello se expresan de manera muy diferente, también son específicas de la sugestión y pueden alterarse en el transcurso de diferentes sesiones de trance.

3. FUNDAMENTACION TEORICA

Los efectos provocados por la hipnosis se basan en principios biopsicológicos y sociopsicológicos. Autores como Hilgard, Orne, Shor, Spiegel y Erikson abogan que el trance es un estado alterado de la conciencia en el que el individuo tiene un mejor acceso a los procesos fisiológicos y a los contenidos inconscientes. Se ha hecho énfasis en que se produce un estado de respuesta involuntario, para lo cual, se ponen en marcha diferentes mecanismos.

Cambios fisiológicos

Siempre se ha observado una alteración de la actividad cerebral durante la hipnosis (Gruzelier & Warren 1993), que ha sido relacionada con un modo especial de elaboración mental. En el EEG espontáneo se encuentra más actividad theta en varias áreas del cortex, en particular en el área somatosensorial durante el manejo del dolor. Acerca de los EP (event related potentials) destaca una separación de los procesos de la elaboración sensorial y afectiva del estímulo. Es decir, no se encuentran cambios en la respuesta temprana (N 100) durante el trance, sino en la tardía (P 300). Esto se asocia con una desintegración general de los procesos cerebrales como sensoriales, cognitivos y afectivos, que facilita la elaboración tanto de estímulos dolorosos externos como de recuerdos traumáticos. Acerca del riego sanguíneo del cerebro Rainville y otros autores encontraron un aumento en varias regiones frontales y parietales que están implicadas en la regulación de la conciencia (Walter 1992, Rainville 1997).

Se deduce que el trance promueve una elaboración mental de tipo espacial, imaginativa y sintética y una disociación de procesos mentales en general. Por lo general, durante el trance están activadas regiones del cerebro responsables de una elaboración implícita de la información (Halsband 2001) y una gran plasticidad del cerebro (Crawford & Allan 1996).

Otros autores han mostrado un cambio del sistema inmunológico durante el trance hipnótico. La adherencia de los leucocitos en las paredes de los vasos sanguíneos está aumentada. Asimismo, se mejora la respuesta ante inflamaciones, el cáncer y otros aspectos de la defensa (Bongartz 1998). Además, durante el trance se da un cambio vegetativo en la ubicación de las reacciones, que van del estado ergotrópico al estado trofotrópico. En la respuesta mejorada de las funciones orgánicas, dada por la sugestión hipnótica, se muestra una mayor permeabilidad psicosomática. Esta tendencia al cambio corporal por la sugestión se detecta, por ejemplo en el efecto "Carpenter", que se refiere al efecto ideomotor de la prueba del péndulo. En este tipo de prueba de sugestionabilidad la persona sostiene con la

mano un péndulo que cuelga de un hilo libre de movimiento, donde la dirección de las oscilaciones del mismo se ven influidas por las sugerencias propias o extrañas.

Cambios sociales

Por otro lado, autores orientados a la sociopsicología como Sarbin, Coe, Barber y Spanos, parten del punto de vista de que con la ayuda de la hipnosis se crea un contexto de descarga transitoria de responsabilidad, de expectativa elevada y de contrato social, entre otros. Estos factores contribuyen a que el individuo ponga una atención más focalizada, esté más motivado y sea más cooperativo. Esto significa que los efectos del trance surgen por la cooperación, el cambio de roles, la regresión y la sugestión.

La cooperación se propicia por la incrementada presión de la expectativa desencadenada por el ritual hipnótico, el cual promueve el acuerdo no hablado entre el terapeuta y el cliente de apoyarse mutuamente (Barber & DeMoor, 1972). En la misma dirección se encuentra la hipótesis de que el hipnotizado, en la medida en que esté motivado a cooperar, adquiere un rol en el que están involucradas determinadas conductas, siendo ello lo que lleva a los cambios cognitivos y fisiológicos en el sentido de la terapia.

