

HIPNOSIS CLÍNICA: APLICACIONES DE LAS TÉCNICAS DE SUGESTIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA Y DE LA SALUD

Héctor González Ordi
Universidad Complutense de Madrid

Resumen

Este artículo presenta una revisión de las bases conceptuales, procedimientos y aplicaciones de la hipnosis en la Psicología Clínica y de la Salud. La revisión se estructura dentro de un protocolo operativo en cuatro fases del proceso hipnótico que incluye una fase preinductiva (con dos objetivos principales: reestructurar los mitos y concepciones erróneas sobre la hipnosis y evaluar la hipnotizabilidad del paciente), una fase de aplicación de las técnicas de inducción hipnótica, una de administración de sugerencias específicas que faciliten el cambio de conducta y, finalmente, una fase posthipnótica que se centra en enseñar a los sujetos a autoaplicarse las sugerencias y hacerlo en situaciones de su vida cotidiana. La hipnosis como coadyuvante de los programas de tratamiento cognitivo-conductuales ha demostrado tener efectos beneficiosos en el tratamiento de diversos trastornos y problemas clínicos: (1) dolor agudo y crónico; (2) trastornos psicofisiológicos de la salud (cefaleas, migraña, síndrome de colon irritable, asma, problemas dermatológicos, trastornos alimentarios y tabaquismo); (3) trastornos psicopatológicos (reacciones de ansiedad y estrés, fobias, estrés agudo, estrés postraumático, depresión, trastornos conversivos y disociativos).

PALABRAS CLAVE: Hipnosis, sugestión, sugestionabilidad, hipnotizabilidad, aplicaciones clínicas de la hipnosis.

Abstract

This article presents an overview of the rationale, procedures, and applications of hypnosis to clinical and health psychology. A four-step working framework is delineated, including pre-inductive phase (with two main goals: restructuring myths and misconceptions of hypnosis and assessment of hypnotizability), application of induction techniques, administration of specific suggestions that facilitates behavior change, and posthypnotic phase which ensures that the subjects learn how to apply suggestions by themselves in daily life situations. Hypnosis as an

adjunct to cognitive-behavioural therapy proved additive benefits in the treatment of different disorders: (1) acute pain and chronic pain; (2) psychophysiological and health problems (headaches, irritable bowel syndrome, asthma, skin disorders, eating disorders, and smoking cessation), and psychopathological disorders (anxiety and stress reactions, phobias, acute and posttraumatic stress disorders, depression, conversion and dissociative disorders).

KEY WORDS: *Hypnosis, suggestion, suggestibility, hypnotizability, clinical applications.*

Introducción

La hipnosis como procedimiento terapéutico, puede ser considerada como una de las técnicas más antiguas que se conocen para provocar cambios en los procesos cognitivos, afectivos, psicofisiológicos, perceptuales y conductuales a través de la sugestión (Edmonston, 1986; Ellenberger, 1970; Gauld, 1992). De hecho, en todas las grandes culturas, de una u otra manera, deliberadamente o no, los médicos, sacerdotes, curanderos, brujos y chamanes han utilizado los efectos de las sugestiónes para «adornar», «destacar» o «potenciar» la eficacia de los fármacos y medicamentos, u otros procedimientos físicos o psicológicos de intervención. Así, podemos encontrar indicios de la utilización de la hipnosis en la cultura Hindú, China, Mesopotámica, Egipcia, Persa, Griega, Romana, etc. (Edmonston, 1986); aunque no es hasta mediados del siglo XVIII, con el desarrollo del «magnetismo animal» a través de su más destacado representante Franz Anton Mesmer, cuando la utilización de la sugestión hipnótica se instala definitivamente en occidente, comenzando a delinearse las bases de la futura hipnosis clínica y experimental (Ellenberger, 1970).

Históricamente, los conceptos de la sugestión, sugestionabilidad e hipnosis subyacen a los propios orígenes de la Psicología como disciplina científica (véase Pérez Garrido, González Ordi y Miguel-Tobal, 1999; Tortosa, González Ordi y Miguel-Tobal, 1999). De hecho, prácticamente la mayoría de los *grandes padres* de la Psicología han prestado atención, de una forma u otra, a la sugestión y áreas relacionadas, como es el caso de Hall, Bernheim, Janet, James, Baldwin, Wundt, Titchener, Sidis, Binet, Claparède, Baudoin, Pavlov, McDougall o Hull, entre otros muchos.

En general, la evolución científica de la hipnosis ha estado llena de altibajos; no en vano, como afirmaba Lewis R. Wolberg «*pocas terapias en la historia de la medicina han disfrutado simultáneamente de tan amplio renombre y tan extensa condena como la hipnosis*» (Wolberg, 1948, pág. ix). De hecho, a lo largo de su historia, la hipnosis ha tenido una proyección preponderantemente clínica o aplicada y, no es hasta finales de la década de los 50 del presente siglo cuando, fundamentalmente de la mano de Ernest R. Hilgard en la Universidad de Stanford (California), Martin T. Orne en la Universidad de Pennsylvania y Theodore X. Barber en la fundación Medfield (Massachusetts), se sistematiza y adquiere relevancia la investigación básica de laboratorio, con el objeto de verificar experimentalmente los fenómenos hipnóticos, variables psicofisiológicas, resultados terapéuticos y los fundamentos teóricos promulgados por la ingente cantidad de literatura clínica que se había pro-

ducido hasta el momento. No es que antes de los 50 no existiera investigación de laboratorio, sino que a partir de entonces esta investigación se estructura de forma coherente y paradigmática, creándose los diversos laboratorios especializados que antes mencionábamos.

Fruto de este interés por llevar los fenómenos hipnóticos a las lides de la investigación científica más rigurosa, es un mayor reconocimiento por parte de la comunidad de profesionales de la salud de las posibilidades terapéuticas de las técnicas de hipnosis (en especial, médicos, psicólogos y odontólogos). De hecho, en 1958, la American Medical Association reconoce la hipnosis como una modalidad terapéutica válida para ser utilizada por médicos y psicólogos debidamente entrenados. Lo mismo ocurre en Inglaterra cuando en 1962, la *British Medical Association* aconseja su utilización en el tratamiento de distintas neurosis, dolor crónico, así como su aplicación en los ámbitos de la cirugía y obstetricia. De igual manera, la *American Psychological Association* crea en 1973 la División 30, dedicada a la Hipnosis Psicológica (*Psychological Hypnosis*). Igualmente, la fundación de la *American Society for Clinical Hypnosis*, la *International Society for Clinical and Experimental Hypnosis* y, más recientemente, la *European Society of Hypnosis in Psychotherapy and Psychosomatic Medicine*, así como otras sociedades de ámbito nacional, consolidan y aglutinan la actividad científica y profesional de muchos investigadores y terapeutas que hasta el momento trabajaban aisladamente (si el lector desea profundizar en la evolución histórica de la hipnosis, puede consultar los trabajos de Edmonston, 1986; Ellenberger, 1970; Gauld, 1992; González Ordi, Miguel-Tobal y Tortosa, 1992; Tortosa, González Ordi y Miguel-Tobal, 1993).

En definitiva, parece que en la actualidad asistimos a un renovado interés por la hipnosis y sus posibles aplicaciones tanto en el campo clínico (Burrows, Stanley y Bloom, 2001; Crasilneck y Hall, 1985; Gibson y Heap, 1991; González Ordi y Miguel-Tobal, 1993; Kirsch, Capafons, Cardeña-Buelna y Amigó, 1999; Rhue, Lynn y Kirsch, 1993) como en el experimental (Fromm y Nash, 1992; Fromm y Shor, 1979; Kunzendorf, Spanos y Wallace, 1996; Lynn y Rhue, 1991); interés que ha ido en aumento a medida que se han podido descifrar las claves del funcionamiento de las técnicas hipnóticas y de las características psicológicas, psicofisiológicas y neurofisiológicas subyacentes al proceso hipnótico.

¿Qué es hipnosis?

Según la definición de hipnosis ofrecida por American Psychological Association, Division 30: Society of Psychological Hypnosis (2005), «*la hipnosis supone un proceso durante el cual al sujeto se le administran sugerencias que fomentan experiencias imaginativas (...)* La inducción hipnótica se utiliza para estimular y evaluar respuestas a las sugerencias. Durante la hipnosis, el sujeto es dirigido por el hipnotizador con el fin de que responda a sugerencias que producen cambios en la experiencia subjetiva, alteraciones en la percepción, sensación, emoción, pensamiento o conducta. Las personas pueden también aprender auto-hipnosis, que sería el acto de administrarse procedimientos hipnóticos a uno/a mismo/a. Si el sujeto responde

a las sugerencias hipnóticas, generalmente se infiere que ha sido hipnotizado. Muchos creen que las respuestas y experiencias hipnóticas son características de un estado hipnótico, mientras que otros piensan que no es necesario utilizar el término «hipnosis» como parte del proceso de inducción hipnótica».

El proceso hipnótico es en esencia una relación de comunicación entre hipnotizador e hipnotizado que pretende generar comportamientos determinados basados en cambios en la experiencia subjetiva, respuestas somáticas y ejecución motora en función de ciertas sugerencias previas (Kihlstrom, 1985). En la medida en que este comportamiento se ajusta mejor a las sugerencias administradas, el sujeto es más hipnotizable; en la medida en que el comportamiento no es congruente con las sugerencias administradas, el sujeto es menos hipnotizable.

Las fases principales del proceso hipnótico orientado especialmente hacia la intervención clínica se pueden ver en la tabla 1.

