

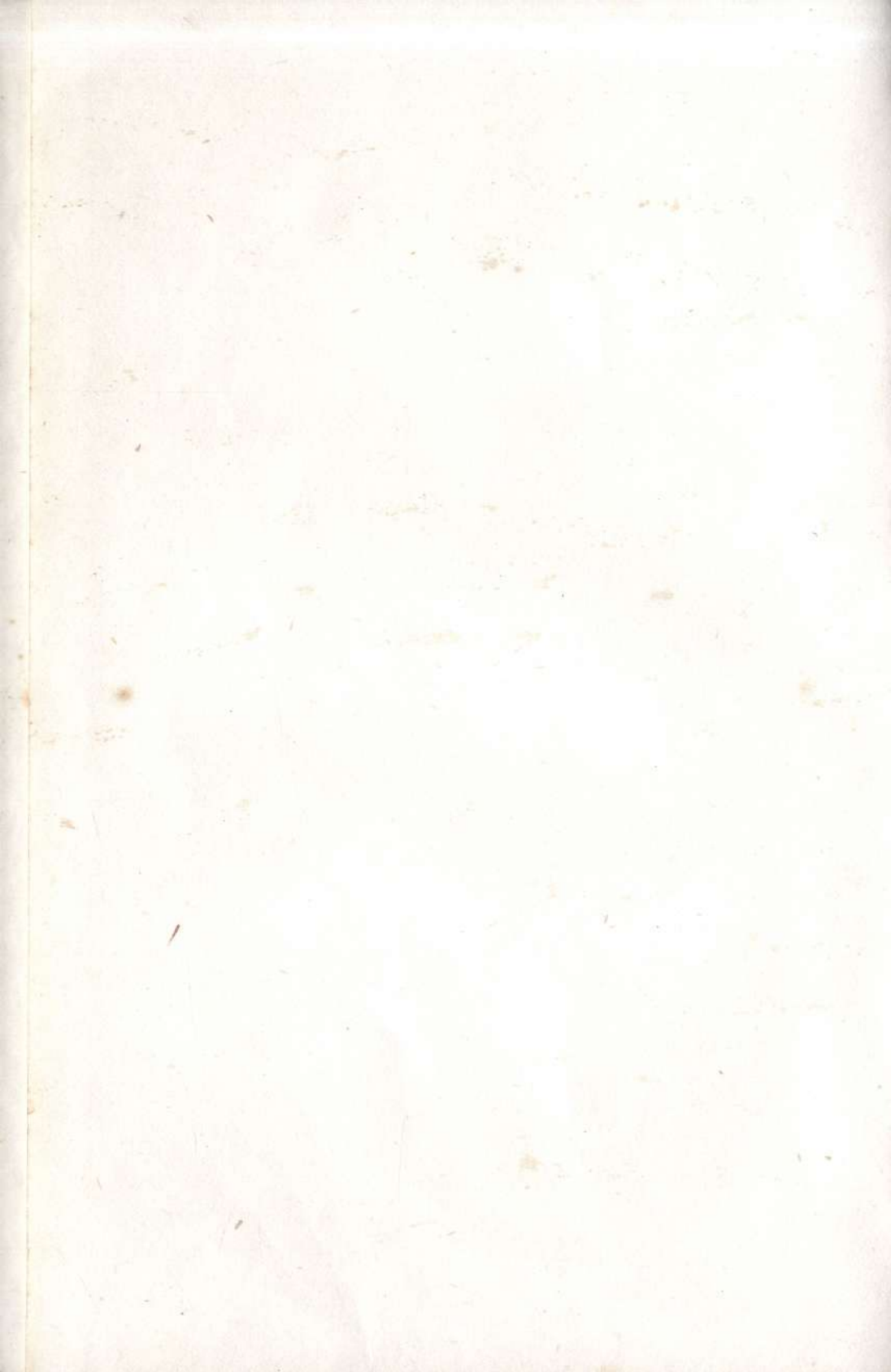
HIPNOSIS

teoría, métodos y técnicas



Braulio Martínez Perigod

Moisés Asís



HIPNOSIS

teoría, métodos y técnicas

Dr. Ernesto Martínez Perigod
miembro de la Sociedad Cubana de Hipnosis

Lic. Melina Ariz
miembro de la Sociedad Cubana de Hipnosis



FUNDACION
DE LA IMPRENTA
NACIONAL DE CUBA
ANIVERSARIO 30

HIPNOSIS



MEMBER OF THE
NATIONAL LIBRARY OF MEDICINE
SERIALS ACQUISITION
DEPARTMENT

Mun de la 110

HIPNOSIS

teoría, métodos y técnicas

Lic. Braulio Martínez Perigod

Presidente de la Sociedad Cubana de Hipnosis

Lic. Moisés Asís

Secretario de la Sociedad Cubana de Hipnosis



NO CIRCULANTE



EDITORIAL CIENTÍFICO-TÉCNICA

Estimado lector:

La Editorial se mostraría muy complacida si usted le hiciera llegar su opinión acerca de los aspectos técnicos y de presentación de este libro.

Gracias

- © Braulio Martínez Perigod, 1985
Moisés Asís, 1985
- © Sobre la presente edición:
Editorial Científico-Técnica, 1989

EDICIÓN: Lic. Mercedes Caparrós Chávez
DISEÑO INTERIOR: Ángel Sánchez Sabas
DISEÑO DE CUBIERTA: Moisés Asís
CORRECCIÓN: Lourdes Rodríguez Pérez

PROVENIENCIA	Compra "C. Cieny"		
H50365	94/99	\$5.00	07
FECHA	90-06-21		

13 4
Mar
H
ej 1

MINISTERIO DE CULTURA
EDITORIAL CIENTÍFICO-TÉCNICA
Calle 2 No. 58, entre 3ra. y 5ta.
Ciudad de La Habana, 4
Impreso en Cuba

CONTENIDO

	Pág.
Presentación	IX
CAPÍTULO I. LA HIPNOSIS Y SU RELACIÓN CON EL SUEÑO Y LA SUGESTIÓN	1
Consideraciones generales	1
Sueño fisiológico	2
Sueño ortodoxo	2
Sueño paradójico	4
Sugestión	6
Sugestión vigil	9
Sugestión directa	9
Sugestión indirecta	10
Hipnosis	11
Hipnosis simple	12
Hipnosis media	13
Hipnosis profunda	13
Sugestión en el sueño natural	14
Sueño e hipnosis	16
Controversias actuales	16
Criterio de los autores	18
Sueño paradójico inducido por hipnosis	19
Electrosueño	20
Aplicaciones de la hipnosis	21
Aplicaciones médicas	22
La hipnosis como anestésico	23
Usos en estomatología	23
Empleo en obstetricia y ginecología	24
La hipnosis en los trastornos psicológicos	25
Hipnopedía y experimentación	26
Bibliografía	28
CAPÍTULO II. EVOLUCIÓN HISTÓRICA	31
Etapa del magnetismo animal	31
El método de Mesmer	34
Importancia histórica del magnetismo animal	37
Etapa del abate Faria	38
El método del abate Faria	39
Etapa de James Braid	40
El método de Braid	42
La hipnosis como anestesia	42
Importancia histórica de Braid	43
Escuela de hipnosis de París	44
El método de Charcot	45

Etapas de la hipnosis	46
1. Catalepsia	47
2. Letargia	47
3. Sonambulismo	47
Bernheim contra Charcot	47
Unificación de escuelas	48
Importancia histórica de la Escuela de París	48
Escuela de Hipnosis de Nancy	49
El método de Bernheim	49
Importancia histórica de la Escuela de Nancy	51
Segunda Escuela de Hipnosis de Nancy	51
El método de Coué	53
Importancia histórica de la Segunda Escuela de Nancy	53
Etapas pavloviana	53
Concepciones contemporáneas	56
Bibliografía	66
CAPÍTULO III. PRUEBAS Y ESCALAS DE SUSCEPTIBILIDAD HIPNÓTICA	69
Pruebas de susceptibilidad hipnótica	69
Recomendaciones para el uso de las pruebas	69
Prueba del brazo pegado a la pared	71
Prueba del entrecruzamiento de los dedos	72
Prueba de oscilación lateral	73
Prueba de la caída para atrás	74
Prueba de los brazos extendidos	75
Escala de susceptibilidad hipnótica	75
Escala de sugestibilidad de Barber (BSS)	76
Escala de susceptibilidad hipnótica de Martínez Perigod-Asis	77
Bibliografía	81
CAPÍTULO IV. ASPECTOS TÉCNICOS QUE SE DEBEN TENER EN CUENTA EN LA APLICACIÓN DE LA HIPNOSIS	82
Generalidades	82
Características del hipnotizador	82
Tono de la voz	84
Formas de realizar la sugestión	85
Rasgos de sugestibilidad	86
Preparación	87
Preparación del sujeto	88
Presencia de terceros	90
Duración de las sesiones	91
Frecuencia y hora de aplicación	91
Postura corporal	92
Posición de acostado	93
Posición de sentado	93
Posición de pie	94
Condiciones ambientales	94
Iluminación	95
Bibliografía	96
CAPÍTULO V. MÉTODOS DE INDUCCIÓN HIPNÓTICA	97
Período de los pases magnéticos	97
Método de Mesmer (1778)	97

Método de Deleuze (1820)	97
Método de Esdaile (1845): pases y soplo caliente	98
Métodos basados en la fijación de la mirada	98
Método del abate Faria (1813): fascinación	99
Método de Braid (1842)	99
Método de Philips Durand de Gros (1850): fijación de la mirada y pases con contacto	99
Método de Charles Richet (1860): sustentación de la mirada y pases sin contacto	100
Métodos basados en la excitación sensorial	100
Método de Charcot (1880): Escuela de París	100
Método de Bérillon (1895): métodos mecánicos verbales	101
Métodos de los estímulos acústicos	101
Método de los estímulos térmicos	102
Método de los estímulos vestibulares	102
Métodos de los estímulos visuales	102
Método de Levy-Suhl (1908): contraste cromático	102
Método de las imágenes sensoriales	104
Métodos basados en la sugestión verbal	104
Método de Liébeault (1856)	105
Método de Bernheim (1880): Escuela de Nancy	105
Método de Noiset y Bertrand (1820): del sueño fisiológico al sueño hipnótico	105
Métodos basados en los estímulos químicos	106
Método de los estímulos tóxicos	106
Método de los estímulos autotóxicos (hiperventilación)	107
Otros métodos hipnóticos	107
Método basado en la estimulación eléctrica: método de Faraday	107
Método de Birman	108
Método de choque	108
Método fraccionado	109
Método de hipnosis ideomotora	109
Métodos hipnóticos utilizados en niños	110
Métodos para niños de 3 a 7 años	110
Métodos para niños de 8 a 12 años	111
Pensamiento en cintas de imágenes	111
Método de entrenamiento hipnótico	111
Método del pestañeo sincronizado	111
Método del pestañeo sincronizado	111
Bibliografía	114
CAPÍTULO VI. PASOS DE LA HIPNOSIS	116
Agotamiento palpebral	116
Fenómenos corporales	119
Signo-símbolo	123
Despertar y signo-símbolo	124
Catalepsia braquial	128
Movimientos automáticos	130
Sueño hipnótico	132
Abrir los ojos	133
Sueño hipnótico profundo	134
Bloqueo del receptor auditivo (sordera selectiva)	135
Anestesia superficial	136
Sonambulismo	138

FALTAN

Sueño sonambólico	139
Abrir los ojos sin despertar	140
Conversar sin despertar	141
Representaciones alucinatorias	142
Alucinaciones visuales, acústicas y olfatorias	142
Catalepsia general	143
Sugerencias posthipnóticas	145
Anestesia	146
Catalepsia bucal con anestesia de la mucosa	146
Anestesia profunda	148
Fenómenos de memoria	148
Amnesia parcial	148
Amnesia profunda	149
Amnesia de fijación (anterógrada)	150
Amnesia de evocación (retrograda)	151
Hipermnemias	151
CAPÍTULO VII. DIFICULTADES DE LA HIPNOSIS	153
Causas de fracaso en la inducción hipnótica	153
Defensas del sujeto contra la hipnosis	154
Negativismo	155
Depreciación	155
Inquietud	155
Simulación	156
Sueño	157
Reacción de sobresalto	157
Síntomas	157
Despertamiento y pantallas	158
Complicaciones e insuficiencias de la hipnoterapia	158
Contraindicaciones	160
Psicosis	160
Hipocondrías	160
Precauciones con los pacientes histéricos	161
Otras causas	162
Oposición del paciente	162
Menores	162
Exhibiciones	163
Ansiedad de espera	163
<i>Rapport</i> hipnótico con otro terapeuta	163
Relaciones personales estrechas	163
Personalidades psicopáticas de tipo sociopático	163
Recomendaciones	164
CAPÍTULO VIII. EPÍTOME: VENTAJAS Y PRINCIPIOS DE LA HIPNOSIS ...	165
Ventajas de la hipnosis	165
Principios de la hipnosis	165
GLOSARIO	168
ÍNDICE ONOMÁSTICO	173
ÍNDICE DE MATERIAS	176

PRESENTACION

Este es el primer libro publicado o distribuido en Cuba sobre hipnosis e hipnotismo en el último cuarto de siglo y quizás el único escrito por autores cubanos sobre el tema en la historia de la psicología y la medicina cubanas.

Cada libro sobre hipnosis, de los cientos que se han publicado en el extranjero, pone énfasis en una perspectiva teórica, ciertas técnicas o un conjunto de aplicaciones. El propósito de los autores de este texto es brindarles a psicólogos, médicos, estomatólogos, enfermeras y sugestopedas, el conocimiento integral sobre las aplicaciones teóricas del fenómeno hipnótico y los principales métodos y técnicas que se utilizan para hipnotizar. Objeto de un futuro libro serían las técnicas y los pasos específicos de uso de la hipnosis en el trabajo clínico y experimental en psicología, medicina y otras ciencias.

Dado el interés que han despertado o redespertado últimamente los trabajos sobre el empleo del hipnotismo en artes plásticas, musicales y escénicas, psicología, parapsicología, pedagogía, cirugía, gineco-obstetricia y medicina en general, este libro puede ayudar tanto a quienes se inician en hipnotismo como a los especialistas con gran experiencia en la materia.

Braulio Martínez Perigod (La Habana, 1945) es licenciado en Psicología; profesor de Psicología Médica del Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana (Facultad de Medicina del Hospital «Calixto García»), jefe de cátedra de Psicología del Instituto Politécnico de la Salud del Hospital Psiquiátrico de La Habana, miembro de la junta de gobierno de la Sociedad Cubana de Psicología de la Salud y miembro de la comisión editora del *Boletín de Psicología*. Es autor de aproximadamente cincuenta artículos científicos y ha impartido cursos de postgrado sobre hipnosis a psicólogos y psiquiatras cubanos y extranjeros. Ha participado en eventos nacionales e internacionales sobre psicología y psiquiatría. Es presidente de la Sociedad Cubana de Hipnosis.

Moisés Asís (La Habana, 1952) es licenciado en Información Científico-Técnica y Bibliotecología y en Derecho; analista de información científica del Centro de Información y Documentación Agropecuario del Ministerio de la Agricultura y miembro de las siguientes instituciones: Parapsychological Association, International Association for Psychotronic Research, Theta Association, Sociedad Cubana de Psicología de la Salud y Sociedad Interamericana de Psicología. Es autor de unos setenta

artículos y monografías científicas, así como de varios libros (*Tesaurus parapsicológico de búsqueda informativa; El propóleo, un valioso producto apícola; Judaísmo social y derechos humanos*, entre otros). Ha ganado premios científicos, literarios y periodísticos. Ha participado en eventos nacionales e internacionales sobre informática, parapsicología y psicología. Es secretario ejecutivo de la Sociedad Cubana de Hipnosis.

Ambos practican el hipnotismo desde hace más de tres lustros y en los últimos años han estado realizando investigaciones en conjunto sobre parapsicología. Participaron en la estructuración y elaboración del *Tesaurus cubano de psicología* y son autores de la primera escala de susceptibilidad hipnótica creada fuera de los EE.UU.

Ciudad de La Habana, junio de 1983.

Capítulo I

LA HIPNOSIS Y SU RELACION CON EL SUEÑO Y LA SUGESTION

CONSIDERACIONES GENERALES

Los fenómenos producidos durante la hipnosis, así como la definición y nomenclatura, siguen siendo objeto de controversias, prejuicios y hasta de desconocimiento en el mundo científico.

Esto quizás explica la utilización de diferentes términos para hacer referencia a un mismo fenómeno y la confusión entre éste y el procedimiento utilizado para su obtención.

Por ejemplo, en la literatura se habla indistintamente de *estado hipnótico*, *trance*, *sueño hipnótico*, *trance hipnótico*, *sonambulismo artificial*, etc., para referirse a la hipnosis.

Igualmente, se usa el término *hipnosis* en lugar de *hipnotismo*. *Hipnosis* es el estado alterado de conciencia logrado a través de un método de inducción, mientras que *hipnotismo* es el método en sí, el procedimiento para conseguir el estado de hipnosis. No deben confundirse estos términos, aunque muchas veces no podamos evitar usarlos indistintamente.

Es importante tener un claro concepto de lo que es sugestión, hipnosis, sueño y estado alterado de conciencia. Este capítulo está dedicado a explicar dichos conceptos, para tener una base adecuada que nos permita comprender otros aspectos teóricos y metodológicos de la inducción hipnótica.

En primer lugar, debemos conocer qué es un estado alterado de conciencia, pues este término abarca tanto a la hipnosis como al sueño normal.

Estado alterado de conciencia es el estado psíquico inducido por diferentes agentes fisiológicos, psicológicos o farmacológicos y que puede ser reconocido subjetivamente por el propio individuo, ya que representa una desviación suficiente en la experiencia subjetiva o en el funcionamiento psicológico de ciertos patrones generales existentes para dicho individuo durante la conciencia de vigilia alerta.

SUEÑO FISIOLÓGICO

El problema de si el sueño hipnótico es similar al sueño fisiológico ha sido objeto de múltiples investigaciones, a causa de sus diferentes enfoques. Para entrar a analizar este problema comenzaremos en dicha discusión definiendo separadamente las características de cada uno.

El sueño es un estado alterado de conciencia resultante de la supresión de las influencias activadoras ascendentes de la formación reticular de la corteza y se caracteriza por patrones típicos en el electroencefalograma (EEG), como son: disminución de la actividad cortical por inhibición de la actividad del sistema reticular activador del tronco cerebral, así como otras características fisiológicas. El sueño se divide en dos fases: *sueño ortodoxo* y *sueño paradójico*.

SUEÑO ORTODOXO

Es conocido también como *sueño lento*, *sueño no REM* y *sueño sin movimientos oculares rápidos*. Son períodos de sueño que en el hombre están caracterizados electroencefalográficamente por ondas lentas de alto voltaje y puntas más rápidas de 12 a 14 Hz. El pulso y la respiración son bastante regulares y se retiene cierto tono en el sistema osteomuscular. El semblante se mantiene relativamente inmóvil. De acuerdo con el EEG, la fase ortodoxa ha sido dividida a su vez en las etapas 1, 2, 3 y 4, según la clasificación de Dement y Kleitman (que corresponden a las etapas B, C, D y E en la clasificación de Davis y Loomis).

Fernández-Guardiola, Sassin y Johnson, y Williams, describen que a este período de sueño corresponden los husos del sueño y los complejos K. El electrooculograma (EOG) puede registrar movimientos oculares lentos y la musculatura estriada muestra relajación que no llega a ser total. Existe amnesia de los eventos psicológicos de la etapa profunda del sueño ortodoxo.

En la fase ortodoxa se reduce en algún grado la experiencia de estímulos externos y se produce fantasía visual vívida. Si se despierta a una

persona que se encuentra en este estado de sueño, con frecuencia podrá relatar sus sueños, pero serán breves, simples y pobres, marcadamente diferentes de los relatos sobre los sueños de la fase paradójica. Sin embargo, esto indica que la actividad mental continúa incluso durante el sueño regular.

Orlandini plantea que este tipo de sueño ocupa de 75 a 80 % del sueño real de un adulto joven y en esto coincide con Williams.

En la etapa 1 hay mezcla irregular de ondas theta, actividad aleatoria de bajo voltaje, alfoide ocasional y aislada (de 1 a 2 Hz), ondas alfa ocasionales, movimientos oculares lentos y persistencia del tono muscular.

La etapa 2 contiene actividad de husos (de 12 a 14 Hz) y ondas lentas de alto voltaje del sueño anterior. Se caracteriza además por ritmo theta, bajo voltaje, aparición de los husos de sueño y los complejos K, con ausencia de movimientos oculares rápidos y persistencia del tono muscular, que también existe en la anterior.

En la etapa 3 aparecen los ritmos delta con alto voltaje, persiste la ausencia de movimientos oculares rápidos y surge una reducción del tono muscular.

La etapa 4 continúa el ritmo delta de alto voltaje, con ausencia de movimientos oculares rápidos y una marcada reducción del tono muscular.

Las etapas 3 y 4 contienen una proporción crecientemente mayor (hasta 100 %) de ondas delta (de 1 a 3 Hz) de gran amplitud, además de trazos de husos.

Kales y Kales describen que la etapa 1 dura entre 5 y 10 %; la etapa 2 entre 50 y 55 %; la etapa 3, 10 %, y la etapa 4, 10 %.

Franco Salazar hace un resumen del sueño ortodoxo de la siguiente forma:

1. Ausencia de movimientos oculares rápidos.
2. Tono muscular conservado.
3. Ausencia de sueños (existen raras veces).
4. Respiración y frecuencia cardiaca regulares.
5. Electroencefalográficamente:

Primera fase: bajo voltaje de las ondas.

Segunda fase: ondas lentas de alto voltaje, que alternan con zonas de bajo voltaje. Presencia de husos (complejo formado por la sucesión de ondas rápidas de 12 a 14 Hz, con aspecto creciente-decreciente) y protrusiones parietales o puntas de vertex.

Tercera fase: ondas lentas, de alrededor de 2 Hz, de alto voltaje, más continuas, con husos de sueño.

Cuarta fase: predominio de las ondas lentas de alto voltaje, sin la presencia de husos de sueño (llamados *spindles* en la literatura sajona). Las ondas lentas tienen una frecuencia de 1 a 3 Hz.

Aparte de las nomenclaturas de Dement y Kleitman, y de Davis y Loomis, otra forma de describir el sueño ortodoxo es dividirlo en dos periodos: el primero es un periodo superficial que comprende las etapas 1 y 2, y el segundo es un sueño profundo o delta que comprende las etapas 3 y 4.

TABLA I
ETAPAS DEL SUEÑO FISIOLÓGICO

ETAPA	EEG	EOG	EMG
Estado hipnagógico	Ritmo alfa		Tono muscular de vigilia
1	Ritmo theta, bajo voltaje	Movimientos oculares lentos	Se mantiene el tono muscular
2	Ritmo theta, bajo voltaje, husos de sueño, complejos K	No hay movimientos oculares rápidos	Se mantiene el tono muscular
3	Ritmo delta, alto voltaje	No hay movimientos oculares rápidos	Disminución del tono muscular
4	Ritmo delta, alto voltaje	No hay movimientos oculares rápidos	Reducción del tono muscular
Sueño paradójico	Ritmo theta, bajo voltaje	Movimientos oculares rápidos	Reducción máxima del tono muscular

SUEÑO PARADÓJICO

También conocido como sueño MOR (siglas que significan *movimientos oculares rápidos*), *sueño rápido*, *sueño pontino*, *sueño paradójico*, *sue-*

ño *ramboencefálico* y *sueño onírico*. En inglés se le conoce como *REM sleep* (*rapid eye movements sleep*), por lo que algunos autores le llaman *sueño REM* en español.

El sueño paradójico es un período progresivo de 8 a 15 minutos de sueño que se establece dentro de cada ciclo de 90 a 120 minutos de sueño fisiológico. Se caracteriza por los movimientos oculares rápidos (MOR) que aparecen de forma episódica en el EEG, se registran ondas concomitantes de voltaje relativamente bajo y actividad de frecuencia mixta, con aspectos semejantes a la etapa 1 del sueño ortodoxo, es decir, con ritmo theta, de bajo voltaje, y se diferencia por una reducción notable del tono muscular en el electromiograma (EMG) por hipotonía hipnagógica.

Sassin y Johnson plantean que hay presencia de mayores movimientos musculares.

Jovanovic destaca que existe exaltación de las funciones vegetativas al nivel de vigilia y que se presenta erección penil.

Desde el punto de vista psicológico aparecen sueños (actividad onírica) que generalmente son recordados de forma clara, y se consolida la memoria a largo plazo.

Por otro lado se observa: aumento de la resistencia eléctrica de la piel, irregularidad de los ritmos cardíaco y respiratorio, y frustraciones en la tensión arterial y en el pulso. Se produce la recuperación real del organismo por una mayor producción de RNA.

El sueño paradójico presenta componentes fásicos y tónicos, siendo los primeros los movimientos oculares rápidos y los segundos la actividad del EEG y la atonía muscular.

Aserinsky y Kleitman, Williams, Aserinsky, Fernández-Guardiola, así como otros investigadores, coinciden en que 80 % de las personas que se despiertan estando en esta fase de sueño manifiestan sueños y pesadillas, y son capaces de relatarlos con vivacidad y detalle.

Franco Salazar resume así el sueño paradójico:

1. Movimientos oculares rápidos (MOR).
2. Erección del pene (en 80 % de los sujetos).
3. Presencia de sueños (actividad onírica).
4. Evolución por períodos (cuatro a cinco en la noche) de 20 a 25 minutos.
5. Flaccidez del tono muscular.
6. Aumento de la resistencia eléctrica de la piel.
7. Frustraciones en los niveles de tensión arterial, en el pulso, en la frecuencia respiratoria, en el volumen de orina y en la secreción ácida del estómago.

Hartmann señala que el sueño paradójico en una noche de un adulto joven es de aproximadamente cien minutos.

Kales y Kales refieren que el sueño paradójico ocupa 20 % del sueño total, con una probabilidad de error de 0,05.

Cuando existe en una persona con insomnio grave, según plantean Fisher y Dement, y Rohmer, aparece un solo ciclo de sueño.

Este sueño puede ser inducido por sugestión hipnótica. Se reduce la experiencia a partir de estímulos externos y se produce fantasía visual vívida, incluso con contenido psicotrónico.

Las distintas etapas del sueño ortodoxo y del sueño paradójico se combinan en forma irregular. La posible secuencia de los dos primeros ciclos de sueño sería: vigilia-1-2-3-4-2-sueño paradójico-2-3-4-3-2-sueño paradójico. . .

SUGESTIÓN

La sugestión es una excitación concentrada en un punto o área de la corteza cerebral, provocada por la acción de la palabra. Es el reflejo condicionado más simple y típico del hombre y se caracteriza por ser el resultado de una influencia verbal no argumentada lógicamente del inductor sobre la psique del sujeto, cuando hay un bajo nivel de concientización. Depende de las peculiaridades de la personalidad de quien la aplica y de quien la recibe de forma no crítica.

La sugestión tiene las siguientes características:

1. Aparece por influencia verbal, es decir, por la acción de un reflejo condicionado.
2. Hay presencia de una excitación concentrada en un punto o área determinada de los grandes hemisferios.

El punto de excitación concentrada provoca una inducción negativa que elimina las influencias colaterales que puedan existir, por lo que las posibles asociaciones dadas mediante ciertos estímulos no influyen conscientemente sobre el sujeto. Es importante señalar que mientras mayor sea el proceso de excitación provocado por la sugestión verbal, más significativa será la inducción negativa que rodea al foco de excitación creado.

Una sugestión se hace mucho más intensa a medida que mayor sea el foco de excitación que provoque la influencia verbal; esto quiere decir que si una sugestión verbal se apoya en reflejos condicionados que estén formados en una persona determinada, y sobre esto suma la influencia sugestiva, la misma será mucho más sólida. Por ejemplo, si una persona lleva varias horas sin ingerir alimentos y se le sugiere que tiene mucha hambre, esto hace que se aumenten considerablemente los

deseos de comer. De igual forma sucede con las sugerencias que expresan agrado.

La sugestión actúa como medio o forma de acción sobre la psique de las personas, es decir, que interviene sobre la percepción, el pensamiento, la memoria, la afectividad, la voluntad e influye en la conciencia.

En toda sugestión existen, según Kulikov, cuatro elementos: el inductor, que representa de dónde surge la sugestión y que puede ser un individuo o un colectivo de individuos; el segundo elemento lo constituye el contenido de la sugestión, es decir, lo que indica la acción, que pueden ser ideas, pensamientos, sentimientos, acciones, etc.; el tercer elemento de la sugestión es el proceso mismo de la acción de una persona sobre otra, y el último elemento lo forma el sujeto al que va dirigida la sugestión.

Por medio de la sugestión se puede influir directa o indirectamente sobre la fuerza o intensidad de los fenómenos psíquicos, aumentando o disminuyendo las capacidades, modificando umbrales, incluso hasta cambiando el reflejo adecuado de la realidad objetiva, modificando actitudes en las personas, etcétera.

La influencia sugestiva verbal se extiende a las esferas psicológicas de cada individuo, orientando la conducta, y además es capaz de impulsar a las personas a ejecutar actos deseados y no deseados, creando motivos positivos o negativos.

El hombre desde que nace está bajo el efecto de la sugestión, entra en un sistema de relaciones sociales que influyen en él. Por ejemplo, el estado de ánimo de la madre (optimista, pesimista, excitado, melancólico, etc.) influye sobre la actividad física y mental del niño.

Plátonov considera que la sugestión es una influencia no argumentada que está dirigida hacia un fin y que la misma da la orientación a las ideas y conducta de las personas, convirtiéndose en el motivo de la conducta, y actualiza y refuerza aquello que debe estimular las acciones e inhibe lo que las estorba.

En la medida en que exista mayor confianza en la persona que induce la sugestión, ésta adquiere una mayor significación, llegando a provocar en el oyente las ideas, imágenes, sensaciones, etc., como si en realidad se estuvieran experimentando y esto se hace aún más significativo si se apoya en reflejos condicionados adquiridos en la experiencia del sujeto y si las sugerencias verbales tienen un contenido lógico que inhiba el posible grado de contrasugestión.

La sugestión puede tomar dos sentidos: positivo y negativo, en dependencia de lo que se sugiere al oyente, es decir, que existen sugerencias que pueden modificar intereses y necesidades, influyendo en la conducta de un individuo para que asuma actitudes socialmente útiles o, por el contrario, mantenga posturas antisociales.

El mayor peso de la sugestión está representado por la palabra, por el contenido de lo que expresa el discurso del que dirige la sugestión. Es necesario recordar que toda sugestión establece un foco de excitación en la corteza y que éste, a su vez, inhibe por inducción las demás zonas, formando un potencial de acción; sin embargo, también la mímica, los símbolos y los atributos (banderas, escudos, etc.) pueden provocarlo. Por ejemplo, la música de un himno o de una marcha puede levantar el valor de un grupo que se encuentre en una batalla, aunque esté en desventaja de armamentos o de efectivos. En la guerra independentista de Cuba, en el pasado siglo, nuestros mambises dieron muestra de esto con sus toques de trompeta «a degüello» que aumentaban su coraje y los lanzaban a golpes de machete contra los españoles, que en cambio poseían armas de fuego. El mismo toque de trompeta producía un efecto contrario en los españoles, los atemorizaba y debilitaba. Con este ejemplo queremos dejar ver que un mismo estímulo sugestivo puede tener significados diferentes, pues actúa en dependencia de los reflejos condicionados que se han formado anteriormente en los sujetos que reciben la sugestión.

La mímica, los símbolos y los atributos actúan como una representación codificada o cifrada que adquiere significado reflejo-condicionado tomando el lugar de la palabra, de la esencia del factor verbal y de la significación y la actitud de las personas hacia ellos.

La sugestión es hasta cierto punto una influencia no crítica, pero que no mantiene siempre el mismo grado, ya que, por ejemplo, en el sueño hipnótico la actitud no crítica es mayor que en el caso de la sugestión en estado de vigilia.

A cada sugestión siempre se opone una contrasugestión que se relaciona con las convicciones, opiniones, normas, intereses, ideología y otras particularidades de la psicología de cada persona. Por eso es tan importante conocer profundamente al sujeto a quien se le va a transmitir una sugestión, con vistas a tener en cuenta estos factores para no provocar una oposición mayor.

El materialismo dialéctico reconoce el efecto de la influencia de un fenómeno sobre otro y que esto depende no sólo de la influencia misma, sino también de la naturaleza del fenómeno sobre el que se ejerce dicha influencia. Kulikov lo relaciona con la sugestión, planteando que el contenido de la misma determina la reacción de respuesta del sujeto a través de las condiciones internas. El contenido de la sugestión depende no sólo de causas externas —o sea, de la sugestión y los medios empleados en la misma—, sino también de las condiciones internas, que son las particularidades de la personalidad del sujeto y de su estado de ánimo. Esto significa que una sugestión no provoca siempre el mismo efecto en todas las personas, ni incluso en el mismo sujeto.

La sugestión no responde al esquema conductual de $E \rightarrow R$, donde E es el estímulo y R la respuesta, sino que actúa según el esquema dinámico $E \rightarrow S \rightarrow R$, donde S es el sujeto con sus condiciones internas.

Un ejemplo de la aplicación de este esquema puede ser la llamada «muerte vudú» en tribus de África y en algunas de las Antillas. En muchas culturas primitivas, los miembros de la tribu suponen que el médico-brujo posee poderes vudús o mágicos suficientemente fuertes como para curar o matar a las personas de su tribu. Si alguien en el grupo trasgrede las normas o prohibiciones, el médico-brujo puede anatematizarlo mediante ritos y maldiciones. Los demás miembros de la tribu toman por muerto al anatematizado y éste se refugia en su vivienda o vaga solitario por los bosques para ocultarse por la vergüenza. Si la creencia del individuo en los poderes del médico-brujo es suficientemente grande, el efecto de la sugestión es tal que muere uno o dos días después de pronunciada la maldición en su contra.

Cannon pudo confirmar la autenticidad de por lo menos treinta «muertes vudús» en África. La palabra del médico-brujo (estímulo) actúa sobre las creencias y temores del trasgresor (condiciones internas del sujeto) y se produce la muerte (respuesta). Como explican Hiebsch y Vorweg, al derramar demasiada adrenalina, en el trasgresor se produce un elevado tono del simpático que provoca un rápido ascenso de la presión sanguínea, al mismo tiempo que se estrechan los vasos sanguíneos. Esto viene aparejado generalmente con extrema anorexia, y por la intensa carga de la circulación sanguínea el individuo puede morir de ataque al corazón.

Existen tres tipos de sugestión: sugestión en estado de vigilia, sugestión en estado hipnótico y sugestión en estado de sueño natural.

SUGESTIÓN VIGIL

Se considera que la sugestión en estado de vigilia es una de las formas más importantes, pues en la práctica es la más frecuente. Las otras dos son formas especiales de sugestión.

Existen dos maneras fundamentales de realizar la sugestión en estado de vigilia: la sugestión directa y la sugestión indirecta.

Sugestión directa. Se realiza de forma inmediata a la acción de la palabra que la provoca, es decir, que se ejerce una influencia sobre la persona a quien va dirigida sin la utilización de intermediarios. Por ejemplo: «Usted se siente perfectamente bien.»

Esta forma de sugestión puede ser utilizada en estado de vigilia, pero también es aplicada cuando se trabaja en sueño hipnótico, superficial o profundo.

La sugestión directa establece un sistema de conexión con la acción que se solicita y surge un mecanismo complejo que no se puede reducir a la forma mecánica de estímulo-respuesta.

Sugestión indirecta. Es necesario definirla como aquella que utiliza un recurso intermediario para provocar la reacción que se espera; emplea placebos que apoyan la sugestión. Por ejemplo: «*Estos medicamentos que va a tomar, harán que usted duerma mucho mejor.*» Es decir, que se acude a un estímulo complementario que adquiere un nuevo significado como señal gracias a la sugestión directa.

La diferencia fundamental entre la sugestión indirecta y la directa es que en la primera el paciente atribuye erróneamente la acción terapéutica a un agente que por sí solo, sin la participación de la sugestión, no sería capaz de provocarla.

Una ventaja que ofrece la sugestión indirecta es la menor oposición que ofrece el paciente a la sugestión, pues parte de un estímulo externo que tiene un significado lógico para el mismo y sobre éste se establece el reflejo condicionado.

Por lo general, las personas en su experiencia práctica han establecido un sistema de símbolos que indican un contenido. Por ejemplo, los analgésicos disminuyen considerablemente los dolores. Cuando se le dice a un paciente que un medicamento inerte le eliminará un dolor determinado, el producto adquirirá automáticamente esa acción y producirá el mismo efecto que el analgésico (efecto placebo). De esta forma la sugestión indirecta se sostiene en un reflejo condicionado establecido anteriormente en el sujeto y que es reforzado por la influencia verbal.

Tanto la sugestión directa como la indirecta deben estar dirigidas de forma que la oposición contrasugestiva del paciente sea la menor posible, que se base mayormente en la lógica y en la razón, y no precisamente en objetos o medios que puedan reforzar ideas supersticiosas.

La sugestión en estado de vigilia, sea directa o indirecta, debe apoyarse en estímulos reflejo-condicionados con vista a que el paciente presente menos posibilidad de oposición. El tono que debe usar el inductor cuando trabaja la sugestión vigil debe ser imperativo, seguro. Las consignas deben realizarse con frases cortas, comprensibles y repetidas. Pávlov decía que la sugestión debe tomar la significación de un estímulo breve, aislado e íntegro y esto la hace intensa.

Una palabra es un agente de por sí reflejo-condicionado y recoge, a su vez, todo el contenido histórico que la misma representa por medio de significaciones establecidas por el sujeto. Es precisamente la palabra la que va a permitir el establecimiento de nuevos reflejos condicionados o modificar los existentes que provocaban reacciones patológicas.

El efecto sugestivo que toma la palabra en una persona se relaciona estrechamente con sus condiciones internas, es decir, con los intereses, necesidades, aptitudes, carácter, temperamento, orientación y rasgos de

la personalidad, así como con la conciencia y los procesos afectivos, cognoscitivos y conativos. Al mismo tiempo altera las interacciones sociales inmediatas del individuo. Por ejemplo, cuando un sujeto es hipnotizado en presencia de otro o de un auditorio, éste recibe la influencia sugestiva indirecta por un reflejo de imitación. Este principio es el que fundamenta la sugestión e hipnosis colectivas.

Para contrarrestar los posibles efectos de la contrasugestión vigil, es recomendable utilizar la persuasión, que reafirmaría mediante explicaciones lógicas el efecto de lo que se quiere provocar.

Mucho han sido criticadas las técnicas sugestivas. Sin embargo, no existe un médico que no las utilice, sea consciente o inconscientemente. Un medicamento cualquiera, por muy positivos que sean sus resultados, no tiene éxito si no se acompaña de la palabra (*«Esta medicina le alivia su malestar»*). Esto determina que un mismo medicamento adquiere significados diferentes cuando es recetado por diferentes especialistas.

Para resumir, podemos decir que la sugestión vigil, sea directa o indirecta, es un recurso extraordinariamente significativo en cualquier tipo de proceso terapéutico y que la misma no tiene contraindicaciones, pues los efectos contradictorios que se le pueden criticar se deben a deficiente manejo de ella (iatrogenia) o a falta de ética profesional.

HIPNOSIS

Según definimos en el *Tesoro cubano de psicología*, [la hipnosis es un estado alterado de conciencia en el cual las ideas son aceptadas por sugestión en vez de por evaluación lógica] Se caracteriza por la pérdida de la orientación generalizada de la realidad, es decir, que la persona que se encuentra sometida a ese estado pierde durante el mismo el cuadro consciente de referencia que marca el contexto dentro del cual uno interpreta todas las experiencias conscientes que se producen. La sugestibilidad o propiedad de respuesta ante la sugestión es un rasgo invariable, irreductible y definitivo de la hipnosis. Durante ésta, la atención se concentra en un solo estímulo. Los ojos pueden estar abiertos o cerrados, según le indique el hipnotizador al sujeto. La hipnosis puede ser inducida por la sugestión verbal, por impresiones auditivas o visuales, o por movimientos repetidos en forma monótona, como ocurre en determinados rituales, con danza o música rítmica. Se asemeja electroencefalográficamente al patrón del sueño ligero o de la etapa 1 del sueño ortodoxo, es decir, aparece alfa intermitente y de menor amplitud, domina la actividad alfa desincronizada similar a la del registro de vigilia activada. Es una inhibición parcial que se produce en la corteza de los hemisferios cerebrales.

Durante la hipnosis se presentan cambios psicofisiológicos característicos, según han reportado Sarbin y Slagle:

1. Disminución en el ritmo respiratorio y en el consumo de oxígeno.
2. Aumento de la temperatura bucal y cutánea.
3. Disminución del pulso y de la presión sanguínea.
4. Reducción en la actividad electrodérmica espontánea (resistencia cutánea basal).
5. Disminución del nivel de atención, lo que lleva implícito una menor actividad electrooculográfica. Con los ojos abiertos, con los ojos cerrados o durante la solución de un problema aritmético, los sujetos hipnotizados tienen un ritmo de movimientos oculares rápidos (MOR/minuto) significativamente menor que los sujetos en estado de vigilia bajo cualquiera de las tres condiciones señaladas.
6. Aparición de movimientos oculares lentos.
7. Nistagmo optocinético.

Las investigaciones de Nevsk muestran los cambios electroencefalográficos producidos en un sujeto que pasa del estado de vigilia al de hipnosis. Aparecen cuatro fases bioeléctricas:

1. Fase de nivelación del ritmo.
2. Fase de los husos alfa.
3. Fase de mínima actividad eléctrica.
4. Fase de las ondas beta.

Como se puede apreciar en estas cuatro fases, se produce una disminución del ritmo alfa hasta que desaparece por completo. Por otro lado, el ritmo beta se debilita y las curvas de la corriente eléctrica del cerebro se encuentran fuertemente condensadas.

Existen diferentes clasificaciones y nomenclaturas de las etapas de la hipnosis, según las características psicofisiológicas y bioeléctricas del sujeto en respuesta a la profundización del estado hipnótico. Nosotros la dividimos en hipnosis simple, hipnosis media e hipnosis profunda.

Hipnosis simple. También conocida por *catalepsia palpebral*. El sujeto no puede abrir los ojos ni hacer movimientos voluntarios. En el Capítulo VI («Pasos de la hipnosis»), se detallan más las características de la etapa y los procedimientos para llegar a ella.

En la hipnosis simple aparece lo que Nevsk denomina *fase de nivelación del ritmo*, es decir, que en el EEG aparece una nivelación del ritmo alfa; la amplitud de las ondas alfas bajas va en ascenso, las altas descienden o no se modifican y la modulación de la ondulación se atenúa.

Si se hacen sugerencias en las que participe el sujeto hipnotizado, automáticamente se acrecenta el ritmo alfa, y cuando se indique reposo se nota en el EEG la caída de la actividad bioeléctrica del cerebro.

TABLA II

ETAPAS DEL SUEÑO HIPNÓTICO

ETAPA	EEG	EOG	EMG
Hipnosis simple	Nivelación del ritmo alfa	Movimientos oculares rápidos	Se mantiene el tono muscular
Hipnosis media	Ritmo alfa, husos alfa, el ritmo beta se debilita	No hay movimientos oculares rápidos	Disminución del tono muscular
Hipnosis profunda	Ritmo theta, bajo voltaje	No hay movimientos oculares rápidos	Disminución total del tono muscular

Hipnosis media. Se caracteriza porque el paciente entra en sueño hipnótico y debe existir convergencia de los globos oculares. No es una etapa profunda de hipnosis y generalmente se recuerdan los experimentos realizados en esta fase. Se establece una inhibición incompleta de la corteza cerebral y durante este estado existe una división funcional consistente en que determinados sectores corticales se encuentran dormidos y otros, en forma paralela, permanecen despiertos. Se mantiene una zona de vigilia o «punto de guardia» a través de la cual se conserva el *rapport* con el hipnotizador.

En la hipnosis media hay catalepsia braquial, relajación profunda y otras características que serán mencionadas en el Capítulo VI sobre «Pasos de la hipnosis».

Desde el punto de vista de la actividad bioeléctrica del cerebro, se encuentra en el EEG la llamada *fase de los husos alfa*, en la que aparece depresión y finalmente desaparición de los husos alfa, con debilitamiento del ritmo beta y de la actividad eléctrica del cerebro; el ritmo alfa comienza a tener señales significativas de desaparición y el ritmo beta empieza a debilitarse considerablemente.

Hipnosis profunda. Esta fase se conoce por *etapa sonambúlica*. En la misma es posible realizar todos los fenómenos especiales de la hipnosis. Se caracteriza por pérdida del recuerdo de lo que se hace y se dice

(amnesia profunda), se puede establecer bloqueo de los receptores, anestesia superficial, profunda y llegar incluso a la catalepsia general, a un mayor poder muscular (hiperpraxia) y al recuerdo de experiencias extinguidas en la conciencia del sujeto (hipermnesia), así como a la regresión de la edad a sugerencia del hipnotizador. En capítulos venideros se abunda más sobre las características de esta etapa.

Desde el punto de vista electroencefalográfico, aparece ritmo theta de bajo voltaje (menos de 8 Hz) y desaparecen los ritmos alfa y beta característicos del estado normal de vigilia del hombre. Las ondas beta se caracterizan por presentar una frecuencia de 4 a 7 Hz, por lo que la etapa ha sido también denominada *fase de las ondas beta*.

El EOG no registra movimientos oculares rápidos y en el EMG aparece una disminución total del tono muscular.

A partir de la hipnosis profunda podemos llegar a un estado especial de conciencia inducido experimentalmente, que se conoce con el nombre de *sueño paradójico inducido por hipnosis*, del cual hablaremos más adelante en este capítulo.

SUGESTIÓN EN EL SUEÑO NATURAL

El contacto con la realidad externa no se pierde durante el sueño natural; es decir, se mantiene una relación de contacto a través de los puntos de vigilia de la corteza cerebral. Por ejemplo, un soldado puede dormir sin que los sonidos de los disparos lo despierten y, sin embargo, se despierta de inmediato cuando escucha una señal de alarma o la voz de un superior. Es necesario preguntarse qué es lo que sucede, por qué se responde a estímulos incluso de menor intensidad y no a otros. La respuesta lógica es suponer que existe una selectividad en la percepción del estímulo al que se va a responder; o sea, que las zonas que quedan en vigilia están sumamente atentas a un tipo de estímulo determinado, mientras que los otros estímulos no son capaces de provocar excitación.

Sobre la base del planteamiento anterior, se han realizado investigaciones con vistas a utilizar la sugestión en estado de sueño natural. Para esto es necesario crear la activación de una zona determinada de la corteza, pero que la misma no provoque el despertar del sujeto. Existen métodos de inducción hipnótica que utilizan el sueño natural como medio inicial para pasar al paciente al estado hipnótico.

Noiset y Bertrand, en 1829, y posteriormente Fresacher, lo recomendaron como muy positivo; para su mejor utilización aconsejaban que el paciente estuviera en fase de sueño profundo. Una vez que se ha comprobado esto, se comienza hablando en voz baja y en forma de cuchicheo, pero de modo perseverante se le indica que sentirá la voz del

terapeuta y que continuará durmiendo; se recomienda mencionar su nombre con vistas a establecer el *rappor*t.

Numerosas investigaciones han demostrado que durante el sueño natural las palabras de otra persona son perceptibles y que las mismas lo despertarán o no, las recordará o no, según la etapa del sueño y la significación personal de dichas palabras.

La mejor etapa de sueño natural para aplicar sugestión es la del sueño paradójico, donde se consolida la memoria a largo plazo y se recuerdan los sueños de forma clara. Es necesario destacar que es esta etapa la que más se parece al sueño paradójico inducido por hipnosis. En el sueño ortodoxo por lo general se recuerda menos lo soñado y las sugerencias son menos efectivas, pues es sumamente raro que puedan ser realizadas las representaciones de las sugerencias dadas.

El fundamento fisiológico de la sugestión en sueño natural es la formación de un área de excitación y su aprovechamiento para convertirla en zona de vigilia que permita la percepción del habla. Este método ha sido muy utilizado para el aprendizaje de idiomas, ya que al parecer se produce un proceso hipermnésico que permite retener por mucho tiempo en la memoria el material suministrado en esta fase de sueño. Suele ocurrir que se recuerdan las cosas como producto de sueños.

Sviadosch, en su libro *La neurosis y su tratamiento*, plantea que en las investigaciones realizadas por él pudo encontrar que la elaboración de puntos de guardia durante el sueño natural por medio de la sugestión preliminar se logra con mayor facilidad en los adolescentes de ambos sexos.

Por otro lado, Viazenski plantea que las sugerencias terapéuticas realizadas durante el sueño natural son sometidas a amnesia, y está de acuerdo con Sviadosch en que es difícil establecer *rappor*t con una persona sumida en estado de sueño natural. Nuestra opinión es que esto está en dependencia directa con el estado del sueño de las personas, pues lo que ellos plantean ocurre en el sueño ortodoxo, pero no así en el paradójico.

Las indicaciones deben comenzar en estado de sueño paradójico sugiriendo siempre sueño. Se le indica, por ejemplo: *«Duerma... duerma profundamente... duerma cada vez más profundamente... Usted siente mi voz... pero continúa durmiendo... Duerma... tranquila y profundamente... tranquila y profundamente...»* Es necesario observar el ritmo respiratorio del paciente y cuando se detecte que cambia después de las sugerencias, esto indica que se ha establecido el *rappor*t y que se puede pasar a las sugerencias terapéuticas.

Existe la posibilidad de que el paciente se despierte. En este caso es necesario sumirlo en sueño hipnótico, pero sin utilizar métodos de fijación de la mirada, pues esto puede contribuir a disipar el sueño.

Cuando se haya establecido el *rappori* y se comience a dar sugerencias, se debe comprobar que el paciente las cumple. Para ello se utilizan sugerencias de levitación de los miembros; si esto ocurre, se continúa sugiriendo sueño, haciendo siempre énfasis en que éste será cada vez más profundo. Una vez que se ha comprobado que la respiración del sujeto es igual que al comenzar a trabajar con el mismo, se puede llevar la orientación de la sugestión verbal en la dirección que se quiera, pudiendo ser como medio terapéutico para eliminar síntomas, como medio hipnopédico para el aprendizaje o como medio experimental para realizar estudios científicos.

Algunos terapeutas corrigen determinados síntomas o hábitos en los niños pequeños mediante la sugestión durante el sueño natural. Para ello orientan a la madre a decir determinadas frases (sugerencias) de contenido afectivo-modificador durante el sueño del niño. Por ejemplo: *«Mamá te quiere mucho más cuando no te chupas el dedo»* o *«Cuando duermes sin orinarte en la cama, mamá te quiere más y te lleva a pasear»*. Para que esta terapia sea efectiva es necesario que la persona que la ejecute (la madre) sea orientada en cómo detectar por signos exteriores (movimientos oculares rápidos) o por el tiempo de sueño, la aparición de la fase paradójica y a utilizar siempre frases de reforzamiento positivo.

La hipnopedia, o uso de la hipnosis, del sueño natural o del estado hipnagógico para el aprendizaje, se ha venido desarrollando desde hace muchos años. Ya en los años cincuenta, se hicieron experimentos de aprendizaje de idioma coreano con *marines* norteamericanos, a los que se les pasaban grabaciones en estado de sueño natural. El resultado fue extraordinario, ya que los sujetos aprendían con rapidez dicho idioma en un período relativamente corto.

SUEÑO E HIPNOSIS

CONTROVERSIAS ACTUALES

No existe un acuerdo general sobre si la hipnosis constituye un tipo de sueño o si se trata de un estado distinto a éste. Reseñar todas las discusiones sobre este polémico aspecto implicaría dedicar varios volúmenes y, por otra parte, otros autores se han ocupado de hacerlo con mayor o menor exhaustividad, aunque sin llegar a una conclusión convincente. Nosotros nos limitaremos a destacar algunas posiciones sobre el particular, y reflejaremos nuestra posición.

Las características electroencefalográficas encontradas en la hipnosis, tal como las señalamos al definir este estado, han servido de argumento

a diferentes investigadores para destacar que la hipnosis es una variante del sueño, caracterizada por disminución de la actividad eléctrica del cerebro, y que el grado y la calidad de dicho descenso dependen de la profundidad del sueño hipnótico.

Para otros científicos, la hipnosis no puede ser clasificada como un estado de sueño, puesto que éste cambia de modo bastante característico las corrientes bioeléctricas del cerebro, y agregan que la base de la hipnosis no es el proceso de inhibición.

Algunos hipnólogos consideran que la hipnosis aumenta la actividad eléctrica del cerebro. Otros plantean que la hipnosis crea un descenso o que se establece una desincronización con ondas lentas.

Para otros, la hipnosis representa un estado de excitación intensa del cerebro (Mendel); para Zimssen es un estado inhibitorio de la corteza cerebral; Verworn ve la hipnosis como el más alto grado de vigilia; Béjterev decía que la hipnosis representa una modificación del sueño natural, y así existen infinidad de definiciones que debaten la cuestión de si la hipnosis es un estado o no de sueño natural.

Pávlov plantea que en la hipnosis se producen procesos y efectos similares a los del sueño, diferenciándose sólo en ciertas particularidades. Por ejemplo, la hipnosis es un sueño que al inicio se limita sólo a un radio de acción y que posteriormente se extiende, se propaga a los grandes hemisferios, hasta la región subcortical; deja intactos únicamente los centros de la respiración, las contracciones cardiacas y el denominado *punto de vigilia*. Es decir, que considera la hipnosis no como un sueño completo, sino como un sueño parcial, y señala que el sueño es una inhibición generalizada de los grandes hemisferios, con excepción de los puntos de la corteza cerebral que se mantienen de guardia; en cambio, la hipnosis es una inhibición parcial, pues ciertas zonas del cerebro permanecen despiertas y son las que permiten el *rapport* con el hipnotizador, facilitando que el paciente duerma cuando está en estado de inducción hipnótica, pero que al mismo tiempo pueda escuchar la voz del terapeuta, comprendiendo y ejecutando las distintas consignas encomendadas.

Se han podido comprobar electroencefalográficamente las variaciones de ritmo que se registran cuando un sujeto hipnotizado ejecuta una consigna y cuando escucha sólo la voz que le ordena dormir. Esto se explica por la irradiación de la inhibición que, de acuerdo con el tipo o la intensidad de la consigna, altera mediante aumento o disminución el tono de la corteza.

Es interesante señalar que cuando se termina el proceso de inducción hipnótica y el paciente vuelve a la etapa de vigilia, desaparecen automáticamente las ondas theta y aparecen de nuevo el ritmo alfa y el ritmo beta normales.

La hipnosis crea diferentes grados de intensidad y de extensión de la inhibición en la corteza cerebral y esto se demuestra en los cambios de frecuencia de las oscilaciones eléctricas y de la tensión de los potenciales. De aquí se desprende el planteamiento de que la influencia verbal en el sueño hipnótico suscita modificaciones electrofisiológicas y bioquímicas en la corteza cerebral.

Pávlov consideraba que una persona puede pasar del estado de vigilia al sueño hipnótico y de éste al sueño natural.