Por lo general, la situación hipnótica se caracteriza por una distribución asimétrica de los papeles en la relación. El instructor toma un papel autoritario y cuidadoso semejante a los del padre y madre al mismo tiempo, provocando en el hipnotizado, fuertes tendencias regresivas y un estado de mayor receptividad a las sugerencias que se le hacen sobre su comportamiento. Además, el contexto hipnótico representa, en principio, una situación específica que es nueva o poco clara para el hipnotizado; de ello ganan mayor peso las influencias externas y la disposición al cambio a través de la sugestionabilidad.

En resumen, el trance hipnótico es básicamente un proceso interactivo y complejo en sus efectos perceptivos, cognitivos y fisiológicos. Dada la complejidad de la interacción de estos aspectos durante el trance, su entendimiento es aún poco satisfactorio. Faltan conocimientos detalladas acerca de la influencia de la imaginación sobre los procesos corporales de varios órganos. También faltan conocimientos exactos acerca de los cambios en la elaboración mental bajo hipnosis, respecto a los mecanismos de asociación, disociación, y amnesia por ejemplo.

4. INTERVENCION TERAPÉUTICA DE LA HIPNOSIS

La hipnoterapia se ha aplicado con eficiencia en múltiples campos clínicos, tal como lo muestran algunos libros relevantes sobre el tema (Kroger, 1977; Crasilneck & Hall, 1985; Wester & Smith, 1984, Burrows & Dennerstein, 1980; Rhue, Lynn & Kirsch, 1994; Revenstorf, 1993; Kossak, 1989, Revenstorf et al. 2003), la hipnosis ha sido empleada en casi todas las áreas somáticas, psicósomáticas, psiconeuróticas y psiquiátricas.

- PROBLEMAS SOMÁTICOS: inmunológicos (verrugas, ictiosis, dermatosis, tumores); vasculares (coagulación de la sangre, enfermedad de Reynaud, curación de heridas); en el dolor agudo (durante el parto, dolores post-quirúrgicos, tratamiento dental); en la neurología (amnesias, rehabilitación posterior a lesiones cerebrales); y en disfunciones sexuales.
- ALTERACIONES PSICOSOMÁTICAS: dolor crónico, migraña, dolor de cabeza debido al estrés, enfermedad de Crohn, úlcera, asma, gripa (fiebre de heno), e hipertensión.
- ALTERACIONES PSICONEURÓTICAS: fobias, compulsiones, reacciones depresivas, reacciones post-traumáticas, alteraciones del sueño, y alteraciones disociativas de la personalidad.
- PROBLEMAS DE LA CONDUCTA: insomnio, enuresis, tabaquismo, obesidad, y disminución del rendimiento académico o deportivo.

Pueden diferenciarse varios tipos de procedimientos en el uso de la hipnosis:

- 1) el uso específico (a) y no-específico (b)
- 2) el procedimiento orientado al síntoma (a) y el orientado al problema en que el síntoma está basado (b)
- 3) el uso explícito (a) el uso implícito (b)

El uso *no-específico* (1b) se refiere a los efectos propios del trance hipnótico sin la sugestión de alguna alteración curativa. Estos son de un cambio general a un estado de recuperación de recursos, incluso bajando el nivel de estrés y subiendo el nivel de competencia inmunológica.

En cuanto al uso *específico* (1a) se puede distinguir el procedimiento orientado al síntoma del orientado al problema. El procedimiento *orientado al síntoma* (2a) destaca el cambio en la molestia percibida.

Por ejemplo, en el tratamiento de las dolencias se logra un aligeramiento a través de la imaginación de experiencias de analgesia, de situaciones que distraen al paciente o la alteración en la percepción del tiempo y la disociación de partes del cuerpo.