Tabla 1
Fases del proceso hipnótico (González Ordi, 2001)

| FASES | OBJETIVOS A ALCANZAR |
|--|--|
| <i>Preinductiva</i> | Preparación del contexto hipnótico: Planteamiento del proceso a seguir y las metas u objetivos a alcanzar. Aclarar miedos y concepciones erróneas. Asegurar la cooperación del paciente. Evaluación de la sugestionabilidad del sujeto: a mayor nivel sugestionabilidad mejor rendimiento hipnótico. |
| <i>Aplicación de las técnicas de inducción hipnótica</i> | Modificación de ciertas variables del sujeto con el fin de aumentar la receptividad a las sugerencias específicas. |
| <i>Administración de sugerencias específicas</i> | Modificación de respuestas cognitivo-subjetivas, psicofisiológicas o motoras pertinentes a los objetivos clínicos planteados de forma coadyuvante con los sistemas terapéuticos establecidos (v.g. cognitivo-conductual). |
| <i>Posthipnótica</i> | Aprendizaje, mantenimiento y generalización de las respuestas provocadas por sugestión en consulta, generalmente a través de sugerencias posthipnóticas y/o autohipnosis. |

Preparando la sesión de hipnosis

La fase *Preinductiva* supone, en la mayoría de los casos, que el paciente se enfrente por primera vez a la posibilidad de ser hipnotizado. Por ello, hemos de ser especialmente cautos en la presentación del problema, debido a las infortunadas connotaciones mágico-esotéricas que este tema suele llevar consigo. De ahí, que un aspecto fundamental de esta etapa sea aclarar los miedos y concepciones erróneas que suelen manifestar los pacientes acerca de la hipnosis, a modo de sesión informativa tal y como se realiza actualmente en los programas terapéuticos de

carácter cognitivo-conductual. Así mismo, deben plantearse claramente las metas u objetivos que pretendemos conseguir a través de la aplicación de las técnicas de hipnosis. Todo ello, en definitiva para conseguir la máxima cooperación posible por parte de nuestro paciente. Una vez creadas las expectativas positivas adecuadas, finalizaremos esta fase con la evaluación de la hipnotizabilidad/sugestionabilidad de nuestro paciente, en orden a obtener la mayor información posible para maximizar la eficacia de las técnicas de inducción hipnótica.

Mitos y concepciones erróneas: ¿qué no es hipnosis?

A lo largo de su evolución histórica, el desarrollo de la hipnosis científica ha ido paralelamente acompañada de su vertiente folclórica, la hipnosis de espectáculo. Igualmente, y debido a la falta del suficiente rigor científico en el estudio de las características subyacentes al proceso hipnótico, este campo de estudio ha proporcionado un perfecto caldo de cultivo para la elucubración y creación de teorías pseudocientíficas derivadas, a menudo, de la observación sesgada y fácilmente generalizable a partir de casos únicos, pero de difícil contrastación empírica. Además, la hipnosis a menudo se ha emparentado con las llamadas ciencias ocultas, el esoterismo, la parapsicología, etc., contribuyendo sobremanera a dificultar un tratamiento rigurosamente científico, objetivo y libre de prejuicios y apriorismos. Todo ello ha favorecido el desarrollo y mantenimiento de ciertos mitos y concepciones erróneas sobre lo que es y como funciona la hipnosis. Lejos de poderse relegar al baúl de la superchería, estas mistificaciones pueden influir decisivamente en las aplicaciones clínicas de la hipnosis (Capafons, 1998; González Ordi, 2001).

Algunas de las cuestiones que más frecuentemente suelen conllevar mistificaciones acerca de la hipnosis suelen ser: ¿cualquier persona puede ser hipnotizada?, ¿puede usted hipnotizarme aunque yo no quiera?, ¿pueden forzarme a decir o hacer cualquier cosa, contra mi voluntad, mientras estoy hipnotizado?, ¿es peligroso ser hipnotizado?, ¿es posible que no pueda despertarme una vez que esté hipnotizado?, ¿es posible que, a pesar de que quiera, no consiga entrar en hipnosis?, ¿estar en hipnosis es como estar dormido?, ¿me enteraré de lo que ocurre o, por el contrario, perderé la conciencia mientras esté hipnotizado?, ¿las personas que no son muy inteligentes, pueden ser hipnotizadas?, ¿qué me pasaría si cuando estoy en trance a usted le ocurre alguna desgracia y no puede continuar la sesión?, y un largo etcétera.

En relación con estas preguntas, una clarificación seria, comprensible y sistemática, supone que el sujeto o paciente conozca más profunda y precisamente «qué es y qué no es la hipnosis», favoreciendo su implicación en el proceso y, con ello, expectativas positivas de éxito de cara a la ejecución hipnótica. Brevemente, algunos tópicos mistificados y que la investigación de laboratorio ha refutado empíricamente son los siguientes:

1. La hipnosis es una forma de sueño que implica pérdida de la consciencia

Muy al contrario, la evidencia experimental y clínica sugiere, en palabras de Sheehan y McConkey (1982), que: «Las pruebas hipnóticas, tal como las observamos en el laboratorio o en el ámbito clínico, producen comportamientos que evidencian que el sujeto participa activamente. El sujeto hipnótico piensa, siente, o se comporta como una persona en un contexto determinado en el cual la situación hipnótica influye, conjuntamente con las habilidades y capacidades del sujeto, para determinar los resultados finales que observamos» (Sheehan y McConkey, 1982, xi).

2. El hipnotizador tiene un «poder especial» para inducir hipnosis

No, en absoluto. La investigación científica ha demostrado claramente que muy pocas son las características distintivas que diferencian a un buen hipnotizador (Hilgard, 1965). Dichos aspectos, en cualquier caso, entrarían dentro de lo que actualmente denominamos *habilidades del terapeuta*; dicho de otro modo, un buen hipnotizador es aquel que consigue aplicar las técnicas más adecuadas, en el momento adecuado, adaptándolas adecuadamente para cada persona y según lo determine la situación experimental o clínica. Por lo demás, la investigación científica actual ha desplazado el centro de interés en el proceso hipnótico desde el operador al sujeto hipnotizado, ya que la obtención de una buena sesión de hipnosis no depende tanto del operador, o del tipo de inducción realizada, sino de las propias capacidades cognitivas del sujeto como agente activo y propositivo; en palabras de Diamond (1989): «no sería tanto una cuestión de la creatividad o destreza del hipnotizador excepto en el sentido en que el operador crea las condiciones apropiadas para permitir que el sujeto utilice sus propias capacidades» (Diamond, 1989, pp. 391).

3. El individuo hipnotizado no puede falsear el relato de una situación o acontecimiento

En general, los resultados experimentales evidencian que la hipnosis no es necesariamente superior a otras técnicas psicológicas a la hora de aumentar el reconocimiento y el recuerdo de un material previamente aprendido, ya que aunque se ha comprobado que la hipnosis aumenta el recuerdo de material significativo, lo hace tanto para los ítems correctos como incorrectos o distorsionados. Clínicamente, la hipnosis puede ser utilizada en el tratamiento de las consecuencias emocionales de las experiencias traumáticas. Así, aunque el material recordado pueda ser inexacto, su «validez emocional» puede emplearse efectivamente en la intervención terapéutica (Brown, Schefflin y Hammond, 1998; McConkey y Sheehan, 1995).

4. *En hipnosis, el sujeto realizará cualquier cosa que el hipnotizador le pida*

Tanto los estudios de laboratorio como la experiencia clínica cotidiana aportan suficiente evidencia que los individuos hipnotizados pueden dejarse influir por las sugerencias hipnóticas hasta el límite que ellos mismos consideren permisible; cualquier intento a través de la hipnosis por transgredir normas éticas y morales dependerá más del sujeto que del hipnotizador.

5. *La hipnosis supone la pérdida de control del comportamiento del sujeto*

A pesar de la creencia generalizada de que, una vez en hipnosis, el sujeto perderá el control de la situación en favor del hipnotizador, la experiencia clínica indica generalmente que: (1) ningún sujeto puede ser hipnotizado si no desea realmente hacerlo; (2) de la misma forma que un sujeto «decide» ser inducido a hipnosis, puede «decidir» terminar el proceso cuando lo desee, aunque generalmente espera que sea el terapeuta quien se lo indique; (3) el sujeto puede ser remiso o negarse a decir o hacer algo que el terapeuta le pida durante el transcurso de la sesión hipnótica; (4) el sujeto hipnotizado puede fabular o incluso mentir durante la hipnosis; (5) el sujeto puede experimentar unas sesiones de hipnosis mejores que otras, ello no depende tanto de las habilidades del terapeuta sino de aspectos motivacionales, estado de ánimo, nivel de fatiga, etc, del propio paciente. Sin embargo, también ciertos sujetos afirman que en muchas ocasiones ellos no son directamente responsables de sus acciones a lo largo de una sesión de hipnosis, con comentarios como «era como si mi brazo derecho se elevara solo», «la voz del terapeuta ejercía un poder especial sobre mí», «no pude evitar cerrar los ojos cuando el terapeuta me lo dijo», etc. Este fenómeno es conocido en la literatura especializada como «involuntariedad» y hace referencia al hecho de la experiencia subjetiva de los acontecimientos como producidos de forma «automática» o «sin el concurso directo de la voluntad del sujeto» (Lynn, Rhue y Weekes, 1989). En muchos sentidos, este fenómeno ha favorecido el mito de la pérdida de control bajo hipnosis. Sin embargo, actualmente la evidencia empírica sugiere una interpretación más bien en términos contextuales que la existencia real de pérdida de control. En efecto, los autoinformes de involtariedad pueden ser explicados en función de las propias características del contexto de la hipnosis, especialmente por el tipo de instrucciones administradas y las expectativas de los sujetos. Como han comprobado Cangas Díaz, Pérez Álvarez y Errasti Pérez (1994), el componente verbal en la ceremonia hipnótica es fundamental en las respuestas de los sujetos. Así, es más probable que obtengamos un autoinforme de involtariedad favorable si decimos «su brazo derecho se está elevando automáticamente a medida que usted escucha mi voz», que si afirmamos simplemente «eleve su brazo derecho lentamente».