Las investigaciones electroencefalográficas del sueño hipnótico permiten establecer tres rasgos esenciales:

1. Inhibición incompleta de la corteza que se diferencia del sueño fisiológico.
2. División funcional consistente en que determinados sectores psicológicos se encuentran dormidos y otros, en forma paralela, despiertos.
3. Existencia de una zona de vigilia (punto de guardia) a través de la cual se conserva el *rapport* con el hipnotizador.

Este último aspecto no diferencia totalmente al sueño hipnótico del natural, pues se ha comprobado que en el sueño fisiológico se mantiene una relación con el medio. Ejemplo de esto es la madre que se despierta automáticamente ante el aumento del ritmo respiratorio de su hijo pequeño.

No nos detendremos a mencionar las posiciones que señalan a la hipnosis como un estado regresivo (hipótesis atavística de los psicoanalistas culturalistas o neopsicoanalistas) y como un estado disociativo o de fragmentación, ya que las discutiremos en el próximo capítulo, dedicado a la evolución histórica del estudio de la hipnosis.

CRITERIO DE LOS AUTORES

Consideramos que *la hipnosis es un estado especial de sueño con hipersugestibilidad, intermedio entre la vigilia y el sueño paradójico.*

Se asemeja al sueño fisiológico en que:

1. Ambos son estados alterados de conciencia.
2. Son expresión de inhibición cortical irradiada.
3. Son intercambiables, es decir, la sugestión hace más fácil el paso a la hipnosis a partir del sueño fisiológico, y la extinción del estímulo sugestivo lleva al sueño normal y no a la vigilia.

4. A medida que se profundiza en la hipnosis, los registros electroencefalográficos se asemejan a los del sueño paradójico.
5. No se pierde totalmente la relación con el medio, pues en ambos se mantienen zonas de vigilia.
6. Se obtienen movimientos oculares rápidos cuando una persona sueña y cuando se le sugiere en estado hipnótico profundo que lo haga.
7. Ambos parten de un estado hipnagógico que evoluciona hasta un estado de disminución total del tono muscular, y de igual actividad bioeléctrica en algunas fases de la hipnosis.
8. Se hace más lento el ritmo de respiración y disminuyen la frecuencia de los latidos cardiacos, la secreción incondicionada de saliva y el metabolismo.
9. Existe un descenso del nivel de labilidad de las neuronas corticales cuando se aplican estímulos luminosos rítmicos.

Se diferencia del sueño fisiológico en que:

1. La hipnosis no tiene semejanza en ninguna de sus fases con el sueño ortodoxo en cuanto a la actividad eléctrica del cerebro.
2. Es un estado de hipersugestibilidad.
3. Se producen fenómenos especiales (catalepsia general, anestesia general, etc.), previa sugerencia por parte del hipnotizador.
4. Los cambios bioeléctricos en el sueño natural van más allá de los que se observan en la hipnosis, con modificaciones más profundas y la aparición de oscilaciones bioeléctricas con una frecuencia de 1 a 3 Hz. Estas oscilaciones tienen un carácter regular y potenciales evocados hasta de 300 ó 400 mV, que no se ven ni en la hipnosis más profunda.

SUEÑO PARADÓJICO INDUCIDO POR HIPNOSIS

Esta variante común de dos estados alterados de conciencia, es decir, el punto de convergencia entre el sueño paradójico en su actividad onírica y la hipnosis, se obtiene experimentalmente sólo a partir de la hipnosis profunda. En la literatura también se le conoce como *sueño REM inducido por hipnosis* o simplemente como *sueños hipnóticos*, en referencia a la actividad onírica sugerida en este estado.

Al sujeto profundamente hipnotizado se le sugiere que sueñe libremente o que reproduzca sueños anteriores. También se le puede pedir que relacione sus sueños con determinados estímulos que el experimentador indique. Los sueños producidos en este estado son semejantes a los obtenidos en la etapa paradójica del sueño normal.

No existe diferencia entre la actividad electroencefalográfica del sueño paradójico normal y la del inducido hipnóticamente. Sin embargo, se registra una menor actividad ocular en el sueño paradójico inducido por hipnosis respecto a su contrapartida natural, según reportan Sarbin y Slagle.

ELECTROSUEÑO

Desde principios de este siglo se conoce una nueva forma de sueño inducido artificialmente que tiene enormes posibilidades terapéuticas. Se trata del *electrosueño*, conocido también como *electroterapia cerebral*, *sueño eléctrico*, *sueño electroterapéutico* y *electrotranquilización*, el cual fue descubierto en la URSS y se ha usado ampliamente para el tratamiento de diversas enfermedades.

Electrosueño significa tanto la técnica terapéutica como el estado alterado de conciencia producido por ésta. Consiste en la estimulación transcerebral con corriente directa de baja intensidad.

La corriente eléctrica débil que pasa a través del cerebro en el electrosueño tiene por lo general una intensidad de 0,1 a 4,0 *mA*, frecuencia de repetición de ondas cuadradas de 10 a 250 *Hz* y amplitud de pulsación rectangular o triangular con corriente directa de 0,1 a 6,0 *ms*. Éstas son las dimensiones más usuales, aunque varían mucho de acuerdo con el aparato de electrosueño utilizado, el tratamiento deseado y los objetivos del terapeuta. Por ejemplo, si se quiere producir anestesia (electroanestesia), lo usual es usar corriente alterna de una frecuencia de 100 000 *Hz*. También varían las especificaciones en cuanto a la combinación y colocación de los electrodos (por lo general de oro-plata) en la cabeza del paciente.

Martinovitch señala que el electrosueño está asociado con un estado psíquico relajado o placentero y con una baja actividad electromiográfica. Produce un aumento significativo del sueño profundo de ondas delta (etapas 3 y 4) sin modificar el porcentaje de sueño paradójico.

Numerosos investigadores, entre los que podemos citar a Wageneder y Germann, Gindes y muchos otros, mencionan las aplicaciones terapéuticas del electrosueño: tratamiento de trastornos del sueño, neurosis depresiva, neurosis de ansiedad, neurosis obsesiva, depresión reactiva, melancolía, psicosis maniaco-depresiva, esquizofrenia catatónica, estados psicopáticos, logoneurosis, migraña, dermatosis prurítica, soriasis, eccemas, epilepsia, enuresis nocturna, hipertonia, distonia vegetativa, trastornos hipotalámicos, molestias dentro del contexto de un síndrome psicovegetativo, asma bronquial, corea, preeclampsia, toxemia del embarazo, leucorrea funcional, amenorrea funcional, tuberculosis, parálisis y

espasmo muscular, encefalitis viral, dolores fantasmas, úlceras duodenales, trastornos gastrointestinales, supresión del dolor durante operaciones, eliminación de los dolores en el trabajo de parto, y otros usos médicos

El promedio de tratamiento es de 15 a 20 sesiones de una hora cada una.

Scherbakov utiliza el electrosueño en la recuperación de los deportistas, mientras que Sánchez Pérez y Jimeno lo han empleado para la memorización de obras teatrales.

También puede usarse para producir analgesia o anestesia (cuando se produce un profundo estado de inconciencia hablamos de electroanestesia) o para la inducción de la hipnosis (electrohipnosis).

Los aparatos de electrosueño pueden utilizarse también en la electroacupuntura.

Debemos señalar que no siempre el «electrosueño» implica que el paciente esté dormido. Con frecuencia el sujeto se mantiene relajado y disfrutando de la activación de las estructuras límbicas sin quedarse dormido. Por eso muchos autores prefieren hablar de electroterapia cerebral, para así incluir a los sujetos que permanecen en vigilia.

No hay duda de que tanto el sueño natural como el inducido por electrosueño o electroterapia cerebral (el sujeto puede permanecer durmiendo durante varios días si así se desea) tienen un papel importantísimo en la salud física y mental del individuo y que constituyen un factor determinante en la remisión de una variedad de trastornos psíquicos, psicossomáticos y somáticos.

Uno de nosotros (Asis) ha sugerido el uso del electrosueño como un estado alterado de conciencia adecuado para la investigación de la percepción extrasensorial.

APLICACIONES DE LA HIPNOSIS

Está ampliamente demostrado que por medio de la palabra se puede ejercer una influencia directa sobre los procesos de excitación y de inhibición de la actividad nerviosa superior, ya sea en vigilia, sueño natural, hipnosis u otro estado alterado de conciencia. Esta influencia puede modificar, desencadenar o inhibir el curso de procesos vegetativos muy definidos y es utilizada con fines diversos.

Como plantea Plátonov, la palabra no sólo inhibe, sino también excita y puede provocar cambios en el sistema endocrino vegetativo mediante emociones sugeridas, tal como se ha demostrado a través de

registros radiográficos y por análisis de laboratorio de la secreción gástrica.

Si aplicamos una sugestión verbal que provoque una emoción negativa (miedo, temor, angustia), aparece inmediatamente una disminución considerable del tono de la corteza cerebral, así como de las funciones de los órganos, lo que hace que se empeoren los procesos de asimilación del organismo. Si la sugestión verbal es, por el contrario, positiva (alegría), aumenta la excitabilidad de la corteza y mejoran los procesos de asimilación.

Una orden verbal puede provocar cambios completos en la conducta del hombre en cuanto a la respuesta a los estímulos externos e internos. Esto es sumamente importante, ya que por medio de la sugestión en estado de vigilia y más aún en hipnosis, se le puede presentar a un paciente un estímulo que originalmente le provocaba pánico y angustia, pero se evitan dichos efectos haciendo acompañar al estímulo desagradable de una sugestión verbal que le indique satisfacción; esto provocará un descondicionamiento de la reacción emocional negativa ante ese estímulo. Son numerosas las investigaciones experimentales por medio de la hipnosis en las cuales se le ha dado de beber alcohol a un paciente y se le ha dicho que es agua, observándose ausencia de intoxicación y pérdida de la selectividad en la discriminación del producto mediante el gusto. Pudiéramos señalar un sinnúmero de experiencias como ésta.

APLICACIONES MÉDICAS

La importancia que tiene la utilización de la sugestión verbal en estado de hipnosis radica principalmente en las excitaciones o las inhibiciones que se pueden establecer directamente sobre la corteza cerebral, ya que ésta es el punto de partida de las alteraciones funcionales psicogénicas. Por tanto, si aplicamos un estimulador que actúe sobre la corteza, es decir, sobre el segundo sistema de señales, estará actuando directamente sobre dichas alteraciones.

Las aplicaciones de la hipnosis en medicina humana incluyen el tratamiento de las alteraciones de los órganos respiratorios, del sistema circulatorio, epidérmicas, de las glándulas de secreción interna y mixtas, y otras.

Por medio de la hipnosis puede tratarse el asma bronquial, la taquicardia paroxística, la hipertensión psicósomática, la cefalalgia y la migraña, la colitis ulcerosa, el hipertiroidismo y otros trastornos.

En dermatología se emplea para las dermatitis. Por ejemplo, Lehman, Marcuse, Pávlov, Plátonov, Meares y muchos otros autores reportan el

éxito del tratamiento hipnoterapéutico en la eliminación de eccemas, verrugas y otras dermatosis. Nosotros hemos tenido buenos resultados en casos de soriasis y de cuadros dermatológicos agudos. Otros investigadores, entre ellos Machado, han tenido resultados extraordinarios en los casos de vitiligo.

LA HIPNOSIS COMO ANESTÉSICO

Quizás una de las aplicaciones médicas más conocidas de la hipnosis sea su uso como bloqueadora de las sensaciones dolorosas. En hipnosis profunda, la piel de un sujeto puede ser atravesada con un objeto punzante, cortada o quemada sin que sienta dolor y anulando prácticamente las reacciones fisiológicas a la lesión (hemorragias y otras).

Señala Brugnoli que cuando se utiliza la hipnosis para eliminar dolores físicos, es necesario tomar en consideración que no sean expresión de una enfermedad somática, ya que el dolor desaparece considerablemente al sugerirle al paciente estados analgésicos, y éstos pueden borrar la expresión de una enfermedad somática perjudicándolo de esta forma, pues dicha enfermedad no dejaría de continuar su curso.

Sacerdote menciona estudios sobre la eficacia de la hipnosis para alterar favorablemente la percepción de los pacientes cancerosos, amortiguando las reacciones somáticas y psicológicas, limitando la morbilidad, prolongando la vida útil y reduciendo el uso de medios quirúrgicos, químicos y radiológicos, así como de otras terapias, incluyendo los narcóticos. Ya anteriormente Marcuse recomendaba el uso de la hipnosis en oncología, para aliviar los dolores del cáncer de las mamas, del útero, del estómago, etc., alegando que permite reducir el consumo de drogas, aliviar los dolores, mejorar la depresión, prolongar la vida y hacer más fácil la muerte cuando ésta llega.

De cualquier modo, opinamos que no debe utilizarse la hipnosis con fines analgésicos o anestésicos sin antes conocer el origen del dolor que se pretende aliviar.

USOS EN ESTOMATOLOGÍA

Las posibilidades analgésicas y anestésicas de la hipnosis han permitido su uso no sólo en operaciones quirúrgicas, sino también en la práctica estomatológica.

Stolzenberg, Shaw, Moss y otros investigadores destacan las ventajas de la utilización de la hipnosis como forma de anestesia bucal, como analgesia y como medio profiláctico para crear reflejos condicionados

HS0365 e91

134
H
H

NO CIRCULANTE



de higiene y eliminar el clásico temor que tienen las personas cuando deben enfrentarse con el estomatólogo.

La aplicación de la hipnosis en estomatología ha tenido gran auge en los últimos años. Así, existen universidades en diferentes países que consideran la hipnodoncia como asignatura básica en la especialidad de estomatología. En Cuba, cada día es mayor el número de estomatólogos que utilizan la hipnodoncia en su práctica profesional, pues las ventajas son evidentes, sobre todo en los casos en que hay alergia o intolerancia a los anestésicos. Otra de las ventajas está relacionada con el comportamiento del paciente en el tratamiento quirúrgico de las encías o en el trabajo de fresado en las piezas bucales afectadas por caries u otras afecciones. Con la ayuda de la hipnosis, el paciente no siente dolor ni miedo, no contrae la musculatura estriada de la boca y facilita el trabajo del estomatólogo.

Barber ha utilizado un procedimiento rápido de inducción hipnótica con el cual ha realizado muchos trabajos sobre hipnoanalgesia.

En el capítulo dedicado a los pasos de la hipnosis explicaremos cómo utilizar la hipnosis para provocar analgesia y anestesia.

EMPLEO EN OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

La hipnosis ha sido utilizada como medio psicoprofiláctico de los dolores del parto y sobre esto se han escrito numerosos trabajos. En Cuba es ampliamente conocido el libro de Velvolski y colaboradores sobre el tema.

Sersale plantea que el estado hipnótico abrevia las etapas del parto y la dilatación se establece en un tiempo más corto, porque no existe una actitud inhibitoria en la paciente. Por medio de la hipnosis se favorece la desaparición de los temores propios del parto, principalmente en las mujeres que van a parir por primera vez.

El momento del parto es en realidad una situación de *stress* que se crea en la mujer. Si logramos establecer un estado de tranquilidad, seguridad y firmeza en el momento del alumbramiento y en sus pasos previos, es indudable que el mismo se realizará de forma más segura, con menor tensión emocional y menor presión psicológica, pues a través de la hipnosis se pueden neutralizar todas las sugerencias que desde la niñez reciben las mujeres respecto a los dolores del parto.

La mujer bajo hipnosis se concentra y utiliza con mayor eficacia sus esfuerzos, sin dispersar la energía muscular. Esto trae como resultado que se acorten significativamente las etapas del parto.

Según Galeazzi y Minella, el período de dilatación es el que más se reduce por la acción hipnótica, a causa de que sustrae a las parturientas

de toda actitud inhibitoria. Estos hipnólogos afirman que el tiempo de expulsión se reduce por lo general a la mitad, pudiéndose con acción hipnótica iniciar esa etapa a partir de una dilatación del cuello uterino de 7 cm por la disminución de las resistencias musculares a la formación del canal del parto.

El acortamiento del tiempo del parto evita que la mujer se agote, disminuye considerablemente las intervenciones obstétricas y se previene la anoxia fetal. Esto ha quedado demostrado por investigaciones realizadas a través de comparaciones de intercambio gaseoso de ácido básico efectuado con neonatos nacidos bajo hipnosis y otros nacidos con anestésicos convencionales.

Se ha usado la hipnosis para cambiar la posición del feto incluso pocos días antes del parto y para estimular la secreción de leche en las parturientas.

Bowers y Velly plantean que la hipnosis sirve como estrategia para controlar las respuestas específicas al *stress*, así como para diversos fines, principalmente en la inhibición de distintas reacciones emocionales, y hacen énfasis en que la analgesia por hipnosis es más eficaz que la morfina para el alivio del dolor, de lo que se desprende la significación que adquiere la utilización de la hipnosis en los problemas relacionados con el parto.

En ginecología, la hipnosis se emplea eficazmente en trastornos psicofisiológicos como: dismenorrea psicósomática, dismenorrea histérica, amenorrea funcional, síntomas de la menopausia, esterilidad psicógena, menorragia funcional, leucorrea funcional, pseudociestis (embarazo histérico o psicológico) y prurito vulvar psicógeno.

También se emplea para evitar el embarazo. Varios colegas informan estar aplicando con éxito la hipnosis como medio seguro de contracepción.

LA HIPNOSIS EN LOS TRASTORNOS PSICOLÓGICOS

Además de los trastornos ginecológicos mencionados anteriormente, la hipnosis puede utilizarse en el tratamiento de disfunciones sexuales.

Investigadores como Cheek, Deables, Meares, Lastre y otros, informan infinidad de casos de frigidez y de impotencia curados a través de la hipnosis.

También se emplea en el tratamiento de la enuresis, el insomnio, la adicción a las drogas, el alcoholismo, el tabaquismo, los tics, la tartamudez, la agresividad masculina en la mujer, la obesidad psicógena, la anorexia nerviosa, los trastornos de la personalidad y las neurosis.

Feriolz señala el éxito que ha obtenido en la hipnoterapia de casos de vómitos psicógenos y hace énfasis en la rapidez con que se remitieron los síntomas.

Nosotros hemos tratado hasta la fecha a cinco pacientes con características similares y en los mismos desapareció la sintomatología en menos de cinco sesiones con hipnosis media y profunda, aunque en realidad asociamos la hipnoterapia con la psicoterapia racional y persuasiva, para que fuera más perdurable el desacondicionamiento. Estos casos fueron seguidos y controlados durante tres años y en ninguno de ellos se restableció la sintomatología.

La obesidad es con frecuencia manifestación de trastornos psicógenos, y muchas personas canalizan la ansiedad a través de la bulimia, lo que trae como consecuencia un aumento considerable del peso. Para resolver esta cuestión se han utilizado técnicas como la acupuntura, la cual estimula a través de agujas los centros específicos que se relacionan con el apetito; sin embargo, los resultados son mejores, más duraderos y eficaces cuando se utiliza la hipnoterapia dirigida hacia esta meta. Exce-lentes han sido los resultados obtenidos por Carmenate, Guelman y Linde, quienes recomiendan trabajar a los pacientes en hipnosis media y profunda, dándoles sugerencias posthipnóticas de falta de apetito y creán-doles aversión a los carbohidratos y lípidos.

Por último, cualquier tipo de toxicomanía puede ser desacondicionada. La técnica para la deshabitación de drogas, medicamentos, tabaquismo y otras toxicomanías está dirigida a romper las conexiones nerviosas temporales formadas por los reflejos condicionados que sostienen estos tipos de hábitos.

Nosotros hemos obtenido resultados favorables en casos de alcoholismo y tabaquismo, pero principalmente en aquellos sujetos que nos han solicitado ayuda en este aspecto, no así en algunos casos a los que hemos aplicado técnicas de hipnosis sin que tuvieran interés en dejar la dependencia.

HIPNOPEDIA Y EXPERIMENTACIÓN

El campo de acción de la hipnosis es inmenso; está dirigido no solamente a la eliminación de un síntoma determinado, sino también ha sido utilizada en el logro de algunos objetivos de índole no médica, como es el aprendizaje de idiomas, en que se destacan los trabajos de Chalbaud, Lozánov y otros investigadores.

Las técnicas para el aprendizaje de idiomas reciben el nombre de *hip-nopedia* y *sugestopedia*, ya se utilice la hipnosis o el sueño natural y la sugestión en vigilia para la fijación de vocabulario y fonemas de las len-

guas extranjeras. Se ha demostrado que su uso acelera el proceso de aprendizaje de cualquier idioma.

Otro uso experimental de la hipnosis es en la investigación de la percepción extrasensorial (conocida abreviadamente por sus siglas en inglés: ESP). En este siglo son conocidos los trabajos de sugestión a distancia realizados por Vasiliev, Bétterev y otros científicos en la URSS. En Cuba, nosotros hemos realizado experimentos de percepción extrasensorial usando sueños inducidos por hipnosis, y en general, la literatura informa de numerosos trabajos realizados con hipnosis en la investigación de la percepción extrasensorial. Incluso Meares menciona experiencias espontáneas que tuvo con pacientes que respondían en estado hipnótico a las sugestiones pensadas por él.

La hipnosis también ha sido empleada en el restablecimiento de la adaptación creadora del hombre a su medio, en la búsqueda de un equilibrio psíquico, es decir, de una estabilidad entre los procesos de inhibición y excitación de la corteza cerebral, creando una elevación del tono positivo de ésta con reacciones parecidas a las de una sugestión verbal emocional positiva (alegría) que, como planteamos anteriormente, eleva el proceso de asimilación, restablece el sueño, el apetito, etc.

En términos generales podemos plantear que la sugestión y la hipnosis ejercen una influencia extraordinaria sobre la subcorteza cerebral, principalmente sobre el hipotálamo, que es el órgano encargado del equilibrio hídrico, de las emociones, del sueño, de la energía sexual y de otras funciones.

La hipnosis adquiere una importancia extraordinaria por todos los aspectos señalados anteriormente, por lo que su conocimiento y estudio revisten gran significación a causa de su amplio campo de utilización.

BIBLIOGRAFÍA

- ASERINSKY, E.: «Physiological activity associated with segments of the rapid eye movement period.» En: S. S. Kety, E. U. Evarts and H. L. Williams (eds.), *Sleep and altered states of consciousness*. Baltimore: Williams & Wilkins, 1967.
- ASERINSKY, E. AND N. KLEITMAN: «Regularly occurring periods of eye motility and concomitant phenomena during sleep.» *Science*, 118: 273-274, 1953.
- ASÍS, M.: «EEG alpha rhythm and electrosleep in relation to the psi phenomena research.» *I.E.S.A. Information*, 22/23: 46, September, 1977.
- ASÍS, M.: «Uso del sueño REM inducido por hipnosis en la experimentación de percepción extrasensorial.» II Congreso Nacional de Psicología de la Salud, Ciudad de La Habana, marzo 1979.
- BARBER, T. X.: «Informe clínico sobre inducción rápida de la analgesia.» *Revista Iberoamericana de Sofrología y Medicina Psicosomática*, 7 (2): octubre 1977.
- BARKER, W. AND S. BURGWIN: «Brain wave patterns during hypnosis, hypnotic sleep and normal sleep.» *Archives of Neurology and Psychiatry*, 62: 412-420, 1949.
- BOWERS, K. AND P. VELLY: «Stress, disease, psychotherapy and hypnosis.» *Journal of Abnormal Psychology*, 88 (5): 490, 1979.
- BRUGNOLI, A.: «Hipnoterapia en el dolor psicosomático.» *Revista Iberoamericana de Sofrología y Medicina Psicosomática*, 10 (2): octubre 1979.
- CANNON, W. B.: «'Voodoo' death.» *American Anthropologist*, 44: 169-181, 1942.
- CARMENATE, W.: *La hipnoterapia en el tratamiento de la obesidad*. Trabajo de diploma, Facultad de Psicología, Universidad de La Habana, 1979.
- CHALBAUD, T. J. A.: «Técnicas sofrológicas aplicadas al aprendizaje de idiomas.» *Revista Iberoamericana de Sofrología y Medicina Psicosomática*, 7 (4): abril 1978.
- CHEEK, D. B.: «Hipnoterapia breve de la frigidez.» *Revista Iberoamericana de Sofrología y Medicina Psicosomática*, 7 (1): julio 1976.
- DARROW, C. W., E. C. HENRY, M. M. GILL AND MARGARET BRENNAN: «Inter-area electroencephalographic relationships affected by hypnosis: preliminary report.» *Electroencephalographic and Clinical Neurophysiology*, 2: 231-240, 1950.
- DEABLES, H.: «Hipnoterapia de la impotencia.» *Revista Iberoamericana de Sofrología y Medicina Psicosomática*, 7 (1): julio 1976.
- DEMENT, W. C.: «The biological role of REM sleep.» En: A. Kales (ed.), *Sleep: physiology and pathology*. New York: Lippincott, 1969.
- DEMENT, W. C. AND N. KLEITMAN: «Cyclic variations in EEG during sleep and their relation to eye movements, body motility, and dreaming.» *Electroencephalographic and Clinical Neurophysiology*, 9: 673-690, 1957.
- ERICKSON, M. H., E. L. ROSSI AND SHEILA I. ROSSI: *Hypnotic realities*. New York, Irvington, 1976.
- FERROLZ, W.: «Hipnoterapia en dos casos de vómitos psicógenos.» *Revista Iberoamericana de Sofrología y Medicina Psicosomática*, 7 (1): julio 1976.
- FERNÁNDEZ GUARDIOLA, A.: «Bases neurofisiológicas del sueño.» *Gaceta Médica de México*, 105: 243-252, 1973.
- FISHER, CH. AND W. C. DEMENT: «Studies on the psychopathology of sleep and dreams.» *American Journal of Psychiatry*, 119: 1160-1168, 1963.
- FRANCO SALAZAR, G.: *Manual de electroencefalografía* (α , β , θ , δ). Ciudad de La Habana: Editorial Científico-Técnica, 1980.

- GINDES, B. C.: *Nuevos conceptos sobre el hipnotismo*. Buenos Aires: Psique, 1959.
- GINDES, B. C.: «Clinical applications of electrosleep». *I. E. S. A. Information*, 17: 13-21, June 1973.
- GUANTIERI, G.: «Hipnoterapia de los desórdenes psicossomáticos.» *Revista Iberoamericana de Sofrología y Medicina Psicossomática*, 7 (1): julio 1976.
- GUELMAN, S. S.: «Hipnosis en la obesidad.» *Revista Iberoamericana de Sofrología y Medicina Psicossomática*, 7 (4): abril 1978.
- HARTMANN, E. L.: «On the pharmacology of dreaming sleep (the D-state).» *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 146: 165-173, 1968.
- HARTMANN, E. L.: «Pharmacological studies of sleep and dreaming: chemical and clinical relationships.» *Biological Psychiatry*, 1: 243-258, 1969.
- HARTMANN, E. L.: *The functions of sleep*. New Haven, Conn.: Yale University Press, 1973.
- HIEBSCH, H. AND M. VORWERG: *Psicología social marxista*. Ciudad de La Habana: Editora Política, 1932.
- HILGARD, E. R.: *The experience of hypnosis*. New York: Harcourt Brace Jovanovich, 1968.
- HILGARD, E. R.: *Hypnosis in the relief of pain*. Los Altos, California: Kaufmann, 1975.
- JOVANOVIĆ, U. J.: «The periodicity of erection during sleep in healthy men.» *Electroencephalographic and Clinical Neurophysiology*, 27: 626, 1969.
- KALES, A. AND J. D. KALES: «Evaluation, diagnosis and treatment of clinical conditions related to sleep.» *Journal of the American Medical Association*, 213: 2229-2235, 1970.
- KAPLAN, H. S.: *The new therapy*. New York: Brunner & Mazel, 1974.
- KULIKOV, V. N.: *Introducción a la psicología social marxista*. La Habana: Departamento de Orientación Revolucionaria del Comité Central del Partido Comunista de Cuba, 1974.
- LASTRE, E. Y M. RÍOS: «Hipnoterapia de la impotencia.» *Revista Iberoamericana de Sofrología y Medicina Psicossomática*, 7 (1): julio 1976.
- LEHMAN, R.: «Hipnosis en un caso de neurodermatitis.» *Revista Iberoamericana de Sofrología y Medicina Psicossomática*, 10 (2): octubre 1979.
- LINDE, W. G.: *Cómo adelgazar con hipnosis*. Buenos Aires: Glem, 1965.
- LOOMIS, A. L., E. N. HARVEY AND G. A. HOBART: «Brain potentials during hypnosis.» *Science*, 83: 239-241, 1936.
- LOZÁNOV, G.: *Suggestology and outlines of suggestopedy*. New York: Cordon & Breach, 1978.
- MACHADO, L. L.: «Hipnoterapia del vitiligo.» *Revista Iberoamericana de Sofrología y Medicina Psicossomática*, 8 (2): octubre 1979.
- MARCUSE, F. L.: *Hypnosis, fact and fiction*. Baltimore, Maryland: Penguin Books, 1959.
- MARTINOVITCH, Z.: «Psychophysiological study of electrosleep.» *4th International Symposium on Electrosleep and Electroanaesthesia*. Paris, March 1975.
- MEARES, A.: *A system of medical hypnosis*. New York: Julian Press, 1972.
- MOSS, A. A.: *Hipnodoncia. Hipnosis en odontología*. Buenos Aires: Mundi, 1961.
- ORLANDINI, A.: *Técnicas en farmacología clínica*. Santiago de Cuba: Editorial Oriente, 1979.
- PÁVLOV, I. P.: *El sueño y la hipnosis: trabajos experimentales*. Buenos Aires: Martínez de Murguía, 1959.
- PÁVLOV, I. P.: «El problema del sueño y la hipnosis». En sus: *Obras escogidas*. Buenos Aires: Quetzal, 1960.

- PÁVLOV, I. P.: *Los reflejos condicionados aplicados a la psicopatología y psiquiatría*. La Habana: Edición Revolucionaria, 1966.
- PLÁTONOV, K. I.: *La palabra como factor fisiológico y terapéutico: problemas de la teoría y práctica de la psicoterapia a la luz de la doctrina de I. P. Pávlov*. Moscú: Ediciones en Lenguas Extranjeras, 1958.
- PLÁTONOV, K. I.: «El problema relacionado con la situación de la psicoterapia fisiológicamente fundamentada y acerca de los marcos de su empleo.» En: V. V. Lebedinski et al., *Problemas de psicoterapia*. Buenos Aires: Quetzal, 1962. pp. 28-41.
- REYHER, J.: «Clinical and experimental hypnosis. Implications for theory and methodology.» *Annals of the New York Academy of Sciences*, 296: 69-85, 1977.
- SACERDOTE, P.: «Teoría neurofisiológica de la percepción del dolor. Enfoque hipnótico sobre su alivio.» *Revista Iberoamericana de Sotrología y Medicina Psicosomática*, 7 (1): julio 1976.
- SÁNCHEZ PÉREZ, J. M. AND L. JIMENO: «Electrosleep in the memorization of theatrical plays.» 3rd International Symposium on Electrosleep and Electroanaesthesia. Varna, September 1972.
- SARBIN, T. R. AND R. W. SLAGLE: «Hypnosis and psychophysiological outcomes.» En: E. Fromm and R. E. Shor, *Hypnosis: research developments and perspectives*. London: Paul Elek, 1973. pp. 185-214.
- SASSIN, F. AND L. C. JOHNSON: «EEG correlates of body movements during sleep.» *Electroencephalographic and Clinical Neurophysiology*, 26: 237, 1969.
- SCHERBAKOV, N. M.: «Electrosleep in sportin practice.» 3rd International Symposium on Electrosleep and Electroanaesthesia. Varna, September 1972.
- SERSALE, L.: «Sofrología en obstetricia.» *Revista Iberoamericana de Sotrología y Medicina Psicosomática*, 7 (1): julio 1976.
- SHAW, S. L.: *Aplicaciones clínicas de la hipnosis en odontología*. Buenos Aires: Mundi, 1959.
- STOLZENBERG, J.: *Psicosomática y terapia de sugestión e hipnosis en odontología*. Buenos Aires: Mundi, 1954.
- SVIADOSCH, A.: *La neurosis y su tratamiento*. Buenos Aires: Chagre, 1961.
- Tesaurus cubano de psicología*. Ciudad de La Habana: Hospital Psiquiátrico de La Habana, 1983. (No publicado.)
- VASILIEV, L. L.: *Vnushenie na rasstoianii*. Moskva: Gosudarstvennoe Izdatelstvo Politicheskoi Literaturi, 1962.
- VASILIEV, L. L.: *Experiments in mental suggestion*. Church Cookham, England: Institute for the Study of Mental Images, 1963.
- VELVOSKI, I., K. I. PLÁTONOV, V. FLÓTICHER Y E. SHÚGOM: *Psicoprofilaxis de los dolores del parto*. Moscú: Ediciones en Lenguas Extranjeras, 1963.
- WAGENER, F. M. AND R. H. GERMANN: «Experiences with a device for cerebral electrotherapy and patients monitoring.» *I. E. S. A. Information*, 18/19: 20-30, July 1974.
- WILLIAMS, H. L.: «Sleep loss, sleep and psychophysiological efficiency.» *Psychopharmacological Bulletin*, 6: 83-84, 1970.
- WILLIAMS, H. L.: «The new biology of sleep.» *Journal of Psychiatric Research*, 8: 445-478, 1971.

Capítulo II

EVOLUCION HISTORICA

ETAPA DEL MAGNETISMO ANIMAL

El fenómeno de la hipnosis es conocido desde la Antigüedad, aunque su explicación estuvo siempre envuelta en un halo de misterio permeado por las prácticas místicas y mágicas de los pueblos antiguos.

La historia de la hipnosis se remonta a unos cuatro mil años atrás con el «sueño sagrado» de los templos egipcios. Todo parece indicar que los sacerdotes del antiguo Egipto inducían el sueño hipnótico en aquellos desesperados que iban a ellos a suplicar alivio para sus padecimientos. En el Museo Británico, en Londres, hay un bajorrelieve de Tebas que representa a un sacerdote haciendo «pases» al estilo de Mesmer. La *colocación de las manos* es mencionada en el papiro de Ebers, del siglo XVI a.n.e.

En Egipto, como en las antiguas China, India, Grecia, África y otras civilizaciones lejanas, la hipnosis era tanto una experiencia religiosa como un medio terapéutico.

Los métodos primitivos de inducción hipnótica tienen como característica el uso del canto rítmico al unísono, música, baile y palmadas monótonas, toques de tambor, etc. Estos métodos son utilizados por algunos pueblos de tradición primitiva como los samburúes kenianos, los aborígenes australianos, los bones de la India, los tántricos tibetanos, los tungus o shamanes de la Siberia ártica, los amerindios norteamericanos, los bahías, los subudes, y por religiosos fundamentalistas entre los que se destacan los pentecostales, los tembladores pensilvanos y otros.

Durante la Edad Media, cualquier inducción hipnótica o una simple referencia a la hipnosis era considerada como superchería o brujería, y de esos oscuros siglos no tenemos referencia de ningún «hereje» que haya desafiado el anatema eclesiástico contra la hipnosis y otros fenómenos.

Por eso, si queremos trazar con cierta continuidad el desarrollo histórico de las investigaciones científicas sobre hipnosis, debemos remontarnos a las postrimerías del siglo XVIII, época del llamado *magnetismo animal*.

Fue el conocido médico vienés Franz Anton Mesmer (1734-1815) quien introdujo la teoría del magnetismo animal, la cual surge por la influencia de las «curaciones magnéticas» de Paracelso y de Van Helmont, la filosofía de Fludd sobre el magnetismo y los planteamientos de Digby sobre magia y astrología.

Uno de los precursores de la teoría mesmeriana fue Empédocles (483-422 a.n.e.), quien consideraba que dos fuerzas opuestas, la de atracción y la de repulsión (el *amor* y el *odio*) constituyen la fuerza de sostén del universo. Existe también la posibilidad de cierta influencia del fraile Atanasio Kircher, contemporáneo de Mesmer, que expone la importancia de las fuerzas de atracción y repulsión que emanan de la piedra imán.

Pudieran tener valor como influencia indirecta los planteamientos del médico inglés Sydenham, el cual consideraba que las convulsiones y alteraciones de las funciones orgánicas se debían a «espíritus animales» que se acumulaban en cierta parte del cuerpo y que se desplazaban por el mismo, según fuera la naturaleza de la enfermedad existente.

En general, Mesmer tenía una visión permeada por los aspectos románticos y extravagantes de la cultura de su época. Consideraba al universo formado por un principio cósmico y constituido por una fuerza de unión que influía en todo lo existente del cielo y la tierra. Es decir, que mantenía el criterio de que el flujo y reflujo de las mareas eran gobernados por los cuerpos celestes y que al mismo tiempo tenían gran peso sobre los seres humanos y sobre todo lo que existía en el mundo, fuera viviente o no.

Mesmer recibió una comunicación de un jesuita, el sacerdote Hell, donde éste le escribía acerca de ciertos efectos curativos que había logrado por medio de la piedra imán. Esto creó marcado interés en Mesmer y rápidamente se puso a realizar investigaciones, comprobando que Hell estaba equivocado, pues el principio no se limitaba sólo a la piedra imán, sino que dichos fluidos tenían la propiedad de poder ser trasladados desde el imán a cualquier otro objeto animado o no, con sólo ser tocado por el magnetizador. De aquí surge su fluido misterioso al que llamó «magnetismo animal» y que emanaba de todo ser vivo. Él consideraba este fluido muy similar al eléctrico.

La modificación que realizó Mesmer de los planteamientos del padre Hell no superó en nada el verdadero origen del problema y se convirtió en un mito, como los supuestos poderes sobrehumanos de los sacerdotes-brujos.

Mesmer comenzó sus investigaciones en la Universidad de Viena y se acompañaba de las limitaciones dadas por la falta de recursos y por el pobre desarrollo científico de la época, de las cuales Mesmer no se apartó, pues siguió la línea del pensamiento de sus contemporáneos.

Plantaba que el magnetismo animal era una fuerza misteriosa que podía emplearse para propósitos curativos y que permitía almacenarse, aunque no era posible medirla, y que sólo se demostraba a través de sus efectos.

Como base de su teoría consideraba que no eran solamente los planetas, estrellas y astros los que podían ejercer influencia sobre los seres vivos (*magnetismo planetario*), sino que existían una serie de poderes

que se encontraban en el *éter* que podían ser trasladados en forma de fluidos y tenían una importancia vital para los hombres y animales. Admitía la posibilidad de transmitir el fluido por la vía animal-animal, hombre-hombre, hombre-animal y viceversa.

Mesmer estableció en sus investigaciones una serie de principios y proposiciones para fundamentar sus teorías, algunos de los cuales exponemos a continuación; Mesmer escribió:

«—Existe una influencia mutua entre los cuerpos celestes, la tierra y los cuerpos animales.

«—El medio de esta influencia es un fluido continuo y universalmente distribuido, exento por completo de vacío y con una naturaleza incomparablemente enrarecida, y que por sus características es capaz de recibir, transmitir y comunicar todas las impresiones de movimiento.

«—La acción recíproca viene subordinada a leyes mecánicas que hasta este momento se desconocían.

«—Las propiedades de la materia y del cuerpo orgánico dependen de su operación.

«—Según se manifiestan en el cuerpo humano, existen propiedades similares a las del imán; en analogía con esto, son distinguibles polos diferentes y opuestos que pueden intercambiarse, comunicarse, destruirse y reforzarse, incluso se observa el fenómeno de la inclinación.

«—La propiedad del cuerpo animal que se halla bajo la influencia de los cuerpos celestes y la acción recíproca de los que le rodean, como demuestra su analogía con el imán, es lo que se ha denominado magnetismo animal.

«—La acción y propiedades del magnetismo animal, así definido, pueden ser comunicadas a otros cuerpos animados o inanimados. Ambas clases de cuerpos son más o menos sensibles al mismo.

«—Esta acción y propiedades pueden ser reforzadas y propagadas por los mismos cuerpos.

«—Los experimentos muestran el paso de una sustancia, cuya naturaleza enrarecida le posibilita penetrar en todos los cuerpos, sin una pérdida apreciable de actividad.

«—Su acción se ejerce a distancia, sin la ayuda de un cuerpo intermediario.

«—No todos los cuerpos animados son igualmente sensibles; existen algunos, aunque muy pocos, cuyas propiedades son tan opuestas que su simple presencia destruye todos los efectos del magnetismo en otros cuerpos.

«—Dando a conocer este método, mostraré, mediante una nueva teoría de las enfermedades, la utilidad universal del principio que empleo en ella.

«-En resumen, esta doctrina permitirá al médico determinar el estado de salud de cada individuo y librarlo de las enfermedades. El arte de curar alcanza así su estado final de perfección.

«-Los estudios realizados durante doce años me han proporcionado la seguridad absoluta de todas estas afirmaciones. Me doy cuenta perfectamente de que, comparado con los principios y conocimientos establecidos desde la Antigüedad, mi sistema puede tener tanta parte de ilusión como de verdad.»

Éstos son algunos de los principios y proposiciones establecidos por Mesmer en su libro *Mémoire sur la découverte du magnétisme animal* (1774), que reflejan las influencias de estudios anteriores y que lo llevaron a construir su teoría del magnetismo animal.

EL MÉTODO DE MESMER

El método consistía en «pases magnéticos» que, según su creador, se formaban por movimientos de las manos prescritos cuidadosamente, que se unían a la sugestión (aunque él no utilizaba este término), dominaban al sujeto y producían las «crisis magnéticas», que a la luz de los conocimientos actuales, constituyen solamente estados especiales de la hipnosis.

Mesmer disertó en la Universidad de Viena en 1766 acerca de su teoría y esto creó cierto interés científico en ella.

Es famoso el caso de la primera paciente atendida por Mesmer, una joven de 29 años que se registra con el nombre de Oesterline en los años 1773 y 1774.

Mesmer aplicó imanes en el estómago y en las piernas de la paciente y se refiere que ésta sintió automáticamente «en su interior corrientes dolorosas de una materia sutil, que después de varios intentos por adoptar una dirección, se dirigieron hacia la parte baja», es decir, hacia los genitales.

La paciente padecía desde hacía varios años de crisis convulsivas, con dolores de cabeza, muelas y oídos, precedidos de delirios, con agresividad, vómitos y desmayos, que mejoraron considerablemente con el tratamiento.

A partir de este caso, Mesmer consideró efectivo su método y comenzó su campaña para publicarlo y oficializarlo.

En 1775 lo visita un médico inglés para testimoniar la efectividad de su tratamiento, pero no queda convencido del mismo y trata de persuadirlo para que no publicara su método ni los resultados obtenidos. Esto provocó una discusión que trajo como consecuencia la acusación, por parte del inglés, de que Mesmer cometía un fraude deliberado.

Posteriormente la joven Oesterline fue informada del ataque que el médico inglés hacía al doctor Mesmer y se vio comprometida, por lo que «recayó en su anterior estado, pero complicado y agravado por una fiebre nerviosa».

Mesmer continuó tratando a la paciente y en un par de semanas, según refiere, se recuperó totalmente y hasta llegó a casarse y tener varios hijos.

El segundo caso de Mesmer también le trajo complicaciones por las controversias y discusiones con sus críticos, las cuales culminaron con su salida de Austria en busca de un clima científico más favorable.

Después que regresa a Viena, sus amigos le convencen y lleva a cabo el tratamiento de Maria Teresa de Paradis, de 18 años de edad, cuyos padres eran personas de mucho prestigio, incluso ella misma era muy conocida de la Emperatriz, quien le había asignado una pensión por encontrarse totalmente ciega desde que tenía cuatro años. Su diagnóstico era «amaurosis completa, con convulsiones oculares» (ceguera por neurosis histérica de conversión) acompañado de un cuadro melancólico, con obstrucciones en el bazo y el hígado, y en ocasiones presentaba crisis de excitación psicomotriz y delirios (crisis disociativa histérica).

El tratamiento de la paciente fue un éxito, pues rápidamente mejoró en el uso de la vista y desaparecieron las crisis de agresividad. Los padres, en agradecimiento, difundieron la noticia, y esto provocó que lo visitaran muchos personajes para convencerse de los resultados obtenidos; entre ellos se incluían los dos directores de la Facultad de Medicina y el doctor Stoerk, quien había atendido durante 10 años a la paciente sin éxito alguno.

El señor Paradis expresó su gratitud mediante escritos que se difundieron por toda Europa en los principales periódicos.

Sin embargo, los enemigos no tardaron mucho en convencer a Paradis, por medio de las intrigas características del siglo XVIII, y éste le planteó a Mesmer retirar a su hija del tratamiento. Fue tanta la insistencia, que Mesmer se vio en la necesidad de aceptar la situación, pero durante una discusión con el padre le planteó la responsabilidad que implicaba llevarse a la muchacha, quien aún no estaba curada, y dijo que no contarán con él si ocurría algún problema.

Coincidentemente la paciente estaba escuchando la conversación y recayó rápidamente en su cuadro psicopatológico, pero unido a crisis de vómitos y de excitación, desencadenadas por el sonido de campanas o cualquier ruido.

Mesmer aceptó tratar de nuevo a la paciente poniendo como condición que los padres no podían visitar su casa. Al cabo de 15 días declaró que la paciente ya había recuperado su salud, pero los padres negaron esto, diciendo que estaba en iguales condiciones.

De nuevo Mesmer abandona el país y se traslada a París, donde aumentó considerablemente su fama y comenzó con aplicaciones colectivas de «magnetismo». Sentaba a los pacientes alrededor de una cubeta de madera llena de agua que él había «magnetizado», y se acompañaba la sesión de música suave como fondo. Los ayudantes de Mesmer se situaban al lado de cada enfermo con unas varillas de hierro, que pasaban por el cuerpo de los pacientes, principalmente por las partes enfermas; esto provocaba fuertes crisis de temblores, sudoración, palpitaciones y convulsiones, espasmos de la región epigástrica, etc.

Mesmer comenzaba entonces sus rituales. Se presentaba vestido con una túnica de color lila y le daba a sus sesiones un matiz de poderío sobrenatural.

Es importante señalar que aquellas sesiones colectivas traían como consecuencia un aumento considerable de la sugestión; tanto es así, que un simple cambio de la tonalidad de la música interpretada al piano provocaba el desarrollo de fuertes crisis colectivas que de forma individual presentaba cada paciente; unos comenzaban a reír hasta caer totalmente relajados y extenuados, otros lloraban, algunos saltaban, pero siempre el final era un desplome total con manifestaciones de relajación profunda.

Eran diversas las enfermedades que presentaban los sujetos atendidos por Mesmer, quien incluía en estas sesiones a pacientes que padecían de asma, cólicos, fiebres, corea, etc.

Mesmer solicitó la creación de una comisión científica para darle validez al magnetismo animal. Esta comisión fue nombrada por la Academia Francesa de Ciencias y por mandato directo de Luis XVI, en marzo de 1784. Los integrantes eran miembros de la Academia de Ciencias y de la Facultad de Medicina, y se reforzó con cinco miembros de la Real Sociedad de Medicina. Entre los participantes estaban: Guillotin, Lavoisier, Benjamín Franklin y otras famosas figuras de la época.

Los resultados fueron desfavorables para Mesmer, pues la comisión declaró que lo que allí ocurría no tenía nada que ver con «fluidos magnéticos», sino que era la imaginación y la fantasía de los pacientes lo que provocaba aquellas crisis.

Vuelven de nuevo a caer en una situación crítica los métodos de Mesmer, que mostraban un fenómeno hasta entonces desconocido, pero argumentado con una teoría pseudocientífica que reflejaba conceptos mágicos y astrológicos de la época precedente, lo que trajo como consecuencia la prohibición absoluta del mesmerismo, incluso con penas de perder las licencias para ejercer, a toda persona que se relacionara, discutiera o practicara las teorías de Mesmer.

El médico austriaco continuó sus investigaciones y creó una sociedad secreta, que llamó *Sociedad de Armonía*. Uno de sus miembros, Ar-

mand M. Chastenet, Marqués de Puységur (1751-1825), pone énfasis en la inducción del sueño y lo considera como un sonambulismo artificial.

El Marqués de Puységur es quien descubre el fenómeno del sonambulismo provocado y de la amnesia posthipnótica, y fue el primero en sugerir a sus pacientes «paz, reposo, ausencia de dolor y sensación de bienestar».

Los pacientes de Puységur no presentaban las crisis espectaculares y convulsivas de los pacientes de Mesmer, sino que pasaban a un estado de sonambulismo donde las sugerencias del magnetizador creaban gran efecto.

En su método también se utilizaban «pases», pero en realidad le dio un impulso científico al hipnotismo.

Los casos estudiados por el Marqués de Puységur manifestaban la posibilidad de realizar telepatía y clarividencia durante la hipnosis. Diagnosticaban sus enfermedades, las de otros y decían el momento exacto de su curación. Se atribuían al estado sonambúlico capacidades para responder a distancia a la voluntad del hipnotizador y de poder ver con los dedos de las manos y de los pies.

Como es lógico suponer, estos planteamientos escandalizaron a los científicos y desprestigiaron el magnetismo animal.

Puységur se apartó de su profesor Mesmer, negó la existencia de los factores magnéticos y dijo que eran la fe y la voluntad las que provocaban los estados de trance hipnótico.

Después de hacer estos planteamientos, Puységur entró abiertamente en contradicción con el creador del magnetismo animal, quien consideraba lo declarado por el Marqués de Puységur como el descubrimiento de una modalidad de magnetismo animal a la que llamó *sonambulismo artificial*.

Mesmer planteó indignado que «el magnetismo animal es independiente del mediumnismo, que da la posibilidad de ser explotado por charlatanes».

IMPORTANCIA HISTÓRICA DEL MAGNETISMO ANIMAL

La importancia histórica que tiene la famosa teoría del magnetismo animal es que con ella aparece la sugestión como recurso psicoterapéutico, la cual es hoy una de las formas más importantes de tratamiento, principalmente para las neurosis.

Mesmer abrió con sus estudios el camino de la psicoterapia y apartándonos de los errores de su teoría de los flujos magnéticos, se le debe reconocer el mérito de ser el primero que trabajó con las técnicas sugestivas, aunque realmente él mismo desconocía que la sugestión era la explicación de lo que llamaba *magnetismo animal*.

El resultado del informe de la Comisión de la Academia Francesa de Ciencias frenó en parte las investigaciones que se efectuaban, no se les dio importancia ni se tomaron en consideración los fenómenos biológicos y psicológicos que podían obtenerse en 60 % de las personas por medio del magnetismo animal.

A Mesmer le corresponde el honor de haber contribuido, aunque con bases teóricas erróneas, al desarrollo del psicoanálisis y de la terapia psicossomática.

ETAPA DEL ABATE FARÍA

En el año 1814, el abate José Custodio de Faria (1756-1819), portugués que vivió mucho tiempo en Goa, colonia lusitana en la India, trajo a París alguna información sobre hipnotismo, tal como se practicaba en el Oriente. Sus escritos aparecieron publicados a partir del año 1819 bajo el título *De la cause du sommeil lucide ou étude de la nature de l'homme*.

Faria no aceptaba la concepción de Mesmer sobre el magnetismo animal y desechó el valor de los fluidos, por lo tanto, explicó estos fenómenos como efectos provocados por causas psíquicas y no como consecuencias de un fluido magnético.

El abate Faria estaba matizado por su preparación teológica, así como por ideas tomistas y neoplatónicas, pues consideraba que el despliegue de memoria que hacían sus pacientes se debía a que se hallaban libres de las percepciones ordinarias y engañosas de los sentidos, desarrollando una capacidad compensatoria para recobrar lo que él llamaba «las facultades perdidas del alma». Sus concepciones implicaban un retorno a la antigua y clásica tradición religiosa, que tenía gran importancia en aquella época.

Puede ser considerado como el precursor de la moderna técnica hipnótica, por haber sido el primero en intentar una interpretación de los fenómenos hipnológicos, lo que motivó el abandono de las prácticas mágicas.

Faria rechazó las teorías en boga, no creía en el fluido ni en el poder de la voluntad. Proclamó la naturaleza subjetiva de los fenómenos magnéticos, a la que adjudicó la causa del «sueño lúcido» (hipnosis).

Enfatizó que el sonambulismo dependía del propio individuo y no del operador. Introdujo el empleo de lo que hoy conocemos por *signo-senal*, que permite repetir de manera instantánea, sin necesidad de pasar por todos los pasos de la hipnosis, un estado hipnótico específico en toda persona que ya hubiera sido hipnotizada. También observó los fenómenos de las sugerencias posthipnóticas, la autosugestión y las alteraciones de la personalidad.

Faría llamó al hipnotizador *concentrateur* y al estado hipnótico *concentration* o *sommeil lucide*.

EL MÉTODO DEL ABATE FARÍA

Su método hipnótico, que aún es usado por muchos especialistas, consistía en sentarse frente al sujeto, mirándolo fijamente o haciendo que éste fijara su mirada sobre su propia mano; con posterioridad, le gritaba enérgicamente una orden heterosugestiva: ¡*Duerma!* Fue el precursor de los ulteriores métodos de fascinación y de sugestión verbal.

Según se constata en los datos reportados, 40 % de los sujetos entraban en sueño hipnótico después de la orden.

Faría empleaba esta técnica terapéutica en demostraciones teatrales. Esto constituye una yatrogenia, pues creaba angustia en los pacientes y mucho más cuando se enteraban de que habían sido observados por el público. Realizaba infinidad de actos teatrales y podemos citar un ejemplo: en oportunidades le daba de beber agua a un paciente hipnotizado y le sugería que era vino; esto embriagaba al sujeto.

Otro de sus métodos consistía en la fijación de la mirada con movimientos similares a los utilizados por Mesmer con su mano.

Faría lograba un control absoluto sobre los hipnotizados y decía que podía hacer sentir enfermos a los sujetos sanos y a los enfermos, saludables.

Murió en 1819, a consecuencia de una enfermedad tropical.

Partiendo de los trabajos de Faría, sus amigos el general Noiset y el eminente galeno Alexandre J. F. Bertrand crearon las bases de lo que hoy se conoce como *narcohipnosis*.

El método de Noiset y Bertrand consistía en trabajar al paciente en una fase de sueño natural: comenzaban a impartirle órdenes a cierta distancia, se acercaban cautelosamente y, dándole «pases magnéticos», lo llevaban al «sueño magnético».

En este método existía un error teórico-práctico y es que los llamados «pases magnéticos» eran decorativos, pues solamente con el uso de la palabra se puede hacer pasar a un sujeto del sueño fisiológico al sueño hipnótico.

Los trabajos experimentales de Noiset y Bertrand basados en el magnetismo animal estimularon a otros científicos de prestigio y gran experiencia, entre ellos el Barón de Potet de Sennevu, Récamier, Cloquet, Oudet y el médico parisiense Foissac, el cual logró que se nombrase una comisión de la Sección Médica de la Real Academia Francesa de Ciencias, en 1826, para que examinara el fenómeno del magnetismo animal.

La comisión trabajó con intensidad durante seis años, llegando a la conclusión de que efectivamente, los seres humanos y los animales podían ser magnetizados. El informe fue brindado por Henri M. Husson, quien se manifestó favorable al magnetismo.

En años posteriores existían todavía opositores al magnetismo y aprovecharon que un joven hipnotizador llamado Berna propuso a la Sección Médica de la Academia nuevas pruebas para consolidar lo verdadero del magnetismo. Berna aseguraba que era capaz de producir mediante el magnetismo fenómenos de clarividencia, telepatía, precognición, etc., y el interés de la comisión se dirigió ante todo a comprobar la existencia de percepción extrasensorial en el sonambulismo.

