

## DATOS EXPERIMENTALES VERSUS CLINICOS EN LA INVESTIGACION SOBRE HIPNOSIS

Héctor González Ordi y Juan José Miguel-Tobal

Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid

En la literatura científica sobre hipnosis existen grandes controversias sobre la efectividad y aplicabilidad de estas técnicas a diversos contextos, debido a la diferencia de resultados entre la investigación de laboratorio, por un lado, y la práctica clínica, por otro. Esta diferencia de resultados puede estar generada por las siguientes variables o fuentes de conflicto: 1, el tipo de evaluación realizada del comportamiento hipnótico: registros fisiológicos versus medidas subjetivas; 2, el empleo de sujetos experimentales voluntarios sanos versus pacientes; 3, el tipo de tarea exigida al sujeto o paciente hipnotizado desde el punto de vista motivacional; 4, el contexto en el cual se realiza la aplicación de la hipnosis; 5, los objetivos que se pretenden conseguir con la aplicación de la hipnosis; 6, variables de procedimiento en la aplicación de la hipnosis: hipnosis neutral versus hipnosis más sugerencias dirigidas a una meta. En este sentido, se revisan las diferencias entre los resultados clínicos y de laboratorio en relación con las variables antes mencionadas en el campo del control y manejo del dolor, la obtención de información mediante hipnosis y la hipnosis forense.

**Palabras clave:** Hipnosis, hipnosis clínica, hipnosis experimental, dolor, hipnosis forense.

*Experimental versus clinical data in hypnosis research.* In the scientific hypnosis literature there are controversies about the effectiveness and possible applications of such techniques to several settings, due to the results differences between laboratory research and clinical practice. These results differences could be generated by the following variables or conflict points: 1, the type of assessment made for the hypnotic behavior: physiological versus subjective measurements; 2, the use of volunteered healthy human subjects versus patients; 3, from a motivational perspective, the type of task required to the hypnotic subject or patient; 4, the context in where hypnosis is applied; 5, the objectives to reach by means of the applications of hypnosis; 6, procedure variables in the application of hypnosis: neutral hypnosis versus the use of goal directed suggestions in hypnosis. Therefore, differences between clinical and laboratory results regarding to the above mentioned variables in the fields of pain management and pain control, strategies of memory recall with hypnosis and forensic hypnosis are reviewed.

**Key words:** Hypnosis, clinical hypnosis, experimental hypnosis, pain, forensic hypnosis.

Históricamente, las técnicas de hipnosis han sido consideradas fundamentalmente como procedimientos terapéuticos y, por tanto, han estado orientadas específicamente hacia el ámbito clínico. Desde los antiguos chamanes y sacerdotes de la cultura hindú,

china, egípcia, persa o griega; hasta los médicos y psicólogos del siglo XVIII y XIX, el empleo de la hipnosis se centró en objetivos clínicos y su forma de estudio también fue esencialmente clínica (Edmonston, 1986; Ellenberger, 1970).

Aunque actualmente su utilización sigue siendo preponderantemente clínica (Gibson y Heap, 1991), la entrada de la hipnosis en los laboratorios de psicología y psicofisiología experimental a mediados de los 50 de forma

---

Correspondencia a: Juan José Miguel-Tobal  
Departamento de Psicología Básica II.  
Facultad de Psicología. Universidad  
Complutense. 28223 Madrid.

sistemática, con el objeto de verificar experimentalmente los fenómenos hipnóticos, reacciones psicofisiológicas concomitantes, resultados terapéuticos y los fundamentos teóricos que se habían ido generando a través de la práctica clínica, establece una perspectiva nueva sobre la hipnosis: la hipnosis experimental. A partir de la actividad de laboratorios de investigación sobre hipnosis, el ámbito de la investigación básica en hipnosis se irá ampliando progresivamente, contribuyendo a un mayor reconocimiento de su estatus científico (Kihlstrom, 1985; Baker, 1987; Fromm, 1987).

Sin embargo, aunque la hipnosis experimental ha supuesto un tratamiento de la misma más sistemático y eficaz, contribuyendo a eliminar muchos mitos y concepciones erróneas que existían a raíz de la práctica clínica realizada durante siglos (Clarke y Jackson, 1983), aquilatando los conocimientos que existían sobre las características del sujeto o paciente hipnotizable (Evans, 1989), y el comportamiento hipnótico en general (Spanos y Chaves, 1989); en la actualidad, la investigación de laboratorio (hipnosis experimental) y la práctica clínica (hipnosis clínica) parecen encontrarse en una situación realmente paradójica. Cuando lo deseable sería que la investigación básica fundamentara teórica y empíricamente el quehacer clínico y, a su vez, la práctica clínica proporcionara nuevos y valiosos datos a la investigación básica; nos encontramos con que ambos caminos parecen discurrir por separado, como si una profunda brecha impidiera la existencia de una intercomunicación fluida.