6. *La hipnosis requiere una actitud pasiva*

Como se ha señalado anteriormente, el sujeto hipnotizado no es un agente pasivo, «robotizado por las ordenes del hipnotizador». Bien es cierto que buena

parte del proceso hipnótico es principalmente dirigido por el hipnotizador y que el sujeto debe permitir «dejarse llevar» por el efecto de las instrucciones; sin embargo, contrariamente a la presunción generalizada, el individuo debe esforzarse en utilizar sus habilidades cognitivas, entre las que se incluyen la capacidad de imaginación, la implicación emocional, la focalización de la atención, etc., con el fin de experimentar subjetivamente las modificaciones sugeridas por el operador (Diamond, 1989; Sheehan y Robertson, 1996).

7. La hipnosis crea dependencia

La hipnosis tradicional conlleva generalmente que el paciente se «deje llevar» por las sugerencias del hipnotizador, pero no implica necesariamente un aprendizaje posterior de las estrategias hipnóticas para conseguirlo por sí mismo; por ello, el paciente depende en gran medida del terapeuta si quiere beneficiarse de la hipnosis. Aunque esta ha sido una de las grandes críticas a la hipnosis como técnica terapéutica, una de las formas de soslayar este problema sería a través del aprendizaje de técnicas de autohipnosis. En esencia, por autohipnosis se entiende la habilidad que posee un sujeto o paciente para inducirse a sí mismo un estado de relajación profunda o hipnosis, mediante la autoaplicación de instrucciones adecuadas, y la capacidad para realizar por sí mismo aquellos comportamientos propios del dominio de la hipnosis (Hilgard, 1973): analgesia, hipermnesia, sugerencias posthipnóticas, etc. Las técnicas de autohipnosis se conciben como la prolongación del proceso hipnótico en donde el protagonismo va desplazándose progresivamente desde el terapeuta al paciente, a medida que este último va aprendiendo cómo sugestionarse a sí mismo; porque, como muchos clínicos afirman «toda la hipnosis es en esencia autohipnosis» (Kroger, 1963); esto es, el fin último de cualquier intervención con hipnosis es que el paciente aprenda a utilizar la sugestión como estrategia personal en cualquier situación de la vida cotidiana, especialmente aquellas para las cuales existe un mayor déficit de habilidades de afrontamiento.

8. La hipnosis es peligrosa

En una revisión ya clásica, realizada por Coe y Ryken (1979), no se encontró suficiente evidencia, tanto para estudios de laboratorio como en la práctica clínica, para afirmar que el uso de la hipnosis contraiga peligros para la salud física y mental, siempre y cuando la aplicación de estas técnicas hubiera sido realizada por profesionales de la salud con suficiente experiencia. En este sentido, parafraseando a Ernest R. Hilgard, la hipnosis es como utilizar un estetoscopio y lo que usted haga con ella es más importante que la destreza rutinaria; en otras palabras, lo más importante de la hipnosis no es hipnotizar, sino cómo utilizar las sugerencias hipnóticas adecuadamente durante una intervención terapéutica.

Evaluación de la hipnotizabilidad

Una de las definiciones más clásicas de hipnotizabilidad es la que ofreció hace algunas décadas Ernest R. Hilgard (1965) al señalar que «*la susceptibilidad hipnótica se define como la capacidad para ser hipnotizado, para tener experiencias características de una persona hipnotizada y para mostrar tipos de conductas asociadas a este estado*» (Hilgard, 1965, pág. 67). Sheehan y McConkey (1982) por su parte, remarcan que la «*hipnotizabilidad o susceptibilidad a la hipnosis refleja una característica de rasgo en el individuo que denota su habilidad para responder a las sugerencias*» (Sheehan y McConkey, 1982, pág. 18).

Los estudios existentes indican que la hipnotizabilidad se distribuiría en la población siguiendo una «curva normal», estimándose como porcentaje medio que el 86% (rango: 67%-97%, dependiendo de los estudios revisados) de los sujetos evaluados sería hipnotizable en mayor o menor grado (ver Edmonston, 1986). Respecto a la variable edad, las conclusiones generales más destacables de los estudios existentes son que los sujetos entre 9 y 12 años alcanzan los valores más altos en hipnotizabilidad y, a medida que se avanza en edad, los valores de hipnotizabilidad tienden a decrecer respecto a la etapa adolescente, estabilizándose a partir de los 17-18 años (Barber y Calverley, 1963; Morgan y Hilgard, 1973). En este sentido, se acepta que la hipnotizabilidad es una variable de personalidad relativamente estable en el tiempo (Piccione, Hilgard y Zimbardo, 1989), aunque puede sufrir modificaciones situacionales contingentes con a aplicación de técnicas específicas para tal fin, factores cronobiológicos o acontecimientos vitales estresantes. Respecto al sexo, los estudios señalan que, en general, las mujeres puntúan más alto en hipnotizabilidad que los varones (González Ordi y Miguel Tobal, 1999).

Respecto a la evaluación de la hipnotizabilidad, en la tabla 2 pueden verse algunos de los instrumentos más utilizados. Las escalas *Stanford Hypnotic Susceptibility Scales - SHSS: A, B y C*, desarrolladas a finales de los cincuenta en la Universidad de Stanford por André M. Weitzenhoffer y Ernest R. Hilgard, han sido y siguen siendo las más utilizadas en este campo de estudio y se basan en que una vez administrada una técnica de inducción hipnótica formal, se valora de la ejecución motora del sujeto ante una sugestión determinada, siguiendo criterios objetivables, mediante observación conductual. Por ejemplo, la SHSS:C (Weitzenhoffer y Hilgard, 1962), consta de 12 ítems o pruebas de sugestión ordenadas en dificultad creciente: cierre de los ojos (no puntuable), descenso de la mano (derecha), separación de las manos, alucinación del mosquito, alucinación del sabor, rigidez del brazo (derecho), sueño, regresión en al edad (escuela), inmovilización del brazo (izquierdo), anosmia al amoníaco, alucinación de voz, alucinación visual negativa, amnesia posthipnótica. Cada ítem de la escala recibe un punto si es superado, con lo que el rango posible de puntuación está entre 0 y 12. Así los sujetos son clasificados en cuanto a su nivel de hipnotizabilidad en bajos (0-4 puntos), medios (5-7 puntos), altos (8-10 puntos) y muy altos o virtuosos (11-12 puntos). Existe una versión de este tipo de escala adaptada para niños que es la *Children's Hypnotic Susceptibility Scale - CHSS* (London, 1963).

Tabla 2
Instrumentos de evaluación de la hipnotizabilidad más utilizados

| DENOMINACIÓN | AUTORES |
|---|---|
| <i>Stanford Hypnotic Susceptibility Scales</i> – SHSS: A y B | Weitzenhoffer y Hilgard (1959) |
| <i>Stanford Hypnotic Susceptibility Scale</i> – SHSS: C | Weitzenhoffer y Hilgard (1962) |
| <i>Children’s Hypnotic Susceptibility Scale</i> – CHSS | London (1963) |
| <i>Harvard Group Scale of Hypnotic Susceptibility</i> – HGSHS: A | Shor y Orne (1962) |
| <i>Barber Suggestibility Scale</i> – BSS | Barber y Calverley (1963); Barber y Wilson (1978) |
| <i>Creative Imagination Scale</i> – CIS | Barber y Wilson (1979); Wilson y Barber (1978) |
| <i>Carleton University Responsiveness to Suggestion Scale</i> – CURSS | Spanos, Radtke, Hodgins, Stam y Bertrand, (1983) |

Siguiendo la tradición marcada por las escalas de Stanford, el grupo de la Universidad de Harvard, liderado por Martin T. Orne y Ronald E. Shor, desarrollaron una adaptación de la SHSS:A para ser administrada en grupo, *Harvard Group Scale of Hypnotic Susceptibility* – HGSHS:A (Shor y Orne, 1962). Esta escala tiene un formato similar a las de Stanford y sus ítems son muy semejantes pero a diferencia de sus predecesoras, son los propios sujetos quienes valoran su propia ejecución hipnótica en vez del experimentador. Debido a su alta estandarización (las instrucciones son grabadas en cassette y luego administradas), a su aplicación a grupos de hasta veinte sujetos simultáneamente, y a sus buenas propiedades psicométricas, esta escala fue ampliamente aceptada y su utilización se extendió rápidamente entre los diversos investigadores del campo, convirtiéndose junto con la SHSS:C en la escala más utilizada (Perry, Nadon y Button, 1992). La HGSHS: A ha sido traducida y adaptada al castellano por Lamas, del Valle-Inclán, Blanco y Alcaraz (1985).