La Academia Francesa se reunió y llegó a la conclusión desfavorable de que el magnetismo humano y animal era un procedimiento sobrenatural y declaró indigno interesarse en este asunto.

La situación empeoró cuando un médico ofreció 3 000 francos a quien pudiera leer sin el auxilio de sus ojos o de la luz, hecho que Berna había declarado posible e incuestionable.

Esto trajo como consecuencia que, en 1840, se anunciara oficialmente por la Academia Francesa de Ciencias la prohibición de utilizar el magnetismo por los miembros de la misma, así como los comentarios y experimentos al respecto, lo cual estancó extraordinariamente las investigaciones sobre el llamado magnetismo y frenó su desarrollo, no sólo en Francia, sino también en gran parte de Europa.

Otros investigadores continuaron trabajando, principalmente en Alemania, Dinamarca, Rusia, Hungría, Italia y Norteamérica.

Aparecen publicaciones de la Universidad de Leipzig en 1816 y 1826, así como de la Universidad de Berlín, también en 1826. Esto facilitó que se continuara estudiando la hipnosis en países que no se vieron afectados por la resolución de la Real Academia Francesa de Ciencias.

ETAPA DE JAMES BRAID

En la Inglaterra de 1841, James Braid (1795-1860), médico educado en Edimburgo y que trabajaba en una compañía minera como cirujano-oftalmólogo, asiste a las sesiones de magnetismo realizadas por el famoso magnetizador Charles Lafontaine, quien realizó exhibiciones del 13 al 18 de noviembre de ese año con una conceptualización más aproximada a una base científica.

Al principio Braid afirmaba que los hechos reportados por el magnetismo eran falsos, pero, persuadido por las prácticas que presencié, desarrolla una teoría que plantea que los fenómenos observados dependen exclusivamente del propio paciente, es decir, del resultado de la fijación prolongada de la mirada.

Braid tiene el mérito de ser el primero en utilizar en sus trabajos la terminología técnica de la hipnosis tal como se emplea actualmente, es decir, con una significación neurofisiológica; habló de la *neurohipnología* y del *neurohipnotismo*, aunque el prefijo de ambos términos cayó rápidamente en desuso.

Su aporte facilitó que reapareciera en Francia el antiguo mesmerismo, cubierto con una nueva concepción y una base racional más fácilmente aceptable para los científicos.

Los trabajos de Braid demostraron de modo concluyente la inexistencia del magnetismo animal de Mesmer y su método permitió establecer que todos los fenómenos espectaculares del mesmerismo se podían producir por medios fisiológicos, tales como la fatiga de los músculos oculares y de los párpados.

Dentro de sus objetivos estaba demostrar que la incapacidad del paciente para abrir los ojos se debía a la parálisis producida por agotamiento del músculo elevador del párpado, cuando se fijaba la mirada.

En las investigaciones de Braid, éste constató que durante la fase de inducción del sueño aparecía un pequeño temblor en los párpados, que culminaba con un giro en los globos oculares hacia arriba, acompañado de una relajación total de la musculatura estriada.

El aporte fundamental de Braid fue la agrupación, bajo el término de *hipnosis*, de los sueños magnéticos inducidos de los tiempos de Mesmer.

Braid llamó *hipnosis* al estado de sueño artificial que se obtiene por medio de la fijación de la mirada sobre un punto brillante.

Sus primeros experimentos consistieron en solicitar a los pacientes que miraran fijamente el extremo superior de una botella de vino colocada frente a ellos, en una posición tal que los obligaba a realizar gran esfuerzo con los párpados. Esto le permitió observar que en un intervalo aproximado de tres minutos los párpados se cerraban y aparecían lágrimas, la cabeza se inclinaba y los pacientes caían en un sueño profundo, al mismo tiempo que la respiración se volvía cada vez más lenta y profunda, apareciendo en los brazos ligeros movimientos convulsivos.

Braid explicaba: «Este experimento no sólo demuestra lo que yo esperaba, sino que además me llamó la atención sobre el estado espasmódico de los músculos de la cara y de los brazos, así como el estado peculiar de la respiración y el estado mental, según se evidencia al despertar el paciente, lo cual tiende a demostrarme que había encontrado la clave para la solución del mesmerismo.»

Sus descubrimientos desplazaron rápidamente la teoría del fluido magnético, pues la suya permitió desarrollar un método técnico y científico simple que facilitaba inducir la hipnosis.

EL MÉTODO DE BRAID

El método de Braid se perfeccionó y consistía en presentar un objeto brillante luminoso que podía ser un prisma, una bola de cristal, etc., ante los ojos del sujeto, un poco por arriba de la base de la nariz, al nivel de la frente.

La fijación de la mirada en estos objetos traía como consecuencia cansancio en los músculos elevadores de los párpados, en un tiempo más o menos corto, que obligaba a cerrar los ojos por el parpadeo y la fatiga ocular y que inducía el sueño.

Los resultados a que se llegaba por este método aportaban una explicación científica y racional, que despojaba las suposiciones magnéticas de Mesmer, del porqué se alcanzaba el trance hipnótico, apoyándose en la orientación fisiológica de los colegas médicos de Braid.

Sin embargo, se seguía desconfiando del hipnotismo a consecuencia de la trascendencia histórica de la época de Mesmer. Esto obligó a Braid a introducirse en el campo de la frenología, pues los frenólogos pretendían modificar características y conductas de los pacientes manipulando las pequeñas y grandes protuberancias del cráneo.

Fueron tan importantes los descubrimientos de Braid y tan efectiva su técnica, que actualmente todos los métodos para hipnotizar que se basan en la fijación de la mirada se conocen como *método de Braid*.

En la URSS, el eminente científico Iván Pávlov trabajó sobre los mecanismos fisiológicos de la hipnosis y sus investigaciones confirmaron la teoría de Braid.

LA HIPNOSIS COMO ANESTESIA

Braid provocó un avance extraordinario en la hipnología, mucho más importante en aquella época en que aún no se conocían los anestésicos, pues descubrió que era posible producir anestesia por medio de la sugestión hipnótica, logrando estados alterados de conciencia. La necesidad y el poco desarrollo de la farmacología obligaron a la utilización de la hipnosis para provocar anestesia como un recurso técnico para la realización de intervenciones quirúrgicas.

En Indeston, un amigo de Braid, Esdaile (1818-1859), señaló la realización de miles de intervenciones quirúrgicas utilizando el hipnotismo de Braid. Se llegó a plantear que de 80 a 90 % de los pacientes que podían ser hipnotizados tenían la posibilidad de llegar a una insensibilidad completa.

El desarrollo científico-técnico impulsó investigaciones que llevaron al descubrimiento del cloroformo, con el cual se lograba anestesiarse con

rapidez y seguridad en todos los casos en que se aplicara, independientemente de la sugestionabilidad del paciente, y esto trajo como consecuencia que la hipnosis perdiera importancia.

Braid utilizó el término «hipnoscopio» para designar al instrumento que empleaba para hipnotizar y que, como explicamos anteriormente, era cualquier objeto brillante.

Una de las anécdotas sobre la eficacia del método se refiere a la hipnosis cataléptica producida en uno de los discípulos de Braid, mientras trabajaba en su laboratorio junto con un sirviente: ambos se pusieron a mirar fijamente un prisma de cristal y automáticamente quedaron hipnotizados.

Braid se vio atacado por los seguidores de Mesmer y por otros científicos que trataban de desacreditar el valor de su método. Ejemplo de ello fue la disputa que tuvo con John Elliotson, prestigioso médico y profesor de Medicina en la Universidad de Londres, presidente de la Royal Medical Chirurgical Society y uno de los fundadores del University College Hospital, quien introdujo el estetoscopio en Inglaterra, mostró la importancia del ácido prúsico en el tratamiento de los vómitos y estableció métodos para el examen del corazón y los pulmones. Como se puede apreciar, era una figura relevante en la comunidad científica británica.

Elliotson se dedicó desde 1837 hasta 1868, año en que murió, a practicar el «magnetismo».

El resultado de las grandes contradicciones entre Elliotson y Braid fue pérdidas morales, materiales y de posiciones, a causa de la defensa individual de sus puntos de vista.

El «magnetista» Elliotson atacaba en su periódico *Zoíst* a Braid y se refería a él con desprecio por utilizar un método que consideraba grosero.

En realidad, si Elliotson y Braid se hubiesen puesto de acuerdo, el desarrollo del hipnotismo en Inglaterra hubiera sido completamente diferente, pues ambos gozaban de un gran prestigio científico. Sin embargo, como plantea el materialismo dialéctico, el avance y el desarrollo se establecen por las contradicciones, que permiten dar un salto cualitativo en la adquisición de nuevos conocimientos, de ahí que esta etapa se conozca como *la etapa de apertura científica del magnetismo animal*, según la denomina Grasset.

IMPORTANCIA HISTÓRICA DE BRAID

La gran contribución de Braid es haber agrupado bajo un término científico todos los fenómenos que aparecían en lo que erróneamente se llamaba *magnetismo animal*.

Fue muy significativa en el desarrollo de la hipnosis la creación de su método de fijación de la mirada, que tiene gran efectividad y es utilizado actualmente por muchos hipnotistas, ya que en realidad la fijación de la mirada provoca cansancio y agotamiento de los músculos elevadores de los párpados, lo que conduce al sueño.

Los descubrimientos de Braid motivaron un desarrollo en la hipnosis y permitieron que saliera del campo mitológico y sobrenatural que hasta entonces la identificaba.

Sus investigaciones y experimentos interesaron a figuras científicas como Ambroise Auguste Liébeault (1823-1904), médico que gozaba de gran prestigio ejerciendo su profesión en Nancy.

Liébeault se impresionó con los trabajos científicos de Braid y abrió un dispensario donde trataba gratuitamente por medio del hipnotismo. Estableció que los fenómenos de la hipnosis humana eran producto de la sugestión aplicada a una persona.

Otros científicos que se motivaron con los trabajos de Braid fueron Charcot, que formó la Escuela de París, y Bernheim que fundó la Escuela de Nancy, y quienes a su vez prepararon el camino para los futuros experimentos e investigaciones sobre hipnosis.

ESCUELA DE HIPNOSIS DE PARÍS

La Escuela de Hipnosis de París fue creada por Jean Martin Charcot (1825-1893), uno de los más distinguidos neurólogos del siglo XIX, profesor de anatomía patológica en la Facultad de Medicina de la Universidad de París, director de la célebre Clínica Neurológica de la Salpêtrière, y por su colega Charles Richet, considerado como uno de los mejores médicos de su época y quien reconoció en la hipnosis un método de investigación psicológica.

En 1878 Charcot dirigía sus investigaciones hacia la neurología y la neuropatología. Posteriormente dedicó todos sus esfuerzos al estudio de la histeria y de los fenómenos hipnóticos.

Fueron numerosas las investigaciones realizadas en la Salpêtrière; allí surgió el planteamiento de que la hipnosis pasaba por tres periodos o fases a los que Charcot llamó *catalepsia*, *letargia* y *sonambulismo*. Sus planteamientos iban dirigidos a demostrar que la hipnosis no era más que un estado especial de la histeria, producida de manera artificial, y que las tres fases de la hipnosis tenían su contrapartida en las manifestaciones histéricas; es decir, que la hipnosis era una neurosis histérica inducida artificialmente.

La hipnosis dejaba de ser para la Escuela de París una influencia psíquica del hipnotizador, para convertirse única y exclusivamente en

una peculiaridad somática de la persona hipnotizada. Esto trajo como consecuencia que se estableciera una especie de semejanza entre hipnosis e histeria, y se concibió como un estigma, como una tendencia excepcional para reaccionar.

Aunque el desarrollo científico-técnico alcanzado a través de la historia demuestra que Charcot estaba equivocado, no es menos cierto que él mismo se esforzó y luchó por lograr respeto clínico hacia la histeria y la hipnosis.

Charcot intentó establecer una relación entre los síntomas histéricos y una predisposición a los trastornos neuropatológicos, poniendo especial interés en destacar los factores hereditarios y constitucionales en la susceptibilidad, tanto a la histeria como a la hipnosis. Esto era la justificación del porqué los seguidores de la Escuela de París se esforzaban en buscar en las personas hipnotizadas aquellos signos físicos que pudieran explicar los fenómenos de la hipnosis.

EL MÉTODO DE CHARCOT

El método utilizado por Charcot consistía en la aplicación de un estímulo intenso que provocaba sobresalto y miedo, para crear una atracción de la atención y proseguir a continuación con la sugestión. Algunos hipnólogos, entre ellos Svengali, consideran esta técnica como «petrificación por miedo».

En la clínica de Charcot, la hipnosis profunda era precipitada por un destello cegador y repentino de una lámpara de calcio, por la nota inesperada de un gran diapasón o por el sonido de un gong, con su efecto sugestivo sobre el sistema nervioso. Esta técnica provocaba que en los salones de la Salpêtrière cayeran en catalepsia rígida numerosos pacientes.

Otro de los métodos para hipnotizar utilizados por la Escuela de París era la aplicación del sonido monótono del tambor africano, para producir una hipnosis más profunda.

La fama y el prestigio de Charcot provocaron que de todas partes del mundo llegaran discípulos para prepararse y estudiar con él, entre los que se encontraban, por mencionar algunos, Bernheim, quien se apartó por completo de sus concepciones y fundó más tarde la Escuela de Hipnosis de Nancy; el creador del psicoanálisis, Freud; Heidenheim, fisiólogo que se inclinó por la Escuela de París, y otros.

Heidenheim elaboró la idea de la acción refleja por encima de la sugestión psíquica y reconoció la importancia de la aplicación de estímulos monótonos para producir la hipnosis; además, introdujo la ayuda del sonido, utilizando el tictac de un reloj o de un metrónomo. Consideraba que los fenómenos producidos por la hipnosis se debían prin-

principalmente a cambios físicos musculares; es decir, que para él la hipnosis era como una «hipnoeslepsia artificial».

Otro de los discípulos de Charcot fue Joseph Babinski, neurólogo que también se decidió por la naturaleza histérica de los fenómenos hipnóticos. Le daba gran peso a la sugestión pura y simple y la consideraba independiente de todo factor emotivo. Para Babinski, el hipnotismo era la vía para un estado psíquico determinado durante el cual el individuo podía recibir la sugestión de otros. Calificaba al hipnotismo y a la histeria como una especie de simulación en la mayor parte de los casos, y en los restantes, como un engaño recíproco de la persona hipnotizada y del hipnotizador. Creó la palabra *pitiatismo*, para llamar así a los fenómenos producidos en ambos, y que eran curables por medio de la persuasión.

Babinski tenía concepciones organicistas sobre la histeria y la hipnosis, lo que dio lugar a profundas críticas de su teoría.

No es posible considerar la sugestión de forma independiente de la emoción, y si aparecen crisis histéricas en una persona hipnotizada esto es producto de que la persona ya era histérica antes de ser hipnotizada. Es sabido que los fenómenos producidos en los pacientes hipnotizados varían de acuerdo con cada sujeto y que se relacionan con la personalidad de base.

Entre los alumnos más destacados de Charcot se encontraba Pierre Janet, que no tenía bien definida su posición y sus planteamientos eran algo confusos, pues no determinaban claramente las concepciones sobre lo innato y lo adquirido.

Janet identificaba específicamente la disociación como una debilidad psíquica dada a través de una predisposición innata o adquirida de forma psicoestigmática. En resumen, que la disociación era el rasgo primario de la histeria.

Charcot impulsó con sus investigaciones el desarrollo de la hipnosis, creando interés y motivaciones en sus alumnos, aunque muchos de ellos se apartaron por completo de su teoría y fueron posteriormente sus más temibles rivales. Pero otros no se apartaron de él y consideraban la hipnosis como un estado normal, cuya posibilidad estaba siempre conexa a un gran desequilibrio o una diátesis nerviosa. Según ese criterio, había que estar afligido por una sensibilidad mórbida para llegar a la hipnosis total.

ETAPAS DE LA HIPNOSIS

La hipnosis, considerada desde la teoría patológica de la Escuela de París, pasa por las tres etapas o períodos siguientes:

1. *Catalepsia*. Se caracteriza por una disminución del tono muscular y la mirada posee una fijeza que constituye uno de los signos más característicos de este período, al igual que la inmovilidad. Los miembros conservan durante mucho tiempo las posturas más difíciles que se hayan indicado. Cuando se levanta al sujeto o se le cambia de sitio, no se observa ninguna resistencia. Son abolidos los reflejos tendinosos, no aparece hiperexcitabilidad neuromuscular ni flexibilidad cérea. Existe anestesia cutánea.
2. *Letargia*. En este período aparecen los miembros en completo estado de flojedad muscular, obedecen a las leyes de la gravedad, y cuando se levantan y se sueltan caen pesadamente. Los ojos aparecen cerrados o entreabiertos, y en los párpados existe un estremecimiento continuo. Hay hiperexcitabilidad neuromuscular en diferentes grados, pues va de una zona determinada a otra; por ejemplo: de los miembros superiores a toda la musculatura del cuerpo. Existe analgesia completa de la piel y de las membranas mucosas accesibles, y los aparatos sensoriales conservan cierto grado de actividad.
3. *Sonambulismo*. Ésta es la etapa más profunda. El paciente está en relación con el hipnotizador solamente, siente la voz del mismo muy distante y no escucha las voces de las demás personas ni el ruido más intenso que se pueda realizar a su lado. Los párpados aparecen bajos sobre los globos oculares y éstos se presentan convergentes y dirigidos hacia arriba.

BERNHEIM CONTRA CHARCOT

Entre Charcot y Bernheim surgió una gran rivalidad. Por un lado estaba la Escuela de París, dirigida por Charcot con su personalidad prepotente, intransigente y dogmática. Se le enfrentaba la Escuela de Nancy, con Bernheim al frente, la cual en sus métodos sólo utilizaba la sugestión verbal, pues afirmaba que desde la preparación del paciente hasta los efectos posthipnóticos, todo el proceso dependía de la sugestión.

Bernheim señalaba que nunca había sido capaz de provocar en sus pacientes hipnotizados las tres fases descritas por Charcot, y que sólo en una ocasión había podido observar en una paciente los períodos de catalepsia, letargia y sonambulismo y eso porque se trataba de una joven que había permanecido tres años en la Salpêtrière. En opinión de Bernheim, ese caso se debía al entrenamiento especial por medio de manipulaciones y por la imitación de los fenómenos que la sujeto había visto en otros individuos de la misma escuela. Según su interpretación, se producía la imitación con manifestación de fenómenos reflejos, en un

determinado y típico orden, y eso ya no se trataba de hipnotismo natural, sino del producto del entrenamiento de una «auténtica neurosis hipnótica sugestiva».

La posición de Bernheim creó tanta indignación en Charcot, que éste prohibió que se hablara del asunto en la Salpêtrière. Incluso, de sólo escuchar el nombre de la Escuela de Nancy, cambiaba su tono afectivo y se ponía furioso.

De la controversia entre la Escuela de París, que manifestaba como factor decisivo en la hipnosis los reflejos somáticos, y la de Nancy, que afirmaba que el factor decisivo en la hipnosis era la sugestión psíquica, triunfó esta última escuela, que pudo convencer a la comunidad científica de que la gran variedad de manifestaciones que se producían, desde los trances y las crisis descritas por Mesmer, los estados sonambúlicos estudiados por Puységur y el abate Faria, hasta los tres periodos descritos por Charcot, eran provocados por la sugestión.

UNIFICACIÓN DE ESCUELAS

El psiquiatra húngaro Karl Schaffer, destacado especialista en las funciones cerebrales, estudió en 1895 profundamente el desarrollo histórico de la hipnosis y estableció una teoría que unía las dos escuelas anteriores.

Schaffer demostró experimentalmente que por medio de la sugestión se puede constituir una serie de estímulos capaces de provocar reflejos en las vías superiores de asociación, así como en las áreas subcorticales del cerebro.

IMPORTANCIA HISTÓRICA DE LA ESCUELA DE PARÍS

Charcot fue, sin duda, una figura paradójica. Era un magnífico neurólogo y dedicó la mayor parte de sus estudios e investigaciones a la solución de un problema de gran significación: la histeria postraumática y su etiología física. Consideraba que las contradicciones que aparecían eran atribuibles a la experiencia mental del accidente y no precisamente al impacto físico del sistema nervioso.

Sus aportes brindaron una sorprendente demostración de la psicopatogenia de la histeria, aunque en la actualidad se ha comprobado que en su teoría había innumerables errores.

El prestigio científico que poseía mantuvo el interés por el hipnotismo al mismo tiempo que formó discípulos que contribuyeron grandemente al desarrollo científico de la hipnosis.

Pero no es menos cierto que hacer de dicha técnica sinónimo de una entidad nosológica creó un ambiente de oposición a la utilización de la hipnosis. Los pacientes se negaban a ser hipnotizados para evitar que les pusieran la «etiqueta» de histéricos, y muchos médicos tampoco utilizaban la hipnosis para evitar que sus pacientes se sintieran diagnosticados como tales. Es decir, que la semejanza que estableció la Escuela de París, entre hipnosis e histeria, provocó recelo científico en cuanto a la utilización de esa técnica de tratamiento.

Ha sido tan difundida esta conceptualización, que incluso actualmente algunos médicos y profesionales que no tienen una adecuada información, cuando se les habla de hipnosis se representan automáticamente la similitud con la histeria de la Escuela de la Salpêtrière, llegando a considerar que son los histéricos los únicos hipnotizables.

ESCUELA DE HIPNOSIS DE NANCY

Hyppolyte Marie Bernheim (1837-1919) fue un eminente profesor de medicina de la Universidad de Nancy, en Estrasburgo, Francia, y acudió personalmente a verificar la curación que según Liébeault se había producido en un paciente.

Bernheim se mostró muy interesado y comenzó rápidamente a trabajar con la hipnosis, formando la llamada *Escuela de Nancy*, que fue de vital importancia para el desarrollo científico del uso de la sugestión.

EL MÉTODO DE BERNHEIM

El profesor estrasburgués no utilizaba ningún procedimiento técnico auxiliar; trataba de sugerir verbalmente al paciente que estaba entrando en sueño hipnótico, usando sólo la palabra. Consideraba que parte de lo que se puede hacer con las personas hipnotizadas está supeditada únicamente a la sugestión; es decir, que desde la preparación del paciente hasta los efectos posthipnóticos dependen de la misma.

Estimaba la posibilidad de despertar recuerdos que al parecer estaban completamente borrados en el paciente. Esto demostraba que bajo la hipnosis la conciencia no está abolida, que la persona hipnotizada no obra como un autómatas inconsciente, sino que ve, oye y sabe lo que hace.

Su método consistía en poner al paciente sentado o tendido, indicándole como aspecto fundamental un relajamiento de la musculatura estriada y apartar de su «espíritu» todo temor o pensamiento desagradable. La mirada del hipnotizador se dirigía hacia los ojos del paciente, repitiéndole de manera algo imperativa que poco a poco experimentaría

una especie de entorpecimiento que le haría sentir pesados sus párpados, bajo el influjo de la somnolencia, hasta llegar a sentir un deseo irresistible de dormir.

La entrega de Bernheim al estudio y a la investigación le permitió que en un período de cuatro años acumulara 5 000 casos, de los cuales hipnotizó a 75 %. Posteriormente llegó a tener 10 000 casos con 83 % de hipnotizables.

Ambroise Auguste Liébeault (1823-1904), médico asentado en Nancy, y Bernheim, fueron los que en la Escuela de Nancy dieron a la hipnosis una teoría psicológica coherente. Liébeault puso énfasis en la importancia de la sugestión para producir sueño y planteó que la hipnosis y el sueño fisiológico eran similares. Según su tesis, el sueño hipnótico y el sueño fisiológico son producto de la retirada de la atención del paciente o de sus «energías nerviosas» y ambas presuponen su voluntad o consentimiento en dormirse.

Bernheim, no contento con estudiar la sugestión hipnótica y su relación con el sueño, creó una metódica de sugestiones que consideraba como positivas y negativas con fines terapéuticos. Dentro de estas sugestiones se encontraba la sensación de bienestar o de desaparición de los síntomas.

Él pretendía comprender a sus pacientes partiendo de las motivaciones de los mismos y del descubrimiento de fenómenos psicológicos provocados en estado hipnótico, principalmente en aquellos casos donde estaba presente la sugestión posthipnótica.

Las investigaciones realizadas por los científicos de la Escuela de Nancy permitieron un salto cualitativo en el estudio de la hipnosis, lo que trajo como consecuencia la autorización para que fuera incluida en la clínica general y neurológica como una forma oficial de tratamiento. Esto constituye para la hipnosis un reconocimiento y, por primera vez, una aceptación oficial de su uso, que hasta ese momento era prácticamente un método prohibido o por lo menos de utilización clandestina.

En 1884 publicó Bernheim un libro de gran importancia, *De la suggestion dans l'état hipnotique et dans l'état de veille*, en el que aparecía definida la sugestión en forma más precisa, hasta llegar al término de *heterosugestión*, el cual se emplea actualmente para definir el tipo de sugestión que se utiliza en la hipnosis humana.

Bernheim definía la hipnosis como un estado especial, producido artificialmente y que ponía en estado exaltado en diversos grados la sugestibilidad, o sea, la actitud para sufrir el efecto de una idea y poder ejecutarla. Juzgaba que para que la sugestión hipnótica tuviera efecto y se pudiera trabajar con ella, era necesario que existiera en el paciente una disposición o receptividad cerebral, y afirmaba que en un elevado porcentaje de personas se podía encontrar esta condición, por lo que

no era posible reducir la hipnosis a pacientes neuróticos e histéricos, como sostenía Charcot, quien había sido su profesor y en aquel entonces era su colega, y que gozaba de gran autoridad en la materia, pues era la principal figura de la Escuela de París.

Para Bernheim, el trance hipnótico no era más que un estado de sugestibilidad exaltada que puede producirse con sueño o sin él; es decir, consideraba la sugestión como un acto por el cual una idea se introduce en el cerebro de los pacientes a través del receptor auditivo.

A pesar de que él y Liébeault trabajaban juntos en las investigaciones, existían algunas diferencias entre ellos. Para Liébeault, la sugestión era un fenómeno propio de los estados hipnóticos. Bernheim, en cambio, tenía una concepción más amplia y consideraba que la sugestión estaba presente también en estado de vigilia, pudiendo ser utilizada en el mismo.

El desarrollo científico-técnico actual confirma que era Bernheim quien tenía la razón, pues la sugestión es la utilización de recursos psicológicos que pueden ser empleados en pacientes que se encuentran en vigilia, aunque no es menos cierto que el efecto es mucho mayor en estado hipnótico.

La Escuela de Nancy, como explicamos anteriormente, se oponía a la Escuela de París en las concepciones sobre la hipnosis. Charcot sostenía una teoría exclusivamente somática, que reducía la hipnosis a histeria y la consideraba como una forma de neurosis experimental, mientras que Bernheim consideraba la hipnosis como sugestión, lo que demuestra la superioridad científica de su teoría respecto a la de Charcot.

IMPORTANCIA HISTÓRICA DE LA ESCUELA DE NANCY

Los aportes que realizaron Bernheim y sus colegas en la Escuela de Nancy a la hipnosis son extraordinarios. Solamente el haber demostrado que Charcot no tenía razón al plantear que la hipnosis y la histeria eran semejantes, facilitó un desarrollo, pues los médicos de la época no la querían utilizar para evitar que sus pacientes se ganaran el «cuño» de histéricos.

No es posible hablar de la hipnosis como forma de tratamiento sin mencionar el aporte extraordinario que brindó Bernheim mediante sus trabajos significativos, así como la importancia de sus artículos y libros.

SEGUNDA ESCUELA DE HIPNOSIS DE NANCY

Es con Emile Coué (1857-1926), farmacéutico nacido en Troyes y que no concluyó sus estudios de medicina por problemas cardiacos, con

quien surge la Segunda Escuela de Hipnosis de Nancy y la Sociedad Francesa de Psicología Aplicada.

Coué fue un estudioso de los métodos de Liébeault y Bernheim, sus investigaciones reflejaban estas influencias y, sin embargo, existían diferencias entre sus concepciones y las de la primera Escuela de Nancy. Para Bernheim, lo más importante de la hipnosis se centralizaba en la heterosugestión. En cambio, Coué le dio todo el peso a la autosugestión; consideraba que la sugestión no actuaba sobre la voluntad, sino sobre la imaginación. En el aspecto psicológico de sus prácticas hipnóticas, estimaba que la imaginación era el elemento dominante del subconsciente, que a su vez influía, según su teoría, en todas las funciones del organismo.

Sostenía que muchas veces la imaginación se opone a la voluntad, la cual no interviene, sino que permanece oculta en la sombra, excepto cuando es colocada al servicio de la imaginación. Aseguraba que cuando la voluntad y la imaginación entraban en contradicción, vencía siempre la última sin excepción.

Estableció una fórmula que sostenía que entre la voluntad y la imaginación, la fuerza de esta última está en razón directa con el cuadrado de la voluntad; cuando la voluntad y la imaginación están de acuerdo, éstas no se suman, sino se multiplican entre sí.

Las concepciones de Coué contemplaban la posibilidad de que la imaginación podía ser educada y estableció con tales argumentos las leyes conocidas por su nombre (*Leyes de Coué*).

Coué definía el hipnotismo como la influencia de la imaginación sobre el ser psicológico y físico del hombre. Tomando en consideración sus planteamientos, se llega a la conclusión de que para él la hipnosis dependía de la relación con el hipnotizado y del modo en que éste asimilaba las sugerencias recibidas. Planteaba que la sugestión actúa sólo en caso de que se produzca autosugestión, la cual, para ser operante, debía actuar en estado consciente.

Para Coué, la sugestión inducida por el operador debía ser continuada libremente por el individuo y por su propia cuenta, y señalaba que no todas las personas tienen la capacidad de lograrla.

Llegó a la conclusión de que existen dos tipos de categorías humanas: los deficientes, incapaces de comprender, y los resistentes, que no quieren comprender. Su posición era reduccionista, al tratar de clasificar a la humanidad en dos simples categorías que están en función de la comprensión.

EL MÉTODO DE COUÉ

Su método está basado en dos postulados fundamentales:

1. No se puede pensar en dos cosas simultáneamente.
2. Todo pensamiento que absorba por completo nuestra mente se convierte en verdadero para nosotros y tiende a transformarse en acto.

El método de Coué se relaciona con el método de entrenamiento autógeno de Schultz, que actualmente tiene gran utilidad en psicoterapia.

Entre los aspectos más importantes que Coué señalaba se encuentran las orientaciones que se debían seguir con cada afección. Por ejemplo, a los pacientes que padecían de insomnio se les debía indicar que repitieran una frase estereotipada (*«Estoy dormido...»*), lo cual provocaría de forma más rápida un relajamiento de la musculatura estriada y así se influía en el sujeto para que se presentara el sueño en forma placentera.

IMPORTANCIA HISTÓRICA DE LA SEGUNDA ESCUELA DE NANCY

Uno de los aportes de la Segunda Escuela de Nancy es haber sido precursora de la psicoterapia de grupo, donde se utilizan métodos clásicos de autosugestión que tienen gran significación en varias formas de tratamiento actuales.

Para desarrollar esta técnica, Coué impartió un curso en su Instituto de Nancy que denominó *«Autohipnosis como medio para aumentar el autocontrol, fortalecer la voluntad, aliviar el dolor y el sufrimiento, así como cambiar la actitud»*.

Los aportes científicos de Coué motivaron que, luego de su muerte, se le hiciera un monumento en la Plaza de Nancy como reconocimiento a su trabajo.

ETAPA PAVLOVIANA

Iván Pétrovich Pávlov (1849-1936) fue un eminente neurofisiólogo y pensador ruso cuya actividad científica se prolongó durante más de sesenta años. Se dedicó al estudio e investigación de la fisiología de la circulación, de la digestión y de las funciones del sistema nervioso.

Fue continuador de las corrientes progresistas de la fisiología y ciencias naturales rusas y de la filosofía materialista del siglo XIX. Se vio influido por el célebre científico Séchenov, al cual llamó el «padre de la fisiología rusa».

Los descubrimientos de Pávlov sobre la actividad nerviosa superior del hombre y de los animales significaron una revolución en las ciencias naturales. Su teoría constituyó un duro golpe a la tendencia idealista de la psicología de su tiempo.

Elaboró una teoría científica donde se le daba el peso fundamental a la palabra (sugestión verbal) y a la forma en que se podía confirmar su teoría de los reflejos condicionados en los perros, animales superiores y en particular en el hombre.

Consideró la hipnosis como una inhibición parcial irradiada cortical y subcortical, y vio los mecanismos que aparecen en el sueño y los sueños como un proceso fisiológico normal.

Su teoría planteaba que la hipnosis crea un estado de inhibición que se difunde a partir del área motora cortical a las demás áreas de los hemisferios cerebrales y que puede llegar al mesencéfalo. Esto origina primeramente una inhibición motora, que de acuerdo con la magnitud del estímulo produce presión en los movimientos oculares y favorece la inhibición de los reflejos salivales y, finalmente, aparece el sueño profundo con hipotonía muscular generalizada.

Para Pávlov, la hipnosis representa un grado menor de inhibición que el sueño. Por eso los estímulos que son dados por medio de la sugestión son mucho más enérgicos que los del sueño. En conclusión plantea que la sugestión es un estímulo más breve, más aislado y más unificado. Su efecto produce un reflejo que puede ser simple o complejo, pues cuando se ha suprimido la inhibición de los centros superiores aumenta la sugestibilidad y otras tendencias reflejas del paciente. Esto permite que aparezca cierta facilidad para llevar a cabo determinadas acciones que de otra forma sería imposible realizar.

Pávlov planteó que la esencia de la hipnosis está en el hecho de que, como resultado de varias influencias endógenas o exógenas, espontáneas o inducidas artificialmente, ciertas áreas del cerebro están excluidas de modo temporal en cuanto a su función en diferentes niveles. Pero, al mismo tiempo, las funciones de los centros que permanecen despiertos, especialmente los subcorticales, están aumentadas. Para él, la hipnosis es de por sí una modificación momentánea del funcionamiento cerebral.

Los descubrimientos de Pávlov revolucionaron las concepciones de la época. Se vino abajo toda una serie de teorías fundamentadas en especulaciones, carentes de base y rigor científico. Pávlov le dio al hipnotismo una base fisiológica y con esto lo convertía en una técnica con una fuerte sustentación materialista.

En una de sus conferencias dijo:

Si uno pudiera mirar a través del cráneo y se iluminaran las áreas corticales despiertas excitadas, mientras que las regiones que producen los procesos inhibidores, la hipnosis o el sueño, estuvieran en penumbras, muchos parches de sombras de inhibición se observarían sobre las áreas brillantes. El sueño se reconocería por la amplitud de las sombras de inhibición irradiada, y en medio de las zonas oscuras brillarían puntos del despertar.

Planteaba que en el hombre, además del primer sistema de señales (reacciones a la influencia directa del mundo exterior), existe un segundo sistema de señalización (el lenguaje), capaz de modificar considerablemente la actividad nerviosa superior del ser humano. Sus planteamientos en relación con este sistema constituyen la piedra angular para la teoría marxista del conocimiento, pues por medio de ellos se establece la base fisiológica del pensamiento humano, donde la palabra (el lenguaje) toma gran significación.

Pávlov explicó la naturaleza del sueño en los animales superiores, demostrando que es producto de una inhibición generalizada de la corteza a través de los hemisferios cerebrales.

No fue hasta que aparecieron los descubrimientos de Pávlov que la hipnosis tuvo una verdadera base científica, que respondiera a una concepción materialista dialéctica de la ciencia.

Los últimos años de su vida, Pávlov los dedicó a la investigación y al estudio de las enfermedades del sistema nervioso. Fue el descubridor de las neurosis experimentales de los animales.

La generalización filosófica de sus descubrimientos constituyó un salto cualitativo en el desarrollo científico-técnico y enriqueció los principios del materialismo dialéctico aplicados a la naturaleza. Sus hallazgos representan un aporte a la lucha ideológica contra las corrientes y manifestaciones del idealismo y del oscurantismo.

Sus investigaciones sobre los procesos de inhibición y excitación lo llevaron a plantear que la inhibición interna, la hipnosis y el sueño constituyen el mismo proceso fisiológico. A través de la práctica pudo comprobar que una estimulación monótona, repetida de modo indiferente, produce primero una inhibición interna, luego sueño, después hipnosis y finalmente sueño profundo.

Pávlov afirmó que en todos los años de su extensa investigación nunca había encontrado ningún fenómeno que se opusiera a la semejanza fisiológica que existe entre la inhibición interna cortical, la hipnosis y el sueño.

Consideraba indudable que la hipnosis es un estado especial de sueño, y planteaba que no era significativa la diferencia que pudiera haber con una inhibición interna, desde el punto de vista fisiológico. Existe una ley que justificaría las leyes del hipnotismo, denominada *ley de los puntos reflexógenos*, que como refiere Völgyesi —neurólogo húngaro que trabajó con Pávlov—, esclarece las verdaderas leyes del hipnotismo. Esto nos facilita una comprensión adecuada y científica de los fenómenos hipnóticos.

Pávlov demostró mediante experimentos que casi todos nuestros órganos pueden ser influidos indirectamente por medios neurofisiológicos. Sus descubrimientos en los animales y en el hombre comprobaron que la hipnosis no es un poder sobrenatural, sino que constituye una técnica psicológica que facilita la formación de estados alterados de conciencia. Prueba de esto lo constituye el hecho de que los efectos psicósomáticos de la sugestión —en este caso los reflejos condicionados— pueden producirse de forma más rápida e intensa cuando el sujeto se encuentra en estado hipnótico que cuando se halla en estado de vigilia. Es necesario destacar que a pesar de estar en vigilia, una persona siempre tendrá zonas de la corteza donde existe inhibición.

El destacado científico soviético Alexandr R. Luria ha planteado que la primera unidad funcional del cerebro es la encargada de controlar el estado de vigilia, mediante la formación reticular que regula al tono de la corteza.

CONCEPCIONES CONTEMPORÁNEAS

Hoy nadie duda que la influencia de la sugestión está presente en la vida del hombre desde que abre sus ojos, ni de que su aplicación no tiene nada de misterioso ni sobrenatural, sino que es un procedimiento psicológico que tiene sus leyes y principios y actúa sobre el sistema nervioso del individuo.

No podemos conocer el manejo de una técnica si no conocemos su origen y no se estudia su desarrollo histórico-social. Por ese motivo hemos reseñado a *grosso modo* a los principales científicos que a lo largo de estos últimos 200 años lucharon y soñaron porque fuera reconocido el uso de la sugestión, como Mesmer, Puységur, Faria, Braid, Esdaile, Bernheim, Charcot, Coué, Pávlov y muchos otros que no dejan de tener igual importancia.

Pretendemos que en nuestro medio la utilización de las técnicas sugestivas se aparte por completo de los dogmatismos fanáticos de pasadas y nuevas escuelas, que no se corresponden con un criterio filosófico materialista, y que no se olvide que siempre que utilizamos la palabra, la misma lleva implícita la influencia sugestiva.

La sugestión constituye de por sí un recurso psicológico y se ha utilizado desde que apareció el lenguaje como medio de comunicación. Su utilización permitió conocer que el hombre es una unidad integral donde hay que tener en cuenta no sólo los aspectos biológicos, sino que tienen también gran significación los psicológicos y sociales.

La técnica de la sugestión hipnótica ha sido utilizada bajo los nombres de *magnetismo*, *sonambulismo*, *braidismo*, *neurohipnotismo*, *abreacción*, *psicoanálisis*, *condicionamiento*, *sotrología*, *psicoterapia profunda*, *psicoterapias varias* y, últimamente, como *psicoterapias breves*. Pero la realidad es que todas las terapias derivan de una relación interpersonal entre terapeuta y paciente, cuando el primero desea curar y el segundo necesita y requiere ser tratado.

El estudio y la investigación de la hipnosis han sido realizados históricamente por científicos de diversos países y se ha demostrado la existencia de un desconocimiento general sobre la naturaleza que origina la sugestión hipnótica, así como sobre las leyes que rigen su acción, pero la revolución científico-técnica ha permitido que actualmente ya la hipnosis sea mejor conocida.

Hagamos un análisis crítico de la historia del hipnotismo a partir de la posición que tomó Mesmer con su teoría del fluido magnético y de su discípulo Puységur, que no se apartó mucho de su maestro, pero que admitió la posibilidad de la influencia verbal de una persona sobre otra. Ambas posiciones, materialistas mecanicistas, enmascaraban las tendencias mitológicas, idealistas y oscurantistas de la época, y de las cuales ellos no se apartaron.

Es importante señalar que Federico Engels, uno de los fundadores del materialismo dialéctico, se ocupó del estudio teórico-práctico de la hipnosis y la sugestión. Una prueba de ello es la publicación de su trabajo titulado *Las ciencias naturales en el mundo de los espíritus*, en el año 1878, donde cita el caso de una joven de 20 años que al fijar la mirada y pasarle la mano con suavidad por la cara entraba fácilmente en estado hipnótico.

Engels planteó que en la relación entre inductor y sujeto no existe nada misterioso ni sobrenatural, que ese fenómeno no es más que la influencia oral de una persona sobre el sistema nervioso de otra en determinadas condiciones.

La sugestión y la hipnosis continuaron su desarrollo en espiral, apoyándose en las contradicciones que se formaban entre los investigadores y estudiosos, pero poco a poco se fue llegando a una concepción más científica. Así, Faria negó el «fluido magnético» y destacó el valor de la sugestión oral; Braid consideró que la hipnosis era un sueño nervioso, pero no pudo desarrollar más los conocimientos teóricos, pues en aquella época no había el conocimiento actual sobre la fisiología del sistema nervioso.

El principio en que se basaba Braid para explicar la causa de la influencia de la sugestión era metafísico e idealista; consideraba que lo que sustentaba la hipnosis era la «ley del monoideísmo». Esto se puede ver claramente cuando afirmaba que «la influencia de las ideas dominantes sobre la actividad física y espiritual, el monoideísmo, es un estado en que el alma está sometida a una sola idea dominante». Esta concepción influyó sobre Liébeault, que con sus trabajos constituyó el punto de partida de los postulados de la Escuela de Nancy. Liébeault planteó que la persona que duerme con sueño profundo conserva en su mente la idea de aquel que lo hizo dormir y abandona su atención concentrada y sus sentidos, y se encuentra a disposición de esta idea. Como se puede apreciar, Liébeault no se apartó de la teoría del monoideísmo.

Esta posición sobre la hipnosis y la sugestión se apartaba de la verdadera naturaleza del origen del sueño hipnótico, que no es más que una inhibición de la masa principal de la corteza cerebral, con la conservación de la actividad en un punto determinado; es decir, que la sugestión provoca cierta excitación sobre un punto determinado de la corteza y mientras las otras zonas se mantienen en estado de inhibición.

Liébeault motivó a Bernheim, que había sido alumno de Charcot, y ambos fundaron la famosa Escuela de Nancy, que consideraba que la sugestión era una influencia que ayudaba a introducir ideas en el cerebro de las personas, siempre que fueran aceptadas por las mismas.

Los aportes de esta escuela fueron muy valiosos. Trataron de establecer una relación entre los fenómenos producidos por la hipnosis y la sugestión con las funciones de la corteza cerebral y la psique del hombre. Su error principal fue que consideraban la sugestión como un acto de poca duración que se introducía en la psique del paciente sin ningún tipo de obstáculo. La realidad es que no todo lo que se le propone a un sujeto en estado de sueño hipnótico es aceptado por él, pues si existe alguna proposición que va en contra de sus principios morales o ideológicos, automáticamente se provoca un rompimiento del *rapport* establecido con el hipnotizador y se pasa de inmediato a la vigilia; es decir, que una sugestión no es aceptada por el hipnotizado sin crítica ni resistencia.

A pesar del error teórico de la Escuela de Nancy, su posición pudo sobreponerse a la concepción de la Escuela de París, que identificaba la hipnosis como sinónimo de histeria. El máximo representante de esta escuela, Charcot, tiene el mérito de haber formado a infinidad de científicos que se motivaron con el estudio y la investigación de la hipnosis.

Charcot, en realidad, bloqueó el desarrollo de la hipnosis. Su error catastrófico de considerar la histeria como sinónimo de los fenómenos hipnóticos provocó un rechazo a este método terapéutico en muchos

médicos. Su influencia fue tal, que actualmente muchos profesionales desconocedores del fenómeno hipnótico tienen todavía arraigado este concepto, completamente apartado de la realidad.

Una teoría, aún en boga, basada en los principios de Charcot, es la de Pierre Janet, que pretende que la hipnosis se debe a un estado de disociación. Janet trabajó en la clínica de la Salpêtrière y heredó la tradición de Charcot que relaciona histeria e hipnosis.

Los estados disociativos o de disociación son una de las dos formas de manifestación de la neurosis histérica. En estos estados, en ausencia de organicidad, hay un estrechamiento del campo de la conciencia que puede limitarse a un área circunscrita de experiencia en relación con la cual el comportamiento parece consecuente y a menudo dirigido a una meta dentro de dicha área. Janet creía que había disociación de las funciones psíquicas durante la hipnosis, de manera que podían separarse diferentes elementos psicológicos y operar entre sí con mayor o menor independencia. Aunque con frecuencia se ve disociación en la hipnosis, no tiene fundamento la teoría de Janet, de igual modo que no podría jamás explicarse el origen de un fenómeno afirmando que el efecto es el que da lugar a la causa. De cualquier manera, el descubrimiento del mecanismo de disociación durante la hipnosis tuvo gran importancia para el desarrollo del hipnoanálisis.

Hubo científicos que en otras partes del mundo estudiaron también los fenómenos de la sugestión. Por ejemplo, Schaffer, psiquiatra húngaro que estableció en 1895 una teoría ecléctica que unía las Escuelas de Nancy y de París, pero que tampoco se ajustaba a una concepción materialista dialéctica, pues no podemos hablar de hipnosis en términos de mitad sugestión y mitad soma, y es una posición completamente mecanicista.

La sugestión y la hipnosis han sido estudiadas por diferentes escuelas psicológicas. Una de esas escuelas es el asociacionismo, que explica la vida mental mediante un juego de asociaciones entre los estados psíquicos. Los asociacionistas se basan en las concepciones subjetivo-idealistas y fenomenológicas de Berkeley y Brown, quienes en vez de hablar de *asociación* utilizaban el término de *sugestión* como más general.

Científicos como Wundt y Lewenfeld trabajaron sobre la sugestión. El primero la consideraba como una asociación concomitante de la conciencia con las ideas que surgen y no dan la posibilidad de manifestarse contrarias a la asociación. Por otro lado, Lewenfeld comprendía por sugestión la representación de carácter psíquico o psicofísico que, a consecuencia de la limitación o interrupción de la actividad asociativa, produce una acción nada común.

En realidad, los asociacionistas se acercaron a la comprensión del fenómeno sugestivo, pero cometieron el error de establecer sinonimia entre sugestión y asociación de ideas, al mismo tiempo que consideraron

la asociación como enlace real y que existe independientemente del sujeto que percibe. Esta posición los situaba como idealistas mecanicistas y los apartaba de la realidad objetiva del problema.

Otra escuela psicológica que estudió los fenómenos de la sugestión fue la conductista o behaviorista. Para Sidis y Krafft-Ebing, representantes de dicha escuela, la sugestión era contemplada bajo el esquema mecánico de estímulo-respuesta ($E \rightarrow R$). Ellos planteaban que en toda sugestión existían sólo dos eslabones: la sugestión y la reacción-respuesta. Se puede apreciar claramente el materialismo mecanicista del esquema conductual, donde se omiten las condiciones internas del sujeto y se ve al hombre como un ser pasivo que ignora su participación y el papel que desempeña en dicha relación.

El conductismo no toma en consideración que cuando se estimula a un sujeto, incluso en estado hipnótico, las características de su personalidad no permanecen ajenas al proceso. La mayor prueba que podemos tener de esto lo constituye el rompimiento del *rapport* que se produce cuando se le da una sugestión al paciente en contra de sus principios morales, ideológicos o religiosos.

Si nos referimos al enfoque neoconductista de la hipnología, es importante señalar a Hull y Erickson, quienes han desempeñado un papel muy importante en las investigaciones contemporáneas.

Clark L. Hull (1884-1952), creador del conductismo deductivo, marca el comienzo de la investigación hipnótica actual con la introducción de las matemáticas en la experimentación sobre hipnosis, específicamente con el uso del modelo probabilístico de la hipótesis de nulidad, alrededor de los años 1930. Aplicó técnicas de correlación estadística con escalas de profundidad hipnótica, para determinar los correlativos psicométricos de la respuesta hipnótica.

Según los estudios de Hull sobre sugestionabilidad e hipnosis, en general los niños entre siete y ocho años de edad son más fácilmente hipnotizados que en cualquier otra edad de su vida, las mujeres en general son sujetos algo mejores que los hombres, los adictos a las drogas son en general más sugestionables que los no adictos y los individuos con cocientes de inteligencia altos son también en general más susceptibles a la hipnosis que los individuos de menos inteligencia.

Por su parte, a Milton H. Erickson (1901-1980) se le debe, entre otras cosas, el enfoque terapéutico que pone énfasis en la brevedad y en objetivos limitados sin introspección, es decir, la llamada *hipnoterapia breve*.

Para Erickson, la hipnosis es un estado dirigido hacia lo interno del sujeto en el que los múltiples focos de atención característicos de nuestra conciencia visual cotidiana están restringidos a relativamente pocas realidades internas. Al mismo tiempo, la hipnosis es un estado altamente motivado que lleva implícito el aprendizaje activo inconsciente; es un estado alterado de funcionamiento en el que ocurre un aprendizaje que

depende del estado hipnótico, llamémosle, para ser más precisos, *un aprendizaje estadodependiente*. Para ilustrar esta afirmación, Erickson dice que lo memorizado en embriaguez alcohólica, en hipnosis o en un estado de excitación (por ejemplo, por el efecto de anfetaminas) o de inhibición (por el efecto de amobarbital u otros psicofármacos) se recuerda solamente en un estado igual; lo memorizado en estado de vigilia se recuerda sólo en otro estado de vigilia, y así ocurre en otros estados: de un sueño al siguiente, de LSD a LSD, de una inspiración creadora, artística o psicótica a otra igual, de hipnosis a hipnosis y de un embeleso a otro embeleso. Para él, el objetivo de la inducción hipnótica es reducir los focos de atención (a unas pocas realidades), facilitar alteraciones en los patrones habituales de dirección y control del sujeto y permitir la receptividad de los pacientes a sus propias asociaciones internas y habilidades mentales que puedan integrarse en las respuestas terapéuticas.

La sugestión fue estudiada también por Sigmund Freud (1856-1939), creador del psicoanálisis, el cual nació en un hogar judío de Freiberg y vivió en Leipzig y en el *ghetto* vienés de Leopoldstadt.

Freud fue alumno de Charcot en París, pero la principal motivación que impulsó su dedicación al estudio de la sugestión fue la lectura de un libro de Bernheim titulado *La sugestión y sus aplicaciones terapéuticas*. Posteriormente visitó a Liébeault y a Bernheim en la Escuela de Nancy y comenzó a tratar a sus pacientes con la técnica hipnótica, aunque en realidad no tuvo éxito y se sabe que fue un mal hipnotizador. Freud investigó el «trauma dinámico» que Charcot mencionaba, y en esta búsqueda conoce al doctor Joseph Breuer, quien le habló del famoso caso de Anna O. que estudiaron juntos.

Freud comprobó que en el estado hipnótico, la paciente explicaba cuáles eran las causas de su padecimiento, el cual se manifestaba por parálisis, inhibiciones y estados de perturbación psíquica, pero esto no lo podía hacer cuando estaba despierta, ya que no era capaz de establecer ninguna conexión entre sus síntomas y las diferentes experiencias de su vida.

Breuer llamó *catarsis* al procedimiento terapéutico de establecer y reconocer las causas a nivel inconsciente que provocan los síntomas, pues decía que cuando un paciente recuerda la situación que le provocó el síntoma por primera vez y pasa por todas las excitaciones afectivas correspondientes al impulso reprimido, el síntoma asociado desaparece y no vuelve. Este procedimiento se conoce como *método hipnocatártico*, y es utilizado por muchos terapeutas para la eliminación de síntomas psicopatológicos de origen psicotraumático.

Freud y Breuer publicaron en 1893 un libro titulado *Estudio sobre la histeria (Studien über Hysterie)* donde se referían al uso de este método

que ambos continuaron empleando. Freud insistía en que sus pacientes revivieran por medio de la hipnosis las emociones que se suponía habían provocado la enfermedad, para de esta forma hacer que los propios pacientes descargaran la «energía psíquica» en la que, según él, se apoyaban los síntomas neuróticos.

Los casos estudiados por Freud le hicieron considerar que curaciones aparentes podían ser completamente destruidas si se interrumpía su relación personal con el paciente. Este resultado (y quizás su poca destreza como hipnotizador) lo decidió a abandonar por completo el método hipnótico y lo sustituyó por el psicoanálisis, que consistía en su inicio en acostar al paciente y colocarle suavemente la mano sobre la frente, insistiéndole en que recordara hechos del pasado. Posterior a esto estableció el término de *represión* como el mecanismo causal de las llamadas *enfermedades inmotivadas*.

Freud fue el fundador de la teoría psicoanalítica de la hipnosis y la sugestión. El subjetivismo de esta teoría toma sus fuentes en la filosofía idealista del voluntarismo de Schopenhauer, Hartmann, Nietzsche y otros. El psicoanálisis considera la psique del hombre dividida en consciente e inconsciente, como entes autónomos, con funciones inherentes de *desplazamiento*, *condensación*, *superposición*, etc., siendo lo más importante el inconsciente, pues según la teoría, constituye la fuerza rectora de la personalidad humana donde se encuentran los instintos. Para los seguidores del freudismo, la conciencia desempeña un papel secundario y de sometimiento.

Para los psicoanalistas, la hipnosis, la sugestión y la sugestibilidad tienen una base erótica. Así, por ejemplo, un clásico de esta corriente, Sandor Ferenczi, consideraba que el sueño hipnótico es la rehabilitación de los ajustes infantiles-eróticos-masoquistas y que sobre la base de la sugestión reaparece el complejo de Edipo. Para Ferenczi, la hipnosis era un estado de regresión a una relación paterno-filial.

Freud escribió que la esencia de la hipnosis debía buscarse en la fijación inconsciente de la libido en la personalidad del hipnotizador, por medio del componente masoquista del impulso sexual.

Como se aprecia, en las concepciones psicoanalíticas se refleja la influencia de la filosofía idealista subjetiva, irracionalista, agnóstica y mecanicista. En realidad, la conciencia es lo primero en la psique y es la rectora de la actividad.

Los planteamientos que hace el psicoanálisis en cuanto a considerar que la hipnosis tiene una base erótica y que en la sugestión se sobrepone el complejo de Edipo son completamente absurdos, ilógicos y anti-científicos. El sueño hipnótico es provocado no precisamente por una causa interna, sino por la sugestión externa, aunque no es menos cierto que depende de las condiciones internas, pero desde el punto de vista fisiológico.

Freud, con la creación del psicoanálisis, no se apartó del empleo de la sugestión, sino que dejó de utilizar una de sus formas, la del sueño hipnótico, para trabajar en estado de vigilia, pero unido a toda una serie de concepciones que se alejan de la realidad objetiva y del verdadero fundamento fisiológico materialista de la sugestión.