En alteraciones somáticas o psicósomáticas, las curaciones se logran con la forma *específica* y con el apoyo de la visualización de procesos fisiológicos. Por ejemplo, a través de sugestiones al respecto puede incrementarse la amplitud de los bronquios en los asmáticos o aumentar el diámetro de los vasos sanguíneos en los pacientes con enfermedad Reynaud. Cuando está involucrado el sistema inmunológico puede darse, a través de visualizaciones, una mayor actividad de los leucocitos. En caso de que haya movimientos corporales afectados por una lesión cerebral (parálisis), se activan en el trance los recuerdos de los movimientos antes dominados, de preferencia, aquellos que tengan un gran significado subjetivo y que estén altamente involucrados a las emociones (Görtz, 1990).

En el área de control de hábitos se busca interrumpir una cadena motora problemática (tics, fumar, comer), un círculo vicioso del sistema autónoma (insomnio) o cambiar su significado subjetivo de un hecho o una situación (reestructuración, "reframing"). Se introduce la representación mental de conductas alternativas o la imaginación de consecuencias aversivas a este tipo de conducta problemática.

La sugestión repetitiva de propósitos positivos ha sido ampliamente difundida. Respecto al fumador habitual, por ejemplo, la sugestión es del tipo siguiente: "Para mi cuerpo el fumar es un veneno, yo necesito mi cuerpo para vivir, yo le debo a mi cuerpo respeto, y yo quiero cuidar y proteger mi cuerpo" (Spiegel & Spiegel, 1978).

En el caso del *método orientado al problema* (2b) existen diferentes tipos de estrategias que pueden emplearse en combinación. Si el inicio del problema se encuentra relacionado con una experiencia traumática del pasado, puede revivirse dicha experiencia pasada por medio de la regresión a la edad, para poder así, transformarla. Esta alteración puede consistir en una disociación de cualidades vivenciales (componentes auditivos, visuales o propioceptivos) o en una asociación, esto es, en una complementación de la experiencia que se llevó a cabo con experiencias de superación.

La complementación puede referirse a los recursos que no se emplearon o a los que no estaban disponibles en el momento del fracaso y que se desarrollaron posteriormente (por ejemplo, la competencia del adulto). Ésta también puede darse por medio de la reconstrucción de la situación determinante en la que se ofrece la posibilidad de una superación ficticia del problema.

Además del trabajo regresivo hacia el pasado, es también posible trabajar con una progresión, éste es un procedimiento dirigido hacia el futuro. También en éste hay una asociación de recursos para una situación específica, que en este caso se dará en el futuro (por ejemplo, un examen, una confrontación) o una disociación de aspectos de la percepción. Desde la perspectiva futura del método de la terapia orientada al problema, también es posible la reconstrucción del camino de la solución. Todas estas maniobras son *explícitas* (3a) en el sentido que el camino y la meta son conocidas tanto por el terapeuta como por el cliente.

En la forma *implícita* (3b) la estructura del procedimiento no es totalmente conocida por el terapeuta. Más bien, él se comunica con el inconciente del paciente a través de movimientos involuntarios (ideomotores) de los dedos, brazos o manos del cliente (Rossi & Cheek, 1988). Por ejemplo, un movimiento involuntario, puede ser la levitación: subir el brazo señala una afirmación inconciente y bajarlo una no-afirmación inconciente. De esta manera, el terapeuta guía la búsqueda interna del cliente por medio de preguntas acerca de sus recursos, de información que puede ayudar el proceso de curación, o acerca de los obstáculos que la impiden. Otra medida implícita es el uso de metáforas para provocar nuevas asociaciones y reencuadres que facilitan el cambio cognitivo.

5. ASPECTOS ESPECIALES DEL USO DE LA HIPNOSIS:

CONTRAINDICACIONES y EFECTOS COLATERALES

El uso de la hipnosis puede presentar dificultades ante ciertas situaciones como es en el caso del trastorno paranoide, la personalidad histérica, el abuso sexual y las psicosis, incluso la hipomanía.

En los casos de personalidad paranoide, la postura sugestiva del terapeuta puede llegar a involucrarse dentro de la manía de persecución del paciente y a ser malinterpretada. Con los hipomanicos la inducción del trance puede soltar el control sobre impulsos manicos y luego iniciar un episodio de manía.