Por otro lado, desde la Fundación Medfield en Massachusetts, el equipo de Theodore X. Barber desarrolla, a principios de los sesenta, varios instrumentos de evaluación que se caracterizan porque no necesitan inducción hipnótica previa e incorporan, además del método observacional, el autoinforme, evaluando tanto respuestas motoras como cognitivo-subjetivas: la *Barber Suggestibility Scale* – BSS y la *Creative Imagination Scale* – CIS. La *Barber Suggestibility Scale* – BSS (Barber y Calverley, 1963; Barber y Wilson, 1978) es probablemente la más conocida y utilizada, y consiste en la administración de ocho pruebas de susceptibilidad a

la hipnosis, sin inducción hipnótica previa, que incluyen: «descenso del brazo», «levitación del brazo», «bloqueo de manos», «sugestión de sed», «inhibición verbal», «inmovilidad corporal», «respuesta posthipnótica simple», «amnesia selectiva». Para cada uno de los ítems existen dos formas de evaluación: (1) una subescala observacional, donde a través de unos criterios conductuales estandarizados, el observador evalúa, puntuando 0 ó 1 (la puntuación máxima posible es 8), el comportamiento del sujeto ante las sugerencias administradas; (2) una evaluación mediante autoinforme, donde el propio sujeto evalúa el grado en que «ha sido influido» por las sugerencias, puntuando con un rango de 0 a 3 puntos cada uno de los ítems (la máxima puntuación posible es 24). El total de tiempo de administración es de aproximadamente 15 minutos. Barber y Wilson (1978) clasifican a los sujetos en bajos (0-1.5 puntos en la escala observacional y 0-5 puntos en la subjetiva), medio-bajos (2-4 en la observacional y 6-9 en la subjetiva), medio-altos (4,5-6,5 en la observacional y 10-15 en la subjetiva) y altos (7-8 en la observacional y 16-20 en la subjetiva). Existe traducción al español realizada por González Ordi (1987).

Finalmente, basándose en el formato de presentación de instrucciones y recogida de datos de la HGSHS:A y en el método de medida de las respuestas de la BSS, Nicholas P. Spanos y colaboradores desarrollaron en la Universidad de Carleton (Canadá), la *Carleton University Responsiveness to Suggestion Scale – CURSS*, Escala de Responsividad a la Sugestión de la Universidad de Carleton (Spanos, Radtke, Hodgins, Stam y Bertrand, 1983). La administración de la CURSS es colectiva (entre 5 a 10 sujetos simultáneamente), dura unos 15 minutos y las instrucciones se facilitan grabadas en cassette. El protocolo está constituido por un procedimiento de inducción hipnótica seguido de siete sugerencias específicas: levitación de brazo, separación de las manos, rigidez del brazo, inmovilidad del brazo, alucinación auditiva, alucinación visual y amnesia. Los propios sujetos autovaloran su ejecución en la prueba, considerando las siguientes cuatro medidas: (1) valoración observacional (CURSS:O), el igual que en la HGSHS:A el sujeto evalúa su respuesta observable en función de criterios conductuales previamente establecidos (la puntuación oscila entre 0 a 7 puntos); (2) valoración subjetiva (CURSS:S), utilizando una escala Likert de 4 puntos los sujetos valoran el grado con que han experimentado las sugerencias, donde 0=nada y 3= intensamente (la puntuación oscila entre 0 y 21 puntos), al igual que se realiza en la BSS; (3) valoración observacional de la involuntariedad (CURSS:OI), esta es una medida novedosa en los instrumentos sobre hipnotizabilidad, donde el sujeto valora el grado con la experiencia de la sugestión se ha producido de forma involuntaria, utilizando una escala Likert semejante a la anterior (la puntuación oscila entre 0 y 21 puntos); (4) valoración de la cooperación voluntaria (CURSS:VC), otra medida novedosa, que considera aquellas pruebas que han sido superadas observacionalmente pero que no han puntuado más de 2 en la escala Likert de involuntariedad (el rango de puntuación es entre 0 y 21 puntos). Spanos *et al.* (1983) clasifican a los sujetos en función de las medidas CURSS:O y CURSS:OI en bajos (0-2 puntos), medios (3-4 puntos) y altos (5-7 puntos) en hipnotizabilidad.

Induciendo hipnosis

El proceso hipnótico tiene por objeto que estos cambios sugeridos por el terapeuta puedan producirse rápida y efectivamente. Dentro de éste, las técnicas de inducción hipnótica juegan un papel importante, al permitir que el sujeto sea más receptivo y flexible a la posibilidad del cambio terapéutico a través de la sugestión. Es importante hacer notar aquí que, estos cambios pueden producirse también con otro tipo de técnicas psicológicas sin necesidad de utilizar hipnosis. Sin embargo, el empleo de la hipnosis favorece que estos cambios se produzcan más rápidamente y con un menor esfuerzo cognitivo por parte del sujeto.

En fase de *Aplicación de las técnicas de inducción hipnótica*, a través de la administración de diversos procedimientos más o menos estructurados, se pretende disponer al paciente hacia una situación de especial receptividad y colaboración con las situaciones propuestas a través de las sugestiones. La receptividad y colaboración favorecerá que se vayan generando comportamientos hipnóticos cada vez más complejos.

Aunque se han descrito multitud de técnicas de inducción a la hipnosis (véase Hammond, 1990), la mayoría de ellas emplean tres tipos de estrategias principalmente: (1) el uso de instrucciones de relajación, (2) el empleo de instrucciones que favorezcan la imaginación y, (3) la inclusión de instrucciones específicas que eliciten una respuesta motora contingente a los contenidos de la sugestión –actuación - (Hilgard y LeBaron, 1984).

Las técnicas de inducción facilitan una serie de cambios en las características de los individuos que los predisponen a una mayor receptividad a las sugestiones, favoreciendo (González Ordi, 2001 y 2002):

- Las expectativas de éxito sobre el proceso hipnótico.
- Actitud no crítica hacia del contenido de las sugestiones.
- Motivación dirigida a los objetivos planteados.
- La adopción del rol de sujeto hipnotizado, que esencialmente implica «dejarse llevar por las instrucciones del terapeuta».
- Creencia en y conformidad con el proceso hipnótico.
- Aumento de la sugestionabilidad.
- Focalización de la atención en el contenido del mensaje estimular, desatendiendo a los estímulos no relevantes al mismo.
- Mayor realismo y viveza en la imaginación.
- Mayor implicación emocional en el contenido de las sugestiones.
- Aumento de las sensaciones subjetivas de relajación.
- Mayor sensación de la automaticidad del comportamiento: involuntariedad.

Este conjunto de variables, actuando convergentemente, favorecen la motivación del sujeto o paciente ante la posibilidad del cambio terapéutico, flexibilizando su actitud crítica y potenciando sus capacidades cognitivas para producir modificaciones en la dirección de los objetivos clínicos propuestos.

Aplicaciones clínicas de la hipnosis

En la fase de *Administración de sugerencias específicas* el terapeuta se centra en los objetivos para los cuales se precisó de la aplicación de las técnicas de hipnosis, bien sea de forma aislada o formando parte de un paquete terapéutico combinado, que suele ser la opción más usual (Montgomery y Schnur, 2005).

En general, los estudios sobre eficacia clínica revelan que:

1. La hipnosis contribuye a la reducción y el alivio del dolor clínico, especialmente en el caso del dolor agudo y, al menos, con igual eficacia que otros procedimientos cognitivo-conductuales, nunca menos, para el dolor crónico.
2. Así mismo, la hipnosis utilizada combinadamente con otras técnicas médicas y psicológicas permite obtener resultados terapéuticos exitosos en menos tiempo y con un menor esfuerzo por parte de los pacientes.
3. La hipnosis facilita y potencia la efectividad terapéutica de las orientaciones clínicas establecidas debido a que:
 - (a) las sugerencias hipnóticas ponen énfasis en favorecer actitudes positivas hacia el afrontamiento y superación de los problemas; así mismo, incrementan las expectativas positivas en el paciente hacia éxito de un determinado procedimiento terapéutico.
 - (b) las técnicas de hipnosis facilitan la posibilidad de cambio terapéutico, ya que inciden en que el paciente sea especialmente receptivo y flexible a modificar su conducta.
 - (c) implementan las habilidades de imaginación e implicación emocional en los pacientes, habilidades necesarias en muchos de los procedimientos psicológicos utilizados para el afrontamiento y solución de problemas.
 - (d) las técnicas de hipnosis en su mayoría favorecen la respuesta de relajación en los pacientes, que puede ser utilizada como una eficaz estrategia antagonista a las reacciones de ansiedad, que comúnmente se aprecian en una amplia gama de problemas psicológicos.
 - (e) la hipnosis favorece cambios rápidos en la conducta del paciente que incrementan considerablemente la motivación y adherencia al tratamiento, al no necesitar mucho tiempo (número de sesiones clínicas) para obtener mejoras significativas.

La fase *Posthipnótica* es particularmente interesante porque nos permite la aplicación de diversas sugerencias posthipnóticas (esto es, sugerencias realizadas dentro del proceso hipnótico pero que tendrán efecto fuera de él) con el fin de: (a) favorecer que en las siguientes sesiones la ejecución hipnótica sea aún mejor, reduciendo el tiempo dedicado a inducción, para centrarse fundamentalmente en los objetivos terapéuticos (feedback positivo); (b) favorecer la generalización de los logros terapéuticos al marco real del paciente (esto también puede conseguirse a través del aprendizaje de las técnicas de autohipnosis); y, (c) conjugar la hipnosis con otras modalidades terapéuticas (por ejemplo, diversas técnicas cognitivo-comporta-

mentales como la desensibilización sistemática, el condicionamiento encubierto, la imaginación dirigida, etc), conformando así un verdadero paquete terapéutico.