Lo correcto de la teoría psicoanalítica de la hipnosis y la sugestión es lo referente a la observación de que en la hipnosis hay una disminución del nivel de concientización de la psique.

Existen muchas otras teorías sobre la hipnosis, además de las ya mencionadas. White planteó la *teoría del esfuerzo dirigido a un objetivo*, según la cual los fenómenos de la hipnosis se producen por el esfuerzo del sujeto en comportarse como una persona hipnotizada, según el patrón definido por el hipnotizador y comprendido por el sujeto; la teoría de Weitzenhoffer, basada en la homoacción, la heteroacción y la disociación; la teoría de Kubie y Margolin, según la cual las fronteras del consciente están al principio limitadas al hipnotizador y luego se reexpanden en la hipnosis completa; la hipótesis atavística, que considera la hipnosis ante todo como una regresión al modo primitivo de funcionamiento mental, en el cual las ideas son aceptadas en la mente por el proceso arcaico de sugestión en lugar de la función lógica adquirida más recientemente del cerebro; la teoría ideomotora, y muchas otras.

No fue hasta que Pávlov realizó sus descubrimientos sobre la actividad nerviosa superior, que la hipnosis y la sugestión pudieron contar con una verdadera base teórico-científica materialista. Su teoría constituyó una revolución dentro de la ciencia, pues daba una explicación fisiológica de los fenómenos psíquicos.

Pávlov decía que la palabra constituye un reflejo condicionado que permite ser utilizado para provocar el sueño hipnótico, el que a su vez definía como una inhibición cortical interna, que surge en la zona motora cortical y se irradia a las demás áreas de los hemisferios cerebrales, y que puede llegar al mesencéfalo. Con sus descubrimientos, Pávlov rompió con las concepciones idealistas, metafísicas, sobrenaturales, oscurantistas y mitológicas que se habían formado sobre la hipnosis.

En 1897 se llevó a cabo en Moscú el XII Congreso Internacional de Medicina y en su decimoprimer sesión se presentó el tema «El hipnotismo frente a la ley de determinados países», y el presidente de la misma era el profesor Mesechede. En dicha sesión se informó de las trabas puestas por algunos países a la aplicación de la hipnosis y se hacía notar que en Rusia, donde se permitía esta práctica, a través de más de treinta mil sesiones de hipnosis realizadas nunca se había podido comprobar ni el más mínimo peligro para el paciente.

Dos investigadores, Tokásky y Daniliévsky, consideraron que la hipnosis y la sugestión eran fenómenos psicorreflejos y refutaron lo planteado por Charcot sobre los perjuicios de la hipnosis, demostrando por

medio de sus investigaciones que la sugestión actúa beneficiosamente sobre el sistema nervioso y provoca tranquilidad y reforzamiento.

Las investigaciones de Tokásky y Daniliévsky demostraron que la sugestión trabaja sobre la corteza y que ésta influye en la esfera vegetativa del sistema nervioso. También señalaron que la sugestión y la hipnosis podían actuar independientemente, es decir, la hipnosis sin la sugestión oral y esta última sin la primera.

Tokásky había presentado en 1890 un trabajo titulado «El hipnotismo en la pedagogía», donde planteaba el problema del papel de la sugestión en la educación de los niños y adultos, así como la posibilidad de utilizarla con el fin de intensificar perennemente la energía de la actividad psíquica en general y consideraba posible emplear esta intensificación no transitoria para modificar la personalidad y conducta de niños y adultos. Él afirmaba que la perdurabilidad de la acción sugestiva se debía al efecto de la sugestión posthipnótica.

Vladimir N. Bétjerev (1857-1927), fundador junto con Pávlov de la escuela reflexológica soviética, fue quien desarrolló la idea sobre la hipnosis como una singular modificación del sueño natural. Este concepto coincidía con el de Pávlov, quien también señalaba cierta similitud entre inhibición interna, sueño hipnótico y sueño natural, diciendo que la diferencia que pudiera existir entre los tres no era significativa.

Las investigaciones realizadas por Bétjerev lo llevaron a plantear que la esencia de la hipnosis era la introducción, en la esfera psíquica de otra persona, de ideas, sentimientos y emociones en la medida de lo posible, sin que intervinieran la crítica ni el juicio, utilizando la palabra y los gestos y evitando la atención activa, es decir, dando un rodeo a la personalidad crítica del sujeto. Claro que, en la utilización de los gestos para ejercer sugestión, se tiene también en cuenta un contenido verbal significativo, pero codificado en clave. Sus ideas fueron desarrolladas por muchos de sus discípulos, entre ellos Plátonov, Miásishev, Ananiev y otros.

Un aporte importante de Bétjerev fueron sus investigaciones sobre la sugestión en estado de vigilia. Distinguió la sugestión volitiva o premeditada y la no volitiva o no premeditada. La sugestión no voluntaria actúa en la comunicación mutua de las personas, en forma imperceptible y por esto no provoca resistencia. Esta sugestión se ilustra con el ejemplo de la influencia de una persona alegre sobre una comunidad de personas que están aburridas, las que involuntariamente y sin advertirlo se contagian con su alegría. Sin embargo, debe señalarse que en el presente ejemplo no sólo actúa la sugestión, sino también la imitación y otros medios de interinfluencia. Hasta su muerte, en 1927, Bétjerev realizó numerosos estudios y experimentos sobre la sugestión hipnótica por telepatía en el Instituto de Investigaciones del Cerebro, en

Leningrado, junto a otros investigadores entre los que se destacó Leonid L. Vasiliev.

En 1930 otro científico soviético, discípulo de Bójterev, Plátonov, publicó un artículo denominado «La palabra como factor fisiológico y terapéutico» y en el mismo estableció la utilización de la sugestión, pero en forma de persuasión, diciendo que ésta debe ser construida sobre la base de un sistema de argumentos lógicos y demostraciones desarrolladas consecutivamente. Puso como ejemplo las instrucciones de cómo parir en la profilaxis de los dolores del parto, conversaciones antialcohólicas, etcétera.

Plátonov utilizó el término de *sugestoterapia* para el uso de la sugestión como tratamiento clínico y refiere que debe tener forma de comunicación imperativa. Puso el siguiente ejemplo: «Usted ha olvidado ya todos sus penosos sufrimientos, y cuando los recuerde por casualidad no le producirán inquietud.»

Plátonov realizó valiosos aportes al desarrollo científico de la hipnosis y la sugestión; consideraba esta última con posibilidad de orientar las ideas y la conducta de las personas, y que incluso llega a ser el motivo de las mismas. También consideraba que la sugestión actualiza y refuerza aquello que debe motivar las acciones y que inhibe todo lo que pueda estorbarlo.

En conclusión, el análisis histórico del fenómeno de la sugestión y de la hipnosis nos demuestra su desarrollo y evolución, sus cambios cualitativos y cuantitativos. Actualmente nadie niega que la sugestión actúa sobre la psique de las personas; es decir, que puede influir sobre la fuerza o intensidad de fenómenos psíquicos como la percepción, la memoria, el pensamiento, los sentimientos, la imaginación, la voluntad, etcétera.

La palabra influye directamente sobre el segundo sistema de señales y la corteza cerebral, se interrelaciona con el primer sistema y recibe su influencia tocando las zonas de la subcorteza, donde se encuentran los centros vegetativos superiores y los reflejos incondicionados de características complejas, como son los instintos y las emociones; es decir, que por medio de la palabra podemos ejercer influencia en estos aspectos mencionados.

Es de todos conocida la estrecha relación existente entre los aspectos somáticos y psíquicos; cualquier cambio fisiológico y bioquímico en el organismo provoca cierta reacción psíquica y viceversa. Por eso se utilizan los términos *psicosomático* y *somatopsíquico*, y sobre ambos aspectos es posible trabajar con la hipnosis.

La utilización de la hipnosis y la sugestión como recurso psicoterapéutico ha tenido que recorrer un camino lleno de obstáculos en su desarrollo histórico, pero finalmente se ha podido comprobar su carácter científico y su valor terapéutico.

BIBLIOGRAFIA

- BAILLY, J. S. et al.: *Rapport des commissaires chargés par le roi de l'examen du magnetisme animal*, II août 1784. Signé par: Franklin (président), Majault, Le Roy, Sallin, Bailly (rapporteur). D'Arcet, De Bory, Guillotin, Lavoisier. Paris: Imprimerie Royale, 1784.
- BAILLY, J. S. et al.: *Exposé des expériences qui ont été faites pour l'examen du magnetisme animal. Lû à l'Académie des Sciences, par M. Bailly, en son nom et au nom de Messrs. Franklin, Le Roy, De Bory, et Lavoisier, le 4 septembre 1784*. Paris: Imprimerie Royale, 1785.
- BARBARIN, C. DE: *Système raisonné du magnétisme universel*. Paris: Castelner, 1786.
- BENNETT, J. H.: *The mesmeric mania of 1851 with a physiological explanation of the phenomena produced*. Edinburgh: Sutherland & Knox, 1851.
- BERGASSE, N.: *Considérations sur le magnetisme animal, ou sur la théorie au monde et des êtres organisés d'après les principes de M. Mesmer*. La Haye, 1784.
- BERNHEIM, H. M.: *De la suggestion dans l'état hypnotique et dans l'état de veille*. Paris: Doin, 1884.
- BERNHEIM, H. M.: *Suggestive therapeutics: a treatise on the nature and uses of hypnotism*. New York: G. P. Putnam's Sons, 1889.
- BERTRAND, A. J. F.: *Traité du sonnambulisme et des différentes modifications qu'il présente*. Paris: J. G. Dentu, 1823.
- BERTRAND, A. J. F.: *Du magnétisme animal en France et des jugements qu'en ont portés les sociétés savantes; avec le texte des divers rapports faits en 1784 par les commissaires de l'Académie des Sciences, de la Faculté et de la Société Royale de Médecine, et une analyse de dernières séances de l'Académie Royale de Médecine et du Rapport de M. Husson; suivi de considérations sur l'apparition de l'extase dans les traitements magnétiques. Seconde partie: Du sonnambulisme artificiel considéré comme une variété de l'extase*. Paris: Baillié, 1826.
- BINET, A. and C. FÈRE: *Animal magnetism*. New York: Appleton-Century, 1888.
- BONNEFOY, J. B.: *Analyse raisonné des rapports des commissaires chargés par le roi de l'examen du magnétisme animal*. 1784.
- BRAID, J.: *Neurypnology: the rationale of nervous sleep considered in relation with animal magnetism, illustrated by numerous cases of its successful application in the relief and cure of disease*. London: John Churchill, 1843.
- BRAMWELL, J. M.: *Hypnotism: its history, practice and theory*. New York: Julian Press, 1956.
- BREUER, J. AND S. FREUD: *Studies on hysteria*. New York: Basic Books, 1957.
- BURDIN, C. et F. (D'AMIENS) DUBOIS: *Histoire académique du magnétisme animal: accompagnée de notes et de remarques critiques sur toutes les observations et expériences faites jusqu'à ce jour*. Paris: Baillié, 1841.
- COUÉ, E.: *Self-mastery through conscious autosuggestion*. London: George Allen & Unwin, 1922.
- CHARCOT, J. M.: «Contracture hystérique et animant: catalepsie provoquée artificiellement. Zoopsie. Catalepsie chez animaux.» *Comptes Rendus de la Société de Biologie (Paris)*, 5: 119, 230; 1873.
- CHARCOT, J. M.: «Essai d'une distinction nosographique des divers états compris sous le nom d'Hypnotisme.» *Comptes Rendus de l'Académie des Sciences*, 44, 1882.

- CHARCOT, J. M.: «Sur les divers états nerveux déterminés par l'hypnotisation chez les hystériques.» *Comptes Rendus Hebdomadaires des Séances de l'Académie des Sciences*, 94: 403-405, 1882.
- CHARCOT, J. M.: «The faith-cure.» *New Review*, 8 (44): 18-31, 1893.
- CHARCOT, J. M. ET P. RICHER: «Contribution à l'étude de l'hypnotisme chez les hystériques: du phénomène de l'hyperexcitabilité neuromusculaire.» *Archives de Neurologie*, 2: 32, 75, 1881.
- DARNTON, R.: *Mesmerism and the end of the Enlightenment in France*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press, 1968.
- DELEUZE, J. P. F.: *Histoire critique du magnétisme animal*. Paris, 1819.
- ELLIOTSON, J.: *Numerous cases of surgical operations without pain in the mesmeric state*. London: Baillière, 1843.
- ERICKSON, M. H.: «Hypnosis: a general review.» *Diseases of the Nervous System*, 2: 13-18, 1941.
- ESDALE, J.: *Mesmerism in India and its practical application in surgery and medicine*. London: Longman's, Green & Co., 1850. Reimpreso bajo el título *Hypnosis in medicine and surgery*. New York: Julian Press, 1957.
- ESDALE, J.: *Natural and mesmeric clairvoyance, with the practical application of mesmerism in surgery and medicine*. London: Baillière, 1852.
- ESLON, C. DE: *Observations sur le magnétisme animal*. London & Paris: Saugrain & Clousier, 1780.
- FARÍA, J. C. DE: *De la cause du sommeil lucide ou étude de la nature de l'homme*. Paris: Henri Jouve, 1906.
- FREUD, S.: *Obras completas*. Madrid: Biblioteca Nueva, 1948.
- GALDSTON, I.: «Mesmer and animal magnetism.» *Ciba Symposia*, 9: 832-857, 1948.
- GOLDSMITH, MARGARET L.: *Franz Anton Mesmer: the history of an idea*. London: Arthur Barker, 1934.
- GRIMM, F. M. VON ET D. DIDEROT: «Rapport des commissaires chargés par le roi de l'examen du magnétisme animal, 1784.» *Correspondance Littéraire*, 3 (3): 10-20, 1813.
- HALEY, J. (ed.): *Advanced techniques of hypnosis and therapy: selected papers of Milton H. Erickson, M. D.* New York: Grune & Stratton, 1967.
- HALL, C. R.: *Mesmerism: its rise, progress and mysteries*. New York: Burgess, Stringer & Co., 1845.
- HULL, C. L.: *Hypnosis and suggestibility: an experimental approach*. New York: Appleton-Century-Crofts, 1933.
- HUSSON, H. M. et al.: *Report of the experiments on animal magnetism, made by a committee of the medical section of the French Royal Academy of Sciences; read at the meeting of the 21st and 28th of June, 1831*. Signed: Bourdois de la Motte (President), Fourquier, Gueneau de Mussy, Guersent, Husson (Reporter), Itard, J. J. Leroux, Marc, Thillaye. Edinburgh: Robert Cadell, 1833.
- JANET, P.: *L'état mental des hystériques*. Paris: Alean, 1892.
- JANET, P.: *Psychological healing: a historical and clinical study*. New York: Mac-Millan, 1925.
- JUSSIEU, A. L. DE: *Rapport de l'un commissaire chargé par le roi de l'examen du magnétisme animal*, Paris, 12 septembre 1784. Paris: Herissant, 1784.
- KUBIE, L. S.: «Hypnotism.» *Archives of General Psychiatry*, 4: 40-54, 1961.
- LAFONTAINE, CH.: *L'art de magnétiser, ou le magnétisme animal considéré sous le point de vue théorique, pratique, thérapeutique*. Paris: Baillière, 1860.
- LIÉBEAULT, A. A.: *Du sommeil et des états analogues considérés surtout au point de vue de l'action moral sur le physique*. Paris: V. Masson, 1866.

- LUDWIG, A. M.: «An historical survey of the early roots of mesmerism.» *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 12: 205-217, 1964.
- LURIA, A. R.: *Las funciones corticales superiores del hombre*. La Habana: Orbe, 1977.
- MARX, C. Y F. ENGELS: *Obras escogidas*. La Habana: Editora Política, 1963.
- MESMER, F. A.: *Mémoire sur la découverte du magnétisme animal*. Genève, 1774.
- MESMER, F. A.: *Maxims on animal magnetism*. Mt. Vernon, New York: Eden Press, 1958.
- PATTIE JR., F. A.: «Mesmer's medical dissertation and its debt to Mead's De Imperio Solis ac Lunae.» *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences*, 11: 275-287, 1956.
- PÁVLOV, I. P.: *El sueño y la hipnosis: trabajos experimentales*. Buenos Aires: Martínez de Murguía, 1959.
- PAVLOV, I. P.: «El problema del sueño y la hipnosis.» En sus: *Obras escogidas*. Buenos Aires: Quetzal, 1960.
- PÁVLOV, I. P.: *Los reflejos condicionados aplicados a la psicopatología y psiquiatría*. La Habana: Edición Revolucionaria, 1966.
- PLÁTONOV, K. I.: *La palabra como factor fisiológico y terapéutico*. (Problemas de la teoría y práctica de la psicoterapia a la luz de la doctrina de I. P. Pávlov.) Moscú: Ediciones en Lenguas Extranjeras, 1958.
- PUYSÉGUR, MARQUIS DE: *Mémoires pour servir à l'histoire et à l'établissement du magnétisme animal*. Paris, 1784.
- PUYSÉGUR, MARQUIS DE: *Recherches, expériences et observations physiologiques sur l'homme dans l'état de somnambulisme naturel, et dans le somnambulisme provoqué par l'acte magnétique*. Paris: J. G. Dentu, 1811.
- RICHET, CH.: «The simulation of somnambulism.» *Lancet*, 1: 8-9, 51-52; 1881.
- SCHNECK, J. M.: «The history of electrotherapy and its correlation with Mesmer's animal magnetism.» *American Journal of Psychiatry*, 116: 463-464, 1959.
- SCHNECK, J. M.: «History of medical hypnosis: additions and elaboration.» En su: *Hypnosis in modern science*. Springfield, Ill.: C. C. Thomas, 1963, pp. 406-421.
- WEITZENHOFFER, A. M.: *Hypnotism: an objective study in suggestibility*. New York: John Wiley & Sons, 1953.
- WEITZENHOFFER, A. M.: *General techniques of hypnotism*. New York: Grune & Stratton, 1957.
- WHITE, R. W.: «A preface to the theory of hypnotism.» *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 36: 477-505, 1941.
- WYDENBRUCK, NORA P. VON: *Doctor Mesmer: an historical study*. London: John Westhouse, 1947.

Capítulo III

PRUEBAS Y ESCALAS DE SUSCEPTIBILIDAD HIPNOTICA

PRUEBAS DE SUSCEPTIBILIDAD HIPNÓTICA

La susceptibilidad hipnótica o sugestibilidad es la propiedad de respuesta ante la sugestión. Varía de un individuo a otro y en el mismo individuo de un momento o estado a otro, en dependencia de diversos factores psicológicos y fisiológicos.

Se conocen una serie de pruebas que han sido utilizadas por los hipnotizadores con vistas a detectar a aquellas personas que son susceptibles a la aplicación de determinadas técnicas hipnóticas. Estas pruebas nos dan una idea del grado de sugestibilidad de un sujeto.

Las pruebas que describiremos en este capítulo aplican recursos fisiológicos que facilitan unirlos a la sugestión y establecer una combinación fisiopsicológica que favorezca la aparición espontánea de la sugestibilidad del sujeto a quien se le aplican.

Las ventajas adicionales que tiene la aplicación de pruebas de susceptibilidad hipnótica son las siguientes:

1. Fortalece el *rapport* entre el hipnoterapeuta y el paciente.
2. Prepara al sujeto psicológica y reflexológicamente para el relajamiento corporal completo, así como para las sugestiones verbales bajo las que tendrá que interactuar en el proceso de inducción hipnótica.
3. Permite conocer cómo se comporta el individuo ante ciertas y determinadas sugestiones que se le van aplicando y cuya valoración conjunta constituye el principio sobre el que nosotros hemos diseñado una escala de susceptibilidad hipnótica, a la cual nos referiremos con detalle al final de este capítulo.

RECOMENDACIONES PARA EL USO DE LAS PRUEBAS

Aunque estas pruebas no son las únicas que existen sí son las más usadas. Además, nuestra recomendación parte de la experiencia práctica de haberlas aplicado a un número significativo de sujetos en los últimos

12 años y comprobar que miden efectivamente lo que se desea valorar, así como que nos permiten tener una visión general de la sugestionabilidad de aquellos a quienes se apliquen, para seleccionar los métodos de inducción hipnótica.

Una vez establecido el *rapport* y obtenidos los datos de la anamnesis del sujeto, se le explicará que se necesita su cooperación para realizar unas sencillas pruebas de reacción motriz que van encaminadas a conocer su capacidad de respuesta desde el punto de vista médico. Debe aclarársele al sujeto que estas pruebas son muy simples, que no tienen ningún tipo de contraindicación y que es necesaria su cooperación activa para que las mismas sean confiables. El paciente debe conocer que las pruebas se basan en el proceso de relajación; nunca se empleará el término *hipnosis* ni *sugestión*. Se le orientará que trate de comprender las consignas que se le darán y concentrarse en ellas.

Es importante crear en el sujeto una actitud científica hacia las pruebas, o sea, que las tome seriamente. Bajo ningún concepto el individuo se debe sentir desafiado a vencer o ser vencido en estas pruebas, por lo que es necesario poner énfasis en la importancia de la participación activa del mismo.

Las consignas deben ser dadas en un tono de voz bajo, preferiblemente como un susurro en forma mantenida y monótona, y con entonación imperativa. Nunca el sujeto debe recibir la impresión de que existe inseguridad por parte del terapeuta; para esto es necesario que la voz del operador sea pausada, firme y segura.

Cuando se emplace al sujeto a que trate de ir en contra de una sugestión mediante la consigna "*Intente...*", ésta se debe dar en voz baja y sugerir automáticamente, de modo imperativo y con una tonalidad de voz más fuerte, la consigna "*No puede... imposible...*", para contrarrestar el efecto.

La utilización de la voz en tono bajo obliga al individuo a concentrarse para poder captar las consignas del operador.

El entrenamiento y la práctica van indicando las distintas tonalidades que en cada momento se necesitan. Estas indicaciones son válidas también para el proceso de inducción hipnótica.

Cuando vayan a ser aplicadas las pruebas en sujetos del sexo opuesto con personalidad y neurosis histéricas, no se puede dejar de valorar la posibilidad de que aparezcan vivencias autosugestivas provocadas por la imaginación y la fantasía de este tipo de entidad nosológica, que impliquen comentarios infundados en contra del terapeuta. Para evitar posibles acusaciones, es necesario realizar las pruebas en presencia de una persona del mismo sexo que la paciente, ya que siempre existe la posibilidad de que sujetos muy sugestionables entren en un estado hipnótico profundo. Al mismo tiempo, la presencia de un tercero tiene inconvenientes, ya que el paciente puede establecer resistencia por te-

mor a hacer el ridículo, pero este riesgo es necesario correrlo para evitar las complicaciones señaladas.

PRUEBA DE BRAZO PEGADO A LA PARED

Se sitúa al paciente completamente relajado y parado con sus pies unidos, frente a una pared, a una distancia tal que para que llegue el brazo derecho extendido horizontalmente hasta la misma se necesite una inclinación del cuerpo hacia adelante (unos veinte grados). Al sujeto se le indica que coloque su mano derecha pegada a la pared, pero con el brazo vuelto hacia arriba, quedando prácticamente apoyado sobre la palma de la mano, mientras que el brazo izquierdo ha de ponerse completamente relajado al lado del muslo. La mirada debe estar dirigida hacia la mano derecha.

El apoyo del cuerpo sobre la mano, en esta posición, provoca calambre en el antebrazo, así como rigidez total de los músculos estriados del mismo y sensación de dolor, por la posición forzada del pulso, que hacen sentir la mano como realmente pesada y pegada a la pared, siendo casi imposible separarla si no se retira el cuerpo hacia atrás por un mecanismo completamente físico.

Una vez que se ha comprobado que el brazo está contraído y en completa tensión muscular, se le indica al paciente que cierre los ojos y se comienza con sugerencias verbales. Primeramente se le indica en forma pausada: *«Usted va a sentir cómo su mano se pega a la pared... no tenga miedo... su brazo se pone duro y en tensión... deje el resto del cuerpo relajado...»*

Se debe dejar entre cada sugerencia un intervalo de tres segundos aproximadamente. Las indicaciones deben tener cierto énfasis imperativo y afirmativo, procurando que coincidan con lo que físicamente está pasando en el sujeto. A continuación se sugiere: *«Su mano continúa pegada... muy pegada... cada vez más pegada... más pegada... más dura... más cansada... mucho más pegada... Imposible separarla... imposible separarla... aunque usted intente no puede... no puede separarla... está completamente pegada... imposible separarla...»*

Esta sugerencia verbal tiene que ser dada cuando se observa en el sujeto una total contracción en el antebrazo y se ha provocado que todo el resto del cuerpo esté completamente relajado. Se comienza a tocar con el dedo el brazo del paciente y se le indica: *«A medida que yo toco su brazo... éste se pone más duro... mucho más tenso... más contraído... Imposible separarlo... imposible separarlo... Cierre sus ojos... déjelos cerrados... Su cuerpo totalmente relajado... totalmente relajado... su brazo está duro... pesado... contraído... sus párpados*

pegados... todo su cuerpo relajado... su brazo duro y contraído... su mano pegada a la pared... imposible separarla... imposible separarla...»

Después de repetir varias veces *«Imposible separarla...»*, se le indica: *«Intente... no puede... no puede... imposible separarla... imposible separarla...»*

Nunca debe indicarse más de una vez el reto *«Intente...»* Se continúa reforzando la conducta del sujeto diciendo: *«Está muy bien... no se preocupe... ha cooperado muy bien... fijese bien... yo contaré hasta tres... y cuando llegue a tres... usted podrá abrir los ojos y separar la mano... cuando yo cuente hasta tres... Uno... su mano comienza a dejar de estar pegada... Dos... todo su cuerpo flojo... Tres...»*

Los sujetos de gran sugestionabilidad quedan casi hipnotizados, con imposibilidad de separar la mano. Pero, en general, todo aquel que no logre separar la mano de la pared es un buen candidato para la aplicación de la hipnosis.

Consideramos que esta prueba es prácticamente la más efectiva que existe para medir la sugestionabilidad de una persona, pues el fenómeno que se provoca se basa en mecanismos puramente físicos, que imposibilitan la retirada de la mano de la pared si el cuerpo no es echado hacia atrás. Es conveniente destacar que si se obtiene un resultado negativo en la prueba, esto no implica necesariamente que el sujeto no pueda ser hipnotizado.

PRUEBA DEL ENTRECruzAMIENTO DE LOS DEDOS

Se trabaja al paciente de pie o sentado (preferiblemente en esta última forma) con los ojos abiertos. Se le indica que entrecruce los dedos hasta su base y haga gran presión con ambas manos entrecruzadas, para que queden fuertemente cerradas. Una vez hecho esto, debe sugerírsele que las voltee de forma que las palmas queden hacia afuera; inmediatamente se le indica que apoye el dorso de los dedos sobre la frente haciendo presión sobre ella, fuertemente, con los brazos arqueados y los codos en una posición alta.

Una vez que se ha puesto al sujeto en esta postura que físicamente es incómoda y forzada, pues las articulaciones digitales funcionan como nódulos que dificultan la salida de los dedos que se encuentran entrecruzados, se le manda a cerrar los ojos y se comienza con las sugerencias verbales: *«Sus dedos deben permanecer firmemente unidos... firmemente unidos... sus codos y brazos elevados... las manos apoyadas sobre su cabeza... todo el resto del cuerpo relajado... completamente relajado... las manos pegadas... muy pegadas...»*

Cuando se observe que existe cierta contracción muscular se indica: *«Ahora ya es imposible separarlas... sus dedos no se pueden separar... están pegados... muy pegados... amarrados... apretados... imposible separarlos... Intente... no puede... imposible separarlos... imposible separarlos...»*

Los sujetos muy sugestionables se impresionan rápidamente con el ejercicio, que provoca incomodidad física para poder separar los dedos.

Las sugerencias verbales, al igual que en el ejercicio anterior, deben ser dadas de forma pausada, siempre en un tono imperativo y con la misma tonalidad de voz, que hagan notar al sujeto la seguridad del profesional que está aplicando la técnica. Esta prueba es buena, pero la frecuencia en provocar resultados positivos es menor que en la primera.

PRUEBA DE OSCILACIÓN LATERAL

Se coloca al paciente de pie con las piernas bien unidas, los brazos al lado del cuerpo, totalmente relajados. Es muy importante comprobar este último aspecto. Se le indica que no tenga miedo y se le da confianza, sugiriéndole que cierre los ojos y repitiendo que mantenga los pies bien unidos y el cuerpo relajado.

El hipnotizador debe situarse frente al sujeto, ponerle una mano en cada brazo y comenzar a hacer un movimiento oscilatorio. Se le indica que piense en una sábana en blanco o en la pantalla de un cine donde no estén proyectando ninguna película.

Posteriormente se comienza con las sugerencias verbales siguientes: *«Sus brazos relajados... los ojos cerrados... no tenga miedo... no se va a caer... los pies bien pegados... el cuerpo muy relajado... cada vez más flojo... todos sus músculos sin ninguna contracción...»*

Cuando se ha comprobado que el movimiento tiene cierta estereotipia, que las manos del hipnotizador no tienen que hacer mucha presión para que se produzca el movimiento, se le indica: *«Ahora piense que está sobre un barco... un barco que se mueve... que se mueve... usted se mueve como si estuviera en el barco... para un lado y para otro... se mueve... se mueve...»*

Se retiran las manos de los hombros del sujeto y se le dan las siguientes sugerencias: *«Está muy bien... continúe... el barco sigue su movimiento... usted se mueve... de la misma forma... de un lado para otro... de un lado para otro... ya su cuerpo se mueve y se balancea... para la derecha y para la izquierda...»*

Esto debe coincidir con los movimientos que el sujeto está experimentando. Cuando en él existe cierto mareo, las oscilaciones tienden a ser circulares; entonces se indica: *«Ya es imposible parar... esos movimientos son automáticos... imposible parar... imposible parar...»*

aunque usted quiera... no puede parar ese movimiento... imposible parar... imposible parar... Intente... no puede... imposible parar... imposible parar...»

El porcentaje positivo que se obtiene con esta prueba en personas sugestionables es alto, pues el movimiento estereotipado con los ojos cerrados provoca cierto mareo, que al unirse con las sugerencias verbales producen cierta tendencia a que los movimientos se hagan involuntarios y respondan a las indicaciones verbales del hipnotizador.

PRUEBA DE LA CAÍDA PARA ATRÁS

Se sitúa al paciente parado con los pies bien unidos, el cuerpo relajado, los brazos a los lados del cuerpo. Es importante que se realice la maniobra de levantar los brazos y soltarlos para comprobar que los mismos caigan relajados al suspenderlos, completamente pesados y abandonados, efectuando un movimiento de péndulo al caer.

Se le indica al sujeto que cierre los ojos y el hipnotizador se coloca detrás, pone una mano en la espalda del paciente y hace que el cuerpo del mismo se apoye ligeramente sobre la mano, dando la sensación de sostén.

Inmediatamente se comienza con las sugerencias verbales: *«Su cuerpo debe estar relajado... descansando sobre la mano... no tenga miedo... deje todo su cuerpo relajado... los ojos cerrados... no trate de abrirlos... los brazos flojos... piense ahora que lo están empujando hacia atrás... su cuerpo relajado... no tenga miedo...»*

Cuando se entienda que efectivamente el sujeto se encuentra apoyado sobre la mano y que el mismo la ha establecido como punto de equilibrio, se comienza a aflojar la presión que se tenía sobre la espalda y se continúa diciendo: *«Su cuerpo se inclina hacia atrás... se inclina hacia atrás... no tenga miedo... los ojos cerrados...»*

Siempre debe existir entre cada sugerencia un intervalo de aproximadamente tres a cinco segundos y es necesario que la voz siga con la misma entonación y en forma imperativa.

Si nos encontramos con un sujeto sugestionable y, por ende, susceptible a la hipnosis, se podrá observar que cae hacia atrás. Esta prueba es efectiva para los sujetos que presentan un alto grado de impresionabilidad.

PRUEBA DE LOS BRAZOS EXTENDIDOS

Se puede sentar al paciente o mantenerlo parado, pero los pies deben estar fuertemente unidos y los ojos abiertos, los brazos extendidos paralela y horizontalmente, de modo que las palmas de las manos estén vueltas hacia adentro y a una distancia de 15 a 18 cm entre sí. Inmediatamente después se comienza con las sugerencias verbales siguientes: *«Su cuerpo debe estar firme... los pies unidos... las manos extendidas... cada vez más extendidas... sus manos comienzan a aproximarse... se aproximan poco a poco... las manos se pegan... se pegan... se unen... están firmemente unidas... apretadas... duras... pegadas... muy pegadas... imposible separarlas... imposible separarlas... están pegadas...»*

El hipnotizador debe tocar con un dedo ambos brazos y continuar diciendo: *«A medida que yo toco sus brazos... se ponen cada vez más duros... duros y extendidos... cada vez más duros y extendidos... se pegan... cada vez están más pegados... más pegados... más pegados... imposible separarlos... imposible separarlos... están pegados...»*

Esta prueba mide también el grado de sugestionabilidad del sujeto, pero hemos comprobado que tiene menos efectividad que las cuatro primeras.

Si se obtiene un resultado positivo con alguna de las pruebas aplicadas, es decir, si el sujeto se ha visto incapacitado para desobedecer la sugestión del hipnotizador, se debe comenzar con la aplicación de sugerencias que eliminen el fenómeno provocado y llevar al sujeto a su estado natural. Para esto se le indica relajamiento y se le debe felicitar por su cooperación con vistas a formar un reforzamiento de la conducta del mismo.

Por lo general, los pacientes que han respondido afirmativamente a estos ejercicios quedan condicionados para la aplicación de la hipnosis. Es importante repetir que el hecho de que no se responda en forma afirmativa a las pruebas no implica necesariamente que el sujeto no pueda ser hipnotizado, sino que es poco susceptible a la hipnosis mediante los métodos habituales de inducción.

ESCALAS DE SUSCEPTIBILIDAD HIPNÓTICA

Las escalas de susceptibilidad hipnótica son instrumentos de evaluación que permiten al hipnotizador tener una valoración o índice cuantitativo sobre los individuos con los que va a trabajar. Por regla general, una escala de susceptibilidad hipnótica ofrece la posibilidad de clasifi-

car, así como de ubicar a los sujetos a quienes se les aplique, en una serie de categorías que van desde *poco sugestionables* a *muy sugestionables*, lo cual es importante no sólo desde el punto de vista práctico, sino también para los fines de la investigación.

A partir de los años treinta se han creado diferentes escalas de susceptibilidad hipnótica que utilizan distintos recursos, o sea, respuestas a estímulos psicofisiológicos o a pruebas más o menos parecidas a las que explicamos anteriormente.

Entre estas escalas son conocidas la escala de susceptibilidad hipnótica para niños, elaborada por London, las escalas de Harvard (Shor y Orne), de Davis-Husband, de Barry-MacKinnon-Murray, de Eysenck-Furieux, de LeCron-Bordeaux, las de Weitzenhoffer-Hilgard (formas A, B, C, I y II, conocidas también como *escalas de perfit de Stanford*) y la de Barber.

A continuación nos referiremos a una de estas escalas, la de Barber—que consideramos la más completa de las mencionadas—, y explicaremos con más detalle la escala creada por nosotros.

ESCALA DE SUGESTIBILIDAD DE BARBER (BSS)

Esta escala se basa en la aplicación de ocho sugerencias estandarizadas como pruebas, las que son valoradas con un punto cada una si es positiva y con cero punto si es negativa:

1. *Descenso del brazo.* Se aplica la siguiente sugerencia: *«Su brazo derecho está pesado y se está moviendo hacia abajo.»* Se le da un punto sólo cuando el brazo no puede ser sostenido en la posición inicial y baja como mínimo 10 cm.
2. *Levitación del brazo.* Se utiliza la siguiente sugerencia: *«El brazo izquierdo no pesa nada y se está moviendo hacia arriba.»* Al igual que en la anterior, se le da un punto si sube 10 cm como mínimo.
3. *Manos pegadas.* Se emplea la siguiente sugerencia: *«Las manos entrecruzadas están soldadas y no pueden separarse.»* Se le otorga un punto si se cumple la consigna.
4. *Alucinación de sed.* Se le dice: *«Usted ahora siente mucha sed.»* Se añade un punto a los anteriores si se observa en el sujeto humedecimiento de los labios o movimientos con los mismos que indiquen respuesta a esta sugerencia.
5. *Inhibición verbal.* Se le aplica la siguiente consigna: *«Los músculos de su garganta y de su mandíbula están rígidos y no son capaces de dejarle a usted pronunciar su nombre.»* La valoración

es de un punto cuando el sujeto hace intento de pronunciar su nombre, pero no puede.

6. *Inmovilidad corporal.* En esta prueba se pone al sujeto de pie y se le dice: *"Su cuerpo está pesado y no puede levantarlo."* Se califica con un punto si el sujeto intenta levantar su cuerpo del piso y no puede lograrlo.
7. *Respuestas "posthipnóticas."* Se le indica que tendrá determinada reacción o respuesta (por ejemplo, que va a toser) ante determinado estímulo, el cual se le presenta después del experimento.
8. *Amnesia selectiva.* Se le dice al sujeto: *"Cuando se termine este experimento usted no recordará la segunda prueba."* Durante la entrevista postexperimental el sujeto no se referirá al aspecto que se le sugirió olvidar, a menos que se le diga después: *"Ahora puede usted recordar."*

Por supuesto, las sugerencias en estas pruebas no son tan simples. Debe tomarse en cuenta lo que explicamos al referirnos a cada una de las pruebas de susceptibilidad hipnótica. En el caso de la escala de Barber hemos simplificado las instrucciones sugestivas.

ESCALA DE SUSCEPTIBILIDAD HIPNÓTICA DE MARTÍNEZ PERIGOD-ASÍS

Esta escala es la única que ha sido elaborada hasta la fecha fuera de los EE.UU. y se basa en la utilización de las cinco pruebas que explicamos al principio de este capítulo.

El orden de aplicación de las pruebas debe ser el mismo que se señala en el protocolo de la escala y en este capítulo, o sea:

1. Prueba del brazo pegado a la pared.
2. Prueba del entrecruzamiento de los dedos.
3. Prueba de oscilación lateral.
4. Prueba de la caída para atrás.
5. Prueba de los brazos extendidos.

Nunca se debe alterar este orden. Entre una prueba y la siguiente debe haber cierta continuidad.

La calificación de las pruebas obedece al principio de todo o nada, es decir, o saca cero punto u obtiene el máximo de puntos asignados a cada prueba. La puntuación es acumulativa.

Así, por ejemplo, un paciente que responde afirmativamente a la primera prueba acumulará un punto, en la segunda acumulará dos puntos, haciendo un total de tres puntos, y así sucesivamente. Si el sujeto saca cero en una de las pruebas, se intentará realizar la siguiente; si obtiene cero en dos pruebas consecutivas, se descontinuará la aplicación del resto y se pasará a la tabulación total.

En el protocolo aparecen las puntuaciones correspondientes a la valoración que se da a cada una de las pruebas. Una vez obtenida la puntuación acumulativa, se buscará el lugar correspondiente en la escala, tal como aparece en la parte inferior del protocolo, y de esta forma se tiene la clasificación del sujeto.

Las características de cada categoría en la escala son las siguientes:

No susceptible a la inducción hipnótica (NS). Dentro de esta categoría consideramos a aquellos sujetos que han sacado cero punto en la escala y en los cuales, por lo tanto, no debe intentarse la inducción hipnótica por personal que no esté altamente calificado en el dominio de los métodos de inducción. En esto estamos parcialmente de acuerdo con otros investigadores, entre ellos Jacobson, que consideran que sólo una parte de todas las personas son hipnotizables, pero añadimos que el concepto de «hipnotizabilidad» debe interpretarse en relación exclusiva con el empleo de métodos clásicos de inducción, que requieren de la cooperación y sugestibilidad mínima del sujeto, ya que todo individuo puede ser hipnotizado cuando se emplean otros métodos tales como los tóxicos, los instrumentales, la electrohipnosis y la narcohipnosis.

Las características más frecuentes en los sujetos considerados dentro de esta categoría son: retrasados mentales, que por su falta de comprensión de las consignas son incapaces de ejecutarlas, aunque estos sujetos pueden autosugestionarse, y psicópatas, que por su caracterología van en contra de todas las consignas que se les imparten o se niegan a realizar las pruebas.

Poco susceptible a la inducción hipnótica (PS). Dentro de esta categoría consideramos a aquellos sujetos que han obtenido de uno a tres puntos en la escala. Se incluyen en este grupo aquellos sujetos que solamente son capaces de alcanzar una inducción hipnótica parcial, es decir, que con ellos se consigue una hipnosis superficial con catalepsia palpebral y levitación de los miembros superiores. Aquí se pueden ubicar, entre otros, los ancianos y los niños menores de 12 años. Un método adecuado de inducción para este grupo es el pestañeo sincronizado y, específicamente en el caso de los niños, el método de imágenes sensoriales.

Susceptibilidad media a la inducción hipnótica (SM). Aquí se incluye a los sujetos que obtienen puntuaciones entre cuatro y seis, que son susceptibles a todos los métodos de inducción que utilicen fijación de

ESCALA DE SUSCEPTIBILIDAD HIPNÓTICA DE MARTÍNEZ PERIGOD-ASÍS

Nombre: H. C.:

Edad: Escolaridad: Sexo:

Nombre de la prueba	Valor	Puntos
1. Prueba del brazo pegado a la pared	0/1	
2. Prueba del entrecruzamiento de los dedos	0/2	
3. Prueba de oscilación lateral	0/3	
4. Prueba de la caída para atrás	0/4	
5. Prueba de los brazos extendidos	0/5	
Total de puntos	0/15	

Calificación: cada prueba se califica con el principio de todo o nada; es decir, o saca 0 punto o saca el máximo de puntos.

Escala	Puntuación
(NS) No susceptible a la inducción hipnótica	0
(PS) Poco susceptible a la inducción hipnótica	1-3
(SM) Susceptibilidad media a la inducción hipnótica	4-6
(AS) Alta susceptibilidad a la inducción hipnótica	7-10
(ST) Susceptibilidad total a la inducción hipnótica	11-15

Observaciones:

Fecha: Aplicada por:

la mirada, como por ejemplo: fascinación, vista fija, punto luminoso, etcétera. También se pueden utilizar los métodos auditivos, de estimulación vestibular y de oscilación lateral.

Estos sujetos se caracterizan por un predominio instintivo y poca madurez de carácter. Pueden llevarse a un grado de inducción media (anestesia local, fenómenos sensoriales de tipo térmico, etc.). Se incluyen en esta categoría, entre otras, las personas supersticiosas, personalidades afectivas, narcómanos, alcohólicos, personalidades histéricas y con neurosis histérica de conversión.

Alta susceptibilidad a la inducción hipnótica (AS). Comprende a los individuos que obtienen de 7 a 10 puntos en la escala. En este grupo predominan aquellos sujetos que son capaces de llegar a grados profundos de la hipnosis (abrir los ojos sin despertar, cambios endocrino-metabólicos, etc.). Estos individuos se caracterizan con frecuencia por tener signos de hiperhidrosis, labilidad vegetativa y vasomotora, así como otros signos psicofisiológicos. Los sonámbulos y los casos de personalidad múltiple (una forma de manifestarse la neurosis histérica disociativa) presentan características de AS y ST.

Susceptibilidad total a la inducción hipnótica (ST). Se incluyen en esta categoría los individuos que alcanzan de 11 a 15 puntos en la escala. Estos sujetos son capaces de llegar a la etapa de sonambulismo hipnótico, donde se obtienen fenómenos tales como catalepsia general, anestesia general, flexibilidad total, amnesia total, hipermnésia, regresión y progresión de la edad, sugerencias posthipnóticas de corta y larga duración, etcétera.

Es necesario tomar en consideración que la valoración obtenida por un sujeto cuando se aplique la escala nos refleja únicamente las condiciones del mismo en el momento de utilización de las pruebas, y que esta valoración está sujeta al reflejo psicossomático del individuo, el cual puede variar por diversos factores. Es decir, que la valoración que se obtenga con esta u otra escala en un momento dado puede ser diferente o igual algún tiempo después o en otras condiciones, lo cual no indica necesariamente que haya habido error o deficiencia en la aplicación de las pruebas, sino que el individuo ha variado sus patrones de sugestionabilidad.

BIBLIOGRAFÍA

- BARBER, T. X.: «Measuring 'hypnotic-like' suggestibility with and without 'hypnotic induction'; psychometric properties, norms and variables influencing response to the Barber Suggestibility Scale (BSS).» *Psychological Reports*, 16: 809-844, 1965.
- BARRY JR., H., D. W. MACKINNON AND H. A. MURRAY JR.: «Studies in personality: A. Hypnotizability as a personality trait and its typological relations.» *Human Biology*, 3: 1-36, 1931.
- DAVIS, L. W. AND R. W. A. HUSBAND: «A study of hypnotic susceptibility in relation to personality traits.» *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 26: 175-182, 1931.
- EYSENCK, H. J. AND W. D. FURNEAUX: «Primary and secondary suggestibility: an experimental and statistical study.» *Journal of Experimental Psychology*, 35: 485-503, 1945.
- JACOBSON, E.: *Progressive relaxation*. Chicago: University of Chicago Press, 1938.
- LECRON, L. M. AND J. BORDEAUX: *Hypnotism today*. New York: Grune & Stratton, 1947.
- LONDON, P.: *The children's hypnotic susceptibility scale*. Palo Alto, California: Consulting Psychologists Press, 1963.
- MARTÍNEZ PERIGOD, B. Y M. ASÍS: *Valoración de la Escala de susceptibilidad hipnótica de Martínez Perigod - Asís*. I Jornada del Hospital Psiquiátrico «Comandante Manuel Fajardo» y IV Jornada Provincial de Salud Mental, Manzanillo, Granma, 26-28 de noviembre de 1983.
- MARTÍNEZ PERIGOD, B. Y M. ASÍS: *Manual de la Escala de Susceptibilidad Hipnótica de Martínez Perigod - Asís*. Ciudad de La Habana: Sociedad Cubana de Hipnosis, 1986.
- SHOR, R. E. AND EMILY C. ORNE: *The Harvard Group Scale of hypnotic susceptibility*, Form A. Palo Alto, California: Consulting Psychologists Press, 1962.
- WEITZENHOFFER, A. M. AND E. R. HILGARD: *Stanford hypnotic susceptibility scale, Forms A and B*, Palo Alto, California: Consulting Psychologists Press, 1959.
- WEITZENHOFFER, A. M. AND E. R. HILGARD: *Stanford hypnotic susceptibility scale, Form C*. Palo Alto, California: Consulting Psychologists Press, 1962.
- WEITZENHOFFER, A. M. AND E. R. HILGARD: *Revised Stanford profile scales of hypnotic susceptibility, Forms I and II*. Palo Alto, California: Consulting Psychologists Press, 1967.

Capítulo IV

ASPECTOS TECNICOS QUE SE DEBEN TENER EN CUENTA EN LA APLICACION DE LA HIPNOSIS

GENERALIDADES

La hipnosis es una técnica terapéutica y experimental para cuya aplicación hay que tener en cuenta no sólo las características individuales de cada sujeto, es decir, su capacidad intelectual, personalidad, conciencia social, sexo, estado civil, etc., sino también las del hipnotizador, pues la misma se desarrolla mediante la relación entre ambos.

No podemos comenzar nunca un tratamiento psicoterapéutico sin conocer perfectamente la anamnesis del paciente. Pero si el tipo de tratamiento es hipnoterapia, este aspecto se hace aún mucho más necesario.

Un estudio detallado del paciente permite al hipnotizador conocer las características de la estructura de su personalidad y esto facilita la determinación de las distintas variables que se deben tener en cuenta en la aplicación de la hipnosis, atendiendo a las particularidades de cada individuo.

En este capítulo expondremos un esquema generalizado de los aspectos que se deben considerar cuando se van a utilizar técnicas hipnóticas. Esta guía debe ser variada de acuerdo con las peculiaridades del sujeto con el que se va a trabajar.

CARACTERÍSTICAS DEL HIPNOTIZADOR

Mucho se ha hablado acerca de las características de la personalidad del hipnotizador, pues se centraba la técnica en las cualidades de éste. A medida que se han desarrollado los métodos de la hipnosis, se ha ido desplazando la centralización hacia el sujeto, apoyándose en la auto-sugestión.

Es importante señalar que, independientemente del desarrollo científico que ha tenido esta técnica y de que se busque un papel activo del sujeto, esto no implica que el hipnotizador no tenga que poseer ciertas características y aptitudes exteriores que permitan que el paciente adquiera absoluta seguridad y no vea la más mínima posibilidad de que la terapia que se va a utilizar sea susceptible de fallo.

El autocontrol y la confianza en sí mismo son aspectos importantes para el éxito, además de tener un buen dominio de los pasos de la técnica hipnótica que se vaya a seguir.

El hipnotizador debe saber disimular ante el paciente los errores que cometa, de modo que éstos no sean notados por el mismo.

Existen muchos profesionales que comienzan con la aplicación de las técnicas hipnóticas y rápidamente alcanzan buenos resultados. Sin embargo, es necesario advertir que estos éxitos no deben producir en el hipnotizador algo así como un sentimiento de poder sobrenatural, una voluntad irresistible o un don especial, pues incluso sin que el hipnotizador tenga o manifieste esa autovaloración, el paciente verá en él a la persona que domina el «poder de la voluntad».

En realidad, cualquier médico, estomatólogo o psicólogo puede ser un buen hipnotizador en la medida en que domine la técnica y aprenda la teoría y práctica indispensables.

Un adecuado control de los impulsos emocionales es una de las características que debe poseer un buen hipnotizador. Nunca debe tener expresiones de disgusto, incomodidad, etc., cuando no aparezca enseguida el estado hipnótico, pues estas expresiones provocan inseguridad en el paciente y lo pueden hacer pensar que no existe dominio de la técnica. No se debe olvidar que el sujeto idealiza un poco al hipnotizador, por lo que no podemos desaprovechar esta relación deontológica positiva.

El hipnotizador debe cuidar de su presencia, de sus hábitos higiénicos y estéticos. La presencia de halitosis, conjuntivitis o enfermedades contagiosas establece una influencia inhibidora negativa en el paciente, por lo que consideramos que cuando estén presentes estas condiciones no es conveniente proceder a utilizar técnicas hipnóticas, pues se tiene gran posibilidad de fracasar.

Existen tres cualidades que deben estar presentes en todo hipnotizador:

1. Ser objetivo; es decir, que en ningún momento se puede dejar llevar por la acción emocional, hay que tener dominio de los impulsos emocionales.
2. Poseer cierta flexibilidad, que evite tener una conducta rígida que no facilite modificar estilos de trabajo, programas y actitudes ante situaciones que lo requieran.
3. Ser capaz de establecer relaciones de empatía con los sujetos que le faciliten la relación interpersonal técnica de ayuda.

En conjunto, la personalidad del hipnotizador debe tener la característica de ser capaz de inspirar confianza al sujeto para que éste se entregue libremente al proceso de inducción.

El hipnotizador puede expresar sentimientos de consideración, respeto, comprensión y afecto, pero en ningún momento dejará que esto se pueda relacionar con un sentido de posesión.

Independientemente de que las cualidades personales del hipnotizador, su actitud, mímica, gestos y el control de la afectividad tienen importancia, lo fundamental radica en el dominio que se tenga de la técnica.

TONO DE LA VOZ

Son varias las características que debe tener la voz del hipnotizador y dependen de la situación y del fenómeno que se quiera producir.

Como dijimos anteriormente, cuando se desea profundizar en el sueño, el tono debe ser bajo y preferiblemente en forma de susurro, mantenido y monótono.

No es recomendable aplicar sugerencias que lleven implícita una misma acción con distinta tonalidad de voz. Por ejemplo, cuando se le va a indicar al sujeto que duerma, que va a sentir sueño y que está cansado, como son acciones similares, siempre debe existir en la voz del hipnotizador el mismo tono.

Todas las indicaciones verbales deben ser de forma imperativa y nunca se brindará la posibilidad de que el paciente pueda tomar conciencia de que el hipnotizador tiene inseguridad. Por eso la voz de éste debe ser pausada, firme y segura; es decir, que la posibilidad de éxito aumenta en la medida en que existe un mejor dominio de la voz.

Cuando se emplace al sujeto a que trate de ir en contra de una sugerencia mediante la consigna *"Intente..."*, ésta debe darse en voz baja, y, automáticamente, de forma imperativa, y con una tonalidad de voz más fuerte, sugerir *"No puede... imposible... no puede..."* para contrarrestar el efecto.

Un medio de provocar una mayor participación del sujeto o de darle un papel activo es bajar la voz, ya que esto lo obliga a concentrar más su atención para poder captar las consignas del hipnotizador.

En algunas oportunidades es necesario alzar el tono de la voz para llamar la atención del sujeto, sobre todo cuando se da una sugerencia verbal que indique una acción motora.

La utilización de un murmullo bajo que se haga algo ininteligible por parte del paciente provoca profundización en el sueño hipnótico; por el contrario, una voz clara con intensidad normal o incluso mayor se utiliza cuando se va a sugerir que se termine el sueño hipnótico.

El entrenamiento y la práctica van indicando las distintas tonalidades que en cada momento se necesitan, pero repetimos que el reforza-

miento del reflejo condicionado que deseamos formar en el sujeto se consolida dando siempre el mismo tono de voz a las sugerencias verbales que lleven implícitas la misma acción o fenómeno.

FORMAS DE REALIZAR LA SUGESTIÓN

La forma de realizar la sugestión es uno de los aspectos más importantes que deben tomarse en cuenta para producir los fenómenos hipnóticos que deseamos. El éxito o el fracaso de la hipnosis dependen en la mayoría de los casos de la forma en que se realizan las sugerencias; es decir, que se relacionan directamente con el hipnotizador.

A continuación mencionamos una serie de requisitos indispensables para tener éxito en la sugestión:

1. Las sugerencias deben ser acordes con las características del hipnotizador y variar en dependencia de la personalidad del sujeto.
2. Se presentarán de forma que indiquen cierto sentido imperativo, con autoridad y firmeza, dando muestra de seguridad y tranquilidad en el hipnotizador, pero nunca dando impresión de altanería que establezca un reto al sujeto.
3. Se harán las sugerencias en pocas palabras, utilizando una terminología comprensible para el nivel cultural del sujeto y tomando en consideración las características individuales del mismo.
4. La sugestión verbal debe ser repetida varias veces, con intervalos cortos de tiempo, para formar las conexiones reflejo-condicionadas y que las mismas se consoliden en el sujeto. En la práctica, este aspecto suele olvidarse y se convierte en uno de los factores principales que llevan al fracaso.
5. Se deben evitar las sugerencias que indiquen fenómenos complejos en momentos en que el sueño hipnótico es superficial. Esto requiere que el discurso sea bien pensado y elaborado por el hipnotizador antes de transmitirlo al paciente.
6. Se tendrá preparada una respuesta adecuada ante la posibilidad de que una sugestión no sea cumplida, para no perder la confianza del sujeto. Frases como *«Está muy bien»*, *«No se preocupe»*, *«Eso lo esperábamos»*, tienden a disminuir el efecto del fracaso.
7. Deben evitarse siempre expresiones que puedan provocar la oposición del paciente porque vayan en contra de sus ideales sociales o afecten su amor propio.