Algunos autores apoyan la idea de restringir el uso de la hipnosis en casos de personalidades histéricas, ya que el escenario creado puede favorecer el arranque de conductas histéricas en lugar de promover el cambio.

En los casos de abuso sexual debe tomarse en cuenta que la situación hipnótica puede inconcientemente convertirse en una metáfora del trauma mismo para el paciente, conduciendo a una repetición de los sentimientos de desamparo y, por lo tanto, ser de menor o ninguna ayuda.

Dentro de las contraindicaciones de la hipnosis deben considerarse las psicosis prodrómicas, en las que la pérdida real pudiera incrementarse por la hipnosis y con ello propiciar la descompensación de la persona. Lo mismo puede decirse de las psicosis floridas en las que, aún el rapport necesario es difícil de alcanzar.

Algunos efectos colaterales que puede presentar en algunos casos la hipnosis son dolores de cabeza y cambios en el estado de ánimo (confusión y depresión). Estos síntomas se han encontrado sobre todo en el 2 al 5% de los casos de hipnosis de tipo show -por ejemplo, en discotecas (MacHovec, 1986).

Los efectos colaterales pueden, por lo general, evitarse al revisar las reacciones individuales del paciente en la sesión de prueba. Por lo anterior, no se recomienda emplear la hipnosis en sesiones grupales con participantes desconocidos.

6. EFECTIVIDAD Y COMPROBACION EMPIRICA

Se han encontrado un gran número de casos de intervenciones exitosas con hipnosis en diversos cuadros de alteraciones (Cheek & LeCron, 1978; Crasilneck & Hall, 1985). Sin embargo, son únicamente los estudios empíricos controlados los que permiten comprobar realmente la efectividad de la hipnosis como una técnica de intervención.

Existen más de 70 estudios, con casi 6000 clientes (Revenstorf & Prudlo, 1994), acerca de la intervención de la hipnosis en diferentes áreas clínicas. Estos estudios comprueban la efectividad de ésta en las siguientes áreas: dentro de la cirugía -se ha comprobado una disminución del dolor de la operación; disminución de la presión arterial en la hipertensión (en quienes el padecimiento era moderado); disminución de las molestias asmáticas; incremento del tiempo de vida en enfermos de cáncer; remisión de verrugas;

disminución del IBS (*irritable bowel syndrome*); disminución de los efectos colaterales en la quimioterapia y en el dolor del cáncer; en los dolores agudos o en los dolores crónicos; en dolores de cabeza y migrañas; y en alteraciones del sueño y sonambulismo. Además existe un gran número de investigaciones sobre el tratamiento exitoso en casos de fobias y tabaquismo.

ESTUDIO DE GRUPOS CONTROL (randomised control trials) PARA LA TERAPIA DE LA HIPNOSIS

Problema	Número de Estudios	Número de Variables	Magnitud del Efecto	Magnitud del Efecto	Mejoría No tratados/ S tratados
Todos los estudios	36	1251	$g = .83$	$r = .38$	31% / 69%
Estudios homógenos	33	1126	$g = .68$	$r = .32$	34% / 66%
Tabaquismo	4	63	$g = .89$	$r = .40$	30% / 70%
Angustia	6	150	$g = .95$	$r = .44$	29% / 71%
Dolor	14	66	$g = .54$	$r = .26$	37% / 63%

Tabla 1: Meta-análisis de 36 estudios con grupos control no tratados. La magnitud del efecto ("effect size" g , r , según Smith, Glass & Miller, 1980) se calculó para cada variable y después se promedió. La " g " se refiere a la diferencia de promedios estandarizados y " r " a un coeficiente de correlación. La mejoría en los datos indica, según el caso, éxito en el tratamiento y la remisión espontánea del grupo control (según Rominger, Prudlo, Zalaman & Revenstorf, en preparación).