A continuación vamos a detallar las aplicaciones clínicas de la hipnosis en algunos ámbitos de la salud.

Dolor clínico agudo y crónico

La literatura científica existente señala que las técnicas basadas en la sugestión e hipnosis muestran efectos beneficiosos en la reducción y control de la percepción y la severidad del dolor, especialmente en pacientes o sujetos muy sugestionables (ver las revisiones de González Ordi, 2005 y Moix, 2002, a este respecto).

La analgesia hipnótica, o el empleo de sugestiones hipnóticas específicas para la reducción y el alivio del dolor, resulta eficaz en la reducción tanto del dolor inducido experimentalmente en laboratorio (dolor experimental) como del dolor en contextos clínicos (dolor clínico), y con respecto a este último, tanto para el tratamiento del dolor agudo como del dolor crónico. Montgomery, DuHamel y Redd (2000) llevaron a cabo un meta-análisis centrado en el uso de la hipnosis para el control del dolor encontrando que el 75% de los pacientes se beneficiaron respecto a los controles, tanto en el contexto del laboratorio como en el ámbito clínico. Además, estos autores señalaron que existía una relación significativa entre eficacia en la reducción del dolor y el grado o nivel de sugestionabilidad, en el sentido que los individuos más sugestionables (hipnotizables) obtenían significativamente mayores decrementos en la percepción del dolor que los individuos menos sugestionables.

Respecto al dolor agudo, Patterson y Jensen (2003), tras una revisión de 19 estudios metodológicamente bien controlados y aleatorizados, concluyeron que la hipnosis resultaba ser una técnica más rápida, eficaz y con menos efectos secundarios que otras técnicas psicológicas para reducir el dolor agudo producido por procedimientos médicos invasivos como la aspiración de médula, la limpieza de quemaduras, o la cirugía. Montgomery, David, Winkel, Silverstein y Bovbjerg (2002), llegaban a similares conclusiones un año antes en su meta-análisis sobre la reducción del dolor quirúrgico mediante analgesia hipnótica.

Con respecto al dolor crónico, Patterson y Jensen (2003) y Kessler, Patterson y Dane (2003) tras revisar la literatura metodológicamente más admisible existente concluyen que la hipnosis es más eficaz que otros procedimientos cognitivo-conductuales en la reducción del dolor de cabeza, dolor oncológico, fibromialgia, dolor lumbar y artrítico, excepto cuando en los programas cognitivo-conductuales se incluyen procedimientos de relajación autógena y relajación por sugestión, donde los resultados son similares en eficacia, probablemente porque comparten características similares: el empleo de la sugestión.

De hecho, las diferencias en eficacia entre la hipnosis y la relajación aumentan cuando se comparan porcentajes de reducción de dolor obtenidos mediante hipnosis y otras formas de relajación, como la relajación muscular progresiva. En un reciente estudio sobre el tratamiento cognitivo-conductual del dolor crónico causado por artrosis se comparaba la eficacia en la reducción de la intensidad del dolor

en tres condiciones de tratamiento: hipnosis, relajación muscular progresiva de Jacobson y control (lista de espera). Tras del programa de intervención y un período de seguimiento de seis meses, se constató que el tratamiento con hipnosis había conseguido un porcentaje de reducción estable de la percepción de intensidad de dolor del 51% respecto a la valoración subjetiva de los pacientes (mediante una escala analógico-visual – VAS) antes del tratamiento, mientras que el tratamiento con relajación progresiva obtuvo un porcentaje de reducción de la intensidad del dolor del 23%, muy inferior a la hipnosis pero superior significativamente que la condición de control, que obtuvo un porcentaje de reducción anecdótica del 2%, respecto a los valores pretratamiento (Gay, Philippot y Luminet, 2002; Gay, 2004).

En la tabla 3 puede verse una relación de los procesos, síndromes y patologías referidas tanto a dolor agudo como crónico donde la analgesia hipnótica se ha mostrado eficaz en la reducción de la intensidad del dolor percibido. Se han incluido solamente aquellos procedimientos y síndromes, así como las fuentes de referencia, que están fundamentados en estudios clínicos controlados.

Tabla 3

Aplicaciones clínicas de la hipnosis I: dolor clínico: agudo y crónico

| ÁMBITO DE APLICACIÓN | FUENTE |
|--------------------------------|--|
| <i>Dolor agudo</i> | |
| — Procedimientos odontológicos | (Enqvist y Fisher, 1997; Mulligan 2000; Glazer 2001) |
| — Tratamiento de quemaduras | (Patterson y Ptacek, 1997; Patterson, 2000; Ewin, 2001) |
| — Procedimientos quirúrgicos | (Lambert, 1996; Faymonville <i>et al.</i> , 1997; Mauer <i>et al.</i> , 1999) |
| — Procedimientos radiológicos | (Lang <i>et al.</i> , 1996; Lang <i>et al.</i> 2000) |
| <i>Dolor crónico</i> | |
| — Dolor oncológico | (Spiegel y Bloom, 1983; Syrjala, Cumming y Donaldson, 1992; Syrjala, Donaldson, Davis, Kippes y Carr, 1995; Syrjala y Roth-Roemer, 2000) |
| — Artritis reumatoide | (Geissner <i>et al.</i> , 1994; Horton y Mitzdorf, 1994) |
| — Artrosis | (Gay, Philippot y Luminet, 2002; Gay, 2004) |
| — Dolor Lumbar | (Burte <i>et al.</i> , 1994) |
| — Fibromialgia | (Haanen <i>et al.</i> , 1991) |

Trastornos psicofisiológicos y salud

Dentro del amplio y complejo campo de los trastornos psicofisiológicos, que tradicionalmente también han sido denominados como trastornos psicosomáticos, debemos decir que la hipnosis se muestra particularmente eficaz como ayuda en el tratamiento de los trastornos dermatológicos asociados a situaciones de estrés, cefaleas tensionales, reacciones asmáticas y síndrome colon irritable.

Muchos de estos trastornos están asociados a reacciones de estrés de los individuos mantenidas durante mucho tiempo (meses o incluso años), aunque indudablemente también implican alteraciones orgánicas específicas. En estos casos, el tratamiento combinado médico y psicológico es determinante. En este contexto, la hipnosis puede ser una ayuda complementaria de gran valor al: (1) ayudar a reducir las reacciones sintomáticas específicas mediante la sugestión; (2) reducir los niveles de estrés general del individuo mediante la relajación; (3) favorecer estrategias para el afrontamiento efectivo del estrés.

Así mismo, el complejo y creciente problema de los trastornos alimentarios en sus dos vertientes, la anorexia y la bulimia exige, como en otros muchos ámbitos de intervención, un abordaje multidisciplinar. Dentro de este abordaje, la hipnosis puede ser una técnica útil para: (1) generar estrategias para el control de impulsos, bien sea en los «atracones» bien sea en los autolesivos; (2) intensificar la motivación para el cambio; (3) corregir ideas irracionales que sustentan el comportamiento anoréxico y/o bulímico; (4) en el caso de que las hubiera, facilita el abordaje de experiencias traumáticas sufridas por los pacientes; (5) modificar las distorsiones en la imagen corporal, especialmente en los pacientes anoréxicos (para una revisión más detallada de estos aspectos consultar los trabajos de Kirsch, Montgomery y Sapirstein, 1995 y Vanderlinden y Vandereycken, 1999).

Finalmente, la hipnosis en el tratamiento del tabaquismo se contempla como parte integrante de los llamados tratamientos multicomponente o paquetes terapéuticos. Dentro de estos paquetes la hipnosis resulta eficaz en: (1) maximizar de las expectativas de éxito terapéutico y favorecer la adherencia al tratamiento; (b) control y reducción de los niveles de ansiedad asociados a la abstinencia del tabaco; (c) control y reducción del deseo de consumo; (d) prevención de recaídas mediante: el entrenamiento en estrategias de afrontamiento para situaciones de alto riesgo de consumo, facilitar el proceso de adaptación hacia la imagen de «no fumador» y minimizar los riesgos de ganancia de peso corporal debido al no consumo de tabaco (ver Molina del Peral y González Ordi, 2001).

En la tabla 4 puede verse una relación de estudios donde la hipnosis, coadyuvantemente a la terapia cognitivo-conductual, se ha mostrado eficaz en el tratamiento de diversos trastornos psicofisiológicos, los trastornos alimentarios y el tabaquismo. Se han incluido solamente aquellos trastornos, así como las fuentes de referencia, que están fundamentados en estudios clínicos controlados.

Tabla 4

Aplicaciones clínicas de la hipnosis II: trastornos psicofisiológicos y salud

| ÁMBITO DE APLICACIÓN | FUENTE |
|---|--|
| <i>Trastornos psicofisiológicos y salud</i> | |
| — Migraña y cefaleas | (Ter Kuile <i>et al.</i> , 1995 y 1996; Emerson y Trexler, 1999; Spinhoven, 2000) |
| — Síndrome de Colon Irritable | (Galovski y Blanchard, 1998; Blanchard y Galovski, 1999; Talley y Spiller, 2002) |
| — Asma | (Lehrer, Feldman, Giardino, Song, Schmaling, 2003) |
| — Problemas dermatológicos | (Bellini, 1998) |
| — Trastornos alimentarios | (Levitt, 1993; Kirsch, Montgomery y Sapirstein, 1995; Kirsch, 1996; Torem, 2001; Vanderlinden, 2001; Mantle, 2003) |
| — Adicciones: Tabaquismo | (Chockalingam y Schmidt, 1992; Molina del Peral, 2001; Molina del Peral y González Ordi, 2001) |

Trastornos psicopatológicos

Las técnicas de hipnosis pueden utilizarse como estrategias para el control y manejo de la ansiedad a varios niveles: (1) como técnica de relajación general, ya que la relajación se ha visto altamente eficaz como estrategia no farmacológica que produce efectos antagonistas con la ansiedad; (2) como técnica para reducir o eliminar específicamente los síntomas de ansiedad mediante sugestión; (3) como estrategia de exposición en imaginación para afrontar y resolver situaciones ansiógenas, que provocan ansiedad (Mallet, 1989; González Ordi 2001 y 2002; Stanley, Norman y Burrows, 2001).