8. Las sugerencias no pueden realizarse de forma que se hable de un futuro desconocido en que deberá producirse la sugestión («*Usted se curará...*», en esta sugestión no se le indica al enfermo cuándo aparecerá la acción). Es necesario que toda sugestión indique de forma clara y precisa cuándo ocurrirá lo que se está sugiriendo.
9. El éxito de la sugestión —según plantea Plátonov— depende de su contenido, de la expresividad, la dicción, la fuerza del sonido, la entonación de la voz, la acentuación correspondiente y la significación ideacional de las palabras pronunciadas. No se puede olvidar que la mirada, la voz, el porte, la expresión facial y la gesticulación actúan también como estímulos sugestivos.

RASGOS DE SUGESTIBILIDAD

Todo el mundo es hipnotizable, pues la realidad es que aun cuando el sujeto haga esfuerzo o no para concentrarse, siempre existe un método que lo logra hipnotizar. Sin embargo, en la práctica hay sujetos que entran en sueño hipnótico más fácilmente que otros, a causa de sus características personales.

Ya hemos mencionado que existen ciertas características mínimas para que una persona sea hipnotizable. Una de esas características es la inteligencia, ya que generalmente los retrasados mentales no son buenos sujetos por su falta de comprensión, aunque hemos encontrado personas que presentan cierta disminución de su capacidad intelectual y que han sido fáciles de llevar a estados determinados de hipnosis. Algunos autores destacan la necesidad de una inteligencia *preclara*; nosotros cambiamos este término por *normal*, pues consideramos que se necesita cierto nivel para comprender lo que se le indica y se pretende obtener. Sin embargo, no debemos perder de vista los fenómenos especiales de conciencia que por medio de la autosugestión logran establecer algunos débiles mentales.

La susceptibilidad a la hipnosis está en dependencia no solamente del sujeto, sino también de la relación que el hipnotizador pueda establecer. Es conocido que sujetos que no han podido ser hipnotizados por un profesional experimentado en la técnica, han podido caer en sueño hipnótico profundo con otro. Por eso es tan importante establecer un buen *rapport*.

Se ha utilizado el término *hipnotilia* para indicar la capacidad de un individuo de responder afirmativamente a la hipnosis.

Un hipnotizador experimentado conoce fácilmente al sujeto hipnotilico o susceptible a la hipnosis. Sin embargo, cuando nos preguntamos

qué características presenta el mismo, se hace muy difícil establecerlas categóricamente, pues son múltiples los factores que lo determinan.

La capacidad de ser hipnotizado juega con el método o instrumento de inducción que utilizemos y depende del tipo de sistema nervioso y de las disposiciones del sujeto.

Hemos encontrado que generalmente aquellas personas que presentan humedad en las manos (*signo de hiperhidrosis*) y que además tienden a sudar por todo el cuerpo ante un mínimo *stress* o excitación, son buenos sujetos para asimilar la hipnosis.

A los pacientes que presentaban estas características les hemos aplicado pruebas de susceptibilidad y han obtenido resultados positivos al ser sometidos al sueño hipnótico, y la gran mayoría ha podido ser llevada a etapas de sonambulismo.

Otro elemento que puede señalar a un sujeto como susceptible a la hipnosis es la labilidad vegetativa y vasomotora (rubicundez o palidez súbita).

Se ha comprobado que el nivel de sugestionabilidad aumenta en una persona cuando existe cierto debilitamiento del segundo sistema de señales, porque esto hace que disminuya la capacidad crítica. Lo mismo ocurre cuando existe cierto debilitamiento temporal de la corteza cerebral y un estado fásico hipnoide, como plantea Pávlov. Esto justifica el hecho de que las personas supersticiosas, las que han sufrido traumas cerebrales, las personalidades afectivas, los narcómanos, algunos psicópatas y los niños sean sujetos con una sugestionabilidad frecuentemente elevada.

Otro aspecto que se debe considerar es el sexo. Se ha observado que las mujeres son ligeramente más sugestionables que los hombres, en tanto el hipnotizador sea varón. Nuestra opinión es que en esto influyen también el *rapport* y otros factores.

Es importante tener en cuenta la edad. Los niños son fácilmente sugestionables; sin embargo, por lo general no se alcanzan estados de sueño hipnótico profundo en ellos y responden de forma muy variable. De igual forma sucede con los ancianos, a quienes algunos autores consideran ineptos para la hipnosis.

PREPARACIÓN

La preparación comienza desde el mismo momento en que se determina la utilización de la técnica hipnótica en un paciente determinado. Para que se pueda tener una visión panorámica de cómo se desarrolla la misma, expondremos analíticamente su ejecución, con el fin de que el profesional que comienza en el entrenamiento de las técnicas hipnó-

ticas tenga una guía de los aspectos técnicos necesarios que favorecen la hipnotización más fácil del sujeto.

PREPARACIÓN DEL SUJETO

Cuando ya hemos decidido que un paciente será sometido al tratamiento con las técnicas hipnóticas, nos vemos en la necesidad de prepararlo psicológicamente para el mismo.

Comenzamos en la entrevista a plantearle al sujeto que, de acuerdo con el problema que él presenta, utilizaremos una técnica muy efectiva que resolverá su problema. En este momento se le debe decir que el método se basa en procesos de relajación que provocarán un equilibrio en su sistema nervioso.

Si no es necesario utilizar la palabra *hipnosis*, se debe omitir; si, por el contrario, el nivel del paciente determina una argumentación mayor, se le explicará en qué consiste el proceso, desde el punto de vista científico, tomando en consideración el nivel de comprensión del paciente y destacando siempre que dicha técnica no tiene nada que ver con los espectáculos circenses que se presentan bajo el nombre de *hipnosis*.

Un aspecto importante que se debe tener en consideración es si se han realizado o no pruebas de susceptibilidad hipnótica, pues si las mismas fueron aplicadas y determinan que el paciente es susceptible a la técnica, el hipnotizador sin práctica puede estar más seguro del éxito. Si las pruebas no han sido utilizadas, entonces es conveniente no emplear la palabra *sueño* para evitar un posible fracaso.

Debe ser objetivo del hipnotizador crear en el sujeto una actitud científica hacia la técnica, nunca plantear disputas o desafíos que puedan establecer una relación de competición.

Una orientación que favorece la fijación de una actitud positiva de cooperación en el paciente hacia la técnica hipnótica es manifestarle la importancia de su participación activa, sin la cual es imposible lograr los resultados que deseamos.

Se le debe aclarar que el concepto de que los hipnotizados no tienen voluntad es completamente erróneo, pues es precisamente todo lo contrario: se necesita contar con la voluntad del sujeto para que el mismo pueda concentrar la atención.

Con estos planteamientos tratamos de neutralizar la influencia que se pueda tener de opiniones de autores como Gebser, que en su libro *Abendlandisch wandlung* llama a la hipnosis «franca transferencia de la voluntad», o de otros autores que dicen que el hipnotizado presenta «conciencia sin voluntad», que hay «dominio sobre el hipnotizado» o que éste es un «fantasma-autómata sin voluntad propia».

Se debe hacer énfasis con el sujeto de que si no contamos con su voluntad no se podrá utilizar esta terapia tan beneficiosa, pues es precisamente el esfuerzo que él realice en concentrarse lo que permitirá llegar al sueño hipnótico.

Si se habla en términos de hipnosis con el sujeto, es necesario explicarle que siempre conservará la voluntad, incluso cuando esté profundamente dormido.

Cuando notemos preocupación en el sujeto porque podamos llegar a conocer sus intimidades, interrogándole sobre las mismas, se le dirá que en ningún momento le preguntaremos nada ni le mandaremos a realizar algo que a él le moleste. Esto permitirá disminuir la ansiedad y la angustia que pueda tener.

En los primeros pasos de la hipnosis no existe amnesia de lo ocurrido ni mucho menos un sueño profundo; por eso cuando el sujeto despierta hace frecuentemente comentarios como *«Yo no me dormí, lo oía y entendía todo»*, *«Podía hacer lo que me mandaba o no hacerlo»*, etc. Para contrarrestar estas posibles expresiones, se le dice de antemano que él no se va a dormir y que no pretendemos producirle un sueño fisiológico, sino un proceso de relajación total provocado por la voluntad de él, que generalmente recuerda todo el curso de la sesión hipnoterapéutica cuando es despertado, aunque algunos memorizan menos que otros. Esta indicación neutraliza la posibilidad de que el sujeto manifieste de forma prepotente el hecho de recordar.

Los planteamientos que se le hacen al paciente no se apartan de la realidad, pues la hipnosis se apoya en la autosugestión.

Compartimos el criterio de otros autores, como Conn, Kline, Erickson, Kretschmer, Stokvis y Montserrat, en el sentido de que sin la cooperación del sujeto y su participación activa es prácticamente imposible obtener resultados satisfactorios.

Por otra parte, rechazamos la opinión de Brown, el cual define la hipnosis como un estado pasivo (*«hypnotism paralyses the will»*) y que solamente existe participación activa del sujeto cuando se combinan la sugestión y la relajación.

Un aspecto que se debe tener en consideración es llegar a un acuerdo de colaboración con el sujeto, con el fin de que el compromiso para el éxito del tratamiento inculpe a ambos. De esta forma se comparte la responsabilidad del establecimiento del sueño hipnótico y de sus resultados terapéuticos.

Se le plantea al sujeto que se requiere de cierta práctica para poder profundizar en la hipnosis y que el hipnotizador solamente le enseñará cómo se deben realizar los ejercicios para ayudarlo.

Se le puede decir que toda persona que ponga de su voluntad para concentrarse puede entrar en estado de sueño hipnótico si es guiado por un hipnotizador.

Hay muchos sujetos que temen no poder despertar si son hipnotizados. Este temor es el prejuicio más difundido contra la hipnosis (*«¿Es verdad que hay personas que después no pueden despertarse?»*) y es necesario combatirlo, pues mientras exista desconfianza y duda en este aspecto no se logrará inducir el sueño. Se le debe explicar a la persona que despertar es tan sencillo como quedar dormido y que nunca el individuo puede dejar de ser despertado. Este tema sólo se menciona si se plantea por el sujeto su temor al respecto; si no, se debe omitir para no crear preocupación.

Los que comienzan en el entrenamiento hipnotico no deben tratar nunca de hipnotizar al sujeto en la primera visita y mucho menos si se desconocen las características del caso, pues se aumenta considerablemente la posibilidad de fracaso.

PRESENCIA DE TERCEROS

Nuestra experiencia nos ha demostrado que por lo general el paciente se opone a la presencia de otra persona. Hemos tenido casos que cuando le sugerimos que haya familiares presentes en la sesión, se han extrañado y ha aparecido desconfianza inmediatamente. Otros se han negado por completo, diciendo que si los familiares tienen que estar presentes ellos no se aplican el tratamiento.

En cambio, hemos tenido casos con planteamientos completamente diferentes; es decir, que solicitan la presencia de un familiar en la consulta. Es lógico suponer que se debe aceptar, sobre todo si es una mujer. Pero el hecho de que se haga este planteamiento espontáneamente nos indica varias posibilidades: el paciente desconfía del hipnotizador y de su técnica, el sujeto considera que existe una relación interpersonal de mucha atracción hacia el hipnoterapeuta, etc.

Cuando se realice la hipnosis en presencia de un familiar, se debe utilizar al mismo como reforzamiento, pues a través de él podemos dar sugerencias indirectas que son de gran valor para la inducción del sueño.

Un tipo de sugestión indirecta puede ser: *«Fijese usted lo relajado que se encuentra. . . su cuerpo está completamente flojo. . . Si usted quiere también se puede aflojar y relajar, pues esto es muy beneficioso para el sistema nervioso. . .»* Hemos tenido infinidad de casos en los que el acompañante se ha hipnotizado, incluso primero que el paciente.

En otros casos la intranquilidad del familiar, manifestada por ruidos con la silla donde está sentado, risa nerviosa, comentarios durante el tratamiento, etc., crea una situación desfavorable para la inducción de la hipnosis.

La presencia de un familiar es positiva generalmente cuando se trabaja con niños, pues esto los hace sentirse seguros. Pero una vez que están bajo la inducción hipnótica y se quiera trabajar la técnica hipnotáutica o preguntar sobre dificultades del hogar, se debe indicar al familiar que salga sin hacer ruido para que el paciente no detecte su ausencia.

DURACIÓN DE LAS SESIONES

Un hipnotizador experimentado no tardará más de tres o cuatro minutos en producir la hipnosis en un paciente. Para el que comienza en el entrenamiento esto no resulta tan fácil, y le recomendamos el método del pestañeo sincronizado (será explicado en el próximo capítulo), que es una técnica que ofrece una alta posibilidad de éxito y que lleva al paciente a caer rápidamente en la influencia de la sugestión verbal.

Todo sujeto va disminuyendo progresivamente en cada sesión el tiempo que requiere para caer en estado hipnótico, pues la posibilidad que ofrece el establecimiento del signo-senal provoca que mediante este reflejo condicionado el paciente entre en estado hipnótico automáticamente.

En la primera sesión ya es posible preparar la vía de sugestionabilidad de la próxima y de esta forma reducir el tiempo.

Existen distintos criterios con relación al tiempo que debe permanecer un sujeto en estado hipnótico. Nosotros consideramos que esto lo determina el nivel de cansancio, principalmente del hipnotizador.

El tiempo que se establece como promedio es aproximadamente cuarenta minutos, para casos donde es necesario eliminar síntomas complejos, y hasta cinco minutos en los simples, aunque el que comienza se demora un poco más en las sesiones, pues pierde cierto tiempo en provocar los fenómenos deseados.

FRECUENCIA Y HORA DE APLICACIÓN

La frecuencia de las sesiones está en dependencia fundamentalmente del estado del paciente. Si tiene un síntoma que necesitamos eliminar rápido porque es muy peligroso para la vida del paciente (como, por ejemplo, ideas autoquíricas o suicidas), las sesiones deben ser diarias, por lo menos durante una semana, hasta tanto los síntomas hayan desaparecido. Después la alargamos a dos sesiones por semana hasta llegar a una semanal.

formando una nueva base, y las piernas abiertas en un ángulo aproximado de sesenta grados.

El cuerpo debe estar suelto sin recostarse sobre la silla, con cierta inclinación hacia adelante, y los músculos totalmente relajados. Los brazos deben estar apoyados libremente a lo largo de los muslos o, de lo contrario, con las muñecas descansando sobre éstos.

Las ropas serán cómodas y holgadas; es decir, que no produzcan ninguna compresión. La cabeza se coloca en forma que quede ligeramente descargada hacia atrás.

POSICIÓN DE PIE

La posición de pie ha sido muy discutida, ya que muchos autores la rechazan pues es la que menos relajación logra establecer en el sujeto, sobre todo en los miembros inferiores.

Bogolievov, tomando en cuenta el sistema vegetativo, plantea que los sujetos que cuando están de pie experimentan retardo del pulso, se someten mejor a la hipnosis en esta posición.

Se sitúa al sujeto de pie con los brazos extendidos al lado del cuerpo y haciendo que éstos queden completamente abandonados. El cuerpo debe estar lo más relajado posible y las piernas y los talones deben mantenerse juntos, dejando un ángulo aproximado entre los pies de sesenta grados.

Recomendamos que se compruebe que existe el relajamiento de los músculos, principalmente en los miembros superiores. Para esto se levantan los brazos en varias posiciones y, cuando se suelten, deben caer completamente desplomados haciendo un movimiento de péndulo. Si esto no se produce, nos indica que no existe un relajamiento adecuado y que, por lo tanto, no se puede comenzar con la aplicación de la técnica hasta que los miembros estén totalmente flojos y sin tensión.

Se deben evitar los movimientos por parte del sujeto en las manos, piernas, etc. Es sumamente importante comprobar que los músculos del cuello y los hombros estén sin contracción, es decir, que se encuentren en total relajación.

CONDICIONES AMBIENTALES

El tratamiento psicoterapéutico de base hipnótica debe realizarse a nivel de consultorio médico, pues esto permite que el paciente no pierda nunca de vista la relación interpersonal de ayuda, necesaria para comenzar con la aplicación de la inducción hipnótica.

Se debe utilizar un consultorio que sea lo más silencioso posible. En dicha habitación debe haber tranquilidad y un ambiente agradable, aunque en caso de necesidad se puede utilizar cualquier lugar aunque existan ruidos.

Hay investigadores que recomiendan darle cierto matiz de mística oriental al consultorio para crear un ambiente sugestivo, pero consideramos que con los adelantos actuales de la técnica, esta mistificación lo que hace es desacreditar el procedimiento científico.

En ningún momento el paciente debe sentir que no está en un consultorio médico. En el mismo debe haber un diván o camilla y sillas cómodas para que se puedan utilizar de acuerdo con la posición en la que se vaya a trabajar. Otro aspecto importante es la limpieza que debe existir en el consultorio, pues algunos sujetos se inhiben cuando perciben que hay poca higiene.

La presencia del hipnotizador estará caracterizada por un cuidado adecuado de sus hábitos higiénicos y estéticos. El uso de la bata sanitaria confiere autoridad y permite transmitir al paciente el carácter científico del trabajo que se va a realizar.

ILUMINACIÓN

Con referencia a la luz existen diversos criterios. Algunos especialistas la prefieren frente al sujeto para provocar agotamiento por las molestias que produce; otros la prefieren detrás del sujeto.

Nosotros la utilizamos indistintamente. Si el principiante la va a utilizar de frente, debe estar situada por encima de su cabeza para que el sujeto la mire fijamente; de lo contrario, debe ser por detrás y con poca intensidad lumínica, de modo que el local quede en penumbras.

BIBLIOGRAFÍA

- BARBER, T. X.: *Hypnosis: a scientific approach*. New York: Van Nostrand, 1969.
- ERICKSON, M. H., E. L. ROSSI AND SHEILA I. ROSSI: *Hypnotic realities*. New York: Irvington Publishers, 1976.
- HILGARD, E. R.: *Hypnosis in the relief of pain*. Los Altos, California: Kaufmann, 1975.
- JACOBSON, E.: *Progressive relaxation*. 2. ed. Chicago: University of Chicago Press, 1938.
- KRETSCHMER, E.: *Estudios psicoterapéuticos*. 2. ed. Barcelona: Editorial Científico-Médica, 1954.
- KRETSCHMER, E.: *Psicología médica*. Barcelona: Labor, 1954.
- PÁVLOV, I. P.: «El problema del sueño y la hipnosis.» En sus: *Obras escogidas*, Buenos Aires: Quetzal, 1960.
- PÁVLOV, I. P.: *Los reflejos condicionados aplicados a la psicopatología y psiquiatría*. La Habana: Edición Revolucionaria, 1966.
- PLÁTONOV, K. I.: *La palabra como factor fisiológico y terapéutico: problemas de la teoría y práctica de la psicoterapia a la luz de la doctrina de I. P. Pávlov*. Moscú: Ediciones en Lenguas Extranjeras, 1958.
- PLÁTONOV, K. I.: «El problema relacionado con la situación de la psicoterapia fisiológicamente fundamentada y acerca de los marcos de su empleo.» En: V. V. Lebedinski y otros, *Problemas de psicoterapia*. Buenos Aires: Quetzal, 1962. pp. 28-41.
- STOKVIS, B. AND S. MONTSERRAT: *Tratado de hipnosis: introducción a la sifrología*. Barcelona: Scientia, 1967.

CONDICIONES AMBIENTALES

Capítulo V

MÉTODOS DE INDUCCIÓN HIPNOTICA

En el desarrollo histórico de la hipnosis —o mejor dicho, del hipnotismo—, hasta llegar a la época actual, se han utilizado y se utilizan diferentes métodos de inducción que expondremos a continuación en orden cronológico. Muchos de los métodos modernos de aplicación de la hipnosis no son más que combinaciones o modificaciones de los que se empleaban en el pasado.

PERÍODO DE LOS PASES MAGNÉTICOS

MÉTODO DE MESMER (1778)

El método aplicado por Mesmer consiste en posar las manos sobre los hombros del sujeto y deslizarlas poco a poco a lo largo de los brazos hasta llegar a los pulgares y detenerse unos instantes. Seguidamente se vuelve a la posición inicial, es decir, colocar las manos en los hombros y comenzar de nuevo con los pases.

Luego se ponen los dedos o la palma de una mano sobre la sien del sujeto y con la otra mano se continúa con las manipulaciones hasta que el sujeto entra en sueño.

MÉTODO DE DELEUZE (1820)

Este método utiliza la posición de sentado del sujeto frente al hipnotizador, en un asiento un poco más elevado de forma que las rodillas queden entre las de éste. Se le pide que no se preocupe con ningún pensamiento.

Se toman los pulgares del sujeto y se sujetan entre dos de los dedos del hipnotizador. Inmediatamente se utiliza la fijación de la mirada. Cuando han transcurrido entre dos y cinco minutos, aproximadamente, se sueltan los pulgares. El hipnotizador levanta las manos a la altura de la cabeza del sujeto, las pone sobre los hombros del mismo durante un minuto y las desliza a lo largo de los brazos tocándolos muy superficialmente.

La maniobra anterior se realiza cinco o seis veces y se comienza con otros pases, pero esta vez sin tocar al paciente; estos pases son por la cara y en dirección al vientre, principalmente, y cuando se repite esto varias veces se apoyan los pulgares en la boca del estómago y los demás dedos debajo de las costillas durante dos minutos.

Los pases continúan después descendiendo hasta las rodillas y los pies. Este mismo procedimiento se aplica en la espalda.

MÉTODO DE ESDAILE (1845): PASES Y SOPLO CALIENTE

En este método se utiliza la posición de acostado y poca luz. Se ordena al sujeto que entre en la habitación —la cual estará en penumbras— y se le indica que se acueste. Cuando el sujeto esté dormido durante un término aproximado de una hora, según requiera el caso, se comienza a realizar pases sobre todo el cuerpo y se le sopla aliento caliente sobre la cabeza y los ojos.

MÉTODOS BASADOS EN LA EXCITACIÓN DE LA MIRADA

Se incluyen en esta categoría todos los métodos que utilizan la fijación de la mirada de forma ininterrumpida en un objeto o un punto, con vistas a establecer una disminución del nivel de conciencia. En este principio se basaban los monjes del monte Athos cuando se autohipnotizaban fijando la vista en su propio ombligo (onfaloscopia). También pertenecen a variantes de este método la catoptromancia (adivinación mediante la fijación de la vista en un espejo), la lecanomancia (adivinación con ayuda de un plato) y la onicomancia (adivinación con ayuda de una uña untada en aceite).

En la última forma mencionada se basan autores como Adler y Secunda, quienes para provocar la inducción hipnótica le indican a sus pacientes que fijen la mirada en la uña de un pulgar y que se concentren al mismo tiempo.

La realidad es que toda fijación prolongada de la vista en un punto puede ocasionar agotamiento y fatiga visual, y provocar sueño. Esto es lo que sucede a muchos choferes que manejan durante largo tiempo y mantienen su mirada fija en la carretera.

MÉTODO DEL ABATE FARÍA (1813): FASCINACIÓN

El método de fascinación es utilizado aún por muchos hipnotizadores. Se emplea la posición de sentado frente al hipnotizador. Se le mira fijamente a los ojos o de lo contrario se le pide fijar la mirada en una de las manos del hipnotizador. Una vez transcurrido un tiempo que permita observar cierta perplejidad en el sujeto, se le indica que duerma mediante una orden imperativa y bien enérgica: «¡Duerma!».

Si no existe dominio de este método, pueden aparecer varias desventajas:

1. Que los ojos del hipnotizador comiencen a lagrimear antes de que el sujeto cierre los ojos. Esto hay que evitarlo, pues puede hacer que el sujeto se sienta superior al hipnotizador.
2. Que el propio hipnotizador se hipnotice.

MÉTODO DE BRAID (1842)

Este método utiliza la posición de sentado. Se le presenta al sujeto un objeto brillante o luminoso, como un prisma, una bola de cristal, etcétera, a una distancia de unos treinta centímetros, por encima de los ojos, y se le indica que mire fijamente el objeto brillante (hipnoscopia) sin pestañear. La fijación de la mirada en posición incómoda provoca fatiga y cansancio de los músculos elevadores de los párpados.

Cuando se aprecia el cansancio se le cierran los ojos si esto no ocurre por sí solo, y se le insta a dejarlos cerrados.

Las investigaciones de James Braid con ciegos lo llevaron a plantear que la fatiga óptica es superflua, que la hipnosis es una cuestión de asociación de ideas y de imaginación que no es posible realizar sin la cooperación del sujeto.

MÉTODO DE PHILIPS DURAND DE GROS (1850): FIJACIÓN DE LA MIRADA Y PASES CON CONTACTO

Este método requiere que se trabaje en un medio templado, con iluminación artificial y el establecimiento de calma y de confianza en el hipnotizador.

Se coloca un objeto brillante en la mano derecha del sujeto y se le indica que lo mire fijamente sin pestañear y concentrándose en el mis-

mo. Al cabo de 15 ó 20 minutos, si el sujeto no se ha dormido, se le cierran los ojos.

Con la mano izquierda del hipnotizador se aprieta la mano derecha del sujeto y con la otra mano se le friccionan los párpados, y después la frente, dándole sugerencias verbales imperativas que anuncien su incapacidad para elevar los párpados.

MÉTODO DE CHARLES RICHEL (1860): SUSTENTACIÓN DE LA MIRADA Y PASES SIN CONTACTO

Se emplea la posición de sentado, cara a cara con el sujeto; se le aprietan fuertemente los pulgares durante tres o cuatro minutos (procedimiento renovado de Lafontaine y Deleuze). Una vez transcurridos estos minutos se le sugiere relajar los brazos y dejarlos extendidos, comenzando con una serie de maniobras que indican que se le van a cerrar los ojos, pues se le pasa la mano frente a la cara de arriba hacia abajo sin tocarla.

MÉTODOS BASADOS EN LA EXCITACIÓN SENSORIAL

Estos métodos surgen en un período en que se utilizaban con mucha frecuencia estimulaciones sensoriales para provocar excitación.

En la actualidad, casi todos los científicos están de acuerdo con que las excitaciones sensoriales repetidas y monótonas provocan cansancio, agotamiento, fatiga sensorial y, por último, inhibición interna que conduce al sueño hipnótico.

MÉTODO DE CHARCOT (1880): ESCUELA DE PARÍS

El método utilizado por Charcot consistía en la aplicación de un estímulo intenso que tenía el objetivo de provocar o atraer la atención del paciente y en este momento se le aplicaba la sugestión. Este método se conoce con el nombre de *petrificación por miedo*.

Otra de las estimulaciones sensoriales empleadas por Charcot era el destello cegador y repentino de una lámpara de calcio, la nota inesperada de un diapasón, el sonido de un gong o el sonido monótono del tambor africano.

MÉTODO DE BÉRILLON (1895): MÉTODOS MECÁNICOS VERBALES

El método de Bérillon utiliza una combinación de estímulos sensoriales para provocar un estado de sorpresa y sugestibilidad en el sujeto. Este estado se crea del modo siguiente:

Se logra eliminar la tensión del sujeto y se provoca un estado de relajación mediante el empleo de un sillón vibratorio. Por otro lado, se aplica un estímulo monótono, como, por ejemplo, el sonido producido por un metrónomo, para inducir el agotamiento y la fatiga, y llamar la atención del sujeto.

Se estimula visualmente al sujeto mediante una lámpara con luz azul colocada a 20 cm por encima de la frente.

Cuando se comprueba que existe fatiga en los ojos del sujeto por la presencia del pestañeo característico que ésta provoca, se le dan las siguientes sugerencias: *"Usted repetirá varias veces las siguientes frases: Estoy en estado de calma... Yo me relajo totalmente... No me interesa nada más que dormir profundamente..."*

MÉTODOS DE LOS ESTÍMULOS ACÚSTICOS

El primer método que empleaba los estímulos acústicos fue el de Charcot, seguido por el de Bérillon. En realidad, se puede utilizar cualquier estimulación sonora que sea monótona, como el tictac de un metrónomo (Bérillon), un martillo (Neef), el zumbido rítmico de un ventilador (Schneck), etcétera.

Se ha empleado últimamente la autoobservación auditiva del sujeto y para esto se le pone un micrófono de forma que su respiración se amplifique y sea escuchada por él. Otra variante es utilizar un estetoscopio o una grabadora con audifono para que el sujeto escuche durante largo rato los latidos cardiacos (que pueden ser los de él mismo).

Se han aplicado también estimulaciones eléctricas, como las descritas por Lindberg y aplicadas por Skoog. La técnica consiste en la utilización del zumbido de un pequeño generador de corriente eléctrica con fines terapéuticos (faradización), lo cual se diferencia algo de la electrohipnosis, ya que emplea tanto el estímulo eléctrico en la piel como el sonido monótono del generador eléctrico. Se combinan estos estímulos con sugerencias verbales y relajación muscular; para esto se le dice al sujeto que va a perder progresivamente la sensibilidad a la corriente eléctrica, pero en realidad lo que se hace es reducirle la intensidad sin que se dé cuenta.

En el año 1959, Land plantea que aparte del papel de la retina en la percepción del color, es necesario tomar en cuenta los factores centrales y psíquicos, sobre todo estos últimos.

Posteriormente, investigadores como Wald, Scheibe y Seifert han demostrado experimentalmente que la única sustancia que interviene en la percepción del color es un cromóforo *cis* del retineno.

Método de las imágenes sensoriales. Este método se debe a Milton V. Kline, quien utiliza la imaginación como recurso para provocar el sueño hipnótico.

Se le indica al sujeto que, con los ojos abiertos, imagine en forma sucesiva una casa, un árbol, una persona y un animal (son imágenes parecidas a las utilizadas en la prueba proyectiva casa-árbol-persona, o HTP, de Buck). Luego se le sugiere al sujeto que cierre los ojos y que piense en su propia imagen, en la misma posición en que él se encuentra en ese momento; es decir, que si está sentado piense en su imagen en esta posición, y si está acostado, igual.

Cuando el sujeto exprese que ha formado la imagen de su propia persona, se le sugiere que piense que sus ojos están cerrados y que la imagen creada comienza a profundizar en el sueño y que se va esfumando.

Este método se puede utilizar con niños y da muy buen resultado. Se le pide al niño que cierre los ojos y se imagine que está viendo un programa de televisión. Al mismo tiempo que se le sugiere la máxima atención en lo que imagina, en lo que está contemplando en su imaginación, se intercalan sugerencias de sueño, levitación de un brazo, etc., de acuerdo con la profundidad de la inducción hipnótica que ha alcanzado el niño.

MÉTODOS BASADOS EN LA SUGESTIÓN VERBAL

En el mismo momento en que se tomó en consideración el uso de la sugestión verbal para provocar la hipnosis se logró el gran salto cualitativo que necesitaba el estudio de los métodos y fenómenos hipnóticos, pues es indudable que la utilización de la palabra actúa directamente sobre la subcorteza.

Si observamos los diversos métodos aplicados por diferentes investigadores, comprobamos que todos emplean la sugestión verbal para provocar la inducción hipnótica.

MÉTODO DE LIÉBEAULT (1866)

El método de Liébeault señala que lo primero que hay que establecer con el sujeto es una relación interpersonal de ayuda, es decir, un *rapport* que permita llegar a conocer sus padecimientos.

Una vez que se conocen los principales problemas del paciente, se comienza a trabajar con el mismo en posición de sentado; se le apoya una mano sobre la frente y sin mirarlo se le dice: «*Va a dormir. . .*» Inmediatamente se procede a cerrarle los ojos y se le asegura que está dormido.

Se le levantan los brazos y se le dice: «*Ya no puede bajar los brazos. . .*» Si por casualidad el paciente baja los brazos, se aparenta que no se ha visto y se le hace girar los brazos asegurándole que el movimiento no podrá ser detenido.

Cuando aplicaba su método, Liébeault hablaba sin parar, con voz fuerte y vibrante para provocar la inducción hipnótica. Siempre hacía énfasis en la importancia que tiene la sugestión verbal para producir el sueño hipnótico.

MÉTODO DE BERNHEIM (1880): ESCUELA DE NANCY

Bernheim no utilizaba en su método ningún procedimiento técnico auxiliar, solamente empleaba la palabra y por medio de ella sugería al sujeto que estaba entrando en sueño hipnótico.

El método utiliza la posición de sentado y también la de acostado; se le indica al sujeto relajamiento muscular y eliminar de su mente todo lo que le produzca temor o sensaciones desagradables.

Toma del método del abate Faria la fijación de la mirada en los ojos del sujeto (fascinación) y a partir de ese momento se comienzan sugestiones verbales de que los párpados se vuelven pesados y que se comenzará a sentir somnolencia hasta llegar a no poder resistir los deseos de dormir.

MÉTODO DE NOISET Y BERTRAND (1820): DEL SUEÑO FISIOLÓGICO AL SUEÑO HIPNÓTICO

Este método, que fue creado por dos amigos del abate Faria, consiste en trabajar con el sujeto a partir del sueño natural. Se realizan sugestiones verbales y pases magnéticos; estos últimos son en realidad decorativos, pues solamente con el uso de la palabra se pasa a un sujeto del sueño fisiológico al sueño hipnótico.

Este método es aplicado con poca frecuencia, pero ha sido recomendado como muy positivo si se toman las siguientes medidas:

1. Aprovechar que el paciente esté profundamente dormido y hablar en voz baja, como un cuchicheo perseverante.
2. Es necesario mencionar el nombre del sujeto y decirle que a pesar de sentir la voz del hipnotizador continuará profundamente dormido.

MÉTODOS BASADOS EN LOS ESTÍMULOS QUÍMICOS

Estos métodos utilizan un medio biológico que provoca que el sujeto caiga en un estado de somnolencia por el efecto de la droga administrada.

MÉTODO DE LOS ESTÍMULOS TÓXICOS

Este método hipnótico emplea somníferos, narcoanálisis (la llamada *psicoterapia con drogas*).

Desde el año 1881, Chambard utilizó gotas de cloroformo o de éter administradas al sujeto junto con la sugestión verbal, para producir la hipnosis.

Otros investigadores, como Wetterstrand, von Schrenk-Notzing y algunos más, han utilizado hasta morfina con el objeto de inducir la hipnosis. Últimamente se han estado empleando compuestos como el bromuro de etilo, el hidrato de cloral y el bromhidrato de escopolamina.

Este método se conoce como *narcohipnosis*. Lo hemos utilizado con la inyección de tiopental sódico o pentotal (ácido etilmetilbutil-2-tiobarbitúrico) por vía intravenosa en dosis de 1 cm^3 (50 mg) por minuto, en presencia de un anestesista que se ha encargado de la aplicación del medicamento.

Kaunders y Schilder han usado entre 4 y 12 g de paraldehído para llevar al sujeto a sentir sueño y después que éste aparece provocar la inducción hipnótica.

Todo método hipnótico que utilice medios tóxicos para el organismo tiene muchos inconvenientes, entre los que podemos mencionar la posibilidad de una reacción alérgica del sujeto, la creación de hábitos al medicamento, un sueño demasiado profundo, la pérdida del *rapport*, etcétera, por lo que sólo recomendamos su uso en caso de extrema necesidad.

MÉTODO DE LOS ESTÍMULOS AUTOTÓXICOS (HIPERVENTILACIÓN)

La hiperventilación como proceso provoca un aumento de oxigenación en la sangre y, por ende, autointoxicación, que produce cierta disminución de la conciencia.

La primera publicación sobre este método aparece en 1877, en las descripciones realizadas por Bramwell, quien hace mención a anestesia provocada por hiperventilación.

Se ha comprobado experimentalmente que la hiperventilación aumenta la sugestionabilidad y muchas veces lleva a un estado parecido al trance hipnótico, producto de la alcalosis que la misma ocasiona.

El método es sencillo y consiste en sugerir al paciente que respire profundo, lo más profundamente posible. Al cabo de cuatro o cinco minutos aparece un desplazamiento alcalótico de los iones en la sangre que ocasiona confusión y una sensación extraña.

A pesar de la sencillez del método, no por ello deja de tener complicaciones. Por eso no lo recomendamos para los principiantes en la aplicación de hipnosis y sugerimos no utilizarlo nunca en pacientes con antecedentes de disritmia cerebral, pues se puede provocar un ataque de turbación de conciencia, ya que la hiperventilación aumenta la posibilidad de aparición de convulsiones en esta situación.

OTROS MÉTODOS HIPNÓTICOS

MÉTODO BASADO EN LA ESTIMULACIÓN ELÉCTRICA: MÉTODO DE FARADAY

Este método se basa en la utilización de la corriente eléctrica como estímulo para producir la inducción hipnótica.

Se emplea para ello un generador eléctrico que pueda producir una corriente con intensidad que varíe entre 1,0 y 5,0 mA, voltaje de 40 a 50 V, frecuencia de 20 a 2 000 Hz y pulso de 0,1 a 3,0 ms.

El influjo de dicha corriente se aplica al sujeto en la frente, el cuello y los párpados. Esto produce sensaciones placenteras que hacen que el sujeto entre en sueño hipnótico en pocos minutos.

MÉTODO DE BIRMAN

Este método utiliza la combinación de la sugestión verbal y la estimulación interoceptiva débil que se recibe de los músculos durante los movimientos de las manos, por el ejercicio que se le indica al sujeto.

Se manda a flexionar los brazos en las articulaciones del codo con un ángulo de 90° y que aproxime lentamente las puntas de los dedos de ambas manos; para esto se le indica: *«Usted debe flexionar los brazos en las articulaciones del codo con un ángulo de noventa grados y debe aproximar lentamente entre sí las puntas de los dedos hasta que se junten. Cuando esto suceda usted hará una inspiración profunda y se dormirá con un sueño profundo e intenso.»*

Luego se describe el cuadro de adormecimiento y se le dice: *«Sus dedos se aproximan más y más... la respiración es pareja y tranquila... Usted se va durmiendo más y más profundamente... sus dedos se tocan...»*

Si se observa que los dedos del sujeto se dejan de acercar, el hipnotizador los aproxima y los junta con sus manos.

«Haga una inspiración profunda... Usted se duerme con un sueño tranquilo y profundo... profundo e intenso... Duerma... duerma tranquila y profundamente... tranquila y profundamente...»

Este método ofrece resultados positivos con sujetos que tienen un alto grado de sugestionabilidad.

MÉTODO DE CHOQUE

Este método emplea la posición de pie. Se sitúa al paciente de espaldas a un sillón o diván. El hipnotizador se debe colocar al costado derecho del sujeto e indicarle: *«Usted debe mantenerse de pie, derecho, con los talones unidos... no flexione su cuerpo... Cierre los ojos...»*

Se le coloca la mano derecha nuestra sobre la frente y la izquierda en el occipucio, de modo que flexione ligeramente la cabeza hacia atrás, y se le sugiere: *«Su cuerpo se balancea libremente...»*

Una vez impartida esta orden, se comienza a aplicar fuerza a la cabeza del sujeto para producir un movimiento oscilatorio. Esto se hace para aprovechar las estimulaciones que provocan los analizadores vestibulares y que producen cierto mareo en el sujeto.

El método de choque se relaciona con la prueba de susceptibilidad hipnótica de oscilación lateral, explicada en el Capítulo III.

«Usted siente cada vez más... cada vez más... que se va mareando... No tenga miedo... yo lo aguantó... yo lo sostengo...»

Se va ampliando cada vez más el diámetro del balanceo; es ahora cuando —con un movimiento preciso— se proyecta al sujeto hacia el diván que se encuentra detrás de su espalda y con una orden sugestiva en tono imperativo se le dice: «¡Duerma! . . . Duerma cada vez más profundamente. . . »

Algunos autores recomiendan este método para inducir la hipnosis en sujetos histéricos. En las investigaciones que hemos realizado con este método hemos obtenido resultados muy desfavorables, con porcentajes muy bajos de efectividad.

No recomendamos su práctica para el que comienza con la aplicación de las técnicas hipnóticas.

MÉTODO FRACCIONADO

Se comienza con indicaciones de relajamiento, cansancio y agotamiento, principalmente en las extremidades. Esto se realiza con los ojos cerrados. Con posterioridad se le indica al sujeto que abra los ojos y relate todo lo que ha sentido.

Una vez que se analizan las sensaciones del sujeto, se comienza de nuevo en la misma forma, pero ahora indicándole sugerencias verbales de sueño, cada vez con la sugerencia de caer en trance más rápidamente. Se repite el ejercicio una y otra vez, avanzando progresivamente en el proceso de inducción hipnótica. Entre un despertamiento y otro deben trascurrir como mínimo 15 minutos.

La finalidad de estas semihipnosis repetidas es establecer, por medio de la repetición, reflejos condicionados que familiaricen al sujeto con el proceso de inducción hipnótica y profundizar en sus vivencias psicofísicas por sugerencias posthipnóticas.

Este método nos permite a veces obtener rápidamente la profundidad hipnótica deseada, sobre todo en aquellos sujetos que tienen mucho miedo de quedar profundamente dormidos y no despertar después. El método fraccionado le ofrece cierta seguridad al individuo y elimina la preocupación del despertar.

MÉTODO DE HIPNOSIS IDEOMOTORA

Este método ha sido utilizado por Erickson a partir de la tercera década de este siglo. Consiste en trabajar al sujeto con los ojos cerrados y sugerirle que se concentre en su mano derecha y piense que se está poniendo liviana; al mismo tiempo se le dice que cuando esto suceda comenzará a elevarse la mano poco a poco.

Cuando se observe el fenómeno de levitación, basado en la autosugestión, se le indica en ese momento (se le «ordena») que duerma profundamente.

Por lo general se obtienen buenos resultados con este método en sujetos muy imaginativos y susceptibles a la sugestión.

MÉTODOS HIPNÓTICOS UTILIZADOS EN NIÑOS

El resultado que se alcanza con la utilización de la hipnosis en los niños es variable. Es necesario tener en cuenta la edad para aplicar un método terminado.

Uno de los aspectos fundamentales que hay que tener en cuenta para el éxito es el establecimiento de un buen *rapport* con el sujeto. Se deben utilizar palabras de halago para el niño y decirle que se le enseñará una prueba que sólo la pueden realizar los niños que tengan la inteligencia y demás virtudes de él.

El lenguaje utilizado tiene que ser sencillo y se deben evitar las palabras que no sean comprendidas por el niño por no estar al nivel de sus conocimientos.

Las palabras que se empleen deben corresponder al mundo de las representaciones del niño, las cuales dependen de su estado afectivo y sus características individuales.

Analizando la literatura sobre la utilización de la hipnosis en niños, comprobamos que existe discrepancia de criterios. Algunos autores consideran que los niños son fácilmente hipnotizables y señalan cómo algunos niños, con inhibición de sus tendencias agresivas, sienten una verdadera necesidad de entrar espontáneamente en estado hipnótico para provocar así una abreacción. Otros, por el contrario, hacen énfasis en que a pesar de que son sugestionables, no son más fáciles de hipnotizar que los adultos, sino que a veces ocurre lo contrario.

Coincidimos con esta última posición. Es necesario tener amplia experiencia y mucha paciencia para trabajar con niños y no utilizar métodos de fascinación, sino de estimulaciones que provoquen agotamiento y cansancio o métodos que aprovechen la fantasía propia de la edad del niño.

MÉTODOS PARA NIÑOS DE 3 A 7 AÑOS

Como es lógico suponer, a esta edad no existe aún un adecuado desarrollo de los procesos de análisis-síntesis del pensamiento. Existe pre-

dominio del primer sistema de señales, lo que nos obliga a utilizar métodos que trabajen principalmente sobre dicho sistema; para esto se emplean estímulos monótonos que produzcan agotamiento, como el balanceo de un sillón, canciones infantiles que indiquen sueño, etcétera.

Se pueden utilizar grabaciones que tengan canciones monótonas (ver los métodos basados en los estímulos acústicos, explicados anteriormente en este capítulo) y que sugieran sueño.

En términos generales se obtienen buenos resultados, aunque la hipnosis es superficial y no es usual producir amnesia. En esta edad no es necesaria una gran profundidad en el sueño hipnótico para conseguir los resultados que perseguimos.

MÉTODOS PARA NIÑOS DE 8 A 12 AÑOS

En esta edad ya el niño es capaz de asimilar técnicas hipnóticas que lo lleven a un mayor grado de profundidad.

Pensamiento en cintas de imágenes. Este método consiste en utilizar la imaginación y la fantasía características de los niños de esa edad. Mediante imágenes en cintas se le trasmite al niño toda una serie de programas que lleven implícitas sugerencias para conducirlo al sueño.

Otro método que se relaciona con éste y que se utiliza con éxito en esta edad es el método de imágenes sensoriales.

Método de entrenamiento hipnótico. Este método emplea como punto de partida la técnica de Kretschmer, que comienza con el primer ciclo del entrenamiento autógeno de Schultz para pasar al estado hipnótico.

Método del pestañeo sincronizado. Dicho método es muy efectivo en esta edad, así como en adultos, por lo que lo explicaremos separadamente a continuación.

De acuerdo con nuestra experiencia, es el método que permite obtener más resultados positivos.

MÉTODO DEL PESTAÑEO SINCRONIZADO

Es el método preferido por nosotros, aunque lo utilizamos haciéndole algunas modificaciones que nos han sugerido la práctica y la investigación empírica, tomando como adiciones variables otros métodos clásicos.

La primera modificación es utilizar el pestañeo sincronizado unido a la fijación de la mirada en un punto luminoso (método de Braid). La otra consiste en la fijación de la mirada del sujeto en los ojos del hip-

notizador (método de fascinación de Faría) unida al pestañeo sincronizado.

Estas modificaciones nos han brindado magníficos resultados, pues se consigue un alto nivel de sugestionabilidad en los sujetos a los que se les realiza la inducción hipnótica.

El método del pestañeo sincronizado es sumamente sencillo de aplicar. Su objetivo es producir agotamiento en los músculos elevadores de los párpados, lo cual hace que sea prácticamente imposible abrir los ojos.

Este método puede ser utilizado con cualquier posición, aunque la mejor es la de acostado.

Si se combina con el método de Braid, se debe situar un objeto brillante frente al sujeto, a una distancia de aproximadamente diez centímetros de la cara, de manera que quede sobre la frente para que tenga necesidad de mirar ligeramente hacia arriba.

Si se va a trabajar con la otra modificación (fijación de la mirada del sujeto en los ojos del hipnotizador), es necesario que el hipnotizador tenga cierta preparación, pues debe tener resistencia para sostener la mirada sin que le provoque pestañeo y pueda consecuentemente hipnotizarse él mismo en lugar del sujeto.

En caso de no contar con el punto brillante y de no querer usar la fascinación, sencillamente se utiliza el método clásico del pestañeo sincronizado, aunque el empleo concomitante de cualquiera de las variables que sugerimos provoca un agotamiento mucho más rápido de los músculos elevadores de los párpados.

Hay cuatro aspectos que es necesario tener en cuenta para la aplicación del método:

1. Establecimiento de *rapport* con el sujeto. Se le explican las ventajas de la hipnosis, que es inofensiva y no hace correr riesgo alguno, etc., para eliminar o al menos disminuir el nivel de ansiedad que puede producir la espera de un tratamiento que se desconoce.
2. Relajamiento total del sujeto para facilitar la no aparición de puntos de excitación en la corteza y para que se pueda lograr la inhibición de las zonas frontales del cerebro en las que se encuentran las áreas motoras y premotoras, que son las primeras en inhibirse cuando se va a pasar al sueño.
3. Se le indica al sujeto que fije la vista en un estímulo luminoso, en los ojos del hipnotizador o simplemente en un punto cualquiera, según la variable que se vaya a utilizar.
4. Se le explica que se va a empezar a contar números consecutivos y que a medida que se mencione cada número él debe cerrar y abrir los ojos de forma suave y natural.

Esta consigna debe quedar claramente explicada al sujeto. Si es necesario, el hipnotizador debe realizar él mismo ejercicios de parpadeo a modo de ejemplo y hacer un ensayo con el sujeto.

A los casos que hemos aplicado este método con la variante de la fijación de la mirada, sin haber realizado previamente pruebas de susceptibilidad, se les ha podido hipnotizar en su mayoría (95 % de los mismos), aunque no todos han sido pasados a hipnosis profunda.

Cuando se ha aplicado este método a personas que han obtenido altos valores en la escala que utilizamos para evaluar los resultados de las pruebas de susceptibilidad, se han hipnotizado 100 % de los casos.

Para los que vayan a utilizar la variante de la fascinación con el parpadeo sincronizado recomendamos:

1. Si se va a trabajar al sujeto en posición de acostado, el hipnotizador debe colocarse por detrás de su cabeza, de modo que el individuo tenga que mirar hacia atrás y para arriba cuando se le indique que mire fijamente los ojos del hipnotizador. Esta posición incómoda de fijación de la mirada, más el efecto sugestivo del método de la fascinación y el efecto fisiológico del pestañeo sincronizado, establecen una combinación sumamente inductora de sueño hipnótico al unirse a la sugestión verbal.
2. Si se va a trabajar al sujeto sentado, el hipnotizador debe ponerse más alto, para que aquél tenga necesidad de mirar hacia arriba. También es muy efectivo ponerse por detrás del sujeto, lo que lo obliga a inclinar un poco hacia atrás la cabeza, y esta posición tiende a provocar contracción muscular en el cuello.

BIBLIOGRAFÍA

- ADLER, A.: *The neurotic constitution*. New York: Moffat, Yard & Co., 1917.
- AKSTEIN, D.: *Hipnologia*. Rio de Janeiro: Hypnos, 1973.
- BERNHEIM, H. M.: *De la suggestion dans l'état hipnotique et dans l'état de veille*. Paris: Doin, 1884.
- BERNHEIM, H. M.: *Suggestive therapeutics: a treatise on the nature and uses of hypnotism*. New York: G. P. Putnam's Sons, 1889.
- BERTRAND, A. J. F.: *Traité du somnambulisme et des différentes modifications qu'il présente*. Paris: J. G. Dentu, 1823.
- BINET, A. AND C. FÉRÉ: *Animal magnetism*. New York: Appleton-Century, 1888.
- BRAID, J.: *Neurohypnology: the rationale of nervous sleep considered in relation with animal magnetism, illustrated by numerous cases of its successful application in the relief and cure of disease*. London: John Churchill, 1843.
- BRAMWELL, J. M.: *Hypnotism: its history, practice and theory*. New York: Julian Press, 1956.
- CHARCOT, J. M.: «Contracture hystérique et animant: catalepsie provoquée artificiellement. Zoopsie. Catalepsie chez animaux.» *Comptes Rendus de la Société de Biologie* (Paris), 5: 119, 230; 1878.
- CHARCOT, J. M.: «Essai d'une distinction nosographique des divers états compris sous le nom d'hypnotisme.» *Comptes Rendus de l'Académie des Sciences*, 44, 1882.
- CHARCOT, J. M. ET P. RICHER: «Contribution à l'étude de l'hypnotisme chez les hystériques: du phénomène de l'hyperexcitabilité neuromusculaire.» *Archives de Neurologie*, 2: 32, 75; 1881.
- DARNTON, R.: *Mesmerism and the end of the Enlightenment in France*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press, 1968.
- DELEUZE, J. P. F.: *Histoire critique du magnétisme animal*. Paris, 1819.
- ESDAILE, J.: *Mesmerism in India and its practical application in surgery and medicine*. London: Longman's Green & Co., 1850. Reimpreso bajo el título *Hypnosis in medicine and surgery*. New York: Julian Press, 1957.
- ESDAILE, J.: *Natural and mesmeric clairvoyance, with the practical application of mesmerism in surgery and medicine*. London: Baillière, 1852.
- FARÍA, J. C. DE: *De la cause du sommeil lucide ou étude de la nature de l'homme*. Paris: Henri Jouve, 1906.
- GOLDSMITH, MARGARET L.: *Franz Anton Mesmer: the history of an idea*. London: Arthur Barker, 1934.
- HALEY, J. (ed.): *Advanced techniques of hypnosis and therapy: selected papers of Milton H. Erickson, M. D.* New York: Grune & Stratton, 1967.
- JACOBSON, E.: *Progressive relaxation*. 2. ed. Chicago: University of Chicago Press, 1938.
- KLINE, M. V.: «Técnica de las imágenes sensoriales en hipnoterapia.» *Revista de Psiquiatría y Psicología Médica*, 2: 97-109, 1961.
- KRETSCHMER, E.: *Estudios psicoterapéuticos*. 2. ed. Barcelona: Editorial Científico-Médica, 1954.
- KRETSCHMER, E.: *Psicología médica*. Barcelona: Labor, 1954.
- LAFONTAINE, CH.: *L'art de magnétiser, ou le magnétisme animal considéré sous le point de vue théorique, pratique, thérapeutique*. Paris: Baillière, 1860.
- LIÉBEAULT, A. A.: *Du sommeil et des états analogues considérés surtout au point de vue de l'action moral sur le physique*. Paris: V. Masson, 1866.
- MESMER, F. A.: *Mémoire sur la découverte du magnétisme animal*. Genève, 1774.

Muchos pacientes que cuando se les da la sugestión de que aflojen la cabeza no ofrecen una respuesta positiva espontáneamente, lo hacen de forma adecuada con este procedimiento y a veces la cabeza se desploma totalmente de un solo movimiento cuando se menciona el número tres.

Otra variable es utilizar una maniobra que provoque que la cabeza se descuelgue. Por ejemplo: se pone una mano sobre la frente del sujeto y la otra en la nuca, continuando las indicaciones de la misma forma: *"Su cabeza... se va descolgando... se va aflojando... poco a poco..."*

Se aplica una pequeña fuerza con la mano que está sobre la nuca y se afloja la mano que está en la frente, haciendo así que la cabeza se descuelgue.

Si la cabeza del sujeto queda inclinada hacia adelante y se observa que está descolgada, se debe seguir reafirmando la catalepsia palpebral. Es importante comprobar el grado de relajación que posee el sujeto y para esto existe una maniobra que lo permite. Se levanta el brazo del sujeto aguantándolo por la muñeca como si se fuera a tomar el pulso y después se suelta. La respuesta correcta que indica relajación es que el brazo caiga completamente desplomado y que forme un movimiento de péndulo; si el brazo baja lentamente o se demora unos segundos en caer, indica que hay un control voluntario, por lo que se debe insistir en el relajamiento. Para conseguirlo se indica: *"Su cuerpo relajado... totalmente relajado... yo levanto su brazo... y él debe caer totalmente relajado... abandonado... pesado... completamente desplomado..."*

Si esta maniobra tiene un resultado positivo, es decir, que el brazo cae completamente relajado con un movimiento oscilatorio, no es necesario continuar; de lo contrario, no se puede seguir avanzando en los pasos sucesivos de la hipnosis hasta conseguir el relajamiento. Insistimos en que se debe seguir reafirmando la imposibilidad de abrir los ojos.

Otra respuesta negativa es que cuando se le coja el brazo y se suba, el sujeto lo levante; esto indica que está fingiendo. Una forma de neutralizar esa respuesta es la aplicación de pequeños golpes en los brazos, buscando que se elimine la contracción muscular. También se pueden aplicar las siguientes sugestiones: *"Su cuerpo se relaja... cada vez más relajado... cada vez que yo le doy un golpe... su cuerpo se relaja... sus brazos se ponen flojos... muy flojos..."*

Se debe continuar hasta lograr la caída pesada e involuntaria de los brazos.

Debe recordarse que la inhibición cortical provocada por la hipnosis comienza por las zonas motoras y premotoras. Por lo tanto, en la medida en que no existan estimulaciones en estas áreas la inhibición inducida será más fuerte.