En el presente trabajo nos centraremos en evaluar cuáles pueden ser los motivos que dan lugar a esta situación, y qué razones impiden que los datos proporcionados por la investigación básica y por los casos clínicos no siempre sean concordantes e incluso, parezcan contradictorios.

A través de una revisión detallada de la literatura existente sobre hipnosis, podemos

identificar varios aspectos que pueden ser considerados como posibles fuentes del conflicto y que, sin duda, contribuyen a generar interferencias en la comunicación entre la investigación básica y la clínica aplicada en hipnosis. Estos son:

1. El tipo de evaluación realizada sobre el comportamiento hipnótico: medidas de autoinforme versus registro fisiológico versus escalas de observación.
2. El empleo de sujetos experimentales voluntarios sanos versus pacientes.
3. El tipo de tarea exigida al sujeto o paciente hipnotizado, desde el punto de vista motivacional.
4. El contexto en el cual se realiza la aplicación de la hipnosis.
5. Los objetivos que se pretenden conseguir con la aplicación de la hipnosis: hipnosis neutral versus hipnosis más sugerencias dirigidas a una meta.

A continuación, pasaremos a revisar cada uno de estos cinco puntos más detalladamente.

## EL PROBLEMA DE LA EVALUACION DEL COMPORTAMIENTO HIPNOTICO

La concepción y el estudio de las emociones en el comportamiento humano cambió notablemente a finales de los 60 y en la década de los 70; entre otros, los trabajos de Lang y colaboradores (Lang, 1968 y 1971; Lang y Lazovik, 1963) llevaron a proponer que se agruparan todas las variables observables en tres categorías: cognitiva, fisiológica y motora; observando que estos tres sistemas de respuesta correlacionaban escasamente entre si. Como consecuencia de estos estudios y otros (Lacey, 1967; Paul y Bernstein, 1973; Rachman y Hodgson, 1974; Hugdahl, 1981; Himadi, Boice y Barlow, 1985 y 1986, etc), adquieren relevancia empírica conceptos como el de fraccionamiento y desincronía de respuestas que hacen referencia a la:

- escasa covariación entre distintas res-

puestas de un mismo sistema, es decir, entre índices de activación;

– bajas correlaciones entre los tres sistemas de respuesta: cognitivo, fisiológico y motor.

Y por extensión a:

– correlaciones poco significativas entre distintos métodos al evaluar los tres sistemas de respuesta.

En la actualidad, estos problemas son uno de los caballos de batalla del estudio de las emociones; en especial, del estudio de la ansiedad (una buena revisión del panorama actual sobre estos conceptos puede encontrarse en Cano Vindel, 1989; y Miguel Tobal, 1990).

Con respecto a la hipnosis, la aparición de la teoría tridimensional o de los tres sistemas de respuesta (Lang, 1968 y 1971), y los conceptos de fraccionamiento y desincronía de respuestas, suponen un interesante soporte teórico para comprender algunos resultados, a priori paradójicos, encontrados en la investigación de laboratorio y que analizaremos posteriormente.

En principio, la evaluación del comportamiento hipnótico; esto es, el tipo de conductas observables y encubiertas que manifiesta un sujeto hipnotizado como resultado de la inducción hipnótica y de las sugerencias realizadas durante el llamado estado hipnótico, puede descomponerse siguiendo el modelo de los tres sistemas de respuesta:

– *Evaluación de los aspectos cognitivos*: realizada mediante autoinformes; y que expresa el grado en que un sujeto se encuentra hipnotizado y/o el tipo de sensaciones subjetivas que ha experimentado durante o tras el estado hipnótico (Field, 1965; Tart, 1975 y 1979).

– *Evaluación de los aspectos psicofisiológicos*: realizada mediante la monitorización de diversos índices psicofisiológicos durante el proceso hipnótico (Barber, 1961; Sarbin y Slagle, 1979; Miguel Tobal y González Ordi, 1984).

– *Evaluación de los aspectos motores*:

realizada mediante escalas observacionales más o menos estandarizadas, en las que se adjudica una determinada puntuación en función de si la respuesta del sujeto a sugerencias cada vez más complejas es positiva o no. Tradicionalmente, se las ha denominado como escalas de profundidad hipnótica (Davis y Husband, 1931; LeCron y Bordeaux, 1947), o escalas de sugestionabilidad hipnótica (Shor y Orne, 1962; Weitzenhoffer y Hilgard, 1959 y 1962, etc).