Adicionalmente, debemos señalar que han aparecido en la literatura especializada un cierto número de estudios que plantean la existencia de una relación positiva bidireccional entre el grado de hipnotizabilidad y sugestionabilidad y las reacciones de ansiedad. En una dirección, algunos trabajos clínicos han encontrado que los pacientes que presentan especialmente trastornos de fobia específica, agorafobia, fobia social, estrés agudo y postraumático, presentan mayores índices de hipnotizabilidad y sugestionabilidad que la población normal. En la dirección inversa, esta relación positiva parece también encontrarse en sujetos normales, en el sentido que los individuos más sugestionables muestran un mayor rasgo o propensión a manifestar reacciones de ansiedad en distintas situaciones que los menos sugestionables (González Ordi y Miguel-Tobal, 2001). Consecuentemente, es probable que muchos de los pacientes con ansiedad clínica que acuden a consulta puedan ser lo suficientemente sugestionables para beneficiarse de este tipo de intervención con hipnosis. De hecho, la literatura

clínica existente señala que la hipnosis dentro de una programación de tratamientos de corte cognitivo-conductual resulta eficaz en el tratamiento de las fobias (amaxofobia, hablar en público, inyecciones, etc), el estrés agudo (especialmente la sintomatología de tipo disociativo asociada) y el estrés postraumático (especialmente aplicable a la sintomatología relacionada con la reexperimentación e hipervigilancia asociada a niveles excesivos de arousal o activación).

Respecto a empleo de la hipnosis en el manejo de la depresión, aunque no existen demasiados estudios clínicos, conjuntamente con la terapia cognitivo-conductual, las técnicas sugestivas han mostrado ser eficaces herramientas en el manejo de la ansiedad subyacente a muchos estados depresivos, como ayuda a incrementar de la autoestima y la percepción de control, modificar los impulsos autolíticos y el estado de ánimo disfórico general (Burrows y Boughton, 2001; Yapko, 2001).

Los trastornos disociativos implican una alteración de las funciones integradoras de la identidad, la memoria, la percepción o la consciencia. Los acontecimientos que normalmente se experimentan como una sucesión continua quedan aislados de los demás procesos mentales con los que normalmente están asociados. Así, cuando los recuerdos están mal integrados se produce «amnesia disociativa» (imposibilidad de recordar cierto o ciertos acontecimientos pasados); la fragmentación de la identidad puede producir «fugas psicógenas» o «personalidades múltiples» (trastorno de identidad disociativo); una percepción alterada puede producir un trastorno de despersona-

Tabla 5
Aplicaciones clínicas de la hipnosis III: trastornos psicopatológicos

| ÁMBITO DE APLICACIÓN | FUENTE |
|--|---|
| <i>Trastornos psicopatológicos</i> | |
| — Ansiedad y estrés (modelos generales de actuación) | (Mallet, 1989; González Ordi, 2001 y 2002; Stanley, Norman y Burrows, 2001; Flemons, 2005) |
| — Fobias (amaxofobia, hablar en público, inyecciones, etc) | (Crawford y Barabasz, 1993; Kirsch, Montgomery y Sapirstein, 1995; Schoenberger <i>et al.</i> , 1997; Schoenberger, 2000; Gerschman, 2001; Medd, 2001; Byron, 2002; Hill y Bannon-Ryder, 2005; Kai-ching, 2005) |
| — Estrés agudo | (Bryant, Moulds, Guthrie y Nixon, 2005; Bryant, Moulds, Nixon, Mastrodomenico, Felmongham y Hopwood, 2006) |
| — Estrés postraumático | (Cardeña, Maldonado, van der Hart y Spiegel, 2003) |
| — Depresión | (Yapko, 2001; Burrows y Boughton, 2001) |
| — Trastornos disociativos | (Spiegel y Maldonado, 2000; Kluft, 2001) |
| — Trastornos somatoformes y conversivos | (Wickramasekera, 1988; Hoogduin y Roelofs, 2001) |

lización. Aunque estos trastornos presentan una prevalencia baja, los estudios clínicos revelan que la hipnosis es una herramienta útil tanto en su diagnóstico como en su tratamiento (para una revisión más detallada de estos aspectos consultar los trabajos de Spiegel y Maldonado (2000) y Kluft (2001).

En la tabla 5 puede verse una relación de estudios donde la hipnosis se ha mostrado eficaz en el tratamiento de diversos trastornos psicopatológicos. Se han incluido solamente aquellos trastornos, así como las fuentes de referencia, que están fundamentados en estudios clínicos controlados.

Referencias

- American Psychological Association, Division 30: Society of Psychological Hypnosis (2005). *New definition: Hypnosis. The division 30 definition and description of hypnosis*. http://www.apa.org/divisions/div30/define_hypnosis.html
- Barber, T.X. y Calverley, D.S. (1963). «Hypnotic-like» suggestibility in children and adults. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 66, 589-597.
- Barber, T.X. y Wilson, S.C. (1978). The Barber Suggestibility Scale and the Creative Imagination Scale. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 21, 84-108.
- Barber, T.X. y Wilson, S.C. (1979). Guided imagining and hypnosis: Theoretical and empirical overlap and convergence in a new Creative Imagination Scale. En A.A. Sheikh y J.T. Shaffer (dirs.), *The potential of fantasy and imagination* (pp. 67-88). Nueva York: Brandon House.
- Bellini, M.A. (1998). Hypnosis in dermatology. *Clinics in Dermatology*, 16, 725-726.
- Blanchard, E.B. y Galovski, T. (1999). Irritable bowel síndrome. En R.J. Gatchel y D.C. Turk (dirs.), *Psychosocial factors in pain: critical perspectives* (270-281). Nueva York: Guilford.
- Brown, D., Schefflin, A.W. y Hammond, C.D. (1998). *Memory, trauma treatment, and the law. An essential reference on memory for clinicians, researchers, attorneys, and judges*. Nueva York: Norton.
- Bryant, R., Moulds, M., Guthrie, R. y Nixon, R. (2005). The additive benefit of hypnosis and cognitive-behavioral therapy in treating acute stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 334-340.
- Bryant, R., Moulds, M., Nixon, R., Mastrodomenico, J., Felmingham, K. y Hopwood, S. (2006). Hypnotherapy and cognitive-behaviour therapy of acute stress disorder: A 3-year follow-up. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1331-1335.
- Byron, D. (2002). The use of hypnosis to help an anxious student with a social communication disorder to attend school. *Contemporary Hypnosis*, 19, 125-132.
- Burrows, G.D. y Boughton, S.G. (2001). Hypnosis and Depression. En G.D. Burrows, R.O. Stanley y P.B. Bloom (dirs.), *International handbook of clinical hypnosis* (pp. 129-142). Nueva York: Wiley.
- Burrows, G.D., Stanley, R.O. y Bloom, P.B. (dirs.) (2001). *International handbook of clinical hypnosis*. Nueva York: Wiley.
- Burte, J.M., Burte, W.D. y Araoz, D.L. (1994). Hypnosis in the treatment of back pain. *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 15, 93-115.
- Cangas Díaz, A.J., Pérez Álvarez, M. y Errasti Pérez, J.M. (1994). Incremento de la involuntariedad hipnótica mediante el contraste activo-pasivo. *Psicología Conductual*, 2, 235-244.