En un meta-análisis en las áreas de dolor, trastornos de ansiedad y el hábito de fumar se obtuvo un éxito promedio en los grupos experimentales del 70% en comparación con el 35% de los grupos control. Esto demuestra que la hipnosis, en comparación con otras técnicas terapéuticas, es una técnica de intervención bien investigada y de gran utilidad (ver Grawe, Donati & Bernauer, 1994).

En un meta-análisis reciente (Revenstorf et al. 2003) hemos encontrado 200 estudios controlados, de los cuales hemos seleccionado los mejores de ellos para demostrar la eficacia de hipnoterapia en los siguientes trastornos según el diagnóstico del ICD.

Campo de ICD	Estudios RCT	Meta-análisis	Trastorno
F 3 Trastornos afectivos	1	-	Depresión
F 40-42. Ansiedades	7	2	Fobias, ansiedad de examen
F 41 Aggravaciones (PTSD)	1	-	Trauma
F 44, 45, 48 Trastornos Somatoformes	7	2	Colon irritable, fibromyalgia, dolor de cabeza,
F 50 Trast. de comer	2	1	Bulimia
F 51, 52, 21 Trastornos de conducta con problemas somaticos	3	1	Insomnio, Somnambulismo
F 54 Problemas somaticos con factores psicicos	18	6	Migrania, asma, reuma, parto, adaptación postoperativo
F 1, 55 Adicciones	7	1	fumar, (methadon).
Trastornos con jovenes	7	2	Manejo de cancer y los efectos colaterales de su tratamiento
Adicional (no ICD)	3	-	Obesidad

Tabla 2.: Campos de psicoterapia según ICD 10, en que hipnoterapia se recomienda y está fundada en estudios empíricos controlados.

Lista de Estudios Grupales de la Hipnoterapia (1960-1992)

1. **Cirugía:** Hart, 1980
 2. **Hipertensión:** Deabler, 1973; Case, 1980; Case, 1985; Friedman, 1977
 3. **Asma:** Citron, 1968; Maher-Laughnan, 1962; Morrison, Smith & Burns, 1960 citados en Maher-Loughnan, 1962
 4. **Cáncer (tiempo de sobrevivencia):** Spiegel, 1989
 5. **Verrugas:** Chandrasena, 1982; Johnson, 1978; Sinclair-Gieben, 1959; Surman, 1973; Ullmann, 1959; Zhukov, 1961; Tenzel & Taylor, 1969
 6. **"Irritable Bowel Syndrome":** Whorwell, 1984
 7. **Malestar (de la quimioterapia por cáncer):** Burish, 1981; Redd, 1982; Zelzer, 1983
 8. **Dolor de Cabeza y Migrañas:** Anderson, 1975; Andreychuk, 1975; Carasso, 1983; Friedman, 1982; Friedman, 1984; Schlutter, 1980
 9. **Dolor (en el cáncer):** Hilgard, 1978; Hilgard, 1982; Kellerman, 1983; Spiegel, 1983; Zeltzer, 1982; Syjala, Cumming & Donaldson, 1992
 10. **Dolor (crónico):** Elton, 1980; Hoppe, 1983
 11. **Angustia:** Benson, 1978; Glick, 1970; Horowitz, 1970; Marks, 1968; Melnick, 1976; O'Brian, 1981; Boutin, 1983; McAmmond, 1971; Paul, 1969a; Stanton, 1978b
 12. **Alteraciones del Sueño:** Borkovec, 1973; Graham, 1975; Reid, 1981
 13. **Enuresis:** Edwards, 1985
 14. **Adicciones:** Edwards, 1966; Manganiello, 1984; Wallerstein, 1957
 15. **Obesidad:** Bolocofsky, 1985; Bornstein, 1980; Goldstein, 1980
 16. **Tabaquismo:** Barkley, 1977; Berkowitz, 1979; Hall, 1970; Jeffrey, 1985; Kline, 1970; MacHovac, 1978; Miller, 1976; Nuland, 1970; Owens, 1981; Pederson, 1975; Pederson, 1979; Perry, 1975; Perry, 1979; Rabkin, 1984; Sanders, 1977; Sheehan, 1982; Shewchuk, 1977; Spiegel, 1970; Stanton, 1978a; Wagner, 1983; Watkins, 1976
-

Tabla 2: 77 Investigaciones de Grupos Experimentales y Grupos Control sobre la efectividad de la Hipnosis (ver Revenstorf & Prudlo, 1994).