Aunque en la literatura sobre hipnosis no suele explicitarse de la misma manera, existen estudios que parecen apuntar hacia el hecho de que, también en la evaluación del comportamiento hipnótico, se producen los fenómenos de fraccionamiento y desincronía de respuestas, así como la baja concordancia entre los distintos métodos de medida.

En general, entre los profesionales de la salud que utilizan la hipnosis con fines clínicos, se suele decir que la hipnosis provoca un grado de relajación rápido y profundo (Wolberg, 1982). Esto no es del todo incorrecto, aunque es preciso hacer algunas matizaciones.

La afirmación anterior sobre el grado de relajación producido por la hipnosis es fácilmente comprobable si preguntamos a nuestro sujeto o paciente hipnotizado cómo se ha sentido durante la sesión de hipnosis y cómo se siente ahora. Cualquier terapeuta habrá comprobado que la mayoría de las veces, el paciente suele hacer afirmaciones como «me siento muy relajado/a y tranquilo/a», «es como si acabara de despertarme», «siento las manos o los pies entumecidos y me siento aturdido/a», etc. Estas expresiones podrían incluirse perfectamente dentro del informe verbal de un paciente tras una sesión de hipnosis. Por tanto, mediante autoinforme estaríamos haciendo hincapié sobre los aspectos cognitivos o subjetivos del proceso. Pero, ¿qué ocurre cuando evaluamos más de un sistema de respuesta al mismo tiempo?.

Morse, Martin, Furst y Dubin (1977), lle-

varon a cabo un estudio en el que 48 sujetos fueron asignados a diversas condiciones experimentales, que incluían: estado de vigilia, relajación-hipnosis, heterohipnosis, autohipnosis, meditación y relajación. En cada condición experimental se realizaron mediciones de diversos índices psicofisiológicos (tasa cardíaca, tasa respiratoria, resistencia electrodérmica, EEG y EMG); así como, evaluaciones subjetivas sobre el grado de relajación obtenido. Los resultados indicaban que se obtuvieron mayores reducciones psicofisiológicas en todas las condiciones excepto en vigilia. Sin embargo, no hubo diferencias significativas entre los diversos estados de relajación, hipnosis y meditación. En cuanto a la evaluación subjetiva se refiere; en general, los grupos de meditación e hipnosis obtuvieron valores más altos en relajación profunda que los grupos de relajación-hipnosis y relajación sola.

En esta línea, Fernández-Abascal y Miguel Tobal (1979), trabajando con 32 sujetos distribuidos en las condiciones de entrenamiento autógeno, relajación progresiva, hipnosis y grupo de control, encontraron que los dos primeros métodos, en cuanto a medidas de respiración se refiere, se mostraron más eficaces en la producción de relajación; sin embargo, la hipnosis produjo unos resultados más pobres que los alcanzados por los sujetos con sus propios medios –sin entrenamiento previo–, grupo de control. Resultados bastante similares se encontraron mediante el empleo de medidas dermoeléctricas (Miguel Tobal y Fernández-Abascal, 1980). Sin embargo, los resultados encontrados a partir de una escala subjetiva en la que los sujetos evaluaban el grado de relajación alcanzado, mostraron que el grupo de hipnosis era uno de los que más altamente evaluaba el grado de relajación obtenido (Fernández-Abascal y Miguel Tobal, sin publicar).

En general, de estos estudios parece derivarse que existe una escasa concordancia entre los distintos sistemas de respuesta (cognitivo-subjetivo y fisiológico) y/o entre los

distintos métodos de medida (autoinforme y registro fisiológico); ya que, aunque la hipnosis es subjetivamente evaluada como uno de los métodos que más relajación produce, fisiológicamente, la evidencia experimental no concuerda con los informes subjetivos. Es más, Miguel Tobal y González Ordi (1984), encontraron que, ni tan siquiera, un mayor grado de profundidad hipnótica (evaluado mediante escalas observacionales) corresponde a un mayor grado de relajación o reducción del arousal fisiológico.

Lejos de ser un fenómeno aislado, la falta de concordancia entre sistemas (especialmente entre los sistemas cognitivo y fisiológico) en literatura sobre hipnosis empieza a contar con la suficiente evidencia experimental para pensar en abordar el problema de forma sistemática y detallada. Otros ejemplos pueden encontrarse en los estudios sobre analgesia hipnótica, donde los informes subjetivos de reducción del dolor son más pronunciados con hipnosis que con otras técnicas, aunque las reducciones psicofisiológicas no siempre sigan esa misma dirección (Barber y Hahn, 1962; Hilgard y Hilgard, 1983; Fernández-Abascal, 1985; Price y Barber, 1987; Miguel Tobal y González Ordi, 1988; Spanos, 1989).

Finalmente, otro fenómeno interesante es el de la escasa covariación entre distintas respuestas de un mismo sistema.