- Cardeña, E., Maldonado, J., van der Hart, O. y Spiegel, D. (2003). Hipnosis. En E.B. Foa, T.M. Keane y M.J. Friedman (dirs.), *Tratamiento del estrés postraumático* (pp. 293-327). Barcelona: Ariel.
- Capafons, A. (1998). Hipnosis clínica: una visión cognitivo-comportamental. *Papeles del Psicólogo*, 69, 71-88.
- Chockalingam, V. y Schmidt, F.L. (1992). A meta-analytic comparison of the effectiveness of smoking cessation methods. *Journal of Applied Psychology*, 4, 554-561.
- Coe, W.C. y Ryken, K. (1979). Hypnosis and risks to human subjects. *American Psychologist*, 34, 673-681.
- Crasilneck, H.B. y Hall, J.A. (1985). *Clinical hypnosis: principles and applications*. Nueva York: Grune & Stratton.
- Crawford, H.J. y Barabasz, A.F. (1993). Phobias and intense fears: facilitating their treatment with hypnosis. En J.W. Rhue, S.J. Lynn e I. Kirsch (dirs.), *Handbook of clinical hypnosis* (pp. 311-338). Washington, DC: American Psychological Association.
- Diamond, M.J. (1989). The cognitive skills model: An emerging paradigm for investigating hypnotic phenomena. En N.P. Spanos y J.F. Chaves (dirs.), *Hypnosis: the cognitive-behavioral perspective* (pp. 380-399). Buffalo, NY: Prometheus Books.
- Edmonston, W.E., Jr. (1986). *The induction of hypnosis*. Nueva York: Wiley.
- Ellenberger, H.F. (1970). *The discovery of the unconscious: The history and evolution of dynamic psychiatry*. Nueva York: Basic Books (versión en español: El descubrimiento del inconsciente. Madrid: Gredos, 1976).
- Emerson, G.J. y Trexler, G. (1999). An hypnotic intervention for migraine control. *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 27, 54-61.
- Enqvist, B. y Fisher, K. (1997). Preoperative hypnotic techniques reduce consumption of analgesics after surgical removal of third mandibular molars: a brief communication. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 45, 102-108.
- Ewin, D.M. (2001). The use of hypnosis in the treatment of burn patients. En G.D. Burrows, R.O. Stanley y P.B. Bloom (dirs.), *International handbook of clinical hypnosis* (pp. 273-284). Nueva York: Wiley.
- Faymonville, M.E., Mambourg, P.H., Joris, J., Vrigens, B., Fissette, J., Albert, A. y Lamy, M. (1997). Psychological approaches during conscious sedation. Hypnosis versus stress reducing strategies: a prospective randomised study. *Pain* 1997, 73, 361-367.
- Flemons, D. (2005). Hypnosis and relaxation scripting. En G.P. Koocher, J.C. Norcross y S.S. Hill (dirs.), *Psychologists' desk reference* (pp. 332-337). Nueva York: Oxford University Press.
- Fromm, E. y Shor, R.E. (dirs.) (1979). *Hypnosis: Developments in research and new perspectives*. Nueva York: Aldine.
- Fromm, E. y Nash, M. (dirs.) (1992). *Contemporary perspectives in hypnosis research*. Nueva York: Guilford.
- Galovski, T., Blanchard, E.B. (1998). The treatment of irritable bowel syndrome with hypnotherapy. *Appl Psychophysiol Biofeedback*, 23, 219-232.
- Gauld, A. (1992). *A history of hypnotism*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Gay, M.C., Philippot, P. y Luminet, O. (2002). Differential effectiveness of psychological interventions for reducing osteoarthritis pain: a comparison of Erickson hypnosis and Jacobson relaxation. *European Journal of Pain*, 6, 1-16.
- Gay, M.C. (2004). Les prises en charge psychologiques de la douleur dans l'arthrose. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, 14, 135-140.
- Geisner, E., Jungnitsch, G. y Schmitz, J. (1994). Psychological approaches to the treatment of apin: a therapy comparison study among patients with rheumatoid arthritis. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*, 42, 319-338.

- Gerschman, J.A. (2001). Dental anxiety disorders, phobias and hypnotisability. En G.D. Burrows, R.O. Stanley y P.B. Bloom (dirs.), *International handbook of clinical hypnosis* (pp. 299-308). Nueva York: Wiley.
- Glazer, D. (2001). Hypnosis in Dentistry. En G.D. Burrows, R.O. Stanley y P.B. Bloom (dirs.), *International handbook of clinical hypnosis* (pp. 285-298). Nueva York: Wiley.
- Gibson, H.B. y Heap, M. (1991). *Hypnosis in therapy*. Hillsdale: LEA.
- González Ordi, H. (1987). *Escala de Sugestionabilidad de Barber: traducción y adaptación al castellano*. Versión experimental no publicada. Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid.
- González Ordi, H. (2001). *La hipnosis: mitos y realidades*. Archidona (Málaga): Aljibe.
- González Ordi, H. (2002). Técnicas de sugestión en el control del estrés. En E.G. Fernández-Abascal y M.P. Jiménez Sánchez (dirs.), *Control del estrés* (pp. 301-325). Madrid: UNED Ediciones.
- González Ordi, H. (2005). El empleo de las técnicas de sugestión e hipnosis en el control y reducción del dolor: implicaciones para la psicooncología. *Psicooncología*, 2, 117-130.
- González Ordi, H. y Miguel Tobal, J.J. (Diciembre 1993). Aplicaciones de las técnicas de hipnosis en el ámbito de la modificación cognitivo-conductual. *Informació Psicològica*, 53, 41-51.
- González Ordi, H. y Miguel-Tobal, J.J. (1999). Características de la sugestionabilidad y su relación con otras variables psicológicas. *Anales de Psicología*, 15, 57-75.
- González Ordi, H. y Miguel-Tobal, J.J. (2001). La sugestionabilidad como variables moduladora en la imaginación de escenas ansiógenas. *Ansiedad y Estrés*, 7, 89-110.
- González-Ordi, H., Miguel-Tobal, J.J., y Tortosa, F. (1992). ¿Es la hipnosis un estado alterado de consciencia?: Raíces históricas de una controversia. *Revista de Historia de la Psicología*, 13, 51-74.
- Haanen, H.C.M., Hoenderlos, H.T.W. y Van Romunde, L.K.J. (1991). Controlled trial of hypnotherapy in the treatment of refractory fibromyalgia. *Journal of Rheumatology*, 18, 72-75.
- Hammond, D.C. (dir.) (1990). *Handbook of hypnotic suggestions and metaphors*. Nueva York: Norton.
- Hilgard, E.R. (1965). *Hypnotic susceptibility*. Nueva York: Harcourt, Brace & World.
- Hilgard, E.R. (1973). The domain of hypnosis: With some comments on alternate paradigms. *American Psychologist*, 28, 972-982.
- Hilgard, J.R. y LeBaron, S. (1984). *Hypnotherapy of pain in children with cancer*. Los Altos (CA): William Kaufmann.
- Hill, R. y Bannon-Ryder, G. (2005). The use of hypnosis in the treatment of driving phobia. *Contemporary Hypnosis*, 22, 99-103.
- Hoogduin, C.A.L. y Roelofs, K. (2001). Conversion disorders. En G.D. Burrows, R.O. Stanley y P.B. Bloom (dirs.), *International handbook of clinical hypnosis* (pp. 159-170). Nueva York: Wiley.
- Horton, J.R. y Mitzdorf, U. (1994). Clinical hypnosis in the treatment of rheumatoid arthritis. *Psychologische Beiträge*, 36, 205-212.
- Kai-Ching, C. (2005). Application of cognitive-behavioral hypnotic treatment for anxiety management in the Chinese. *Contemporary Hypnosis*, 22, 104-114.
- Kessler, R.S., Patterson, D.R. y Dane, J. (2003). Hypnosis and relaxation with pain patients: evidence for effectiveness. *Seminars in Pain Medicine*, 1, 67-78.
- Kihlstrom, J.F. (1985). Hypnosis. *Annual Review of Psychology*, 36, 385-418.
- Kirsch, I. (1996). Hypnotic enhancement of cognitive-behavioral weight loss treatments: Another meta-reanalysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 517-519.

- Kirsch, I., Capafons, A., Cardeña-Buelna, E. y Amigó, S. (dirs.) (1999). *Clinical hypnosis and self-regulation*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Kirsch, I., Montgomery, G.H. y Sapirstein, G. (1995). Hypnosis as an adjunct to cognitive behavioral psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 214-220.
- Kluft, R.P. (2001). Dissociative disorders. En G.D. Burrows, R.O. Stanley y P.B. Bloom (dirs.), *International handbook of clinical hypnosis* (pp. 187-204). Nueva York: Wiley.
- Kroger, W.S. (1963). *Clinical and Experimental Hypnosis*. Philadelphia: J.B. Lippincott.
- Kunzendorf, R.G., Spanos, N.P. y Wallace, B. (dirs.) (1996). *Hypnosis and imagination*. Amityville, NY: Baywood.
- Lamas, J.R., del Valle-Inclán, F., Blanco, M.J. y Alcaraz, M. (1985). La Escala de Grupo de Susceptibilidad Hipnótica de Harvard (Forma A): estudio de una muestra española. *Análisis y Modificación de Conducta*, 11, 279-291.
- Lambert, S.A. (1996). The effects of hypnosis/guided imagery on the postoperative course of children. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 17, 307-310.
- Lang, E.V., Benotsch, E.G., Fick, L.J., Lutgendorf, S., Berbaum, M.L., Berbaum, K.S., Logan, H. y Spiegel, D. (2000). Adjunctive non-pharmacological analgesia for invasive medical procedures: a randomised trial. *Lancet*, 355, 1486-1490.
- Lang, E.V., Joyce, J.S., Spiegel, D. y Hamilton, D. (1996). Self hypnotic relaxation during interventional radiological procedures: effects on pain perception and intravenous drug use. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 44, 106-119.
- Lehrer, P., Feldman, J., Giardino, N., Song, H. y Schmaling, K. (2003). Psychological aspects of asthma. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 691-711.
- Levitt, E.E. (1993). Hypnosis in the treatment of obesity. En J.W. Rhue, S.J. Lynn e I. Kirsch (dirs.), *Handbook of clinical hypnosis* (pp. 533-554). Washington, DC: American Psychological Association.
- London, P. (1963). *Children's Hypnotic Susceptibility Scale*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists.
- Lynn, S.J. y Rhue, J.W. (dirs.) (1991). *Theories of hypnosis: Current models and perspectives*. Nueva York: Guilford.
- Lynn, S.J., Rhue, J.W. y Weekes, J.R. (1989). Hypnosis and experienced nonvolition: A social-cognitive integrative model. En N.P. Spanos y J.F. Chaves (dirs.), *Hypnosis: The cognitive-behavioral perspective* (pp. 78-109). Buffalo, NY: Prometheus Books.
- Mallet, J.E. (1989). Hypnosis and stress: prevention and treatment applications. En G.S. Everly, Jr. (dir.), *A clinical guide to the treatment of the human stress response* (pp. 211-231). Nueva York: Plenum Press.
- Mantle, F. (2003). Eating disorders: the role of hypnosis. *Paediatric Nursing*, 15, 42-46.
- Mauer, M.H., Burnett, K.F., Ouellette, E.A., Tronson, G.H. y Dandes, H.M. (1999). Medical hypnosis and orthopedic hand surgery: pain perception, postoperative recovery, and therapeutic comfort. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 47, 144-161.
- McConkey, K.M. y Sheehan, P.W. (1995). Hypnosis, memory, and behavior in criminal investigation. Nueva York: Guilford.
- Medd, D. (2001). Fear of injections: The value of hypnosis in facilitating clinical treatment. *Contemporary Hypnosis*, 18, 100-106.
- Moix, J. (2002). La hipnosis en el tratamiento del dolor. *Revista de la Sociedad Española de Dolor*, 9, 525-532.
- Molina del Peral, J.A. (2001). La hipnosis en la terapia cognitivo-conductual: aplicaciones en el campo de las adicciones. *Adicciones*, 13, 31-38.