El desplome de los brazos hay que tenerlo muy presente y no se puede pasar a otro ejercicio si no se ha logrado. Debe comprobarse si están presentes algunos de los siguientes aspectos negativos:

- Que el brazo suba voluntariamente cuando se agarra la muñeca.
- Que cuando se suelte el brazo, no caiga en el mismo momento, desplomado.
- Que baje lentamente.

Cualquiera de estas conductas lleva consigo la necesidad de trabajar fuertemente para eliminarla. Por lo general son muy pocos los sujetos que no logran realizar de forma adecuada los ejercicios, porque una vez que se ha logrado la catalepsia palpebral las sugerencias se hacen más fuertes y se ha establecido cierta influencia del hipnotizador sobre el sujeto.

El ejercicio que se debe aplicar a continuación es de respiración y se provoca así que ésta sea cada vez más tranquila y profunda, reafirmando lo logrado. Para ello se indica: *«Su cuerpo está pesado... muy pesado... sus párpados pegados... muy pegados... imposible separar... imposible separar... Ahora respire profundamente... tranquila y profundamente... repita mentalmente... todo lo que yo le digo... ponga atención sólo a mi voz... respire profundamente... tranquila y profundamente... a medida que usted respira... tranquila y profundamente... su cuerpo... se relajará cada vez más... cada vez más profundamente... sus párpados pegados... muy pegados... cada vez más pegados... imposible separar... imposible separar...»*

(Recuerde que estas sugerencias son solamente una guía, por lo que no deben seguirse textualmente tal como las ponemos en este libro. Usted adapta, repite y refuerza las sugerencias de acuerdo con sus condiciones personales y las características del sujeto. Aquí presentamos solamente las frases más importantes y sin repetir las veces necesarias. Escoja usted su propia fraseología para la inducción hipnótica y no tema repetir cada sugestión al sujeto las veces que crea necesario. A medida que avance en el proceso de inducción, será más necesario repetir varias veces cada sugestión.)

El hecho de que el sujeto realice cinco o seis inspiraciones profundas produce una especie de alcalosis respiratoria (aumento del pH y bajo contenido de dióxido de carbono) a causa de la oxigenación de los centros musculares y cerebrales, lo cual facilita que aumente la inhibición.

Cuando la inhibición es profunda, la respiración del sujeto es tranquila y no se fuerza la capacidad pulmonar. Es importante no provocar en el sujeto una hiperventilación, que traería como consecuencia demasiada oxigenación sanguínea y como secuela de ésta una disminución de la inhibición cortical.

Si se ha obtenido una respuesta positiva a los ejercicios realizados hasta ahora, estamos completamente convencidos de que el sujeto se encuentra con una relajación fuerte y profunda que implica, sin lugar a dudas, una inhibición de la corteza cerebral, principalmente de los lóbulos frontales y de las zonas motoras y premotoras. No obstante, siempre se debe volver a lo anterior para reforzar la señal que la provoca.

Cuando se ha llegado hasta aquí, es necesario realizar una valoración del tiempo transcurrido desde el comienzo, el agotamiento del sujeto y el del hipnotizador. Es fácil que en una primera sesión se logre llegar hasta esta segunda etapa; cuando hay más experiencia, esto se logra en pocos minutos y no se agota ninguna de las partes.

Si el análisis de la situación determina que el sujeto y el hipnotizador —o uno de los dos— se encuentran agotados, se debe interrumpir la sesión, dejando el condicionamiento de un signo-señal que permita avanzar rápidamente hasta esta fase sin necesidad de pasar por todos los procesos anteriores.

En el caso contrario se puede continuar.

Cuando se ha terminado este paso es posible observar ciertos fenómenos objetivos y subjetivos. Entre los fenómenos objetivos están:

- Al reducirse la conciencia y haber relajamiento de la musculatura estriada, es frecuente que el sujeto realice con los pies un movimiento rotatorio hacia afuera, debido al descenso del tono muscular de sus piernas.
- Se lentifica el ritmo del pulso del sujeto.

Entre los fenómenos subjetivos que se pueden observar están:

- Sensación de cansancio, pesadez, agotamiento.
- Pérdida de la noción del tiempo; el sujeto considera que ha dormido mucho más tiempo que el real.

SIGNO-SEÑAL

Para establecer el signo-señal es necesaria la formación de un reflejo condicionado, o sea, que se condicione en el sujeto una respuesta que lleve implícita inhibición, cansancio, agotamiento, relajamiento y sueño, cuando escuche una palabra o un estímulo determinado.

El establecimiento del signo-señal se lleva a cabo de la siguiente forma: *"Su cuerpo está pesado... cansado... relajado... sus párpados están pegados... completamente pegados... imposible separar... Ponga atención... sólo a mi voz... repita mentalmente... todo lo que yo le*

diga... todo lo que yo le diga... su cuerpo... está cansado... relajado... abandonado... de ahora en adelante... cuando yo le diga... relájese y duerma... usted cerrará sus ojos... se relajará... totalmente... y entrará en un estado de sueño... muy profundo... cada vez más profundo... mucho más profundo que ahora... sus párpados quedarán pesados... y sentirá el deseo de quedar profundamente dormido... de ahora en adelante... cuando yo le diga... relájese y duerma... duerma... usted cerrará los ojos... se relajará... totalmente... y entrará en un estado de sueño... muy profundo... cada vez más profundo... su cuerpo está cansado... muy agotado... completamente relajado... sus párpados pegados... imposible separar... imposible separar..."

Este paso resulta imprescindible si se va a terminar o a continuar la sesión.

Recomendamos que si han trascurrido más de 60 minutos, el sujeto o el hipnotizador se encuentra agotado y no existe experiencia por parte de éste, se interrumpa la sesión de ese día. Para esto es necesario preparar al sujeto para el despertar.

DESPERTAR Y SIGNO-SEÑAL

El despertar es sencillo y fácil. Sin embargo, es lo que más temor infunde en los sujetos. Muchas personas, cuando se les habla de hipnosis, expresan su gran preocupación de quedar dormidas y no poder despertar. Esto se debe al desconocimiento de que se pasa del sueño hipnótico al sueño fisiológico normal.

Para despertar al sujeto es también necesario crear un reflejo condicionado de la siguiente forma: *«Está muy bien... usted ha cooperado muy bien... su cuerpo está relajado... ahora yo le voy a despertar... cuando yo cuente hasta tres... y dé dos palmadas... usted se va a despertar... sintiéndose completamente bien... sin ningún agotamiento... sin dolor de cabeza... como si hubiera dormido... tranquila y profundamente... durante mucho tiempo... escuche bien... lo voy a despertar... cuando yo cuente hasta tres... y dé dos palmadas... usted se va a despertar... sin dolor de cabeza... con una sensación... de haber dormido... mucho tiempo... tranquila y profundamente... cuando cuente hasta tres... y dé dos palmadas... se despertará... muy feliz... sonriente... sintiéndose bien... sin dolor de cabeza... sin dolor en el cuerpo... y con una sensación... de haber dormido mucho tiempo... ponga atención... le voy a despertar... cuando yo cuente hasta tres... y dé dos palmadas... usted se va a despertar... recuerde bien... de ahora en adelante... cuando yo le diga... relájese y duerma... sus*

ojos se cerrarán... y entrará en un estado de sueño profundo... mucho más profundo que ahora... sus párpados quedarán pesados... muy pesados... y sentirá el deseo de quedar profundamente dormido...»

El establecimiento del signo-señal no es más que la formación de un sistema de conexiones nerviosas temporales en la corteza que entran en funcionamiento por medio de la palabra.

La formación del reflejo condicionado signo-señal es importante porque ahorra tener que comenzar desde el principio cada sesión, por lo tanto, es necesario que el mismo quede muy bien establecido, de modo tal que en cualquier parte del tratamiento donde nos encontremos pueda ser aplicado y aparezca la respuesta.

Se debe ejecutar el restablecimiento del signo-señal lenta y meticulosamente, repitiendo lo más posible las sugerencias, sin vacilaciones, memorizando el esquema y el texto que se va a utilizar, pero siempre debe estar dentro del siguiente parámetro: *«De ahora en adelante... será innecesario repetir todos los ejercicios... para que se relaje... totalmente... mucho más profundamente que ahora... Cuando yo le diga a usted... relájese y duerma... usted cerrará sus ojos... aflojará su cuerpo... y estará en un estado... de sueño profundo... mucho más profundo que ahora... sus párpados se sentirán... pesados... y sentirá el deseo de quedar... profundamente dormido...»*

Es necesario repetir esto varias veces para que el sujeto lo grabe y se establezca el reflejo condicionado. Si ya se tiene dominio de la forma de despertar al sujeto, se procede a realizar dicho acto de la siguiente manera: *«Ahora yo lo despertaré... y usted no tendrá dolor de cabeza... ni de cuello... estará tranquilo... como si hubiera dormido... durante mucho tiempo... pero cuando yo le diga... relájese y duerma... usted cerrará sus ojos... aflojará su cuerpo... y entrará en un estado... de sueño profundo... mucho más profundo que ahora...»*

Después de aplicada la técnica y que el sujeto haya despertado, se le pregunta cómo se siente, si tiene dolores, si está tranquilo, etc. Posteriormente se le sitúa en la misma posición en que fue hipnotizado, se le relaja y se le dice la consigna del signo-señal (*«relájese y duerma... relájese y duerma...»*).

En la formación del signo-señal deben tenerse en cuenta las siguientes recomendaciones:

- Repita varias veces la consigna y el proceso que la misma producirá.
- No despierte nunca al sujeto sin haberlo preparado, es decir, súgiérale que al abrir los ojos se sentirá bien, sin dolores de cabeza, corporales, etcétera.
- No debe sugerirle que despertará sin sueño.

- No debe esperar que trascorra mucho tiempo entre el despertar y el uso de la consigna del signo-símbolo. Solamente se pregunta *«¿Cómo está?»*, *«¿Se siente bien?»* y se cierra la conversación.

«Ahora ponga atención... voy a contar... hasta tres... y usted va a despertar... completamente despejado... sin dolor de cabeza... como si hubiera dormido mucho... tranquila y profundamente... recuerde... cuando cuente hasta tres... y dé dos palmadas... se despertará... uno... sintiéndose bien... dos... se siente tranquilo... nada le preocupa... ya usted espera mi orden... para despertar... tres...» Se dan dos palmadas y se le dice enérgica e imperativamente: *«¡Despierte!»*

Por lo general, el sujeto se despierta sin dificultades, pero si esto no ocurre, el hipnotizador no debe atormentarse ni preocuparse demasiado. Esto sucede cuando:

1. El sujeto está en un grado de inhibición muy profundo.
2. Existen fallos en la utilización de la técnica.
3. Se ha perdido el correspondiente *rappont* con el sujeto.

Existe una maniobra que salva esta situación. Si automáticamente que se le da la orden no despierta, se le dan dos palmadas enérgicas en la frente y se le dice imperativamente: *«¡Arriba!... ¡abra los ojos!... ¡ya puede abrirlos!...»*

Si no hacemos esto y dejamos al sujeto sin despertar, no le pasará nada, no sufrirá ningún daño, sino que pasará al poco rato a un sueño fisiológico. Podemos asegurar que es extremadamente difícil que el sujeto no abra los ojos cuando se le dan las dos palmadas en la frente.

Si por casualidad se da el caso y el sujeto no despierta, se le hacen las siguientes indicaciones: *«Está bien... no importa... duerma... tranquilamente... que esto le hará mucho bien...»*

Esto se hace por si el sujeto aún tiene algún grado de *rappont* con el hipnotizador, aunque el no despertar indica que el mismo se ha perdido.

Recomendamos a los profesionales que comienzan su entrenamiento con las técnicas hipnóticas, que al principio no trabajen sin tener la posibilidad de auxiliarse de un especialista en la materia, pues generalmente cuando se comienza se tiene cierta inseguridad y esto a veces provoca modificaciones en la conducta y actitud de los sujetos. No obstante, sugerimos la utilización de esta técnica que presenta una elevada eficiencia.

Cuando nos encontramos de nuevo ante el sujeto, es necesario restablecer el *rappont*, preguntarle cómo se ha sentido, decirle que la vez anterior cooperó muy bien, que en esta sesión se va a sentir mucho mejor, que ya conoce el método, que no le tiene temor. Esto reduce considerablemente el nivel de ansiedad que por lo regular el sujeto trae.

Una vez que se observa que ha disminuido la tensión y que está más calmado, se le sitúa en la posición adoptada en la sesión anterior y se le invita a que se relaje.

Esta es la preparación para aplicar el signo-señal, por lo que se comienza diciendo: *"Ahora usted... se va a relajar... poco a poco... afloje su cuerpo... aflójelo más... póngalo completamente flojo... deje su cuerpo en reposo..."*

El hipnotizador debe comprobar mediante la maniobra del brazo (levantar el brazo y que caiga desplomado y en movimiento de péndulo cuando se suelta) si existe verdaderamente una relajación de la musculatura estriada; nunca debe dar la consigna del signo-señal hasta tanto no exista una relajación total.

"Está muy bien... usted se ha relajado completamente... Ahora ponga atención sólo a mi voz... recuerde la sesión anterior... su cuerpo está relajado... relájese y duerma... deje sus ojos cerrados... suavemente... se está durmiendo profundamente... sus párpados están completamente pegados... cansados... abandonados... agotados... pesados... imposible separar... imposible separar... imposible separar..."

Si el signo-señal quedó bien establecido, bastarán estas breves sugerencias y el sujeto quedará más relajado y en un estado de sueño hipnótico más profundo que la vez anterior. De todas formas, es necesario indicarle que mire hacia la frente y aplicar la maniobra de los pulgares (pasarle los dedos pulgares por los ojos, desde los lagrimales hasta la parte exterior) para lograr la convergencia de los globos oculares.

Se continúa buscando más concentración del sujeto con vistas a formar rápidamente la inhibición de las zonas motoras y premotoras de la corteza.

"Piense en una sábana en blanco... repita mentalmente todo lo que yo le diga... duerma... tranquila y profundamente... sus párpados están pegados... muy pegados... cansados... muy cansados... imposible separar... imposible separar... usted cada vez... va sintiendo más sueño... más sueño... sus párpados... están pegados... cansados... abandonados... su cuerpo completamente relajado... abandonado... usted repita mentalmente... todo lo que yo le diga... ponga atención sólo a mi voz... sus párpados pegados... imposible separar... imposible separar... imposible separar... aunque usted intente no puede... imposible... están pegados... imposible separar... intente y verá que no puede... imposible... imposible separar..."

Por lo general, no hay dificultad en lograr que el sujeto entre en estado hipnótico. No obstante, si esto no se logra, no debe aparecer preocupación en el hipnotizador y si hay preocupación, tratará de que no sea percibida por el sujeto. Se debe salvar el prestigio del procedimiento

diciendo: *«No importa... está muy bien... eso era lo que yo esperaba...»*

Inmediatamente se comienza de nuevo desde el principio, aplicando el pestañeo sincronizado, que provoque el agotamiento de los músculos elevadores de los párpados y por tanto aparezca la catalepsia palpebral, que siempre se establecerá con mayor rapidez que la vez anterior.

En realidad, son pocos los casos que no se duermen cuando se les da el signo-síñal que se ha condicionado en la sesión anterior.

CATALEPSIA BRAQUIAL

Se comienza ahora con la búsqueda de la catalepsia braquial, que es uno de los objetivos de esta fase. Para ello se empieza diciendo: *«Todo su cuerpo relajado... completamente relajado... cuando yo cuente hasta tres... su mano derecha se va a ir cerrando... poco a poco... fuertemente... se va a estirar... y se va a levantar... escuche bien... cuando yo cuente hasta tres... uno... sus dedos ya se mueven... dos... se comienzan a cerrar... tres... se cierran fuertemente...»*

Si el sujeto no cierra la mano espontáneamente, al llegar a tres se le coje la mano, se la cerramos y le estiramos el brazo, poniéndolo en posición horizontal con un ángulo de 90° respecto al cuerpo, y se le dice imperativamente: *«Cierre la mano derecha fuertemente... más fuerte... ponga el brazo bien duro... deje todo su cuerpo relajado... menos el brazo derecho que está levantado... que debe estar bien duro... Su cuerpo está totalmente relajado... completamente relajado... completamente relajado... sólo su brazo está duro... muy duro... a medida que yo lo toco... se pone más duro... más fuerte... como si fuera de hierro... como si fuera de acero... duro... muy duro... muy fuerte... la mano está completamente cerrada... cerrada... completamente cerrada... el brazo está como si fuera de hierro... de acero... está muy duro... duro y rígido... desde los hombros hasta la mano... la mano cerrada... dura y rígida... completamente dura y rígida...»*

El objetivo de este ejercicio es establecer catalepsia braquial. La sugerencia. *«A medida que toco su brazo... se pone cada vez más duro»* se utiliza para provocar la rigidez total del brazo, pues cada toque establece puntos de excitación en las zonas motoras de la corteza donde existe inhibición y fortalece el foco de excitación creado por la sugestión aplicada.

Si el sujeto no mueve el brazo al contar hasta tres y la técnica ha sido bien empleada, la única explicación es que estamos ante un mal sujeto para la aplicación de la hipnosis.

Cuando se ha comprobado que efectivamente existe una marcada contracción en el brazo, que está duro y completamente rígido, se indica: *«El brazo está muy duro... como si fuera de hierro... de acero... está muy contraído... su mano cerrada... fuertemente... el brazo es capaz de soportar cualquier peso... es como si fuera un pedazo de acero... como si fuera un pedazo de hierro... está duro y rígido... imposible bajar... imposible bajar... imposible bajar... aunque usted intente no puede... imposible bajar... imposible bajar... Intente... no puede... imposible... imposible bajar... está completamente duro... duro y rígido...»*

Siempre que se dé una orden de *«Intente...»*, se debe dar inmediatamente otra que la neutralice, como *«Imposible bajar... no puede... aunque intente no puede...»*

El desafío que se le hace al sujeto mediante la palabra *«Intente...»* debe ser pronunciado una sola vez. Cuando es lanzado el reto, generalmente aparece un intento de ir en contra; se trata de bajar el brazo, pero casi nunca es posible si se han seguido adecuadamente los pasos indicados en este procedimiento.

Algunas veces el sujeto logra bajar un poco el brazo, con dificultad. Tan pronto como esto sea apreciado, se suspende rápidamente el ejercicio, indicando: *«Está muy bien... no haga más esfuerzo... es imposible bajarlo... está muy duro... escuche bien... cuando yo cuente hasta tres... sentirá un pequeño golpe en su brazo... y éste caerá... completamente relajado... completamente relajado... muy relajado... sus párpados están pegados... imposible separar... su cuerpo relajado... sólo su brazo derecho está duro... muy duro... pero cuando yo cuente hasta tres... y sienta un golpe en el brazo... éste caerá completamente relajado... uno... dos... tres... (se da un golpe suave en el brazo del sujeto simultáneamente con la pronunciación del último número e inmediatamente se sigue sugiriendo) Ahora... se cae... completamente abandonado... relajado y abandonado... todo su cuerpo está relajado... sus párpados están pegados... cansados... pesados... imposible separar... imposible separar...»*

La orden de reto no se puede dar hasta tanto no exista una fuerte contracción en el puño y en el brazo. Si ésta no aparece de forma espontánea, se le puede indicar mediante la siguiente sugestión: *«Su puño está fuertemente cerrado... tan fuerte que tiembla... usted lo aprieta fuertemente... muy fuerte... está duro como un hierro...»*

Por regla general, cuando las instrucciones se han ejecutado adecuadamente y el brazo está en una posición que forma un ángulo de 90° con el cuerpo, aparece el pequeño temblor provocado por la tensión muscular. Es importante que el sujeto tome conciencia de las contracciones musculares del puño y del brazo, porque esto reafirma el foco

de excitación dominante en las zonas frontales de la corteza cerebral inhibida por el sueño hipnótico y se establece la catalepsia braquial.

A partir de que se logre una vez, ya es fácil que reaparezca; solamente con decir *«Ahora a su brazo izquierdo... cuando yo cuente hasta tres... le va a pasar igual que al derecho»*, es suficiente para que surja la catalepsia en el otro brazo.

MOVIMIENTOS AUTOMÁTICOS

El próximo paso de la hipnosis es la formación de movimientos automáticos o, lo que es lo mismo, la imposibilidad de detener un movimiento una vez comenzado. Para provocar este fenómeno se puede utilizar principalmente una de dos vías.

Primero, a partir de la catalepsia braquial de ambos brazos, provocar el movimiento rotatorio. Éste es el método que nosotros utilizamos para ahorrar tiempo.

Una vez que inducimos la catalepsia en el brazo derecho, en vez de mandar a bajarlo indicamos la subida del izquierdo, que por mecanismo reflejo aparece rápidamente; es decir, que provocamos la catalepsia de ambos brazos. Cuando estamos completamente convencidos de que está asegurada la rigidez, apretamos las muñecas del sujeto con nuestras manos y flexionamos sus brazos diciéndole: *«Yo tomo sus muñecas... flexiono sus brazos... pero continúan duros... ellos se doblan por los codos... pero siguen duros... sólo se flexionan... siguen contraídos... duros...»*

Inmediatamente se inicia en el sujeto un movimiento rotatorio de los antebrazos, en forma de molino, o sea que ambas manos giran sobre un punto imaginario y mientras una sube la otra baja. Es importante la posición de los codos, que deben formar un ángulo aproximado de 110° con relación al cuerpo. Para que se comprenda mejor esto, si la posición del brazo en la catalepsia dijimos que era de 90° con relación al cuerpo, ahora el codo debe estar en una posición por arriba de los puños cerrados, para realizar la combinación del movimiento.

«Ahora yo muevo sus manos... comienza a formarse un movimiento rotatorio... yo lo guío... es un movimiento circular... es mecánico... rítmico... constante... cada vez es más mecánico... yo contaré hasta tres... y el movimiento pasará a ser automático... no tenga miedo... cuando yo cuente hasta tres... y suelte sus muñecas... el movimiento pasará a ser automático... imposible parar... imposible parar... uno... ya es un movimiento completamente mecánico... imposible parar... dos... ya no se puede parar... aunque yo suelte mis manos... ya no se puede parar... cuando yo diga el próximo número y suelte sus

muñecas... será imposible parar el movimiento... imposible parar... tres... (se sueltan las muñecas) imposible parar... este movimiento es automático... no responde a su voluntad... es imposible parar... es un movimiento automático... ya no responde a su voluntad... imposible parar... imposible parar... aunque usted intente... no puede... imposible... es un movimiento automático... imposible parar... cuando usted intente pararlo... cogerá más velocidad... imposible parar... imposible parar... Intente... no puede... imposible... imposible parar... es un movimiento automático... que es imposible parar..."

Es muy difícil que se detenga el movimiento por la voluntad del sujeto, si se ha logrado la catalepsia braquial en ambos brazos de forma adecuada, pues el punto de excitación dominante que la catalepsia forma es aprovechado para este ejercicio y se facilita la aparición del movimiento.

La segunda vía que se puede utilizar para producir movimientos automáticos es la siguiente:

Una vez que se ha logrado la catalepsia braquial de ambos brazos, se manda a que caigan completamente relajados. Luego se pone una mano en el codo del sujeto y con la otra se flexiona el antebrazo y se comienza a realizar un movimiento hacia arriba y hacia abajo, en el cual el codo representa el punto de referencia de donde comienza el movimiento. Entonces se le indica: *"Su cuerpo está completamente flojo... relajado... usted realiza conmigo este movimiento... hacia arriba... hacia abajo... (se continúa así siete u ocho veces) Ahora usted va a realizar el movimiento solo... yo soltaré su mano... y usted continuará el movimiento... de la misma forma... (se sueltan las manos) hacia arriba... hacia abajo... hacia arriba... hacia abajo... ya es un movimiento mecánico... mecánico... completamente mecánico... hacia arriba... hacia abajo... hacia arriba... hacia abajo..."*

Es necesario coordinar la sugestión *"Hacia arriba... hacia abajo..."* de acuerdo con el movimiento del brazo, para que ambos coincidan.

"Cuando yo cuente hasta tres... el movimiento pasará a ser automático... imposible parar... imposible parar... uno... ya comienza a ser automático... dos... ya es un movimiento semiautomático... prácticamente es imposible parar... imposible parar... tres... ya es un movimiento automático... imposible parar... imposible parar... Intente... no puede... imposible parar... imposible parar... sus párpados pegados... muy pegados... imposible parar... imposible parar... su cuerpo relajado... ahora cuando yo cuente hasta tres... sus brazos caerán desplomados... el movimiento parará... cuando yo cuente hasta tres... uno... caerán completamente relajados... dos... tres... está muy bien todo su cuerpo... relajado... cansado... aban-

*donado... sus párpados pegados... imposible separar... imposible separar...**

Se habrá podido observar que siempre que indicamos una acción decimos: «*Cuando yo cuente hasta tres*»; de esta forma se facilita la programación del acto por parte del sujeto. Hemos comprobado experimentalmente que si se da una sugestión que implique realizar una actividad determinada, la ausencia del conteo hace que la respuesta aparezca con más dificultad.

Posteriormente se realiza el mismo ejercicio con el otro brazo y luego la rotación de ambos brazos como explicamos con anterioridad. La primera vía simplifica el ejercicio y ahorra tiempo, sin dejar de tener eficiencia.

Es frecuente que cuando se comienza se olviden los pasos. Si esto ocurre, el hipnotizador debe continuar con indicaciones de relajamiento, cansancio, etc., pero nunca dejar de hablar continuamente, para no perder el *rappor*t con el sujeto.

Otro aspecto importante es que no se debe sugerir sueño al sujeto hasta que no se haya cumplido esta fase, porque hasta aquí sólo aparece letargo.

Para dar por terminado este paso, es necesario haber cumplimentado los siguientes aspectos:

1. Relajamiento total con flexibilidad.
2. Rigidez del brazo e imposibilidad de bajarlo (catalepsia braquial).
3. Movimiento automático braquial.

Si se ha cumplido lo anterior, podemos decir que hemos concluido los dos primeros peldaños de la hipnosis. Por tanto, tenemos creadas las bases para pasar al sueño hipnótico.

SUEÑO HIPNÓTICO

El sueño hipnótico es la ambición de todo hipnotizador. Según nuestra experiencia, el intervalo de confianza para que el sujeto pase a esta fase está entre 75 y 85 % de los casos hipnotizados. Aunque queremos aclarar que para eliminar síntomas menores, con sólo haber cumplimentado los dos primeros periodos o pasos es suficiente para realizar las sugestiones que los contrarresten.

El hipnotizador principiante no debe angustiarse por no llegar a esta fase, pues uno de los requerimientos fundamentales para alcanzarla es tener experiencia en la utilización de las técnicas. En la medida en que

se unan el dominio del método y una buena sugestionabilidad del sujeto, se llegará fácilmente al sueño hipnótico deseado.

En los dos pasos anteriores se hacía énfasis en el relajamiento corporal y en la flexibilidad muscular, para buscar la formación de un reflejo condicionado y el establecimiento de la inhibición de las zonas motoras y premotoras del cerebro. De ahora en adelante, el objetivo es generalizar la inhibición por toda la corteza para que se pueda alcanzar el sueño hipnótico.

La sugestión de sueño se realiza cuando el sujeto esté en un grado profundo de relajación y no exista ninguna contracción muscular. Se comienza la inducción de sueño apoyándonos en los logros de las dos etapas anteriores, así: *«Su cuerpo esta completamente relajado... abandonado... sus párpados pegados... cansados... piense en que tiene sueño... está cansado... muy cansado... no tenga miedo... duerma... duerma... tranquila y profundamente... cada vez más profundamente... su cuerpo está cada vez más relajado... abandonado... cada vez tiene más sueño... sólo le interesa dormir... poco a poco... cada vez más profundamente... duerma... lenta y tranquilamente... duerma... tiene mucho sueño... duerma... profundamente... tranquila y profundamente... respire normal... cada movimiento respiratorio... profundizará su sueño... cada vez más profundamente... tiene sueño... mucho sueño...»*

Una forma de comprobar si se ha cumplido la etapa y si efectivamente existe un sueño profundo es levantando los párpados del sujeto, donde debe aparecer la convergencia ocular (los globos oculares girados hacia arriba y convergiendo). Si esto no es así, nos está indicando que no hay la profundidad necesaria, por lo que debemos seguir buscando el sueño hipnótico.

ABRIR LOS OJOS

Esta maniobra se realiza también como medio comprobatorio para determinar hasta qué punto el sujeto está sugestionado.

Para mandar a abrir los ojos y que el sujeto continúe bajo el efecto de la sugestión hipnótica, debemos haber cumplido las indicaciones de cada paso en forma adecuada. Si existe una fuerte sugestión, cuando el sujeto tenga abiertos los ojos aparecerá una mirada fija, sin pestañeo; está prácticamente hipnotizado, con la única diferencia de que los ojos no están cerrados.

Pero es necesario conocer que el sujeto está despierto y que va a recibir varias estimulaciones que lo pueden sacar del efecto hipnótico. Esto crea la necesidad de prepararlo antes de mandarlo a abrir los ojos,

por lo que las sugerencias son las siguientes: *«Fíjese bien... yo le voy a mandar a abrir los ojos... pero usted no va a pestañear... es como si continuara dormido... como si estuviera profundamente dormido... pero con los ojos abiertos... su mirada será fija hacia adelante... sin pestañear... cuando yo cuente hasta tres... usted abrirá los ojos... sin pestañear... sin despertar... inmediatamente volverá a cerrar los ojos y continuará durmiendo... uno... recuerde... cuando yo cuente hasta tres... usted abrirá los ojos... sin pestañear... dos... sin pestañear... inmediatamente... volverá a cerrar los ojos... y continuará durmiendo... tres...»*

El hipnotizador debe observar la conducta del sujeto, pues la misma varía en dependencia del grado de sugestionabilidad que adquiera. El buen sujeto abre los ojos y su mirada está fija, sin pestañear, y a los pocos segundos los cierra, entrando de nuevo en un sueño profundo. Otros pestañean dos o tres veces y después dejan los ojos cerrados; en este caso el hipnotizador continúa profundizando en el sueño. En algunos casos el sujeto no cierra los ojos y es necesario aplicarle el signo-señal, incluso en algunas oportunidades utilizar la maniobra de los pulgares sobre los ojos.

Si el ejercicio de abrir los ojos ha salido correctamente, hemos cumplimentado la tercera etapa de la hipnosis y estamos en condiciones de continuar en el cuarto paso, que ya se puede considerar como una hipnosis profunda.

SUEÑO HIPNÓTICO PROFUNDO

Esta etapa se caracteriza por la profundidad de la hipnosis, que hace que cuando el sujeto despierte no recuerde nada, por lo general, de lo que sucedió durante el sueño hipnótico, independientemente de que no se le haya dado una sugestión posthipnótica de amnesia. Se considera como una fase de hipnosis profunda y esto implica necesariamente un mayor cuidado en su utilización, porque un error determinado puede ocasionar daños al paciente, cometer yatrogenia que deje dificultades y problemas de difícil recuperación.

Uno de los objetivos de esta etapa es la disminución y el bloqueo de algunos órganos sensoriales, como, por ejemplo: la creación de selectividad especial en la audición (sordera selectiva) y la pérdida de la sensibilidad táctil y cutánea (anestiasias y analgesias); en fin, se pueden lograr diferentes cambios en los receptores exteroceptivos y provocar el olvido de algún aspecto que se quiera eliminar del recuerdo de un paciente, o todo lo contrario, crear una sugestión posthipnótica con la seguridad casi total de que no se dejará de cumplir la acción indicada.

En esta etapa el sujeto se encuentra profundamente dormido, tiene poca sensibilidad y a veces ésta desaparece por completo, aunque generalmente están presentes los reflejos tendinosos, que son aumentados; la conciencia está muy disminuida y existe una fuerte inhibición cortical.

En dependencia de si se comienza la sesión ese día o de si es continuación de la fase anterior en la misma sesión, se aplica el signo-síñal y se busca un fuerte grado de inhibición del sujeto.

Algunos especialistas prefieren producir anestesia superficial antes de provocar la sordera selectiva. Consideramos que el grado de *rapport* alcanzado hasta aquí es bastante fuerte y nos permite trabajar cualquier aspecto antes, pero si no hay suficiente experiencia se puede invertir el plan y trabajar con anestésicos superficiales antes de provocar la sordera.

BLOQUEO DEL RECEPTOR AUDITIVO (SORDERA SELECTIVA)

El objetivo de este ejercicio es provocar una selectividad en el receptor auditivo que traiga como consecuencia que sólo sea escuchada la voz del hipnotizador y que cualquier otro estímulo sonoro no sea escuchado por el sujeto ni supere la voz del hipnotizador en intensidad estimuladora.

Para lograr este objetivo se refuerza el relajamiento y el sueño del sujeto diciendo: *"Duerma... duerma... profundamente... tranquila y profundamente... respire... suave... tranquilo... tiene mucho sueño... mucho sueño... mucho sueño... duerma profundamente..."*

El hipnotizador coloca ambas manos sobre los oídos del sujeto y continúa diciendo: *"Ahora... sus oídos quedarán cerrados... cerrados a todos los ruidos... todos los sonidos... sólo le interesa mi voz... no sentirá nada más que mi voz... sólo escuchará mi voz... exclusivamente mi voz... no sentirá ningún ruido... por fuerte que sea... ninguna otra voz... sólo la mía... sólo la mía... sus oídos están cerrados a todo lo que no sea mi voz... sólo escucha mi voz... imposible que usted pueda escuchar nada que no sea mi voz... nada podrá perturbar su sueño... sólo escucha mi voz... duerma... duerma... tranquila y profundamente... sólo escucha mi voz... sólo mi voz..."*

Se retiran las manos de los oídos del sujeto y se continúa con las mismas sugerencias. Existe un medio para comprobar si se ha cumplido el objetivo. Hacemos un pequeño ruido con una silla y observamos al sujeto para ver si tiene alguna manifestación que nos permita determinar si lo escuchó. También se pueden dar dos palmadas y observar las reacciones del sujeto. Cuando existe una verdadera selectividad auditiva, al sujeto ni tan siquiera le vibran los párpados.

El fenómeno anterior se debe a que se ha formado una fase paradójica de inhibición de la corteza donde sólo se responde a estímulos débiles, en este caso a la voz del hipnotizador.

ANESTESIA SUPERFICIAL

El objetivo de la anestesia superficial es reafirmar el grado de profundidad de la hipnosis del sujeto, aumentar la sugestibilidad y comprobar si efectivamente está ocurriendo en el sujeto lo que le estamos sugiriendo.

Primeramente trataremos de provocar anestesia en la mano y el antebrazo del sujeto. Para lograr este objetivo, el hipnotizador puede apretar fuertemente la zona inicial del biceps braquial izquierdo para dificultar la circulación y dar pequeños golpes con un dedo en la mano y el antebrazo con vistas a estimular el efecto, e inmediatamente se comienza con las sugerencias verbales.

«Usted comenzará... a sentir en su mano y antebrazo... una sensación de entumecimiento... de calambre... cada vez más calambre... su cuerpo... relajado... totalmente relajado... usted duerme... profundamente... tranquila y profundamente... a medida que yo toco su mano y antebrazo... éstos comienzan a sentir... como una anestesia... (se suelta el brazo izquierdo del sujeto) poco a poco... se hace cada vez más fuerte... es como si se le pusiera un guante en la mano izquierda... que le cubre hasta el antebrazo... ya usted no siente nada... no tenga miedo... duerma... duerma... tranquila y profundamente... cada movimiento... de su respiración... lo hace dormir... más profundamente... imagine ahora... imagine ahora... que tiene puesto un guante... un guante grueso de cuero... que le protege... creando insensibilidad... una falta de sensibilidad total... en la mano y el antebrazo... ya usted no es capaz de sentir dolor... su brazo y su mano... están anestesiados... insensibles... imposible sentir... no siente nada su mano... ni su antebrazo izquierdo... están anestesiados... anestesiados... imposible sentir... imposible sentir... en la otra mano toco y usted siente... pero en la izquierda no siente nada... no siente nada... imposible sentir...»

A continuación se toma un objeto puntiagudo (una aguja, un alfiler, etcétera), que debe estar esterilizado y cerca, y se pincha el brazo izquierdo para observar las reacciones del sujeto. Cuando se logra producir el fenómeno, no existe ninguna reacción, sino que hay una marcada insensibilidad.

«Imposible sentir... su brazo está anestesiado... yo pincho su otro brazo y usted lo siente... pero en el izquierdo no siente nada...»

Se debe realizar una comparación tocando con el objeto puntiagudo ambas manos y observar la reacción del sujeto. La respuesta esperada y natural es retirar la mano derecha y dar muestra de dolor, y no sentir nada en la izquierda. Si el ejercicio fue positivo, se procede a eliminar la falta de sensibilidad de la mano y el antebrazo.

«Duerma... duerma tranquila y profundamente... usted tiene mucho sueño... mucho sueño... usted tendrá sensibilidad otra vez... cuando yo cuente hasta tres... usted tendrá de nuevo sensibilidad... en su brazo izquierdo tendrá de nuevo sensibilidad... su brazo izquierdo tendrá de nuevo sensibilidad... cuando yo cuente hasta tres... y dé un pequeño toque en su mano... usted tendrá sensibilidad nuevamente en su brazo izquierdo... uno... sentirá de nuevo sensibilidad en su brazo izquierdo... dos... no tenga miedo... tres... ya usted es capaz de sentir... ya su brazo no está anestesiado... su brazo izquierdo ya lo siente todo...»

Se debe estimular el brazo izquierdo con el objeto puntiagudo para comprobar si efectivamente ya se tiene sensibilidad y existe reacción de dolor ante el pinchazo.

Otra forma de producir este mismo fenómeno es pasando sobre la mano y el antebrazo un algodón mojado en un líquido frío o en alcohol, y sugerir que es anestesia, que provocará insensibilidad local en su brazo. Se utiliza el mismo procedimiento anterior de repetición constante de la sugestión verbal.

Generalmente esta forma de provocar anestesia es más efectiva. Las indicaciones son las siguientes: *«Su cuerpo está totalmente relajado... sus párpados pesados... cansados... pegados... usted está profundamente dormido... ahora yo le aplicaré un anestésico... lo aplico sobre su mano y antebrazo... un anestésico de acción rápida... muy efectivo... a medida que usted sienta el líquido... sentirá una sensación fría... que le anestesia la mano y el antebrazo... no tenga miedo... no tenga miedo... su mano y antebrazo... están totalmente anestesiados... imposible sentir... imposible sentir... imposible sentir... usted no siente ninguna estimulación...»*

Se debe realizar también la prueba de pinchar el brazo y después se restablece la sensibilidad tal como se explicó para la variante anterior.

Con esta técnica hemos encontrado sujetos que han extendido la insensibilidad hasta el hombro izquierdo, a pesar de no haberse sugerido.

A continuación presentamos algunas recomendaciones que no deben olvidarse ni dejarse de llevar a cabo bajo ninguna circunstancia:

1. La aguja, alfiler u otro objeto punzante que se vaya a utilizar debe estar esterilizado.

2. Evite crear traumatismos en la piel del sujeto atravesándola con el objeto puntiagudo cuando no sea necesario hacerlo. Si se atraviesa la piel, aplique siempre algún desinfectante.
3. Nunca despierte al sujeto sin eliminar antes la pérdida de sensibilidad y mucho menos despertarlo con la piel atravesada.

Una vez que se ha logrado establecer la anestesia en la mano y el antebrazo del sujeto, es posible crear esta misma insensibilidad al dolor en cualquier otra parte del cuerpo, con la firme seguridad de que es igualmente efectiva, aunque si fuera necesario utilizarla para una intervención quirúrgica por intolerancia a los anestésicos, se debe trabajar al paciente en la última etapa (sonambulismo), que es donde existe mayor grado de sugestionabilidad por la fase de inhibición paradójica generalizada que se forma en la corteza cerebral.

Este mismo procedimiento se puede aplicar para las zonas faciales cuando se quiere producir analgesia o anestesia con vistas a intervenciones odontológicas. En este grado de profundidad hipnótica es posible realizar trabajos estomatológicos sencillos. Cuando éstos sean de larga duración, se debe trabajar con hipnosis sonambúlica (ver «Cataplepsia bucal con anestesia de la mucosa»).

SONAMBULISMO

Este es el paso de más complejidad de la hipnosis, donde llega a su mayor profundidad. En esta fase es posible establecer cualquier fenómeno especial provocado mediante la heterosugestión. No existe recuerdo sobre lo ocurrido en este estado, al despertar, a no ser que se aplique una sugestión posthipnótica.

Es posible en la hipnosis sonambúlica crear estados de cataplepsia braquial, flaccidez total, cualquier tipo de alucinación, amnesias parciales, aumento de capacidades, disminución o aumento de umbrales sensoriales, anestésias profundas, puente humano, etc. Es el paso necesario para realizar cualquier intervención quirúrgica en un paciente.

Cuando cualquier especialista realiza una inducción hipnótica, trata siempre de alcanzar este estado en el sujeto. No todas las personas son aptas para llegar a esta fase, a causa de la variación del grado de susceptibilidad hipnótica de las mismas.

En la fase de sonambulismo se presenta un fenómeno especial de conciencia superior al que hemos visto en las etapas anteriores de la hipnosis. En esta fase, la conciencia se reduce considerablemente y existe amnesia posterior más profunda, aunque es posible emplear sugestiones posthipnóticas que hagan al sujeto recordar lo sucedido.

Antes de explicar cómo profundizar el sueño para inducir el sueño sonambúlico, es necesario hablar de algunas de las características de esta etapa de la hipnosis.

En la hipnosis sonambúlica se crea un estado parecido a la fase paradójica del sueño normal.

Como vimos en el primer capítulo, el sueño paradójico se caracteriza por movimientos oculares rápidos, erección penil en 80 % de los sujetos masculinos, actividad onírica, flaccidez del tono muscular, aumento de la resistencia eléctrica de la piel y fluctuaciones en los niveles de tensión arterial, pulso, frecuencia respiratoria, volumen de orina y secreción ácida del estómago. La mayoría de estas características se presentan en la hipnosis cuando se sugieren por el hipnotizador, pero sólo en la etapa sonambúlica.

En el sueño paradójico se producen la mayoría de los sueños. Numerosos experimentos han demostrado que personas que regularmente dicen que no sueñan, cuando se les despierta en la fase paradójica reconocen que en ese momento estaban soñando. Sin embargo, si se les deja durmiendo, no son capaces de recordar las incidencias de sus sueños; es por eso que por lo regular niegan que sueñan.

Sobre la causa de los sueños hay muchas teorías, en las cuales no vamos a incursionar. En el sueño sonambúlico se le puede sugerir al sujeto hipnotizado que sueñe libremente y éste tiende a reproducir varios de los patrones típicos del sueño paradójico (movimientos oculares rápidos y otras características). Estos sueños hipnóticos han sido llamados *sueños de fantasía inducidos hipnóticamente* y entre éstos y los sueños normales nocturnos existen diferencias en cuatro dimensiones significativas: circunstancias, contenido, fisiología y percepción subjetiva.

Los sueños hipnóticos son más breves y presentan más distorsión que los sueños normales. Mientras más susceptible es el sujeto, más tendencia tiene a soñar bajo hipnosis.

Para pasar al sueño sonambúlico, lo primero que hay que tener en cuenta es que existe una selectividad auditiva que provoca un bloqueo a todo ruido, conversación o sonido que no sea la voz del hipnotizador. Nos encontramos en una fase de la hipnosis donde hay un estado paradójico de la corteza en el que los estímulos débiles provocan por lo general una reacción fuerte; es decir, debemos cambiar la tonalidad de la voz y dar las sugerencias en voz baja, en forma de susurro y cerca de los receptores auditivos. Todas las sugerencias verbales se limitarán a inducir sueño y para esto se combinan las indicaciones.

«Está durmiendo... tiene mucho sueño... está cansado... muy relajado... muy abandonado... muy agotado... su cuerpo muy pesado... duerma... duerma... cada vez más profundamente... usted tiene mucho sueño... necesita dormir... dormir profundamente... duerma... duerma... tranquila y profundamente... tiene sueño... mucho sueño...»

Es necesario continuar repitiendo de forma monótona durante un tiempo, hasta comprobar que el sujeto presenta una total flaccidez, que la respiración es fuerte y profunda, y que la cabeza está completamente descolgada.

Una vía para profundizar el sueño es la utilización de la respiración sincronizada. Al sujeto se le controla el ritmo respiratorio diciéndole que a partir de ahora aspirará y espirará profundamente a medida que se le ordene que lo haga. Entre una sugestión de aspiración profunda y la siguiente de espiración o viceversa, se deja una breve pausa de uno o dos segundos. Cuando se haya establecido la frecuencia deseada se le indica que continúe solo, haciendo lo mismo. Al cabo de 10 ó 15 minutos de respiración profunda «sin sugestión» (es decir, sin repetirle al sujeto la frecuencia de aspiración y espiración), sobreviene el estado hipnótico sonambúlico.

ABRIR LOS OJOS SIN DESPERTAR

Con este paso se comprueba el grado de profundidad de la hipnosis del sujeto. Cuando se le oriente que abra los ojos, la mirada debe estar fija y los ojos semicerrados.

Las indicaciones son las mismas que las del paso anterior cuando se profundizaba en el sueño. Luego se le sugiere: *«Usted está completamente dormido... muy dormido... cuando yo cuente hasta tres... sus ojos se abrirán... pero continuará dormido... profundamente dormido... usted estará con los ojos abiertos, pero estará completamente dormido... cuando yo cuente hasta tres... abrirá los ojos... pero quedará... completamente dormido... profundamente dormido...»*

Si el sujeto efectivamente está en la fase de sueño hipnótico sonambúlico, no pestañeará y los estímulos externos serán insignificantes para él. A medida que la conducta del sujeto se acerca a ésta, el grado de profundidad de la hipnosis será mayor.

CONVERSAR SIN DESPERTAR

Este ejercicio cambia por completo las características de la hipnosis, pues hasta ahora el sujeto respondía a las estimulaciones de las sugerencias heterosugestivas influidas por medios exteroceptivos. En lo adelante se hace reaccionar por primera vez la interocepción de su propia fonación, al tiempo que se estimulan las capacidades de análisis y síntesis corticales.

Este paso tiene gran significación, pues se tiene la conciencia en un estado especial y permanece la inhibición de la corteza. Este fenómeno se utiliza por muchos hipnoterapeutas para explorar aspectos y acontecimientos importantes del paciente que permitan establecer catarsis. Este es el método hipnocatártico, dirigido a la búsqueda del origen de un síntoma determinado.

Para trabajar con este grado de profundidad hipnótica no se deben hacer preguntas directas, sino que éstas deben parecer triviales, neutras, que no perjudiquen el proceso de inhibición.

Si se va a utilizar la catarsis, también es necesario preparar al sujeto y no olvidar que generalmente esta fase no se recuerda, por lo que si se considera necesario que el sujeto recuerde algo de lo que diga o haga hay que dejar un señalamiento posthipnótico que le permita representarse mnémicamente lo que al hipnotizador le interesa.

Cuando se tiene la seguridad de que el sujeto se encuentra en la etapa de hipnosis sonambúlica, se le dan las siguientes consignas: *«Duerma profundamente... escuche bien... hay personas que estando dormidas son capaces de hablar y conversar sin despertar. Usted mismo podrá hacer eso ahora. Yo le haré algunas preguntas y usted las responderá sin despertar, y continuará completamente dormido. Las preguntas no tendrán importancia y no debe tener ningún temor, que no va a revelar ningún aspecto de su vida que usted no quiera que se conozca.»*

Esto se le debe decir en forma coloquial y no como hasta este momento se habían dado las sugerencias.

«Usted está dormido... muy dormido... dormido profundamente... sólo escucha mi voz... sólo escucha mi voz... usted puede hablar... puede hablar sin despertar... sin despertar...»

Se le tocan levemente los músculos de la cara, la garganta y de la zona tiroidea, y se continúa diciendo: *«A medida... que yo toco su cara... y su garganta... usted va a ser capaz de mover sus músculos... Sus cuerdas vocales... ya son capaces de emitir sonidos... usted va a poder hablar... podrá responder a mis preguntas... sin despertar... continuando profundamente... dormido... tranquilo... cansado... agotado... dormido... tranquila y profundamente... yo voy*

a contar hasta tres y usted podrá responder... responder a mis preguntas... uno... dos... tres... ¿cómo usted se llama?

Se debe esperar la respuesta; si no aparece, se vuelve a estimular cada zona antes mencionada y se aplica la sugestión. Si en cambio, responde correctamente, se le pregunta: *«¿Dónde vive usted?... está muy bien... como usted ve... puede hablar... responder a mis preguntas... pero continúa profundamente dormido... duerma... duerma tranquila y profundamente...»*

Por lo general, con dos o tres preguntas de este tipo y la sugestión de *«Usted puede hablar...»*, el sujeto está capacitado para responder a la sugestión *«Hábleme de su vida...»*

Hay sujetos que al principio, a causa del profundo grado de inhibición, balbucean mal las respuestas, se les traba la lengua. Algunos cuentan su vida con una pequeña estimulación verbal, como, por ejemplo, *«Hábleme de su vida...»* o simplemente *«Dígame lo que usted desee...»*

Hemos encontrado sujetos que no responden a las preguntas a pesar de ser estimulados dos o tres veces. En estos casos, se debe esperar a otra sesión donde generalmente sí lo hacen.

REPRESENTACIONES ALUCINATORIAS

En este estado profundo de hipnosis, es posible crear representaciones alucinatorias de todo tipo, pero recomendamos las acústicas, visuales y olfatorias, que aparecen con más facilidad.

La inducción de este fenómeno sensoperceptual es importante si el sujeto va a ser sometido a hipnoanestesia.

Los fenómenos alucinatorios se sugieren después de preparar los analizadores sensoriales; para ello se crean cambios térmicos en la piel del sujeto, como las sensaciones de calor, frío, etcétera.

Alucinaciones visuales, acústicas y olfatorias. Para producir estos fenómenos sensoperceptuales utilizamos la imaginación del sujeto; partiendo de un objeto físico real se provoca una desrealización (por ejemplo: se le pone una pelota en la mano y se le sugiere que es una bola de hierro muy pesada y que no podrá soportar su peso).

Si se utiliza el ejemplo de la pelota, cuando se le va a poner en la mano se le aplican al sujeto sugestiones verbales que indiquen la imposibilidad de soportar el peso, como puede ser: *«Se le va a poner una bola de hierro en la mano... usted no podrá soportar su peso...»* Debe utilizarse la repetición monótona, con los intervalos correspondientes de dos a tres segundos entre cada sugestión.

La respuesta positiva, como es lógico suponer, es no poder soportar el peso de la pelota; la mano baja con la pelota o sencillamente ésta se le cae de la misma.

Posteriormente se pasa a la alucinación visual. Para esto se le ordena abrir los ojos tal como hemos señalado y se le dice que verá ante sí la representación de un objeto cualquiera escogido por el hipnotizador, pero que sea conocido por el sujeto y que no sea una cosa irreal o fantástica. Por ejemplo: *«Yo contaré hasta tres... y usted abrirá los ojos... continuará dormido... pero verá ante sí... un caballo... que se encuentra... a cincuenta metros de usted...»*

Esta sugestión se repite varias veces para establecer la conexión nerviosa del fenómeno sensorial que estamos tratando de crear. Es importante no sugerir objetos o fenómenos que sean rechazados por la ideología y creencias del sujeto.

Las alucinaciones acústicas y olfatorias se establecen de la misma forma, tomando en consideración que el estímulo verbal que se vaya a sugerir corresponda a las posibilidades del analizador.

Después que se establece la alucinación, se debe preguntar al sujeto qué ve o qué está sucediendo, para analizar el contenido vivencial de la alucinación.

CATALEPSIA GENERAL

La catalepsia general constituye para nosotros el fenómeno hipnótico que nos determina con más precisión y seguridad el grado de profundidad de la hipnosis.

El sujeto presenta una contracción muscular generalizada que es prácticamente imposible de lograr en una persona en estado de vigilia o en otro estado de conciencia, a no ser que lleve años entrenando su musculatura para ello. Una forma de catalepsia es lo que se conoce como el «puente humano», en el que el sujeto está totalmente rígido, se puede colocar en una posición horizontal sobre dos puntos de apoyo, uno colocado en la cabeza y el otro en los pies, y el sujeto es capaz de soportar gran peso en el estómago, aunque esto no hace falta medirlo para comprobar si existe la catalepsia general.

Una manera de comprobar si la catalepsia general está presente es tocar los músculos del sujeto, constatando si los mismos aparecen en una completa contracción.

La base fisiológica de la catalepsia general es el foco de excitación dominante que se establece en las zonas frontales del cerebro, donde se encuentra la tercera unidad funcional.

Al sujeto se le dan las siguientes indicaciones: *«Usted está profundamente dormido... profundamente dormido... se siente bien... tranquilo... firme y seguro... ponga atención sólo a mi voz... sólo puede escuchar mi voz... respire tranquila y profundamente... todos sus órganos internos... funcionan normalmente... fijese bien... a medida que yo toque su cuerpo... éste comenzará a ponerse rígido... muy rígido... muy duro... muy contraído...»*

Se comienza tocando el brazo izquierdo, se pasa después al derecho y posteriormente a los miembros inferiores; se continúa con los músculos del cuello, etc. Recomendamos no pasar de un miembro a otro ni de un músculo a otro sin haber logrado la tensión muscular máxima del que se está trabajando.

«Cada vez que yo toque sus músculos... éstos se ponen más rígidos... muy duros... muy rígidos... yo toco su brazo izquierdo... y éste se contrae... sus manos cerradas... cierre fuertemente su mano izquierda... bien cerrada... todo su brazo duro... muy duro... muy contraído... todo su brazo está duro y en tensión... su mano fuertemente cerrada...»

La posición del sujeto para este ejercicio debe ser de pie o acostado.

«Usted puede respirar... tranquila y profundamente... todos sus órganos internos funcionan normalmente... su respiración es normal... ahora el brazo derecho se contrae... igual que el izquierdo... duro y fuerte... su mano cerrada fuertemente...»

Se colocan ambos brazos contraídos al lado del cuerpo y se pasa a la contracción muscular de los miembros inferiores. Es importante que el hipnotizador dé en los lados del sujeto con ambas manos para buscar mayor tensión en los músculos y se le dice imperativamente: *«Sus músculos están duros... duros... fuertes... muy fuertes... todo su cuerpo está contraído... es como un fuerte pedazo de acero... de hierro... respire... respire... respire tranquila y profundamente... todo su cuerpo duro y fuerte... respire tranquila y profundamente... tranquila y profundamente...»*

Esta indicación es muy importante y debe observarse si la respiración del sujeto es normal.

Un hipnotizador con experiencia puede constatar a simple vista si existe una fuerte contracción muscular generalizada; de lo contrario, es necesario comprobar el grado de tensión tocando todos los músculos.

No se debe mantener por mucho tiempo al sujeto en este estado, para no producir fatiga muscular, ya que la condición cataléptica se caracteriza por la contracción muscular generalizada, así como por la inmovilidad y plasticidad. En esta situación existe analgesia completa.