7. EL TERAPEUTA

La hipnosis clínica tiene representación en muchos países por diversos tipos de organizaciones (en los Estados Unidos por ejemplo, existen la *American Society of Clinical Hypnosis* y la *Society of Clinical and Experimental Hypnosis*).

La educación o entrenamiento certificado en hipnosis clínica presupone algunas características en el candidato como son una educación terapéutica general previa, ser psicólogo, médico o dentista. En la mayoría de los países esta educación requiere un curriculum de 150 a 200 horas de seminarios teóricos, de práctica orientada, y de supervisión. En Europa, las sociedades nacionales están unidas por la *European Society of Hypnosis*, mientras que la *International Society of Hypnosis* abarca a las demás sociedades de hipnosis del mundo con más o menos 10,000 miembros individuales.

Sin tener el número exacto, se puede calcular por ejemplo, que en Alemania (80 mil habitantes) se entrenan anualmente unos 300 candidatos como terapeutas en hipnosis. Es común que la terapia de la hipnosis se integre a otras formas de terapia y que sea así empleada; esto ocurre especialmente en la terapia de la conducta (Peter, Kraiker & Revestorf), terapia del habla y psicoanálisis.

8. VALORACION GENERAL

Hoy en día es común la intervención de la hipnosis y de técnicas inducidas de trance en las diferentes corrientes terapéuticas. Algunos psicoanalistas la emplean para aumentar los efectos de la transferencia y de la regresión; otros la emplean como técnica de activación de la experiencia para abreacciones catárticas. Algunos terapeutas comportamentales y otros usan la hipnosis como un procedimiento imaginativo para el tratamiento del miedo y de trastornos psicósomáticos, incluyendo el dolor.

Dado que la hipnoterapia, en muchos aspectos está orientada a soluciones, se le considera como terapia breve. Cuando se le usa para descubrir, por medio de la regresión, los problemas en que están basados los síntomas, se habla de una terapia psicodinámica. Cuando la terapia usa la transferencia no sólo para aumentar la sugestionabilidad, sino también para sugerir actitudes y valores que faltaron en la niñez como en casos de trauma o abuso, la hipnoterapia resulta como terapia analítica, orientada a la relación entre terapeuta y cliente.

Para esto se exige una educación general básica al psicoterapeuta. Existen exigencias especiales para el diagnóstico y la formación de la relación, las cuales se obtienen a través de una educación complementaria (por lo general, de 200 horas).

Aunque existen datos empíricos que justifican el uso de la hipnosis en varios campos clínicos, aún faltan explicaciones teóricas que cubran, de una manera profunda, los diversos efectos mencionados.