- Molina del Peral, J.A. y González Ordi, H. (2001). El empleo de las técnicas de sugestión como coadyuvantes de los programas multicomponentes del tratamiento del tabaquismo: Estudio de caso. *Clínica y Salud*, 12, 121-139.
- Montgomery, G.H., David, D., Winkel, G., Silverstein, J.H. y Bovbjerg, D.H. (2002). The effectiveness of adjunctive hypnosis with surgical patients: A meta-analysis. *Anesthesia and Analgesia*, 94, 1639-1645.
- Montgomery, G.H., DuHamel, K.N. y Redd, W.H. (2000). A meta-analysis of hypnotically induced analgesia: How effective is hypnosis? *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 48, 138-153.
- Montgomery, G.H. y Schnur, J.B. (2005). Eficacia y aplicación de la hipnosis clínica. *Papeles del Psicólogo*, 89, 3-8.
- Morgan, A.H. y Hilgard, E.R. (1973). Age differences in susceptibility to hypnosis. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 21, 78-87.
- Mulligan, R. (2000). El dolor dental. En: J. Barber (dir.), *Tratamiento del dolor mediante hipnosis y sugestión* (pp. 195-214). Bilbao: Desclee de Brouwer.
- Patterson, D.R. (2000). El dolor de las quemaduras. En J. Barber (dir.), *Tratamiento del dolor mediante hipnosis y sugestión* (pp. 263-294). Bilbao. Desclee de Brouwer.
- Patterson, D.R. y Jensen, M.P. (2003). Hypnosis and clinical pain. *Psychological Bulletin*, 129, 495-521.
- Patterson, D.R. y Ptacek, J.T. (1997). Baseline pain as a moderator of hypnotic analgesia for burn injury treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 60-67.
- Pérez Garrido, A., González Ordi, H. y Miguel-Tobal, J.J. (1999). Psicología a la francesa. El papel de las polémicas sobre la naturaleza y utilidad de la hipnosis en la constitución de la Psicología como disciplina. *Revista de Psicología. Universitas Tarraconensis*, XXI, 28-66.
- Perry, C.W., Nadon, R. y Button, J. (1992). The measurement of hypnotic ability. En E. Fromm y M. Nash (dirs.), *Contemporary hypnosis research* (pp. 459-490). Nueva York: Guilford.
- Piccione, C., Hilgard, E.R., y Zimbardo, P.G. (1989). On the degree of stability of measured hypnotizability over a 25-year period. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 289-295.
- Rhue, J.W., Lynn, S.J. y Kirsch, I. (dirs.) (1993). *Handbook of clinical hypnosis*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Schoenberger, N.E. (2000). Research on hypnosis as an adjunct to cognitive-behavioral psychotherapy. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 48, 154-169.
- Schoenberger, N.E., Kirsch, I., Gearan, P., Montgomery, G. y Pastyrnak, S.L. (1997). Hypnotic enhancement of a cognitive-behavioral treatment for public speaking anxiety. *Behavior Therapy*, 28, 127-140.
- Sheehan, P.W. y McConkey, K.M. (1982). *Hypnosis and experience: The exploration of phenomena and process*. Hillsdale, NJ: LEA.
- Sheehan, P.W. y Robertson, R. (1996). Imagery and hypnosis: Trends and patternings in effects. En R.G. Kunzendorf, N.P. Spanos y B. Wallace (dirs.), *Hypnosis and imagination* (pp. 1-17). Amityville, NY: Baywood.
- Shor, R.E. y Orne, E.C. (1962). *Harvard Group Scale of Hypnotic Susceptibility*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Spanos, N.P., Radtke, H.L., Hodgins, D.C., Stam, H.J. y Bertrand, L.D. (1983). The Carleton University Responsiveness to Suggestion Scale: Normative data and psychometric properties. *Psychological Reports*, 53, 523-535.
- Spiegel, H. y Bloom, J.R. (1983). Group therapy and hypnosis reduce metastatic breast carcinoma pain. *Psychosomatic Medicine*, 45, 333-339.

- Spiegel, D. y Maldonado, J.R. (2000). Trastornos disociativos. En R.E. Hales, S.C. Yudofsky y J.A. Talbott (dirs.), *DSM IV. Tratado de psiquiatría. Tomo I* (3ª edic.) (pp. 711-737). Barcelona: Masson.
- Spinhoven, P. y Ter Kuile, M.M. (2000). Treatment outcome expectancies and the hypnotic susceptibility as moderators of pain reduction in patients with chronic tension-type headache. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 48, 290-305.
- Stanley, R.O., Norman, T.R. y Burrows, G.D. (2001). Hypnosis in the management of stress and anxiety disorders. En G.D. Burrows, R.O. Stanley y P.B. Bloom (dirs.), *International handbook of clinical hypnosis* (pp. 113-128). Nueva York: Wiley.
- Syrjala, K.L., Cummings, C. y Donaldson, G.W. (1992). Hypnosis or cognitive behavioral training for the reduction of pain and nausea during cancer treatment: a controlled clinical trial. *Pain*, 48, 137-146.
- Syrjala, K.L., Donaldson, G.W., Davis, M.W., Kippes, M.E. y Carr, J.E. (1995). Relaxation and imagery and cognitive-behavioral training reduce pain during cancer treatment: a controlled clinical trial. *Pain*, 63, 189-198.
- Syrjala, K.L., Roth-Roemer, S. (2000). El dolor del cáncer. En J. Barber (dir.), *Tratamiento del dolor mediante hipnosis y sugestión* (p. 137-169). Bilbao. Desclee de Brouwer.
- Talley, N.J. y Spiller, R. (2002). Irritable bowel syndrome: a little understood organic bowel disease?. *Lancet*, 360, 555-564.
- Ter Kuile, M.M., Moniek, M., Spinhoven, P., Linssen, A. y Corry, G. (1995). Responders and non responders to autogenic training and cognitive self hypnosis: prediction of short and long-term success in tension-type headache patients. *Headache*, 35, 630-636.
- Ter Kuile, M.M., Moniek, M., Spinhoven, P., Linssen, A., Corry, G. y van Houwelingen, H.C. (1996). Cognitive coping and appraisal processes in the treatment of chronic headache. *Pain*, 64, 257-264.
- Torem, M.S. (2001). Eating disorders: anorexia and bulimia. En G.D. Burrows, R.O. Stanley y P.B. Bloom (dirs.), *International handbook of clinical hypnosis* (pp. 205-220). Nueva York: Wiley.
- Tortosa, F., González Ordi, H. y Miguel-Tobal, J.J. (1993). Estado alterado de consciencia vs. no estado. Un formato remozado para una controversia clásica. En A. Capafons y S. Amigó (dirs.), *Hipnosis, terapia de auto-regulación e intervención comportamental* (pp. 9-43). Valencia: Promolibro.
- Tortosa, F., González Ordi, H. y Miguel-Tobal, J.J. (1999). La hipnosis: la historia de una controversia interminable. *Anales de Psicología*, 15, 3-25.
- Vanderlinden, J. (2001). Hypnotherapy in obesity. En G.D. Burrows, R.O. Stanley y P.B. Bloom (dirs.), *International handbook of clinical hypnosis* (pp. 221-232). Nueva York: Wiley.
- Vanderlinden J. y Vandereycken, W. (1999). *Trauma, disociación y descontrol de los impulsos en los trastornos alimentarios*. Buenos Aires: Granica.
- Weitzenhoffer, A.M. y Hilgard, E.R. (1959). *Stanford Hypnotic Susceptibility Scale. Forms A & B*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Weitzenhoffer, A.M. y Hilgard, E.R. (1962). *Stanford Hypnotic Susceptibility Scale. Form C*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Wickramasekera, I. (1988). *Clinical behavioral medicine*. Nueva York: Plenum.
- Wilson, S.C. y Barber, T.X. (1978). The Creative Imagination Scale as a measure of hypnotic responsiveness: Applications to experimental and clinical hypnosis. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 20, 235-249.
- Wolberg, L.R. (1948). *Medical hypnosis, vol. 1: The principles of hypnotherapy*. Nueva York: Grune & Stratton.
- Yapko, M.D. (2001). *Treating depression with hypnosis: integrating cognitive-behavioral and strategic approaches*. Nueva York: Brunner-Routledge.