El estado cataléptico permite que los músculos se mantengan por mucho rato en posiciones incómodas y difíciles de sostener, sin síntomas

de fatiga (temblor). Esto puede tener por causa la naturaleza simpática de la inervación muscular. Aparece un tono muscular dependiente de influencias simpáticas, paralelamente con un ligero tétanos de los antagonistas. Como las fibras musculares inervadas por vía simpática son incansables, es menos factible la percepción de la sensación de fatiga en estado hipnótico como consecuencia de la contracción ligeramente tetánica de los antagonistas.

Para que el sujeto pase de nuevo a un proceso de relajación se crea una inhibición muscular total. Para esto también se tocan los músculos, pero en vez de sugerir excitación y contracción, se indica flojedad y relajación.

«Está muy bien... usted ha cooperado muy bien... ahora yo tocaré sus músculos... y éstos se van a relajar totalmente... afloje su cuerpo... todo su cuerpo flojo... yo toco sus músculos... y éstos se aflojan totalmente... yo toco su brazo izquierdo y él se afloja... sus manos se abren... su brazo se pone flojo... relajado... muy relajado... ahora el derecho... flojo... muy flojo... relajado... completamente relajado... todo su cuerpo está relajado...»

Poco a poco, siguiendo el mismo orden en que se provocó la tensión muscular, se va creando la relajación de la musculatura estriada, hasta llegar a un estado de flaccidez total. Se deben hacer sugerencias para eliminar el posible dolor muscular.

«Su cuerpo relajado... respire tranquila y profundamente... a usted no le duele nada... todo su cuerpo relajado... completamente relajado... totalmente relajado... duerma... duerma... tranquila y profundamente... nada le duele... nada le duele... nada le duele...»



SUGERENCIAS POSTHIPNÓTICAS

La sugerencia posthipnótica no es más que la indicación de una sugestión que surtirá efecto luego que el sujeto salga del sueño hipnótico.

El establecimiento de este fenómeno tiene como objetivo dejar fijado un reflejo condicionado que aparecerá cuando se le presente un estímulo determinado al sujeto. Para esto se indica: *«Usted está profundamente dormido... profundamente dormido... duerma... duerma tranquila y profundamente... ponga atención sólo a mi voz... ponga atención sólo a mi voz... al poco rato que yo le despierte... miraré mi reloj... y usted automáticamente... me preguntará qué hora es...»*

Esto se debe repetir varias veces, de forma que se fije bien la huella en la memoria del sujeto. El tiempo que se debe esperar para presentar el estímulo que desencadene la acción sugerida debe ser diez minutos aproximadamente después que se ha despertado.

En el ejemplo que ilustra este fenómeno, el hipnotizador mirará su reloj y si la sugestión posthipnótica ha quedado bien establecida, el sujeto ejecutará la orden encomendada.

Cualquier tipo de sugestión posthipnótica se establece más o menos de la misma forma. Se utiliza muchas veces para sugerir al sujeto que memorice algunos aspectos importantes de su persona y de sus problemas que ha evidenciado en estado de sueño profundo y que al despertar no se recuerdan. Esto se hace cuando se trabaja con el método hipnocártico con vistas a hacer consciente un problema que hasta ese momento permanecía enmascarado.

En términos generales podemos decir que no existe ninguna diferencia entre las sugestiones intrahipnóticas y las posthipnóticas, pero cuando la sugestión aplicada al sujeto tiene imposibilidad de ser ejecutada se produce una angustia total. Todo el que ha trabajado con sugestiones posthipnóticas conoce las reacciones emocionales que siente el sujeto cuando se ve imposibilitado de cumplir una orden posthipnótica. Por eso alertamos ante el peligro de hacer yatrogenia.

Otro aspecto que se debe tener en cuenta es que a veces, cuando se ejecuta una sugestión posthipnótica, el sujeto puede caer en hipnosis espontáneamente, quizás como un mecanismo de defensa con el fin de eludir responsabilidades.

ANESTESIA

Ésta es una condición que ya practicamos en forma simple en el cuarto paso, pero en la etapa sonambúlica es posible lograr anestesia en cualquier parte del cuerpo, incluso anestesia profunda.

Catalepsia bucal con anestesia de la mucosa. Éste es un fenómeno que se provoca para facilitar el trabajo del estomatólogo y del otorrinolaringólogo en aquellos pacientes que, por alergias o por trastornos de cualquier tipo, no son tolerantes a la anestesia química. Se comienza indicando al paciente lo siguiente: *«Deje su cuerpo relajado... los músculos de su rostro... déjelos completamente relajados... todos los músculos de su cara... se relajan... su boca... su mandíbula... se relajan... completamente relajados... flojos... sueltos... su boca se abre... abra su boca de forma natural... relajada... sin ninguna contracción... suelta... floja... relajada...»*

Se toca el surco mentoniano (debajo del labio) del paciente y se le hace ligera presión hacia abajo e inmediatamente se le sugiere: *«Su boca está abierta... se abre cada vez más... poco a poco... se abre cada vez más... su boca se quedará abierta... completamente abierta... los músculos laterales de su boca... (se toca en la masa muscular*

geniana, con vistas a excitar los músculos de la cara) *se contraen... se contraen fuertemente... están cada vez más rígidos... más duros... como si fueran de hierro... de acero... su boca completamente abierta... imposible cerrar... imposible cerrar... sólo yo le puedo cerrar la boca... imposible cerrar... imposible que usted la cierre... está completamente abierta... imposible cerrar... imposible cerrar... intente y verá que no puede... imposible cerrar... imposible cerrar... sólo yo la puedo cerrar... ahora se va a producir una insensibilidad... usted va a sentir una anestesia... va a sentir cómo se anestesia... ahora yo le estoy pasando una anestesia... un anestésico...**

Se le pasa al paciente un algodón húmedo en la zona donde se necesita anestesiarse.

«Yo le paso este líquido anestésico... que provoca insensibilidad... ya se está produciendo una anestesia local... esa zona quedará completamente anestesiada... toda su boca queda insensible... poco a poco... completamente anestesiada... sin dolor... imposible sentir ningún dolor... ningún dolor... su boca... toda su boca... está completamente anestesiada...»

Con una aguja esterilizada se pincha al sujeto para comprobar el grado de inhibición al dolor.

El proceso de reversión del fenómeno es el siguiente: *«Ahora... poco a poco... usted... podrá sentir que desaparece la anestesia... aparece la sensibilidad... sus músculos de la cara... se aflojan... cada vez más... ya puede cerrar su boca... puede cerrar su boca... sus músculos se ablandan... se ablandan... se relajan... completamente relajados... duerma... duerma tranquila y profundamente...»*

Como hemos visto, la hipnosis puede ser utilizada por estomatólogos y cirujanos maxilofaciales, pero nunca como recurso catártico, sino como simple forma de producir analgesia y anestesia en aquellas personas que, por diferentes razones médicas, no pueden ser anestesiadas por otras vías.

Las técnicas que recomendamos para el estomatólogo le permitirán preparar rápidamente al paciente para la relajación o contracción de la mandíbula cuando sea necesario, así como lograr la quietud de la lengua, con un control adecuado de los reflejos nauseosos, ventajas que son sumamente importantes sobre todo en niños y en pacientes de características nerviosas.

Se han realizado investigaciones para comprobar la disminución de las hemorragias y de los periodos de cicatrización cuando se utilizan los métodos de inducción hipnótica.

El estomatólogo puede emplear la hipnosis como sugestión vigil solamente, combinada con técnicas de relajación, utilizándola en grados más o menos profundos o combinándola con efectos anestésicos e incluso sugestiones posthipnóticas.

Para obtener analgesia suficiente para el trabajo de estomatología no necesariamente tiene que alcanzarse una hipnosis sonambúlica, sino que muchas veces con un cuarto paso (hipnosis profunda) de la inducción se logra el objetivo.

Si la intervención es demasiado dolorosa y de larga duración, el profesional debe estar convencido de que el paciente permanecerá durante todo el trascurso de la intervención en estado hipnótico, pues una pérdida del *rappont* puede llevar al paciente a la vigilia y producirse un intenso dolor; por eso, en los casos de intervenciones de larga duración, recomendamos trabajar en fase de hipnosis sonambúlica.

Otra recomendación importante es tratar por todos los medios que el paciente no realice movimientos voluntarios, como escupir, etc., y nunca despertarlo antes de haber terminado todo el trabajo.

Es necesario aplicar sugerencias posthipnóticas que hagan olvidar al paciente lo ocurrido, así como que indiquen que la analgesia continuará cuando se despierte.

Anestesia profunda. Sólo es necesario provocar anestesia profunda cuando el sujeto va a ser sometido a intervenciones quirúrgicas y no es posible aplicarla por medios biológicos.

La anestesia profunda debe ser provocada después de los fenómenos alucinatorios y de la catalepsia general.

El procedimiento es el mismo que se utiliza en la anestesia superficial en el estado de hipnosis profunda, pero indicando que existe una pérdida completa y profunda de la sensibilidad.

FENÓMENOS DE MEMORIA

Son variados los fenómenos de memoria que se producen por medio de la hipnosis; aparecen espontáneamente desde el tercer paso (sueño hipnótico), pero pueden ser sugeridos desde el segundo (fenómenos corporales).

A partir de la hipnosis profunda el sujeto por lo general no recuerda al despertar lo que se le ha sugerido, aunque por medio de las sugerencias posthipnóticas se puede hacer recordar lo que le interese al hipnotizador.

Amnesia parcial. La amnesia parcial es un fenómeno especial de la memoria que consiste en el olvido de un hecho cualquiera de la vida del sujeto, que puede ser un accidente, un trauma psíquico, etc.

La posibilidad de crear amnesias parciales en el sujeto hipnotizado, mediante la sugestión verbal, nos permite eliminar de su conciencia experiencias y situaciones psicotraumatizantes que pueden estar afectándolo.

El procedimiento es sencillo y se puede realizar después de establecer el sueño hipnótico del tercer paso, pero preferimos y recomendamos trabajar los fenómenos de memoria en la fase de sonambulismo. Para esto preparamos al sujeto de la siguiente forma: *«Duerma... duerma tranquila y profundamente... escuche bien... cuando yo le mande a despertar... usted habrá olvidado esa preocupación que le inquieta...»*

En este momento se le indica al sujeto lo que queremos que olvide, o sea, el trauma psíquico o el hecho que le crea preocupación.

«Será imposible recordar... imposible recordar... imposible recordar ese hecho... cuanto más se esfuerce por recordar... más desaparecerá de su mente... es como si no hubiera ocurrido... se borra de su memoria... será cada vez un hecho más confuso... ese recuerdo ha desaparecido de su memoria... imposible recordar... imposible recordar... ahora voy a contar hasta tres... cuando llegue a tres... usted abrirá los ojos... continuará dormido pero no recordará ese hecho... será imposible recordar... uno... imposible recordar... aunque usted intente no puede... dos... imposible recordar... se borra totalmente de su mente... imposible recordar... tres... puede abrir los ojos... imposible recordar... imposible recordar... imposible recordar...»

En este momento se aprovecha que el sujeto abre los ojos y se insiste en la sugestión de amnesia parcial. Como medida de comprobación se le pregunta: *¿Recuerda algo?, ¿sabe si hemos conversado sobre algo?*

La mayoría de los sujetos manifiestan su incapacidad para recordar el hecho que queremos borrar de su memoria. Su mirada continúa fija y perturbada e informa que no recuerda nada. Una vez que se ha comprobado el logro de la amnesia parcial deseada, se le indica inmediatamente: *«Cierre sus ojos... continúe profundamente dormido... profundamente dormido... ya ese hecho se ha borrado de su mente... duerma... duerma tranquila y profundamente... tranquila y profundamente...»*

Se le debe dar una sugerencia posthipnótica que lo incapacite para recordar al despertar.

Amnesia profunda. La amnesia profunda o total es la incapacidad de recordar un período de la vida. Existen tres variantes: amnesia de fijación (anterógrada), amnesia de evocación (retrógrada) y amnesia retroanterógrada.

La amnesia total puede ser inducida solamente en la etapa de sonambulismo. Permite extinguir las conexiones nerviosas patológicas y olvidar incluso el hecho de haber sido preparado hipnóticamente para este fenómeno.

Al sujeto se le indica que memorice un hecho cualquiera de su vida, algo que sabemos que tiene gran significación para la entidad nosológica del paciente y que se concatena con la fecha en que se instalaron los

trastornos del mismo. Se le indica que ese período se olvidará totalmente. Se sigue la misma técnica que en la amnesia parcial, pero eliminando el recuerdo total del período. Con posterioridad establecemos una serie de acontecimientos previamente elaborados que le sugerimos al paciente como vividos por él en esa época y que ocuparán el lugar de los acontecimientos que hemos borrado de su memoria.

Es tal la profundidad que adquiere este fenómeno de memoria en los sujetos que se encuentran en la etapa sonambúlica del sueño hipnótico, que incluso pueden olvidar hasta su propio nombre. Esta prueba es sumamente peligrosa si se realiza sin tener suficiente experiencia y buen entrenamiento, pues puede desencadenar trastornos psicológicos graves en el paciente.

Como la amnesia total es un fenómeno complejo, dividiremos su explicación en: amnesia de fijación y amnesia de evocación.

Amnesia de fijación (anterógrada): este fenómeno se caracteriza por el olvido de hechos recientes, pero recordando los pasados. Es un trastorno de la conciencia que se observa en histéricos y epilépticos.

En la etapa sonambúlica de la hipnosis se puede producir experimentalmente este fenómeno. Se utiliza para borrar hechos recientes o —lo contrario— hacer recordar lo que se ha olvidado y queremos que se memorice.

Se comienzan las indicaciones de la siguiente forma: *«Duerma... duerma... tranquila y profundamente... tranquila y profundamente... tranquila y profundamente... escuche bien... hace varios días a usted le sucedió...»*

Se reproduce la situación psicotraumatizante que pretendemos hacer olvidar al paciente.

«Ahora yo pondré mi mano en su cabeza... usted sentirá que le aprieto su cabeza... aunque no le duela lo siente... cuando yo cuente hasta tres... usted recordará un hecho agradable de su vida... muy agradable... es como si lo viviera de nuevo... usted sentirá alegría... cuando yo cuente hasta tres... usted recordará un hecho muy agradable de su vida... uno... siente que le sujeto la cabeza... dos... recordará un hecho agradable de su vida... muy agradable... que provocará una expresión de alegría en su rostro... tres...»

Por lo general el paciente sonríe y se ve claramente la manifestación de alegría. En cuanto esto suceda se le indica: *«Está muy bien... ahora puede hablar sin despertar... ahora diga lo que recuerda... diga lo que ha recordado... sin despertar...»*

Cuando el sujeto exprese verbalmente el recuerdo que le causó alegría, entonces el hipnotizador reafirma la huella mnésica diciéndole que no lo olvidará más y comienza con una modificación de la relación de tiempo, es decir, que se hace recordar el hecho como reciente, hasta

situarlo en el período que se quiere borrar de la mente del sujeto. Esto se hace de la siguiente forma: *«Ese recuerdo que le crea gran alegría... se fija en su mente... es muy agradable... es como si hubiera ocurrido recientemente... usted lo recuerda perfectamente... ahora ya no es capaz de recordar... (se menciona a continuación lo que queremos borrar del período y hacemos que en su lugar se recuerde solamente el hecho agradable que estamos fijando) Ahora usted recuerda... lo que le crea alegría... (se menciona lo que provocó alegría y satisfacción) pero no puede recordar lo desagradable... no se asuste... ya no podrá recordar ese hecho... es imposible recordar... de ese período usted recuerda lo agradable... lo agradable... cuando usted despierte... va a recordar que en ese período de su vida... ocurrió ese hecho que le produce tanta alegría... lo recordará como ocurrido en esa época...»*

Esto se le repite varias veces para establecer en el sujeto un nuevo sistema de conexiones temporales que modifiquen la relación temporoespacial del hecho ocurrido. Por lo general, este fenómeno de memoria se produce sin mayor dificultad, sin dejar de ser por ello un proceso complejo al que es necesario dedicarle gran cuidado y esmero.

Amnesia de evocación (retrograda): éste es un fenómeno patológico de la memoria donde se pierden recuerdos ya fijados (evocación). Se observa mucho cuando existen psicotraumas muy fuertes, que pueden incluso hasta provocar el olvido del nombre del paciente.

Por medio de la hipnosis profunda o sonambúlica se puede inducir este fenómeno al igual que lo inverso (hacer recordar lo que se olvidó).

El procedimiento es el mismo que en el caso anterior, pero en vez de provocar el cambio de relación en tiempo y espacio en períodos recientes, se realiza en etapas anteriores.

Hipermnesias. Por medio de la sugestión hipnótica en estado sonambúlico es posible crear en el sujeto estados especiales de la conciencia que permitan recordar hasta páginas enteras de un libro cualquiera.

Son numerosas las investigaciones realizadas al respecto y sumamente satisfactorios los resultados. Este proceso se ha utilizado para el aprendizaje rápido de idiomas.

La técnica es sencilla. Al sujeto se le aplican sugestiones verbales que indiquen que su memoria es muy buena y que es capaz de recordar todo lo que se le dice. Se le deben dar sugestiones posthipnóticas que permitan hacer recordar una vez despierto y reproducir lo que se ha dejado firmemente grabado en su memoria.

Otro fenómeno interesante y muy utilizado en hipnoanálisis es la regresión de la edad. Mediante la sugestión en hipnosis profunda o sonambúlica, es posible hacer recordar al sujeto todos los detalles de su vida e incluso comportarse como si tuviera la edad que se le sugiere.

La técnica es bastante sencilla. Se le dice al sujeto que va a tener un placentero viaje en el tiempo y en el espacio y que va a recordar perfectamente detalles olvidados de su vida.

«Cuando yo cuente hasta tres . . . usted irá hacia atrás en el tiempo . . . irá hacia atrás en los años . . . hasta que usted tenga veinte años . . . uno . . . dos . . . tres . . . usted tiene veinte años . . .»

La regresión de la edad debe realizarse escalonadamente, desde la edad actual hasta donde querramos llegar, pero siempre reforzando el estímulo y suministrando al sujeto la mayor cantidad posible de datos sobre la edad que queremos que él tenga hipnóticamente. A medida que nos alejamos de la actualidad en el proceso de regresión, se produce una mayor imprecisión en la edad; por ejemplo, si queremos llevar al sujeto a los siete años, es posible que él se detenga y ubique a los nueve o que regrese a los cinco; por esa razón hay que ayudar a veces (y cada vez que podamos) al sujeto repitiéndole la sugestión y suministrándole datos complementarios (año en que él tenía esa edad, lugar donde estaba, etc.). El sujeto será capaz de recordar detalles increíbles de su vida, incluso cosas que ya consideraba borradas de la memoria.

La regresión de la edad puede hacerse por revivificación, reexperimentando los hechos de esa edad con la mentalidad de la misma; por regresión conductual, en la que el sujeto actúa según la edad sugerida, pero no recuerda los incidentes olvidados de esa edad (a veces esta regresión hipnótica tiene marcados rasgos histéricos), o por simple hipermnesia desde la experiencia, conciencia y lenguaje actual del sujeto.

Una vez realizada la regresión, el sujeto puede incluso escribir con la misma letra que tenía a esa edad, o dibujar, modelar en plastilina y comportarse en general de acuerdo con los patrones de entonces.

Debe tenerse mucho cuidado en seguir el mismo orden, pero inverso, para llevar al sujeto a la edad actual y poner fin a la regresión.

Existen muchos aspectos técnicos e investigativos relacionados con la regresión de la edad que resultan de gran interés, pero que no serán tratados en este libro. Lo mismo decimos respecto a otros fenómenos que se obtienen en la fase sonambúlica de la hipnosis, como la progresión de la edad, la disociación, la hipnoplastia, la percepción extrasensorial y otros.

DIFICULTADES DE LA HIPNOSIS

CAUSAS DE FRACASO EN LA INDUCCIÓN HIPNÓTICA

1. La utilización de la hipnosis en un sujeto que haya sido hipnotizado anteriormente y al cual se le dieron sugerencias posthipnóticas de que no podría ser hipnotizado por otra persona.
2. La creación, en el sujeto, de ansiedad e inseguridad al éste darse cuenta o creer que el hipnotizador no tiene experiencia por la falta de dominio de la técnica.
3. La utilización de los métodos de inducción hipnótica en retrasados mentales de ligero en adelante, pues no son capaces de comprender lo que se pretende de ellos, por su pobre rendimiento intelectual.
4. El empleo de los métodos de inducción hipnótica en personas poco sugestionables que sean capaces de fingir que están haciendo lo que se les ordena. Esto se evita realizando pruebas que permitan comprobar la profundidad de la hipnosis, como, por ejemplo, abrirles los párpados con los dedos pulgares y verificar si existe convergencia en los globos oculares.
5. Falta de una anamnesis adecuada que oculte los deseos del paciente de continuar con los síntomas a causa de una ganancia secundaria que le producen los mismos.
6. Cuando no se toman en cuenta las características del sujeto para la selección del método de inducción hipnótica. Al no ser adecuada la selección, se produce el fracaso.
7. Dar una sugerencia que no corresponda con el estado en que se encuentra el sujeto. Por ejemplo: al iniciar la inducción hipnótica, decirle: *"Sus párpados se cierran solos y no se pueden abrir más..."* Si esto no se logra, el sujeto puede angustiarse por no caer en estado hipnótico y creer que la hipnosis es inalcanzable para él.

DEFENSAS DEL SUJETO CONTRA LA HIPNOSIS

La inducción hipnótica puede presentar dificultades no imputables al dominio técnico del hipnotizador ni al deseo de cooperación y sugestibilidad del sujeto, sino a diferentes defensas inconscientes que interfieren el proceso de inducción, ya que la sugestibilidad es una función psicodinámica del inconsciente y no una faceta fija de la personalidad.

Como ya dijimos, estas defensas son inconscientes en esencia. El sujeto quiere recibir el tratamiento y desea conscientemente ser hipnotizado; es más, hace todo su esfuerzo para cooperar en la inducción. Pero las defensas aparecen, así se emplee un método agresivo o pasivo de hipnotización.

Es importante saber esto, pues con frecuencia nos encontramos con dificultades en la inducción hipnótica y pensamos que el sujeto o paciente no quiere cooperar. Por lo general, la tendencia es a interrumpir la sesión y hacerle saber al sujeto que él está haciendo todo lo posible para no dejarse hipnotizar. En realidad, la mayoría de las veces el sujeto sí quiere ser hipnotizado o al menos beneficiado por el tratamiento hipnoterapéutico, pero es ajeno a los mecanismos inconscientes de defensa contra la hipnosis. La solución es: usar siempre la defensa del sujeto contra él.

En la práctica clínica, incluso los pacientes fáciles de hipnotizar muestran siempre algún tipo de defensa; y los difíciles de hipnotizar muestran muchas defensas diferentes. Las formas más conocidas de defensa son el negativismo, la depreciación, la inquietud, la simulación, el sueño, la reacción de sobresalto, la superficialidad, los síntomas y la desviación.

Una vez lograda la inducción hipnótica pueden aparecer nuevas defensas. El sujeto hipnotizado nunca está completamente indefenso. No tiene ningún fundamento aquel criterio que existía de que el hipnotizador puede reducir al sujeto a un mero autómatas.

Además de las defensas mencionadas, en el transcurso de la sesión de hipnosis pueden aparecer defensas psicológicas de distintos tipos, como la fantasía, el despertamiento, etc. Por ejemplo, un paciente obsesivo, cuando se le hipnotiza, abandona su patrón de conducta característicamente obsesivo y en su lugar se comporta como un histérico típico.

En la hipnosis, cuando se le pregunta al sujeto sobre algún hecho traumático, la tendencia es a usar defensas evasivas tales como caer en un estado hipnótico más profundo o desarrollar incoordinación motora seudohistérica.

Mientras que en la «hipnosis de escenario» es fácil hacer que el sujeto se coma una vela, emita sonidos y se comporte como cualquier animal, nade desesperadamente en una piscina imaginaria huyendo de un tibu-

rón también imaginario y haga otras escenas espectaculares, debe señalarse que estos actos no tienen una significación psicológica real para el sujeto. Si, en cambio, se le pide hacer algo que vaya en contra de sus principios, sentimientos o instintos (golpear a su madre, por ejemplo), se perderá el *rappont* o mostrará su resistencia a través de defensas.

NEGATIVISMO

En esta defensa, el sujeto se defiende contra la hipnosis haciendo lo contrario de lo que se le sugiere. De esta forma él trata de asegurarse de que no será hipnotizado y que no perderá el control. Si se le sugiere pesadez de las piernas, trata de moverlas un poco o las levanta. Si se le hacen sugerencias de pesadez de los párpados, abre más los ojos.

Lo importante en el sujeto negativista es que en realidad las sugerencias influyen en él, aunque en la dirección contraria. La solución es aprovechar su negativismo y darle sugerencias contrarias para que el sujeto se confunda y haga lo que realmente nosotros queremos que haga.

Ante un caso así, lo mejor es cambiar de método y usar uno de movimientos repetitivos como el método del pestañeo sincronizado.

DEPRECIACIÓN

La depreciación actúa como defensa contra la ansiedad del sujeto. Éste la convierte en defensa contra la hipnosis mediante gestos y sonrisas despreciativas, para expresar que el procedimiento es tonto e infantil, y que lo que hace es sólo para complacer al hipnotizador.

El hipnotizador debe mostrar un buen ajuste psicológico en estos casos, pues de lo contrario se deteriora el *rappont* y se pierde la posibilidad de inducir la hipnosis.

Si el hipnotizador muestra calma, el sujeto no puede mantener esta defensa. Si se continúan las sugerencias, la defensa se desvanece y el sujeto puede ser hipnotizado.

INQUIETUD

Ésta es la defensa inconsciente más frecuente contra la hipnosis y aparece sobre todo cuando se realiza la inducción por sugerencias de relajación. La ansiedad se manifiesta de muchas maneras. El sujeto se mueve en el asiento o diván, se siente inquieto, tiene mucho calor o

mucho frío, encuentra la almohada muy alta o muy incómoda, se abrocha y desabrocha los botones, no se siente cómodo de ninguna forma. Esta actividad inquieta le impide relajarse y así evita los efectos de las sugerencias, a las cuales realmente teme. A veces la defensa es menos pronunciada y se refleja en los dedos de las manos y en los pies.

Si la defensa no es grande, puede ser superada continuando las sugerencias de relajación y calma; la inquietud se reduce gradualmente y el sujeto queda listo para la hipnosis. Si la inquietud es persistente, debe cambiarse el método de inducción por otro que aproveche dicha inquietud; por ejemplo, algún método que implique levitación del brazo, pestañeo sincronizado o movimiento repetitivo de las partes del cuerpo en que se manifiesta la inquietud del sujeto y de esta forma se vuelven las defensas del sujeto contra sí mismo.

Otra forma de manifestarse la inquietud es en la conversación. Cuando el sujeto se da cuenta de que está siendo influido por las sugerencias, hace algún comentario, pregunta algo o comienza a hablar sobre cualquier asunto sin importancia. El mecanismo es tan superficial, que basta con pedirle que no hable durante algunos minutos.

SIMULACIÓN

Esta es la más interesante de las defensas. El sujeto trata de evitar la hipnosis ejecutando conscientemente todas las sugerencias. Piensa que si sigue todas las sugerencias conscientemente, mantiene el control, ya que actúa por su propia y libre voluntad, al mismo tiempo que no hiere la sensibilidad del hipnotizador, con el que mantiene un buen *rapport*.

Este tipo de defensa se reconoce por la rapidez con la que se ejecutan las sugerencias. Por ejemplo, en la levitación del brazo, lo normal es que las manos sean levantadas lentamente y con mucho temblor y tensión; incluso en los sujetos más sugestionables hay que repetir dos o tres veces las sugerencias antes de que comiencen a levantar las manos. La mirada del sujeto está fija en sus manos. Los párpados inferiores están algo retraídos.

En cambio, cuando hay simulación no sucede así. El movimiento de las manos es rápido y, por lo general, no hay temblor ni tensión. La expresión fija de los ojos está ausente y tiende a recorrer la habitación con la mirada.

Cuando se detecte esta defensa, es un error decirselo al sujeto y comenzar nuevamente. No debe decirse nada que pueda indicar que hay dudas sobre la genuinidad de la hipnosis y continuamos como si así fuera. Es importante mantener el buen *rapport*. Se repite el mismo ejercicio varias veces (si estamos usando levitación del brazo, le hacemos

subir y bajar el brazo varias veces) y en la sesión siguiente se repite el procedimiento. Llega el momento en que la respuesta a la sugestión es más lenta y la mirada se fija en un punto. El sujeto queda hipnotizado al dejarlo continuar con su simulación de hipnosis.

Es decir, le hacemos creer al sujeto que confiamos en que está hipnotizado y lo despertamos. En la sesión siguiente empleamos el mismo método de movimientos repetitivos o uno similar (por ejemplo, el pestañeo sincronizado) y el sujeto quedará hipnotizado.

SUEÑO

El sueño se utiliza como defensa mucho más comúnmente cuando se ha inducido la hipnosis por sugestión de relajación y sueño.

Hemos señalado la ventaja de volver las defensas del sujeto contra sí mismo, pero a veces el sujeto emplea este principio contra el hipnotizador. Tal es el caso del sueño: respondiendo literal o completamente a una sugestión de sueño, el sujeto puede defenderse contra las sugestiónes siguientes.

Cuando un sujeto use el sueño como defensa contra alguna situación específica, debe despertársele y rehipnotizarlo por un método activo, tal como la levitación del brazo u otro. La inducción se realiza con los ojos abiertos y se le dan sugestiónes repetidas al sujeto: *"Sus ojos están abiertos... usted está bastante despierto... abandónese y que su cuerpo trabaje automáticamente... no se vaya a dormir..."*

REACCIÓN DE SOBRESALTO

A veces las sugestiónes de relajación parecen ser bien aceptadas. El sujeto cierra sus ojos espontáneamente, está relajado por completo y parece que estamos a punto de llevarlo a un sueño hipnótico profundo. Pero de pronto se despierta sobresaltado y se levanta del asiento o diván. Esta reacción puede observarse también en formas menos pronunciadas.

Si esto se produce una sola vez, la inducción puede continuar satisfactoriamente. Si ocurre más de una vez, debe cambiarse el método por otro más activo.

SÍNTOMAS

A veces algunos pacientes usan sus síntomas o padecimientos como defensa. Un asmático desarrolla un severo ataque de asma justamente

en la etapa crítica de la inducción hipnótica; o un paciente que vaya a ser tratado por migraña se queja de pronto de un paroxismo de dolor de cabeza y dice que le es imposible continuar.

En un caso así se debe suspender la sesión y sugerirle posthipnóticamente al sujeto que en cuanto despierte se le aliviará su dolencia. En realidad, como se trata de un mecanismo de defensa, el asma o la migraña desaparecerá tan pronto despertemos a la persona, aunque no le demos la sugestión posthipnótica.

DESPERTAMIENTO Y PANTALLAS

Estos dos mecanismos de defensa son típicos del proceso de diálogo con el sujeto en estado hipnótico, principalmente cuando se le somete a hipnoanálisis.

Cuando se le pregunta a un sujeto acerca de temas que le molestan, puede defenderse de esta amenaza despertándose de la hipnosis. Lo mismo puede ocurrir cuando se le da una sugestión que es demasiado difícil en relación con su profundidad hipnótica. Para evitar esto hay que prestar gran atención al *rapport* y asegurarse de la profundidad de la hipnosis antes de invitar al sujeto a hablar. Un buen *rapport* da seguridad al sujeto y reduce la ansiedad, por lo que la motivación para esta forma de defensa se reduce considerablemente o queda abolida.

La defensa por pantalla es más difícil de reconocer. El sujeto habla sobre elementos psicopatológicos, pero a medida que el tratamiento avanza se encuentra que los temas discutidos no son realmente relevantes para el conflicto. El paciente está creando ideas de pantalla, es decir, está ocultando o encubriendo el material más valioso. Cuando se identifique esta defensa, desvíe al sujeto hacia otras áreas de conflicto más significativas.

COMPLICACIONES E INSUFICIENCIAS DE LA HIPNOTERAPIA

1. Los resultados obtenidos por la hipnoterapia no son duraderos, a menos que sean reforzados por otros métodos psicoterapéuticos, como la psicoterapia racional, la persuasiva, la sugestión vigil y otras psicoterapias centradas en la palabra.
2. La mayor dificultad está dada por los sueños eróticos que suelen aparecer en algunos pacientes del sexo opuesto y que involucran al terapeuta en acusaciones falsas, pues estos sueños son trasla-

dados por este tipo de sujeto a la vida real e inculpan injustamente al hipnotizador de intento de violación. Esta situación se evita introduciendo a una enfermera o técnica que esté presente durante la sesión.

3. La dependencia que se establece con el hipnotizador, pues la hipnosis resulta generalmente agradable para el paciente, lo cual puede crearle cierto hábito, y quiera ser hipnotizado para resolver cualquier problema que se le presente.
4. La no posible utilización de la hipnosis en todos los casos, pues no todas las personas tienen el mismo grado de susceptibilidad hipnótica y algunas no pueden ser inducidas a la hipnosis por los métodos convencionales.
5. La posible utilización de los métodos de inducción hipnótica por personal no plenamente adiestrado que pueda provocar yatrogenia por el desconocimiento de las técnicas, aunque este problema es común y puede ocurrir igual con cualquier psicoterapia mal utilizada.
6. La pérdida del *rapport* del paciente con el hipnotizador, pues se deja de responder a las sugerencias. Esto puede suceder cuando no se refuerzan durante un tiempo las sugerencias y también por la falta de dominio de la técnica. Si se pierde el *rapport*, el paciente pasará al sueño fisiológico, donde sencillamente se despierta por sí mismo o se le puede rehipnotizar por el método de Noiset y Bertrand.
7. Una complicación que se puede presentar es la aparición de reacciones emocionales como lágrimas, gemidos, sollozos, etc., que se deben a vivencias pasadas del sujeto; las representaciones mnémicas provocan estas manifestaciones que pueden surgir sin que sea el interés del hipnotizador, aunque en realidad no representan ningún peligro para el paciente, ya que algunos métodos hipnoterapéuticos, como la hipnocatarsis, buscan precisamente provocar estos recuerdos que pueden ser causas de trastornos psicógenos curables cuando se descarga la energía del foco de excitación inerte patológico. Para resolver esos casos, es conveniente y muy eficaz aplicar sugerencias que lleven al paciente a un grado más profundo de hipnosis, unido a la sugestión de sensaciones de bienestar, confianza, tranquilidad y firmeza.
8. Cuando no se cumplen las normas necesarias para sacar al sujeto del estado hipnótico y se produce un mal despertar, por lo que el sujeto se siente tenso, angustiado, con dolores fuertes de tipo muscular y en las articulaciones, vértigos, malestar, fatiga, cefalea, falta de concentración, falta de voluntad y trastornos de la conciencia. Todo esto se evita sugiriendo al sujeto, antes de

despertarlo, sentimientos de satisfacción, relajamiento, seguridad, ausencia de dolor, etcétera.

CONTRAINDICACIONES

Toda técnica, por muy buena que sea, tiene siempre una serie de contraindicaciones. En la hipnosis hay casos aislados en los que no es recomendable su utilización, aunque en realidad el tema es muy polémico.

PSICOSIS

La aplicación de la hipnosis en pacientes psicóticos es muy discutida. Algunos autores reportan éxitos con pacientes esquizofrénicos, otros recomiendan la hipnosis en psicóticos con el fin de prepararlos para el tratamiento electroconvulsionante, y muchos otros se oponen a esto, sobre todo cuando los delirios tienen un contenido paranoide (ideas delirantes de daño, perjuicio, referencia, etc.).

Hemos utilizado la hipnosis en psicosis depresivas exógena y endógena y hemos encontrado magníficos resultados, principalmente en la primera.

HIPOCONDRIAS

Los componentes hipocondríacos pueden encontrarse a un nivel neurótico o psicótico.

A nivel neurótico los encontramos en la neurosis hipocondríaca, que se caracteriza por una preocupación constante y persistente de desasosiego que se manifiesta con respecto a enfermedades supuestamente padecidas o con la conservación de la salud.

Una de las características de los hipocondríacos es la persistente tendencia a los temores, que sólo recesan brevemente, a pesar de que se le demuestre al paciente la inexistencia de la enfermedad a través de los distintos exámenes complementarios.

La hipocondría es el temor y el deseo concomitantes de tener una enfermedad. Existen ideas hipocondríacas que se manifiestan como transformaciones de los órganos internos; por ejemplo, se quejan de no tener el cuerpo como todas las personas, se sienten como si estuvieran vacíos por dentro, como que los órganos no funcionan correctamente, etcétera.

A nivel psicótico aparecen los conocidos *delirios hipocondriacos* que muchas veces se asocian con la melancolía, apareciendo ideas fijas sobre que están totalmente destruidos por dentro, que sus órganos están podridos; esto se expresa a través de preocupaciones obsesivas y renovadas que llevan al paciente a una inquietud constante por su salud física y que se manifiesta frecuentemente por gemidos estereotipados, trastornos funcionales diversos que son expresados incesantemente y otros.

La preocupación constante por la salud que tienen los hipocondriacos da lugar, desde un punto de vista general, a una continua búsqueda de dolores, así como de sensaciones anormales en ciertas partes del cuerpo. El sujeto descarga toda su tensión ansiosa por medio de la «inculpación» de uno o varios órganos determinados.

Los aspectos señalados anteriormente sobre las características fundamentales de los hipocondriacos nos hacen valorar la posibilidad de no utilizar la hipnosis en dichos pacientes.

Primeramente porque si eliminamos las ideas sobre un órgano que él cree enfermo, dicha idea se desplaza hacia otro órgano. Al mismo tiempo, la utilización de la hipnoterapia en estos pacientes hace que ellos consideren que efectivamente están enfermos, desencadenando muchas veces delirios hipocondriacos como consecuencia del pensamiento que les hace concebir ideas acerca de que su cerebro funciona también inadecuadamente. Además, estos pacientes establecen una dependencia absoluta del tratamiento, dependencia extraordinariamente difícil de eliminar, pues se convierten en perseguidores del terapeuta para que les alivie sus molestias, las que —como ya dijimos— cuando prácticamente no ha terminado de eliminar una, ya está apareciendo otra.

Nuestra experiencia en estos casos nos hace recomendar la no utilización de la hipnosis en los mismos, a no ser por una situación extraordinariamente necesaria.

PRECAUCIONES CON LOS PACIENTES HISTÉRICOS

Las personalidades histéricas y las neuróticas histéricas se caracterizan por su teatralidad, su continuo egocentrismo, su tendencia a transformar la realidad de los hechos objetivos y olvidar lo que les desagrada. Dicen constantes mentiras, son provocativos sexualmente, aunque casi siempre son frías las mujeres e impotentes los hombres.

La personalidad del histérico puede considerarse como artificial, pues estos sujetos dan la impresión de falsedad y reflejan el mundo como les conviene a su imaginación, reprimiendo lo que no les gusta y cambiando lo que no está de acuerdo con sus intereses. Son fantasiosos, sugestionables y mentirosos, llegando a inventar historias que ellos mismos aca-

ban por creer. Además de su tendencia a dramatizar, asumiendo el papel de víctimas como recurso para reclamar afecto y atención, presentan otros rasgos de inmadurez como dependencia, egoísmo, vanidad, inestabilidad emocional, intolerancia a frustraciones y la alta sugestionabilidad ya mencionada.

Estas características obligan a ser muy cuidadoso en caso de tener que aplicar la inducción hipnótica a una histérica, pues no se deben emplear los métodos de inducción sin la presencia de una enfermera para evitar posibles acusaciones de intento de violación o de insinuaciones sexuales, producto de la imaginación fantasiosa de este tipo de paciente que acostumbra a traer dificultades al terapeuta, pues al principio es muy positivo el *rapport* que se establece con el hipnotizador, pero cuando éste no secunda las imaginaciones eróticas del sujeto, las mismas se transforman en sentimientos de odio y de venganza.

Esta recomendación es válida también para los neuróticos histéricos, tanto los que presentan disociaciones como los que manifiestan síntomas de conversión.

Es importante señalar que muchas veces la ganancia secundaria que les establece a los histéricos el síntoma de conversión hace que continúen con él después del tratamiento, a pesar de haberse eliminado por la hipnosis, pero entonces fingen conscientemente para no perder el control de la ganancia mencionada. Otras veces se encargan de manifestar libremente que todo lo que hacían era mentira, que lo hacían voluntariamente para engañar al terapeuta, que no estaban hipnotizados, etc.

OTRAS CAUSAS

Se deben tomar precauciones cuando se vayan a utilizar las técnicas hipnóticas en los siguientes casos:

Oposición del paciente. Cuando el sujeto está completamente en contra de la aplicación de la hipnosis, no se debe aplicar ésta y mucho menos si se encuentran presentes otras personas.

Es muy importante establecer un buen *rapport* con el sujeto y posteriormente obtener su consentimiento para aplicarle la inducción hipnótica. Resulta necesario y recomendable no utilizar la palabra *hipnosis*, sobre todo en aquellos pacientes que no tienen por qué conocer el término, pero sí es importante explicarles en qué consiste el tratamiento.

Menores. No se deben aplicar técnicas hipnóticas a menores sin el previo consentimiento de sus padres o tutores. Es conveniente preparar a los familiares con vistas a que los mismos cooperen en el tratamiento; si es necesario, se les puede dejar presenciar parte del mismo.

Exhibiciones. Nunca se deben realizar demostraciones o exhibiciones de fenómenos hipnóticos sin que estén justificadas con fines investigativos, terapéuticos o docentes, pues esto puede crear rechazo al método.

Ansiedad de espera. Cuando un sujeto se encuentra muy ansioso porque quiere que aparezca rápidamente el estado hipnótico, suele suceder lo contrario, pues la expectación y la angustia forman un proceso de excitación cortical. En estos casos, lo primero que debe hacerse es decirle: «*En el día de hoy no lo vamos a hipnotizar, sino que solamente vamos a provocar una relajación.*» Esto hace que se bloquee automáticamente la ansiedad de espera del sujeto y se rompa la ley del esfuerzo contraproducente (*loi de l'effort converti*, según Baudovin).

Rapport hipnótico con otro terapeuta. Este punto ha sido muy discutido, pues algunos autores plantean que es difícil hipnotizar a una persona a la que le fue aplicada la inducción por otro hipnotizador. Esto está en dependencia de la experiencia del terapeuta, pues en realidad puede aprovecharse el hecho de que el sujeto se encuentre condicionado reflejamente a la inducción hipnótica, pero si el hipnotizador no cuenta con recursos y no está práctico, el paciente rápidamente se da cuenta de la falta de dominio de la técnica y se pierde la confianza por ambas partes.

Relaciones personales estrechas. Es sumamente difícil hipnotizar a una persona con la que se tienen relaciones personales estrechas, como amigos, familiares, íntimos sexuales, compañeros de trabajo o de la misma profesión, etc., pues siempre existe la duda de si se les va a preguntar algo de su intimidad o si se les va a someter a alguna broma. Lo mejor, cuando exista un vínculo de esta clase, es remitir el caso a un colega.

Personalidades psicopáticas de tipo sociopático. Hay algunos tipos de personalidades psicopáticas que no tienen ningún interés en curarse y esto trae como consecuencia que hagan todo lo contrario a lo que se les sugiere; es decir, existe una autosugestibilidad negativa.

En estos casos hay una forma de romper esta defensa consciente (no confundir con la defensa inconsciente del negativismo). Se le indica al sujeto que debe dejar los ojos bien abiertos; si los cierra se le dice que los deje cerrados, y así sucesivamente, cuanta acción voluntaria haga el sujeto se le refuerza como sugestión. Este procedimiento rompe el negativismo consciente y lleva al individuo al trance hipnótico. Pero en términos generales, estos sujetos son extraordinariamente difíciles para trabajar con ellos y los resultados son tan pobres que no merece la pena utilizar este recurso terapéutico (la hipnosis) con ellos, pues sus rasgos narcisistas hacen que si acaso son hipnotizados no vuelvan más a las sesiones.

RECOMENDACIONES

1. Es importante tener en cuenta que es posible aliviar un dolor por medio de la hipnosis, pero que este dolor puede ser la manifestación de un trastorno somático y que continuará su curso. Por eso consideramos necesario que sólo se utilice la hipnosis una vez que se ha investigado la causa que produce el dolor, pues de lo contrario se harán desaparecer los síntomas agudos de peligro y se ocultará el origen verdadero del dolor. En caso de que la manifestación sea psicógena, está plenamente justificada la aplicación de la hipnosis.
2. No se debe pasar a un sujeto a un estado de hipnosis profunda sin tener un dominio completo de la técnica.
3. No se deben utilizar sugerencias indeterminadas, sino como un hecho consumado. Por ejemplo: *«Usted está completamente bien, su dolor desaparece completamente, su voluntad es firme y siente gran seguridad.»*
4. Cuando se comienza en la aplicación de la hipnosis, se deben realizar pruebas de susceptibilidad, pues existe la posibilidad de encontrar a un sujeto altamente sugestionable que pase a una hipnosis profunda y se pierda el *rapport*, ocasionando la imposibilidad inmediata de despertarlo. Las pruebas de susceptibilidad hipnótica permiten predecir el grado de sugestionabilidad del sujeto.
5. No se debe vacilar entre una sugestión y otra, para no dar la impresión de que el hipnotizador no sabe qué tiene que hacer, pues se crea inseguridad en el sujeto y esto puede sacarlo del estado hipnótico.
6. Cuando se comienza en la utilización de la hipnosis, es preferible evitar interrupciones o ruidos, pues crearían excitación en las zonas corticales y dificultarían la inducción hipnótica.
7. Si no se dominan los métodos de inducción hipnótica y los pasos de la profundización, se debe tener preparada y cerca una libreta de notas, una hoja de papel, etc., a la cual acudir en caso de duda, sin que el sujeto se percate de la falta de experiencia.

Capítulo VIII

EPITOME: VENTAJAS Y PRINCIPIOS DE LA HIPNOSIS

VENTAJAS DE LA HIPNOSIS

1. No utiliza ningún tipo de agente químico que pueda ocasionar intoxicación.
2. Eliminación rápida de los síntomas en comparación con otras técnicas terapéuticas.
3. Posibilidad de ser combinada con otras técnicas de psicoterapia centradas en la palabra para obtener resultados duraderos.
4. Formación de estados especiales de conciencia que permiten trabajar directamente el problema o fenómeno deseado, así como realizar investigaciones sobre el inconsciente del sujeto.
5. Reforzamiento de las estructuras de la personalidad del sujeto, creando en el mismo sentimientos de tranquilidad, seguridad y firmeza.
6. Fácil aprendizaje de los métodos de inducción hipnótica y de los pasos de profundización de la hipnosis.
7. Posibilidad de usar la hipnosis como hipnocatarsis, que facilita al paciente la toma de conciencia de su problema y la desaparición de éste.
8. Permite crear las bases y enseña al sujeto rápidamente lo que significa la relajación para aliviar la tensión emocional y hace participar activamente al paciente en el tratamiento y solución de sus problemas.

PRINCIPIOS DE LA HIPNOSIS

1. La inducción hipnótica se produce principalmente por la influencia de dos vías fundamentales: una biológica y otra psicológica. La vía biológica es la excesiva fatiga de los órganos de los sentidos, principalmente los de la visión; esto se agudiza cuando se produce cansancio en los músculos elevadores de los párpados. Este agotamiento establece una comunicación con los centros nerviosos sensoriales y se crea un estado semejante al sueño, que permite la formación de fenómenos especiales.

La vía psicológica se establece por medio de la utilización de la palabra bajo la forma de sugerencias, que pueden lograr un estado alterado de conciencia que facilite la obtención de todos los fenómenos que pueden producirse a través de la hipnosis.

2. Los órganos sensoriales tienen la característica de que, cuando reciben un estímulo monótono, constante y persistente, se produce en ellos una especie de agotamiento o fatiga que establece las bases fundamentales para llevar al sujeto a la inducción hipnótica, ya que se provoca un estado de inhibición cortical generalizado que predispone al sujeto hacia el sueño.
3. Se debe tener en consideración que cuando se trabaje al sujeto en fase de hipnosis profunda, al despertar éste olvidará todo lo sucedido. Esto nos hace llamar la atención para que se tenga en cuenta que, cuando necesitemos que un sujeto recuerde algo de lo sucedido en esta fase, se le señale a través de una sugestión posthipnótica como la siguiente: *«Todo lo que usted me está diciendo en estos momentos lo recordará totalmente cuando despierte.»*
4. Los fenómenos producidos por la hipnosis, como anestésias, amnesias, catalepsias, etc., no se deben a nada misterioso, sino que son el resultado de excitaciones o inhibiciones de la corteza cerebral establecidas por la comunicación entre el hipnotizado y el hipnotizador, donde el primero se hace susceptible y receptivo a las indicaciones que le hace el segundo.
5. Se pueden dar sugerencias cuando el sujeto se encuentra en hipnosis superficial, pero son más efectivas cuando la hipnosis es más profunda.
6. Las condiciones psíquicas indispensables para lograr una hipnosis perfecta están íntimamente relacionadas con la disposición psicológica del sujeto ante el hipnotizador, es decir, con el *rapport* que se establece entre ambos desde la primera sesión, así como con lo que ha oído hablar del terapeuta.
7. Si se deja de hablar a un sujeto que se encuentra en hipnosis profunda, se pierde el *rapport* y lo más probable es que el sujeto pase al sueño fisiológico, aunque esto también se puede conseguir por sugestión.
8. Mientras más sueño tenga un individuo, con más facilidad se entregará al sueño hipnótico.
9. Una persona que esté hipnotizada no queda totalmente incomunicada con el medio exterior, sino que existe selectividad en la comunicación, determinada por condiciones psíquicas. En el sueño fisiológico también existe selectividad, que depende de la naturaleza del sueño, es decir, que la persona que duerme reacciona

sólo a estímulos bien determinados que varían de un sujeto a otro.

10. Existe cierta similitud entre el estado de hipnosis profunda y el sueño natural y se pasa fácilmente de uno al otro.
11. La posibilidad de provocar el estado hipnótico profundo en los sujetos hipnotizados es aproximadamente de veinte por ciento.
12. La hipnosis no requiere ninguna concentración especial y ninguna atención, sino, muy al contrario, una relajación mental. En el estado hipnótico no aparece, desde el punto de vista electroencefalográfico, una disminución de la amplitud del ritmo alfa, como suele provocar la agudización de la atención. Los potenciales demuestran la existencia de cierta tranquilidad o relajación de la conciencia.



NO CIRCULANTE

GLOSARIO

Abreacción. Experiencia y liberación de una emoción reprimida respecto a algún conflicto psicológico. En hipnosis, el paciente puede abreaccionar la emoción de conflictos previamente reprimidos. Sin.: catarsis.

Acupuntura. Método terapéutico anti-quisimo de la práctica china que consiste en la estimulación o inhibición, mediante agujas, electricidad, calor o presión, de puntos cutáneos de mayor conductividad eléctrica y que se relacionan con los distintos órganos y sistemas del cuerpo a través de canales llamados *meridianos de acupuntura*.

Alcalosis respiratoria. Déficit no compensado de dióxido de carbono por respiración forzada o hiperventilación.

Amenorrea funcional. Ausencia de menstruación por causas psíquicas.

Amnesia. Pérdida de la memoria.

Amnesia de evocación o retrógrada. Pérdida de recuerdos fijados (evocación) que aparece por psicotraumas fuertes. En la hipnosis se provoca en etapas de inducción profunda y sonambúlica.

Amnesia de fijación o anterógrada. Olvido de hechos recientes, pero que permite recordar lo pasado más remoto. Es observada en trastornos de conciencia de los histéricos y epilépticos. Se provoca en estado de hipnosis profunda.

Amnesia parcial. Fenómeno especial de memoria que consiste en el olvido de un hecho cualquiera de la vida.

Amnesia posthipnótica. Amnesia espontánea o inducida por sugestión posthipnótica que indique que no se recordará nada o parte de lo que ha sucedido mientras el sujeto estuvo hipnotizado.

Amnesia profunda. Incapacidad para recordar un período de la vida. Solamente se produce en estado de hipnosis sonambúlica.

Analgesia. Supresión o disminución considerable de toda sensación dolorosa.

Anamnesis. Parte del examen clínico que reúne todos los datos personales y familiares del paciente anteriores a la enfermedad.

Anestesia. Privación parcial o completa de la sensibilidad general o de la de un órgano en particular.

Anestesia profunda. Pérdida de sensibilidad completa de nivel profundo que tiende a generalizarse. Se provoca principalmente en etapas profundas de hipnosis, aunque a veces se logra en etapas más simples.

Anestesia superficial. Anestesia local o falta de sensibilidad que ocurre a nivel de la piel y los músculos.

Anorexia. Falta de apetito.

Ausencia. Breve abolición de la conciencia, donde puede presentarse disminución del tono muscular con mioclonias o no. Este estado dura segundos y su recuperación es directamente hacia la vigilia normal, lo que permite continuar desarrollando actividades.

Autohipnosis. Estado hipnótico auto-sugestivo provocado en ausencia de un hipnotizador.

Autosugestión. Aplicación de la sugestión dirigiéndola hacia sí mismo.

Bulimia. Gran voracidad o hambre insaciable.

Catalepsia. Trastorno del tono muscular y de la iniciativa motora que comprende flexibilidad cérica, hipertonia rígida y suspensión de toda actividad motora.

Catalepsia braquial. Imposibilidad de mover voluntariamente los miembros superiores establecida mediante la sugestión en un segundo grado de inducción hipnótica.

Catalepsia palpebral. Imposibilidad de elevar los párpados causada por la sugestión hipnótica.

Convergencia ocular. Posición que toman los globos oculares cuando el sujeto entra en hipnosis. Los globos oculares giran hacia arriba y convergen.

Defensas. Mecanismos conscientes o inconscientes que utiliza el sujeto que va a ser hipnotizado para interferir el proceso de inducción.

Dismenorrea. Irregularidad de la función menstrual y especialmente la menstruación difícil o dolorosa.

Efecto placebo. Acción que ejerce un medicamento o sustancia cualquiera por efecto de la sugestión, sin que en realidad su estructura química sea capaz de producir dicha acción.

Electroanestesia. Anestesia producida por estimulación eléctrica.

Electrohipnosis. Inducción hipnótica mediante la estimulación eléctrica de los lóbulos cerebrales.

Electrosueño. Estimulación electrocerebral con fines terapéuticos y que produce relajación y facilita el sueño.

Entrenamiento autógeno. Técnica basada en la relajación progresiva del paciente para lograr un adecuado control del sistema nervioso.

Escalas de susceptibilidad hipnótica. Instrumentos de evaluación que permiten valorar a los sujetos a los que se pretende aplicar las técnicas de inducción hipnótica.

Estados alterados de conciencia. Estados psíquicos inducidos por diferentes agentes fisiológicos, psicológicos o farmacológicos y que pueden ser reconocidos subjetivamente por el propio individuo, ya que representan una desviación suficiente en la experiencia subjetiva o en el funcionamiento psicológico de ciertos patrones generales que existen para dicho individuo durante la conciencia de vigilia alerta.

Estimulación interoceptiva. Estimulación dirigida a crear un proceso de excitación de los interoceptores.

Estrechamiento de conciencia. Estado de disminución de la conciencia que provoca cierta reducción de las funciones analítico-sintéticas del pensamiento.

Fascinación. Método de inducción hipnótica descrito por el abate Faria y que consiste en la fijación de la mirada en los ojos del paciente.