9. REFERENCIAS

- Barber, T. X. & DeMoor, W. (1972). A theory of hypnotic induction procedures. American Journal of Clinical Hypnosis, 15, 112-135.
- Burrows, G. D. & Dennerstein, L. (Ed.) (1980). Handbook of hypnosis and psychosomatic medicine. Amsterdam: Elsevier.
- Bongartz, W. (1998) Hypnotherapie, Göttingen: Hogrefe
- Cheek, D. B. & LeCron, L. M. (1978). Clinical Hypnotherapy. New York: Grune and Stratton.
- Crasilneck, H. B. & Hall, J. A. (Ed.) (1985). Clinical hypnosis: Principles and applications. London: Grune & Stratton.
- Crawford, H. & Gruzellier, JH (1992) A midstream view of neuropsychophysiology of hypnosis. In Fromm & Nash (Ed): Contemporary Hypnosis Research. London: Guilford
- Edmonston, W. E. (1986). The induction of hypnosis. New York: Wiley.
- Ellenberger, H. (1985). Die Entdeckung des Unbewußten. Zürich: Diogenes.
- Erickson, M. H. & Rossi, E. L. (1981). Hypnotherapie. München: Pfeiffer.
- Erickson, M. H. (1980). Collected papers vols. I-IV. Edited by Rossi. Philadelphia: Ervington.
- Gilligan, S. G. (1991). Therapeutische Trance. Heidelberg: Carl Auer.
- Görtz, K. (1990). Rehabilitation von Schädelhirnverletzten durch Hypnose. Experimentelle und Klinische Hypnose, 6, 137-156.
- Grawe, K., Donati, R. & Bernauer, F. (1994). Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession. Göttingen: Hogrefe.
- Haley, J. (1978). Die Psychotherapie M. H. Ericksons. München: Pfeiffer.
- Halsband, U. (2001) Können wir unsere Leistungen unter Hypnose verbessern. Skeptiker, 14, 167-172
- Hilgard, E. R. (1986). Divided Consciousness: Multiple controls in human thought and action. New York: Wiley.
- Kossak, H. C. (1989). Hypnose. München: PVU.
- Kroger, W. S. (1977). Clinical and experimental hypnosis. Philadelphia: Lippincott.
- Lynn, S. J. & J. W. Rhue (Ed.) (1991). Theories of hypnosis. Current models and perspectives. New York: American Psychological Association
- MacHovec F. J. (1986). Hypnosis complications. Prevention and risk management. Springfield, Ill: Charles C. Thomas
- Miltner, W. et al. (1999) Cortical mechanisms of hypnotic pain control. Psychophysiology, 36, 12-18

- Orne, M. (1977). The construct of hypnosis. Annals of the New York Academy of Science, 296, 14-33.
- Peter, B., & Schmidt, G. (1994). Erickson in Europa. Heidelberg: Carl Auer.
- Rainville, P et al (2001) Hypnosis modulates activity in brain structures involved in regulation of consciousness. J.Cognitiv Neuroscience 14, 887-901 reg
- Revenstorf, D. (1993). Ed. Klinische Hypnose. Berlin:Springer.
- Revenstorf, D., & Prudlo, U. (1994). Zu den wissenschaftlichen Grundlagen der Klinischen Hypnose unter besonderer Berücksichtigung der Hypnotherapie nach M. H. Erickson. Hypnose und Kognition, 11(1 und 2), 190-224.
- Revenstorf D. et al (2003) Expertise zur Beurteilung der wissenschaftlichen Evidenz der Hypnotherapie
- Rhue, J. W., Lynn, S. J. & Kirsch, I. (Ed.) (1994). Handbook of clinical hypnosis. Washington, DC: American Psychological Association.
- Rominger, M., Prudlo, U., Zalaman, I. & Revenstorf, D. "Hypnotherapy and Metanalysis." American Journal of Clinical Hypnosis (In Vorbereitung)
- Rossi, E. L. & Cheek, D. (1988). Mind-body therapy. New York: Brunner & Mazel.
- Schultz, J. H. (1932). Das Autogene Training. Stuttgart: Thieme.
- Smith, M. L., Glass, G. V. & Miller, T. I. (1980). The benefits of psychotherapy. Baltimore: John Hopkins University Press.
- Spanos, N. P. (1986). Hypnotic behavior: A social psychological interpretation of amnesia, analgesia and "trance logic". Behavior and Brain Science, 9, 449-502.
- Spiegel, H. D. & Spiegel, D. S. (1978). Trance and Treatment: Clinical Uses of Hypnosis. New York: Basic Books.
- Walter, H. (1992). Hypnose. Copythek, Stuttgart: Thieme.
- Wester, W. & Smith, A. (Ed.) (1984). Clinical hypnosis. New York: Lippincott.
- Zeig(Hrg), J. (1988). Milton H Erickson. Hypnose und Kognition, 5, 2.