Flexibilidad cérica. Plasticidad muscular que permite colocar los miembros del paciente en determinadas posiciones, incluso absurdas y molestas, por largo tiempo, hasta que es vencido por la fatiga.

Heterosugestión. Sugestión efectuada por otro.

Hiperhidrosis. Aumento de sudoración y de humedad en las manos en ciertos sujetos cuando se encuentran éstos ante una situación de stress. Es un rasgo de los sujetos susceptibles a la inducción hipnótica.

Hipermnesia. Aumento considerable de la capacidad de fijar la huella, retener y evocar recuerdos de objetos y fenómenos de la realidad objetiva. Se logra en la hipnosis profunda.

Hiperventilación. Respiración excesivamente rápida y profunda que provoca un aumento de la oxigenación en la sangre y hace que aparezca, a los cuatro o cinco minutos, un desplazamiento alcalótico de los iones en la sangre que provoca confusión y una sensación de extrañeza.

Hipnagógico. Referente al período inmediato anterior al sueño. Que va hacia el sueño.

Hipnoanalgesia. Analgesia provocada por la inducción hipnótica.

Hipnoanálisis. Empleo del método psicoanalítico en estado hipnótico.

Hipnoanestesia. Anestesia inducida mediante la hipnosis.

Hipnocatarsis. Evocación de un recuerdo que se mantenía olvidado y durante la misma hipnosis establecer la catarsis.

Hipnodoncia. Aplicación de la hipnosis a la estomatología.

Hipnotilia. Capacidad de un individuo de responder positivamente a la hipnosis. Ver: *Susceptibilidad hipnótica.*

Hipnología. Término utilizado por los conductistas para referirse al estudio de la hipnosis.

Hipnopedia. Uso de la hipnosis para el aprendizaje, principalmente de idiomas.

Hipnoplastia. Técnica en psicoanálisis en la que el paciente hipnotizado expresa conflictos psicológicos mediante el modelado de figuras con plastilina.

Hipnoscopia. Término utilizado por Braid para designar cualquier instrumento que se utilice para realizar la inducción hipnótica.

Hipnosis. Estado alterado de conciencia, intermedio entre la vigilia y el sueño normal. Se asemeja electroencefalográficamente al patrón del sueño ligero o de la etapa 1 del sueño ortodoxo; es decir, aparece alfa intermitente y de menor amplitud, domina la actividad rápida desincronizada similar a la del registro de vigilia activada. Es una inhibición parcial que se produce en las zonas de los hemisferios cerebrales.

Hipnosis tará dica. Utilización de la electricidad para inducir la hipnosis, bien por un aparato que produzca zumbido o por la aplicación de corriente al paciente.

Hipnoterapia. Terapia sugestiva que utiliza la inducción hipnótica como una forma especial de psicoterapia. Es toda forma de terapia que se lleva a cabo con el auxilio de la hipnosis.

Hipnotismo. Conjunto de procedimientos empleados para producir la inducción hipnótica. Comprende los diferentes métodos de inducción hipnótica, el estudio de las características sugestivas del sujeto, la medición de la susceptibilidad y profundidad hipnóticas y el uso de la hipnosis con fines terapéuticos, pedagógicos y experimentales.

Hipótesis atavística. Teoría que considera la hipnosis como una regresión al modo primitivo de funcionamiento mental, en el cual las ideas son aceptadas en la mente por el proceso arcaico de sugestión en lugar de la función lógica.

Labilidad vegetativa y vasomotora. Estado de cambios fisiológicos que hace que en una persona aparezca rubicundez o palidez súbita.

Letargia. Estado hipnótico, definido por Charcot, que consiste en un relajamiento de los miembros, con hiperexcitabilidad neuromuscular y con posibilidad de que aparezca analgesia completa de la piel y de las membranas mucosas accesibles.

Leucorrea funcional. Secreción vaginal en forma de flujo y que tiene cierto componente psicógeno.

Menorragia. Menstruación anormalmente profusa.

Monoideismo. Concentración de la mente del sujeto en una idea única y simple, a la cual se da toda la atención, mientras que las otras funciones están inactivas y las otras sensaciones no son percibidas.

Movimientos automáticos. Movimientos realizados mecánicamente y de forma involuntaria por efecto de la sugestión al sujeto hipnotizado.

Narcohipnosis. Hipnosis producida con la ayuda de narcóticos.

Narcosíntesis. Narcohipnosis.

Negativismo. Modo de defensa que utiliza la persona que no quiere ser hipnotizada; consiste en hacer todo lo contrario de lo que se le indica o sencillamente no hacer nada.

Percepción extrasensorial. Transferencia de información entre organismos vivos o entre éstos y su entorno, por otros medios que no son los modos de energía y percepción reconocidos por la física. Incluye la telepatía y la clarividencia, así como la precognición como variable de éstas. Sin.: ESP.

Precognición. Forma de percepción extrasensorial en la que un organismo vivo percibe por medio de la telepatía o de la clarividencia un pensamiento o hecho antes de que se produzca.

Profundidad hipnótica. Estado momentáneo del sujeto sometido a hipnosis y caracterizado por reacciones sensoriales, musculares y corporales (retardo, aceleración o ausencia de éstas) ante los estímulos provocados por el hipnotizador, el medio y los mecanismos de defensa del sujeto.

Psicoterapia. Todo recurso utilizado en el marco de una relación interpersonal técnica de ayuda positiva, cuyo efecto sobre el paciente se produzca por vía psicológica y persiga como objetivo lograr su mejor adaptación al medio y la modificación de éste.

Psicotrónica. Ciencia multidisciplinaria que estudia la interrelación entre conciencia, energía y materia, especialmente la percepción extrasensorial y la psicoquinesia. Sin.: parapsicología.

Rapport. Relación médico-paciente que se establece cuando el sujeto al que se le aplicarán los métodos de inducción hipnótica, tiene confianza en el hipnotizador. Es una comunicación afectiva que se produce entre ambos y el contacto perenne que se establece en los mismos. Es la relación emocional más intensa del sujeto con el hipnotizador. Sin.: empatía.

Regresión de la edad. Fenómeno producido por sugestión en la etapa sonambúlica de la hipnosis que consiste en traer a la memoria del sujeto sus vivencias de edades tempranas o llevarlo a comportarse de acuerdo con esas vivencias, por lo general ya olvidadas.

Seudociesis. Estado en que aparecen todos los síntomas característicos del embarazo, pero sin que exista éste. Surge como consecuencia de alteraciones de tipo histérico.

Signo-señal. Reflejo condicionado creado en estado hipnótico que permi-

te que el sujeto, una vez despierto, vuelva al estado hipnótico como respuesta ante un estímulo (signo-senal) preestablecido.

Sotrología. Término propuesto en 1962 por el colombiano Alfonso Caycedo para denominar una nueva escuela científica que estudia las modificaciones y fenómenos de la conciencia, obtenidos mediante procedimientos psicológicos, para su utilización en medicina. Se ocupa del estudio de la hipnosis, el yoga, el zen, los estados de éxtasis, etc. Proviene del griego (*sos*, armonía, equilibrio, ecuanimidad; *tren*, mente; *logos*, tratado, estudio).

Sonambulismo. Mayor grado de complejidad y profundidad del estado de inducción hipnótica, donde se puede establecer cualquier tipo de fenómeno especial.

Sordera selectiva. Provocación de selectividad de los estímulos que resulta en escuchar exclusivamente la voz del hipnotizador y despreciar o ignorar otros estímulos acústicos.

Sueño fisiológico. Estado alterado de conciencia caracterizado por patrones típicos de EEG, disminución de la actividad cortical por inhibición de la corteza cerebral y la subcorteza próxima, inhibición de la actividad del sistema reticular activador del tronco cerebral, así como por otros indicadores fisiológicos.

Sueño lúcido. Secuencia de sueños que se producen mientras la persona está consciente de que sueña y puede influir en los sucesos que integran el contenido de la imagen onírica.

Sueños. Secuencia de pensamientos, imágenes y fantasías que pasan por la mente durante el sueño, principalmente en el sueño paradójico. Sus fuentes pueden ser internas y externas, sensoriales y extrasensoriales.

Sugestión. Excitación concentrada en un punto o área de la corteza cerebral provocada por la acción de la palabra.

Sugestiones posthipnóticas. Sugestiones aplicadas en estado de hipnosis profunda y que prevalecen y se llevan a efecto después que el paciente vuelve al estado de vigilia.

Sugestopedia. Uso de la sugestión para el aprendizaje más eficaz de conocimientos o de formas de conducta.

Susceptibilidad hipnótica. Propiedad de respuesta ante la sugestión. Varía de un individuo a otro y en el mismo individuo de un momento o estado a otro, en dependencia de diversos factores psicológicos y fisiológicos. Incapacidad para ofrecer resistencia consciente o inconsciente a la sugestión para hacerla ineficaz. Grado de respuesta a la sugestión hipnótica administrada bajo condiciones estandarizadas. Está fundamentada en la disminución del nivel de concientización de los fenómenos psíquicos.

Telepatía. Forma de percepción extrasensorial en la que organismos vivos se transmiten información pensada sin utilizar los canales conocidos de los sentidos.

Tono de las sugestiones. Tono de voz con que se deben aplicar las sugestiones.

Vigilia lúcida. Estado usual, identificado por actividad orientada hacia objetivos, pensamiento lógico de causa y efecto, y la sensación de tener control de la actividad mental propia. El pensamiento es reflexivo; se está consciente de estar experimentando una complejidad de impresiones y estímulos del mundo exterior en el que se incluye el propio cuerpo del individuo.

Yatrogenia. Todos los efectos negativos que el terapeuta, en el ejercicio de su profesión, puede producirle a un paciente.

INDICE ONOMASTICO

- Adler, A.**, 98, 114
Akstein, D., 114
Ananiev, B. C., 64
Anna O., 61
Aserinsky, E., 5, 28
Asís, M., 21, 28, 77, 81
Babinski, J., 46
Bailly, J. S., 66
Barbarin, C. de, 66
Barber, T. X., 24, 28, 76, 77, 81, 96
Barker, W., 28
Barry Jr., H., 76, 81
Baudovin, 163
Béjterev, V. N., 17, 27, 64, 65
Bennett, J. H., 66
Bergasse, N., 66
Bérillon, E., 101
Berkeley, G., 59
Berna, 40
Bernheim, H. M., 44, 45, 47, 48, 49, 50,
 51, 52, 56, 58, 61, 66, 105, 114
Bertrand, A. J. F., 14, 39, 66, 105, 114,
 159
Binet, A., 66, 114
Birman, 108
Bogolievov, 93, 94
Bonnefoy, J. B., 66
Bordeaux, J., 76, 81
Bowers, K. S., 25, 28
Braid, J., 40, 41, 42, 43, 44, 56, 57, 58,
 66, 99, 111, 112, 114, 116, 170
Bramwell, J. M., 66, 107, 114
Brenman, Margaret, 28
Breuer, J., 61, 66
Brown, R., 59, 89
Brugnoli, A., 23, 28
Buck, 104
Burdin, C., 66
Burgwin, S., 28
Cannon, W. B., 9, 28
Carmenate, W., 26, 28
Caycedo, A., 172
Cloquet, J. G., 39
Conn, J. H., 89
Coué, E., 51, 52, 53, 56, 66
Chalbaud, T. J. A., 26, 28
Chambard, 106
Charcot, J. M., 44, 45, 46, 47, 48, 51,
 56, 58, 59, 61, 63, 66, 67, 100, 101,
 114, 171
**Chastenet, A. M. (v. Puységur, Marqués
 de)**
Cheek, D. B., 25, 28
Daniliévsky, V. J., 63, 64
Darnton, R., 67, 114
Darrow, C. W., 28
Davis, L. W., 2, 4, 76, 81
Deables, H., 25, 28
Deleuze, J. P. F., 67, 97, 100, 114
Dement, W. C., 2, 4, 6, 28
Diderot, D., 67
Digby, 31
Dubois, F., 66
Durand de Gros, Ph., 99
Ebers, G., 31
Elliotson, J., 43, 67
Empédocles, 32
Engels, F., 57, 68
Erickson, M. H., 28, 60, 61, 67, 89, 96,
 109
Esdaile, J., 42, 56, 67, 98, 114
Eslon, C. de, 67
Eysenck, H. J., 76, 81
Faraday, M., 107
Faria, J. C. de, 38, 39, 48, 56, 57, 67, 99,
 105, 112, 114, 169
Féré, C., 66, 114
Ferenczi, S., 62
Feriolz, W., 26, 28
Fernández Guardiola, A., 2, 5, 28
Fisher, Ch., 6, 28
Fludd, R., 31
Foissac, 39
Franco Salazar, G., 3, 5, 28
Franklin, B., 36
Fresacher, L., 14

- Freud, S., 45, 61, 62, 63, 66, 67
 Fourneaux, W. D., 76, 81
 Galdston, L., 67
 Galeazzi, L., 24
 Gebsér, 88
 Germann, R. H., 20, 30
 Gill, M. M., 28
 Gindes, B. C., 20, 29
 Goldsmith, Margaret L., 67, 114
 Gothlin, 103
 Grasset, 43
 Grimm, F. M., 67
 Guantieri, G., 29
 Guelman, S. S., 26, 29
 Guillotin, J. L., 36
 Haley, J., 67, 114
 Hall, C. R., 67
 Hartmann, E. L., 5, 29, 62
 Harvey, E. N., 29
 Heidenheim, R., 45
 Hell, M., 32
 Henry, E. C., 28
 Hering, K. E. K., 103
 Hiebsch, H., 9, 29
 Hilgard, E. R., 29, 76, 81, 96
 Hobart, C. A., 29
 Hull, C. L., 60, 67
 Husband, R. W. A., 76, 81
 Husson, H. M., 40, 67
 Jacobson, E., 78, 81, 96, 114
 Janet, P., 46, 59, 67
 Jimeno, L., 21, 30
 Johnson, L. C., 2, 5, 30
 Jovanovic, U. J., 5, 29
 Jussieu, A. L. de, 67
 Kales, A., 3, 6, 29
 Kales, J. D., 3, 6, 29
 Kaplan, H. S., 29
 Kaunders, O., 106
 Kircher, A., 32
 Kleitman, N., 2, 4, 5, 28
 Kline, M. V., 89, 104, 114
 Krafft-Ebing, R. von, 60
 Kretschmer, E., 89, 96, 111, 114
 Kubie, L. S., 63, 67
 Kulikov, V. N., 7, 8, 29
 Lafontaine, Ch., 40, 67, 100, 114
 Land, 104
 Lastre, E., 25, 29
 Lavoisier, A. L. de, 36
 LeCron, L. M., 76, 81
 Lehman, R., 29
 Levy-Suhl, 102, 103
 Lewenfeld, 59
 Liébeault, A. A., 44, 49, 50, 51, 52, 58,
 61, 67, 105, 114
 Lindberg, 101
 Linde, W. G., 26, 29
 London, P., 76, 81
 Loomis, A. L., 2, 4, 29
 Lozánov, G., 26, 29
 Ludwig, A. M., 68
 Luria, A. R., 56, 68
 MacKinnon, D. W., 76, 81
 Machado, L. L., 23, 29
 Marcuse, F. L., 22, 23, 29
 Margolin, 63
 Martinez Perigod, B., 77, 81
 Martinovitch, Z., 20, 29
 Marx, C., 68
 Meares, A., 22, 25, 27, 29
 Mendel, K., 17
 Mesechede, 63
 Mesmer, F. A., 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37,
 38, 39, 41, 42, 43, 48, 56, 57, 68, 97,
 114, 115
 Miásishev, B. N., 64
 Minella, E., 24
 Montserrat, S., 89, 96, 115
 Moss, A. A., 23, 29
 Murray Jr., H. A., 76, 81
 Neef, 101
 Nevsk, M. P., 12
 Nietzsche, F., 62
 Noiset, 14, 39, 105, 159
 Oesterline, 34, 35
 Orlandini, A., 3, 29
 Orne, Emily C., 76, 81
 Oudet, 39
 Paracelso, 31
 Paradis, María Teresa de, 35,
 Pattie Jr., F. A., 68, 115
 Pávlov, I. P., 17, 18, 22, 29, 42, 53, 54,
 55, 56, 63, 64, 68, 87, 96
 Plátonov, K. I., 7, 21, 22, 30, 64, 65, 68,
 86, 96
 Plóticher, V., 30
 Potet de Sennevu, Barón de, 39
 Powers, M., 115
 Puységur, Marqués de, 37, 48, 56, 57,
 68, 115
 Récamier, J. C. A., 39
 Reyher, J., 30
 Rhodes, R. A., 115
 Richer, P., 67, 114
 Richet, Ch., 44, 68, 100, 115

- Ríos, M., 29
 Rohmer, F., 6
 Rossi, E. L., 28, 96
 Rossi, Sheila I., 28, 96
 Sacerdote, P., 23, 30
 Salovey, G., 115
 Sánchez Pérez, J. M., 21, 30
 Sarbin, T. R., 12, 20, 30
 Sassin, F., 2, 5, 30
 Schaffer, K., 48, 59
 Scheibe, 104
 Scherbakov, N. M., 21, 30
 Schiilder, P., 106
 Schneck, J. M., 68, 101, 115
 Schopenhauer, A., 62
 Schrenk-Notzing, von, 106
 Schultz, J. H., 111, 115
 Secunda, 98
 Séchenov, I. M., 54
 Seifert, 104
 Sersale, L., 24, 30
 Shaw, S. L., 23, 30
 Shor, R. E., 76, 81
 Shúgom, E., 30
 Sidis, B., 60
 Skoog, 101
 Slagle, R. W., 12, 20, 30
 Stoerk, C., 35
 Stokvis, B., 89, 96, 103, 115
 Stolzenberg, J., 23, 30
 Svaetichin, 103
 Svengali, 45
 Sviadosch, A., 15, 30
 Sydenham, Th., 32
 Tokásky, A. A., 63, 64
 Van Helmont, J. B., 31
 Vasiliev, L. L., 27, 30, 65
 Vega, R., 115
 Velvolski, I., 24, 30
 Velly, P., 25, 28
 Verworn, 17
 Viazenski, N., 15
 Völgyesi, F. A., 56
 Vorweg, M., 9, 29
 Wageneder, F. M., 20, 30
Wald, 104
 Weitzenhoffer, A. M., 63, 68, 76, 81, 115
 Wetterstrand, V. S. N., 106
White, R. W., 63, 68
 Whitford, D. J., 115
 Williams, H. L., 2, 3, 5, 30
 Wundt, W., 59
 Wydenbruck, Nora P. von, 68, 115
 Zimssen, H. W., 17

INDICE DE MATERIAS

- Abate Faria, método del, 39-40, 99
Abreacción, 57, 110, 168
Abrir los ojos, 133-134
— — sin despertar, 140
Ácido prúsico, 43
Actividad bioeléctrica, 19
— cortical, 2
— eléctrica, fase de mínima, 12
— electrodérmica, 12
— nerviosa superior, 64-65
— onírica, 19, 139
Acupuntura, 26, 168
Acústicas, alucinaciones, 142,-143
Acústicos, estímulos, 111
— métodos de los estímulos, 101-102
Adicción a las drogas, 25
Adrenalina, 9
Afectividad, 7
Agnosticismo, 62
Agotamiento palpebral, 116-119
Alcalosis, 107
— respiratoria, 122, 168
Alcoholismo, 25
Alteraciones de las glándulas de secreción interna, 22
— — mixtas, 22
— de los órganos respiratorios, 22
— del sistema circulatorio, 22
— epidérmicas, 22
Alucinaciones, 138
— acústicas, 142-143
— olfatorias, 142-143
— visuales, 142-143
Alucinatorias, representaciones, 142-143
Amenorrea funcional, 20, 25, 168
Amnesia, 2, 15, 89, 138, 168
— de evocación, 149, 151, 168
— de fijación, 149, 150-151, 168
— parcial, 138, 148-149, 168
— posthipnótica, 36, 168
— **profunda, 13, 149-151, 168**
— retroanterógrada, 149
— total, 149
Amobarbital, 61
Analgésia, 21, 25, 134, 147, 168
Analgésicos, 10
Analizadores sensoriales, 142
— vestibulares, 108
Anamnesis, 153, 168
Ancianos, 87
Anestesia, 21, 23, 42-43, 107, 134, 146-148, 168
— bucal, 23-24
— de la mucosa, 147-148
— general, 19
— profunda, 14, 139, 146, 148, 168
— superficial, 14, 136-137, 168
Angustia, 39, 89
Animal, magnetismo, 36, 37, 39, 40, 41, 43
Ánimo, estado de, 8
Anorexia, 25, 168
Ansiedad, 26, 89, 153
— de espera, 163
Apetito, 27
Aplicaciones de la hipnosis, 21-27
— médicas de la hipnosis, 22-23
Aprendizaje, 15, 16, 26-27
Área motora cortical, 53
Arter'al, tensión, 5, 139
Asís, escala de susceptibilidad hipnótica **de Martínez Perigod-, 77-80**
Asma bronquial, 20, 22, 157
Asociacionismo, 59
Astrología, 31
Atavística, hipótesis, 63, 170
Atención, 11, 88-89
Atonía muscular, 4, 5
Auditivo, bloqueo del receptor, 135-136
Aumento de capacidades, 7, 138
— de la resistencia eléctrica de la piel, 5, 139
— de los umbrales sensoriales, 138
Autógeno, entrenamiento, 53, 111, 169
Autohipnosis, 53, 169
Autoquéricas, ideas, 91

- Autosugestibilidad negativa, 163
 Autosugestión, 52, 86, 189, 110, 169
 Barber, escala de, 76-77
 Barry-Mackinnon-Murray, escala de, 76
 Bérillon, método de, 101
 Bernheim, método de, 49-51, 105
Bertrand, método de Noiset-, 105-106
 Bioeléctrica, actividad, 19
 Birman, método de, 108
 Bloqueo del receptor auditivo, 135-136
Bordeaux, escala de LeCron-, 76
 Braid, etapa de, 40-44
 —, método de, 42, 99, 112, 116
 Braidismo, 57
Braquial, catalepsia, 13, 128-130, 131, 132, 138, 169
 Brazo pegado a la pared, prueba del, 71-72
 Brazos extendidos, prueba de los, 75
 Bromhidrato de escopolamina, 106
 Bromuro de etilo, 106
 Bronquial, asma, 20, 22, 157
 Bucal, anestesia, 23-24
 —, catalepsia, 146-148
 —, temperatura, 12
 Buck, prueba de, 104
 Bulimia, 26, 169
 Caída para atrás, prueba de la, 74
 Cáncer, 23
 — de las mamas, 23
 — del estómago, 23
 — del útero, 23
 Canto rítmico, 31
 Capacidad crítica, 87
 — intelectual, 82
 Capacidades, aumento de, 7, 138
 Carácter, 10
 Características del hipnotizador, 82-86
 Carbohidratos, 26
 Cardiacos, latidos, 19
 Catalepsia, 44, 47, 169
 — braquial, 13, 128-130, 131, 132, 138, 169
 — bucal, 146-148
 — general, 14, 19, 143-145
 — palpebral, 12, 120, 169
 Cataléptica, hipnosis, 43
 Catarsis, 61, 141
 Cefalalgia, 22
 Cerebral, corteza, 11, 14, 17, 22, 27, 63, 65, 92, 93
 —, disritmia, 107
 —, electroterapia, 20, 21
 Cerebrales, hemisferios, 11, 54
 —, traumas, 87
 Cicatrización, 148
 Cirugía maxilofacial, 147
 Clarividencia, 37, 40
 Cloroformo, 42
 Colitis ulcerosa, 22
 Color, percepción del, 104
 Complejos K, 2, 3, 4
 Complicaciones de la hipnoterapia, 158-160
 Conciencia, 7, 11
 —, estados alterados de, 1, 2, 18, 21, 56, 169
 —, estrechamiento de, 59, 169
 —, turbación de, 107
 Condicionamiento, 57
 Condiciones ambientales, 94-95
 — internas, 8, 10, 62
 Conducta, 7
 Conductismo, 60
 — deductivo, 60
 Conexiones nerviosas patológicas, 149
 Contenido de la sugestión, 7
 Contracción muscular generalizada, 143
 Contracepción, 25
 Contraindicaciones de la hipnosis, 11, 160-164
 Contraste cromático, método de, 102-104
 Contrasugestión, 7, 8, 11
 Convergencia ocular, 13, 133, 169
 Conversación, 156
 Conversar sin despertar, 141-142
 Corea, 20, 36
 Corteza cerebral, 11, 14, 17, 22, 27, 63, 65, 92-93
 Cortical, actividad, 2
 —, área motora, 53
 —, inhibición, 17, 92, 121, 135
 —, — interna, 55, 63, 64
 Coué, leyes de, 52
 Cuadros dermatológicos agudos, 23
 Cutánea, temperatura, 12
 — basal, resistencia, 12
 Charcot, método de, 45-46, 100
 Choque, método de, 108-109
 Defensas del sujeto contra la hipnosis, 154-158, 169
 Deleuze, método de, 97-98
 Delirios, 161
 Deportistas, 21

Depreciación, 155
Depresión, 23
— reactiva, 20
Dermatitis, 22
Dermatológicos agudos, cuadros, 23
Dermatosis, 23
— prurítica, 20
Desacondicionamiento, 26
Deshabitación, 26
Despertamiento, 158
Despertar, 90
—, abrir los ojos sin, 140
— y signo-senal, 124-128
Dificultades de la hipnosis, 153-164
Dilatación del cuello uterino, 25
Dióxido de carbono, 122
Disfunciones sexuales, 25
Dismenorrea, 25, 169
Disminución de los umbrales sensoriales, 138
Disociación, 46, 63
Disritmia cerebral, 107
Distonía vegetativa, 20
Dolor de cabeza, 34, 158
Dolores fantasmas, 21
Drogas, 23, 10
—, adicción a las, 25
Duración de las sesiones, 91
Durand de Gros, método de, 99-100
Eccemas, 20, 23 **b**
Edad, progresión de la, 152
—, regresión de la, 14, 151, 152, 171
Efecto placebo, 10, 169
Egocentrismo, 161
Eléctrica de la piel, aumento de la resistencia, 5, 139
Electroacupuntura, 21
Electroanestesia, 21, 169
Electroconvulsión, tratamiento, 160
Electrodérmica, actividad, 12
Electroencefalograma, 2, 3, 4, 5, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 19
Electrohipnosis, 21, 169
Electromiograma, 4, 5, 13, 20
Electrooculograma, 2, 4, 12, 13, 14
Electrosueño, 20-21, 169
Electroterapia cerebral, 20, 21
Electrotranquilización, 20
Embarazo, toxemia del, 20
Emoción negativa, 22
Emociones, 65
Encefalitis viral, 21
Energía sexual, 27

Entrecruzamiento de los dedos, prueba del, 72-73
Entrenamiento autógeno, 53, 111, 169
— hipnótico, 90
— —, método de, 111
Enuresis, 25
— nocturna, 20
Epidérmicas, alteraciones, 22
Epilepsia, 20
Equilibrio hídrico, 27
Erección penil, 5, 139
Eróticos, sueños, 158
Escala de Barber, 76-77
— de Barry-Mackinnon-Murray, 76
— de Eysenck-Furdeaux, 76
— de Harvard, 76
— de LeCron-Bordeaux, 76
— de perfil de Stanford, 76
— de susceptibilidad hipnótica de Martínez Perigod-Asís, 77-80
— — — para niños, 76
— de Weitzenhoffer-Hilgard, 76
Escala de susceptibilidad hipnótica, 75-80, 119, 169
Escopolamina, bromhidrato de, 106
Escuela de Nancy, 49-51, 53, 59, 61
— —, Segunda, 51-53
— de Paris, 44-49, 58, 59
Esdaille, método de, 98
Espasmos musculares, 21
Esquema conductual, 9
— dinámico, 9
Esquizofrenia catatónica, 20
Estado de ánimo, 8
— de vigilia, 18, 56
— disociativo, 18, 59
— fásico hipnoide, 87
— hipnagógico, 16
— hipnótico, 1, 12, 56
— pasivo, 89
— psíquico, 1
Estados alterados de conciencia, 1, 2, 18, 21, 56, 169
— psicopáticos, 20
Esterilidad, 25
Estetoscópico, 43
Estimulación eléctrica, método basado en la, 107
— interactiva, 108, 169
Estímulos acústicos, 111
— —, métodos de los, 101-102
— autotóxicos, método de los, 107

- químicos, métodos basados en los, 106-107
- **térmicos, método de los, 102**
- tóxicos, método de los, 106
- vestibulares, método de los, 102
- visuales, métodos de los, 102-104
- Estómago, secreción ácida del, 5, 139
- Estomatología, usos de la hipnosis en, 23-24, 138, 146-148
- Estrechamiento de conciencia, 59, 169
- Etapas 1 del sueño, 2, 3, 4, 5, 6, 11
- 2 del sueño, 2, 3, 4, 6
- 3 del sueño, 2, 3, 4, 6
- 4 del sueño, 2, 3, 4, 6
- de Braid, 40-44
- del abate Faria, 38-40
- del magnetismo animal, 31-38
- pavloviana, 53-56
- sonambúlica, 13, 146, 150
- Etapas del sueño fisiológico, 4
- — hipnótico, 13
- Evocación, amnesia de, 149, 151, 168
- Evolución histórica del hipnotismo, 31-65
- Excitación, 6, 8, 17, 27, 92
- , foco de, 6, 143
- sensorial, métodos basados en la, 100-104
- Exhibiciones, 163
- Experimentación con hipnosis, 26-27
- Exteroceptivos, receptores, 134
- Extrasensorial, percepción, 21, 27, 40, 152, 171
- Eysenck-Furneaux, escala de, 76
- Fantasia, 2
- Fantasmas, dolores, 21
- Faraday, método de, 107
- Faria, etapa del abate, 38-40
- , método del abate, 39-40, 99
- Fascinación, 105, 112, 113, 169
- , método de, 99, 105
- Fase de *mínima* actividad eléctrica, 12
- de nivelación del ritmo, 12
- de las ondas beta, 12
- de los husos alfa, 12, 13
- paradójica del sueño normal, 139
- Fatiga, 42
- Fenomenología, 59
- Fenómenos corporales, 119-123
- de memoria, 148-152
- psicorreflejos, 63
- psíquicos, 7
- Fijación, amnesia de, 149, 150-151, 168**
- de la mirada, métodos basados en la, 98-100
- Flaccidez del tono muscular, 5, 139
- total, 138
- Flexibilidad muscular, 133
- Fluido magnético, 36, 38, 41, 57
- Foco de excitación, 6, 143
- Formación reticular, 2
- Formas de realizar la sugestión, 85-86
- Fraccionado, método, 109
- Frecuencia respiratoria, 5, 139
- **y hora de aplicación de la hipnosis, 91-92**
- Frenología, 42
- Frigidez, 25
- Funciones vegetativas, 5
- Furneaux, escala de Eysenck-, 76
- Gastrointestinales, trastornos, 21
- Ginecología, empleo de la hipnosis en obstetricia y, 24-25
- Glándulas de secreción interna, alteraciones de las, 22
- mixtas, alteraciones de las, 22
- Globos oculares, 13, 116, 119, 133
- Grabaciones, 101, 102, 111**
- Harvard, escala de, 76
- Hemisferios cerebrales, 11, 54
- Hemorragias, 23, 147
- Herencia, 45
- Heterosugestión, 50, 52, 169
- Hidrato de cloral, 106
- Hilgard, escala de Weitzenhoffer-, 76
- Hiperhidrosis, 87, 169
- Hipermnesia, 14, 15, 151-152, 170
- Hiperpraxia, 14
- Hipersugestibilidad, 18, 19
- Hipertensión psicósomática, 22
- Hipertiroidismo, 22
- Hipertonía, 20
- Hiperventilación, 107, 122, 170
- Hipnagógica, hipotonía, 5
- Hipnagógico, estado, 16
- Hipnoanalgesia, 24, 170
- Hipnoanálisis, 59, 151, 158, 170
- Hipnocatarsis, 61, 91, 146, 170
- Hipnodoncia, 24, 170
- Hipnoeslepsia artificial, 46
- Hipnofilia, 86, 170
- Hipnoide, estado fásico, 87
- Hipnología, 60, 170
- Hipnólogos, 17
- Hipnopedia, 16, 26, 170

- Hipnoplastia, 152, 170
- Hipnoscopio, 43, 99, 170
- Hipnosis, 11, 170
- , aplicaciones de la, 21-27
 - , — médicas de la, 22-23
 - , contraindicaciones de la, 11, 160-164
 - , defensas del sujeto contra la, 154-158, 169
 - , definiciones, 1, 11-14, 170
 - , dificultades de la, 153-164
 - , empleo en obstetricia y ginecología, 24-25
 - , experimentación con, 25-27
 - , frecuencia y hora de aplicación de la, 91-92
 - , inducción de la, 1, 14, 17, 21, 69, 90, 91, 109, 112, 165
 - , pasos de la, 116-152
 - , principios de la, 165-167
 - , sueño paradójico inducido por, 14, 15, 19-20, 139
 - , teorías actuales sobre la, 56-65
 - , usos en estomatología, 23-24, 138, 146-148
 - , ventajas de la, 165
 - cataléptica, 43
 - colectiva, 11
 - ideomotora, método de, 109-110
 - media, 13
 - profunda, 13-14
 - simple, 12-13
 - sonambúlica, 138
- Hipnoterapia, 26, 158, 170
- , complicaciones de la, 158-160
 - breve, 60
- Hipnótica, escalas de susceptibilidad, 75-80, 119, 169
- , preparación, 87-92
 - , pruebas de susceptibilidad, 69-75
 - de Martínez Perigod-Asís, escala de susceptibilidad, 77-80
 - para niños, escala de susceptibilidad, 76
- Hipnótico, entrenamiento, 90
- , estado, 1, 12, 56
 - , etapas del sueño, 13
 - , sueño, 1, 2, 9, 15, 63, 64, 86, 87, 89, 132-134, 139
 - , trance, 1, 42
- Hipnotismo, 1, 170
- , evolución histórica del, 31-65
- Hipnotizador, características del, 82-86
- Hipocondrías, 160-161
- Hipotalámicos, trastornos, 20
- Hipotalamo, 27
- Hipótesis atavística, 63, 170
- Hipotonía hipnagógica, 5
- muscular, 54
- Histeria, 44, 45, 46, 48, 49, 51
- Histérica, neurosis, 35, 44, 161
- Histéricos, precauciones con los pacientes, 161-162
- Historia del hipnotismo, 31-65
- Homoacción, teoría de la, 63
- Hora de aplicación de la hipnosis, frecuencia y, 91-92
- HTP, prueba del, 104
- Husos alfa, fase de los, 12, 13
- de sueño, 2, 3, 4
- Idealismo, 57, 58, 62, 63
- mecanicista, 60, 62
- Ideas, 7
- autoquíricas, 91
 - fijas, 161
 - delirantes paranoicas, 160
 - suicidas, 91
- Ideomotora, método de hipnosis, 109-110
- , teoría, 63
- Iluminación, 95
- Imágenes, 7
- sensoriales, método de las, 104
- Imaginación, 65, 104
- Imitación, reflejo de, 11
- Impotencia, 25
- Inducción, 8
- , método de, 1, 153
 - hipnótica, 1, 14, 17, 21, 69, 90, 91, 109, 112, 165
 - , métodos de, 97-113
 - negativa, 6
- Inductor, 7
- Influencia verbal, 10
- Inhibición, 8, 13, 17, 25, 27, 54, 56, 58, 61
- cortical, 17, 92, 121, 135
 - — interna, 55, 63, 64
 - motora, 54
- Inquietud, 155-156
- Insomnio, 6, 25
- Instintos, 65
- Inteligencia, 86
- Intereses, 8, 10
- Interoceptiva, estimulación, 103, 169

- Intervenciones obstétricas, 25
 — quirúrgicas, 138
 Introspección, 60
 Irracionalismo, 62
 Labilidad vasomotora, 87, 170
 — vegetativa, 87, 170
 Latidos cardíacos, 19
 LeCron-Bordeaux, escala de, 76
 Lenguaje, 57
 Letargia, 44, 47, 171
 Leucorrea funcional, 20, 25, 171
 Levitación, 16, 104, 110, 156
 Levy-Suhl, método de, 102-104
 Ley de los puntos reflexógenos, 56
 Leyes de Coué, 52
 Liébeault, método de, 105
 Lóbulos frontales, 92, 123
 Logoneurosis, 20
 LSD, 61
Mackinnon-Murray, escala de Barry,
 76
 Magia, 31
 Magnético, fluido, 36, 38, 41, 57
 Magnéticos, pases, 31, 34, 37, 39
 —, sueños, 39, 41
 Magnetismo, 57
 — animal, 36, 37, 39, 40, 41, 43
 — —, etapa del, 31-38
 — planetario, 32
 Maldiciones, 9
 Martillo de Neef, 101
 Martínez Perigod-Asís, escala de susceptibilidad hipnótica de, 77-80
 Materialismo dialéctico, 8, 43, 57
 — mecanicista, 60
 Maxilofacial, cirugía, 147
 Medios químicos, 23
 — quirúrgicos, 23
 — radiclógicos, 23
 Mediumnismo, 37
 Melancolía, 20, 161
 Memoria, 7, 15, 65
 —, fenómenos de, 148-152
 Menopausia, 25
 Menorragia funcional, 25
 Mesencéfalo, 54, 63
 Mesmer, método de, 34-37, 97
 Metabolismo, 19
 Metafísica, 58, 63
 Método basado en la estimulación eléctrica, 107
 — de Bérillon, 101
 — de Bernheim, 49-51, 105
 — de Birman, 108
 — de Braid, 42, 99, 112, 116
 — de contraste cromático, 102-104
 — de Charcot, 45-46, 100
 — de choque, 108-109
 — de Deleuze, 97-98
 — de Durand de Gros, 99-100
 — de entrenamiento hipnótico, 111
 — de Esdaile, 98
 — de Faraday, 107
 — de fascinación, 99, 105
 — de hipnosis ideomotora, 109-110
 — de inducción, 1, 153
 — de Levy-Suhl, 102-104
 — de Liébeault, 105
 — de Mesmer, 34-37, 97
 — de Noiset-Bertrand, 105-106
 — de Richet, 100
 — de las imágenes sensoriales, 104
 — de los estímulos autotóxicos, 107
 — — — — — tóxicos, 102
 — — — — — tóxicos, 106
 — — — — — vestibulares, 102
 — del abate Faria, 39-40, 99
 — del pestañeo sincronizado, 111-113, 116
 — del sueño fisiológico, 105-106
 — fraccionado, 109
 Métodos basados en la excitación sensorial, 100-104
 — — en la fijación de la mirada, 98-100
 — — en la sugestión verbal, 104-106
 — — en los estímulos químicos, 106-107
 — de inducción hipnótica, 97-113
 — de los estímulos acústicos, 101-102
 — de los estímulos visuales, 102-104
 — para niños, 110-111
 Metrónomo, 101
 Miedo, petrificación por, 45, 100
 Migraña, 20, 22, 158
 Mirada, métodos basados en la fijación de la, 98-100
 Mitología, 57, 63
 Monoideísmo, 58, 171
 Morfina, 25, 106
 Motivos negativos, 7
 — positivos, 7
 Motora, inhibición, 54
 — cortical, área, 53

- Movimiento oscilatorio, 108, 121
 — pendular, 102, 121
- Movimientos automáticos, 130-132, 171
 — oculares lentos, 2, 3, 4, 12
 — — rápidos, 3, 4, 5, 12, 13, 139
- Mucosa, anestesia de la, 147-148
- Muerte vudú, 9
- Murray, escala de Barry-Mackinnon, 76
- Muscular, atonía, 4, 5
 —, flaccidez del tono, 5, 139
 —, flexibilidad, 133
 —, hipotonía, 54
 —, tono, 3, 4, 5, 13, 19, 139
 — generalizada, contracción, 143
- Musculares, espasmos, 21
 —, parálisis, 20
- Musculatura estriada, 2, 93, 127
- Músculos de la cara, 141
 — de la garganta, 141
 — de la zona tiroidea, 141
 — elevadores de los párpados, 112, 116, 128
- Nancy, Escuela de, 49-51, 58, 59, 61
 —, Segunda Escuela de, 51-53
- Narcohipnosis, 39, 106, 171
- Narcóticos, 23
- Necesidades, 10
- Neef, martillo de, 101
- Negativismo, 155, 171
- Neoconductismo, 60
- Neoplatonismo, 38
- Neopsicoanálisis, 18
- Neurohipnología, 41
- Neurohipnotismo, 41, 57
- Neurología, 44
- Neuropatología, 44
- Neuropatológicos, trastornos, 45
- Neurosis, 25, 37
 — de ansiedad, 20
 — depresiva, 20
 — hipocondríaca, 160
 — histérica, 35, 44, 161
 — obsesiva, 20
- Niños, 16, 87, 91, 104
 —, escala de susceptibilidad hipnótica para, 76
 —, métodos para, 110-111
- Nistagmo optocinético, 12
- Nivelación del ritmo, fase de, 12
- Nocturna, enuresis, 20
- Noiset-Bertrand, método de, 105-106
- Núcleos oculomotores, 116
- Obesidad, 25, 26
- Obstétricas, intervenciones, 25
- Obstetricia, 24
 — y ginecología, empleo de la hipnosis en, 24-25
- Ocular, convergencia, 13, 133, 169
- Oculares, globos, 13, 116, 119, 133
 — lentos, movimientos, 2, 3, 4, 12
 — rápidos, movimientos, 3, 4, 5, 12, 13, 139
- Oculomotores, núcleos, 116
- Ojos, abrir los, 133-134
 — sin despertar, abrir los, 140
- Olfatorias, alucinaciones, 142-143
- Oncología, 23
- Ondas alfa, 3, 4, 11, 12, 13, 17
 — beta, 12, 13, 14, 17
 — —, fase de las, 12
 — delta, 3, 4, 20
 — lentas de alto voltaje, 2, 3, 4
 — theta, 3, 4, 5, 13, 14, 17
- Onírica, actividad, 19, 139
- Operaciones quirúrgicas, 23
- Optocinético, nistagmo, 12
- Órganos respiratorios, 22
- Orientación, 10, 11
- Orina, volumen de, 5, 139
- Oscilación lateral, prueba de, 73-74, 102
- Oscurantismo, 57, 63
- Otorrinolaringología, 146
- Palidez súbita, 87
- Palpebral, agotamiento, 116-119
 —, catalepsia, 12, 120, 169
- Pantallas, 158
- Paradójica del sueño normal, fase, 139
- Paraldehído, 106
- Parálisis, 20, 61
 — musculares, 20
- Paranoides, ideas delirantes, 160
- París, Escuela de, 44-49, 58, 59
- Párpados, músculos elevadores de los, 112, 116, 128
- Parto, 24, 25
 —, trabajo de, 21, 65
- Pases magnéticos, 31, 34, 37, 39
- Pasos de la hipnosis, 116-152
- Pavloviana, etapa, 53-56
- Pedagogía, 64
- Penil, erección, 5, 139
- Pensamiento, 7, 65

- en cintas de imágenes, 111
- Pentotal, 106
- Percepción, 7, 14, 65
- cromática, 103
- del color, 104
- extrasensorial, 21, 27, 40, 152, 171
- luminosa, 103
- Personalidad, 6, 8, 11, 82
- , trastornos de la, 25
- Personalidades afectivas, 87
- histéricas, 161
- psicopáticas, 163
- Persuasión, 11, 26, 46
- Pesadillas, 5
- Peso de la sugestión, 8
- Pestaño sincronizado, 91
- —, método del, 111-113, 116
- Petrificación por miedo, 45, 100
- Piel, aumento de la resistencia eléctrica de la, 5, 139
- Pitiatismo, 46
- Placebo, efecto, 10, 169
- Planetario, magnetismo, 32
- Posición de acostado, 92, 93, 113
- de pie, 92, 94, 113
- de sentado, 92, 93-94
- Posthipnótica, amnesia, 36, 168
- , sugestión, 26, 38, 64, 109, 134, 138, 145-146, 147, 158, 172
- Postura corporal, 92-94
- de cochero, 93
- Potencial de acción, 8
- Precauciones con los pacientes histéricos, 161-162
- Precognición, 40, 171
- Preeclampsia, 20
- Preparación del sujeto, 88-90
- hipnótica, 87-92
- Presencia de terceros, 90-91
- Presión sanguínea, 9, 12
- Primer sistema de señales, 55, 65
- Principios de la hipnosis, 165-167
- Proceso de acción, 7
- Procesos afectivos, 11
- cognoscitivos, 11
- conativos, 11
- Progresión de la edad, 152
- Prueba de Buck, 104
- de oscilación lateral, 73-74, 102
- de la caída para atrás, 74
- de los brazos extendidos, 75
- del brazo pegado a la pared, 71-72
- del entrecruzamiento de los dedos, 72-73
- del HTP, 104
- Pruebas de susceptibilidad hipnótica, 69-75
- proyectivas, 104
- Prurito vulvar, 25
- Psicoanálisis, 45, 57, 61, 62, 63
- culturalista, 18
- Psicoestigmática, 46
- Psicofisiológicos, trastornos, 25
- Psicológicos, trastornos, 25
- Psicosomáticos, trastornos, 21
- Psicópatas, 87
- Psicopáticos, estados, 20
- Psicoprofilaxis, 24
- Psicorreflejos, fenómenos, 63
- Psicosis, 160
- depresiva endógena, 160
- — exógena, 160
- maniacodepresiva, 20
- Psicosomática, hipertensión, 22
- Psicosomático, 65
- Psicosomáticos, trastornos, 21
- Psicoterapia, 37, 171
- persuasiva, 158
- profunda, 57
- racional, 158
- Psicoterapias breves, 57
- centradas en la palabra, 158
- varias, 57
- Psicotrónica, 6, 171
- Psicovegetativo, síndrome, 20
- Psíquico, estado, 1
- Psíquicos, fenómenos, 7
- , trastornos, 21
- Pulso, 2, 5, 12, 94, 139
- Punto de guardia, 13
- Quirúrgicas, intervenciones, 138
- Rapport, 13, 15, 16, 17, 58, 60, 69, 86, 171
- Rasgos de sugestibilidad, 86-87
- Reacción de sobresalto, 157
- Reacciones emocionales, 159
- Receptor auditivo, bloqueo del, 135-136
- Receptores exteroceptivos, 134
- Recomendaciones, 164
- Reflejos condicionados, 6, 7, 8, 10, 54, 56, 63, 85, 109
- incondicionados, 65
- salivales, 54
- tendinosos, 135
- Reforzamiento, 90

- Región subcortical, 17
 Regresión de la edad, 14, 151, 152, 171
 Relaciones sociales, 7
 Relajación, 2, 13, 41, 88, 89
 Representaciones alucinatorias, 142-143
 Represión, 62
 Resistencia cutánea basal, 12
 — eléctrica de la piel, aumento de la, 5, 139
 Respiración, 2, 3
 — sincronizada, 140
 Respiratoria, alcalosis, 122, 168
 —, frecuencia, 5, 139
 Respiratorio, ritmo, 5, 12, 15, 19
 Respiratorios, órganos, 22
 Reticular, formación, 2
 Retrasados mentales, 86
 Retroanterógrada, amnesia, 149
 Richet, método de, 100
 Risa nerviosa, 90
 Ritmo, fase de nivelación del, 12
 — alfa, 3, 4, 11, 12, 13, 17
 — beta, 12, 13, 14, 17
 — cardiaco, 5
 — delta, 3, 4
 — respiratorio, 5, 12, 15, 19
 — theta, 3, 4, 5, 13, 14, 17
 Ritos, 9
 RNA, 5
 Rubicundez súbita, 87
 Secreción ácida del estómago, 5, 139
 Segunda Escuela de Nancy, 51-53
 Segundo sistema de señales, 55, 65, 87
 Sensaciones, 7
 Sensoriales, analizadores, 142
 —, aumento de los umbrales, 138
 —, disminución de los umbrales, 138
 Sentimientos, 65
 Sesiones, duración de las, 91
 Seudociesis, 25, 171
 Sexual, energía, 27
 Sexuales, disfunciones, 25
 Signo-senal, 38, 91, 123-124, 171
 —, despertar y, 124-128
 Simulación, 156-157
 Síndrome psicovegetativo, 20
 Síntomas, 16, 157-158
 Sistema circulatorio, alteraciones del, 22
 — de conexiones nerviosas temporales, 117, 125
 — nervioso, 64, 88
 — osteomuscular, 2
 — reticular activador, 2
 Sobresalto, reacción de, 157
 Sociopatías, 163
 Sofrología, 57, 172
 Somáticos, trastornos, 21
 Sonambúlica, etapa, 13, 146, 150
 —, hipnosis, 138
 Sonambúlico, sueño, 139-140
 Sonambulismo, 39, 40, 44, 47, 57, 87, 138-152, 172
 — artificial, 1, 37
 Sordera selectiva, 134, 135-136, 172
 Soriasis, 20, 23
 Stanford, escala de perfil de, 76
 Stress, 24, 25, 87
 Sueño, 1, 2, 3, 4, 27, 55, 157
 —, etapa 1 del, 2, 3, 4, 5, 6, 11
 —, etapa 2 del, 2, 3, 4, 6
 —, etapa 3 del, 2, 3, 4, 6
 —, etapa 4 del, 2, 3, 4, 6
 —, husos de, 2, 3, 4
 —, trastornos del, 20
 — eléctrico, 20
 — electroterapéutico, 20
 — fisiológico, 1, 2-6, 89, 105, 172
 — —, etapas del, 4
 — —, método del, 105-106
 — hipnótico, 1, 2, 9, 15, 63, 64, 86, 87, 89, 132-134, 139
 — —, etapas del, 13
 — —, profundo, 87, 134-138
 — lento, 2
 — lúcido, 38, 172
 — MOR, 4
 — natural, 14, 15, 16, 17, 18, 21, 64
 — —, sugestión en el, 9, 14-16
 — no REM, 2
 — normal, fase paradójica del, 139
 — onírico, 5
 — ortodoxo, 2-4, 6, 11, 15, 19
 — paradójico, 2, 4-6, 14, 15, 18, 19, 139
 — — inducido por hipnosis, 14, 15, 19-20, 139
 — pontino, 4
 — rápido, 4
 — REM, 5, 19
 — — inducido por hipnosis, 19
 — romboencefálico, 5
 Z 'sin movimientos oculares rápidos, 2
 — sonambúlico, 139-140
 Sueños eróticos, 158
 — magnéticos, 39, 41

- Sugestibilidad, 11, 54, 60, 69, 107, 112, 134
- , rasgos de, 86-87
- Sugestión, 1, 6-16, 49, 51, 56, 65, 89, 172
- , contenido de la, 7
 - , formas de realizar la, 85-86
 - , peso de la, 8
 - directa, 9-10
 - en el sueño natural, 9, 14-16
 - hipnótica, 6, 9
 - indirecta, 10-11
 - intrahipnótica, 146
 - posthipnótica, 26, 38, 64, 109, 134, 138, 145-146, 147, 158, 172
 - verbal, 6, 54
 - —, métodos basados en la, 104-106
 - vigil, 9-11, 158
- Sugestionabilidad (v. *Sugestibilidad*)
- Sugestopedia, 26, 172
- Sugestoterapia, 65
- Suicidas, ideas, 91
- Sujeto, preparación del, 88-90
- Superstición, 87
- Susceptibilidad hipnótica, 45, 69, 75, 86, 87, 88, 119, 172
- —, escalas de, 75-80, 119, 169
 - —, pruebas de, 69-75
 - — de Martínez Perigod-Asís, escala de, 77-80
 - — para niños, escala de, 76
- Tabaquismo, 25, 26
- Taquicardia paroxística, 22
- Tartamudez, 25
- Técnicas hipnóticas, 88
- Telepatía, 37, 40, 64, 172
- Temperamento, 10
- Temperatura bucal, 12
- cutánea, 12
- Tensión arterial, 5, 139
- Teoría de la homección, 63
- del esfuerzo dirigido a un objetivo, 63
 - fisiológica, 103
 - ideomotora, 63
- Teorías actuales sobre la hipnosis, 56-65
- Tesoro cubano de psicología*, X, 11, 30
- Tics, 25
- Tiopental sódico, 106
- Tomismo, 38
- Tono de la voz, 84-85
- muscular, 3, 4, 5, 13, 19, 139
 - —, flaccidez del, 5, 139
- Toxemia del embarazo, 20
- Trabajo de parto, 21, 65
- Trance hipnótico, 1, 42
- Trastornos de la personalidad, 25
- del sueño, 20
 - gastrointestinales, 21
 - hipotalámicos, 20
 - neuropatológicos, 45
 - psicofisiológicos, 25
 - psicológicos, 25
 - psicosomáticos, 21
 - psíquicos, 21
 - somáticos, 21
- Tratamiento electroconvulsionante, 160
- Trauma dinámico, 61
- Traumas cerebrales, 87
- Tronco cerebral, 2
- Tuberculosis, 20
- Turbación de conciencia, 107
- Úlceras duodenales, 21
- Umbral sensoriales, aumento de los, 138
- —, disminución de los, 138
- Vasomotora, labilidad, 87, 170
- Vasos sanguíneos, 9
- Vegetativa, distonía, 20
- , labilidad, 87, 170
- Vegetativas, funciones, 5
- Ventajas de la hipnosis, 165
- Verrugas, 23
- Vértigo, 102
- Vestibulares, analizadores, 108
- Vigilia, 2, 4, 5, 12, 14, 18, 19, 21, 22, 56, 61, 172
- Violación, 159
- Viral, encefalitis, 21
- Visuales, alucinaciones, 142-143
- , métodos de los estímulos, 102-104
- Vitiligo, 23
- Volumen de orina, 5, 139
- Voluntad, 7, 65, 88
- Vómitos, 26, 43
- Voz, tono de la, 84-85
- Vudú, muerte, 9
- Vulvar, prurito, 25
- Weitzenhoffer-Hilgard, escala de, 76
- Yatrogenia, 11, 39, 159, 172
- Zona motora cortical, 63,
- Zonas frontales, 143
- motoras, 121, 123, 128, 133
 - premotoras, 121, 123, 133
- Zumbido rítmico, 101

Este libro ha sido procesado en el Combinado Poligráfico «Alfredo López», e i
preso en el mes de junio de 1989, «Año 31 de la Revolución», Ciudad de La Ha
na, 011-08-07.

La Editorial Científico-Técnica se complace en presentarles el libro *Hipnosis: teorías, métodos y técnicas*, cuya temática ha sido tan debatida y que presenta un creciente interés en los momentos actuales.

Constituye, además, una oferta novedosa, pues es el primer libro publicado en Cuba sobre hipnosis en el último cuarto de siglo y probablemente el único escrito por autores cubanos sobre el tema.

En esta obra se explican las similitudes y diferencias entre sueño, hipnosis, sugestión, vigilia y electrosueño; las pruebas existentes para medir la sugestibilidad, las escalas de susceptibilidad hipnótica, 27 métodos de inducción; las posibles causas en el fracaso de ésta o en la aplicación de la hipnosis, y todos los mecanismos de defensa del sujeto contra las técnicas. Al final se incluye un glosario.

Esperamos que esta publicación sea de utilidad para médicos, psicólogos, estomatólogos, enfermeras e investigadores, así como que contribuya al mejor conocimiento y aplicación del hipnotismo, el cual ha demostrado tener infinidad de usos y ventajas.