En el campo de la hipnosis experimental, este fenómeno es menos conocido; aunque también existen algunos trabajos que, si bien son de carácter exploratorio, pueden aportarnos interesantes datos de cara a un investigación futura más sistemática.

Así, por ejemplo, Miguel Tobal y González Ordi (1984), encontraron que en 3 de los 10 sujetos de la muestra utilizada, se produjo una desincronía de respuestas entre las medidas de respiración y conductancia electrodérmica en algunos momentos del proceso experimental (cuando se encontraban hipnotizados):

– La desincronía de respuestas se produ-

cía sólo ante situaciones sugeridas por el experimentador de carácter aversivo. Ahora bien:

- no se produce cuando el sujeto se imagina una situación especialmente ansiógena para él, sin que existan sugerencias verbales por parte del experimentador (ya que este únicamente da la instrucción de pensar en algo especialmente molesto para el sujeto), registrándose un rápido aumento de la actividad en las dos medidas;

- pero esta misma sugestión ansiógena, al ser sugerida por el experimentador, provoca la aparición de la desincronía de respiración, dado que el ritmo respiratorio aumenta sensiblemente sin que se produzcan alteraciones notables en la conductancia electrodérmica.

Si bien este efecto es raro en los estudios psicofisiológicos con hipnosis, puede tener una cierta importancia teórica y metodológica. Pensamos que aquellos índices de activación que más controle el sujeto (ritmo respiratorio –más controlable, versus conductancia electrodérmica– menos controlable), sean en los que más se vean reflejados los efectos de las sugerencias bajo hipnosis. Y aunque esta hipótesis es puramente tentativa, su estudio podría tener importantes implicaciones de cara al campo clínico, en la línea de un mayor conocimiento sobre cómo influyen las sugerencias hipnóticas en el comportamiento de los pacientes hipnotizados.

Los autores del presente trabajo se encuentran en estos momentos trabajando con un diseño más elaborado para estudiar los efectos psicofisiológicos y subjetivos de las sugerencias aversivas y relajantes en estado de vigilia e hipnosis.

En general, hemos visto que existen datos empíricos suficientes para pensar que no siempre aparece una concordancia perfecta entre los tres sistemas de respuesta bajo condiciones de sugestión hipnótica. Sin embargo, es poco frecuente encontrar en la literatura sobre hipnosis estudios que evalúen el

comportamiento hipnótico en sus tres aspectos posibles: cognitivo o subjetivo, fisiológico y motor. Lo usual es utilizar un solo sistema como fuente de datos, y emplear un solo método de evaluación: autoinformes o registro fisiológico o escalas observacionales. Menos frecuentemente, encontramos estudios que incorporan los datos obtenidos mediante autoinformes y registro fisiológico. Y muy rara vez, la combinación de los tres métodos de evaluación.

Todo ello nos conduciría a una visión inexacta o parcial del proceso hipnótico, lo que puede representar una fuente de conflicto en el proceso de aproximación de los datos provenientes de la investigación experimental y de la práctica clínica, dado que la primera utiliza cada vez con mayor profusión los registros psicofisiológicos y la segunda se basa generalmente en datos provenientes del autoinforme y, en algunas ocasiones, de las escalas observacionales.

A continuación, pasaremos a revisar los cuatro puntos de conflicto restantes de nuestra argumentación, centrándonos en los campos de la hipnosis forense y el control y reducción del dolor mediante hipnosis. Estos cuatro puntos, independientemente de las consideraciones sobre el control experimental, como por ejemplo, variables independientes y dependientes, homogeneidad de la muestra, validez interna y externa de los diseños, etc; pueden estar generando distorsiones en los resultados definitivos de los informes experimentales y clínicos.

## PACIENTES O SUJETOS VOLUNTARIOS

Tal como ya pusimos de manifiesto en un trabajo anterior referido a la utilización de la hipnosis en el control del dolor o analgesia hipnótica (Miguel Tobal y González Ordí, 1988), se encuentran fuertes discrepancias sobre la eficacia y comportamiento de la hipnosis entre los informes de carácter clínico y los de tipo experimental. Una fuente de

esta discrepancia puede ser el empleo de sujetos de características muy diferentes en los trabajos revisados; así, mientras que los informes clínicos se refieren a individuos con problemas que van desde quemaduras y artritis hasta fases terminales de distintos tipos de cáncer, los sujetos de gran parte de los trabajos de corte experimental son universitarios voluntarios a los que generalmente se les somete a pruebas como el cold pressor, torniquete isquémico, etc, para producir determinados grados de dolor.

Es indudable que en muestras tan diferentes, la percepción subjetiva del dolor está mediatizada por distintas variables de carácter motivacional (más adelante nos centraremos sobre estos puntos), expectativas, etc; dando lugar a que tal discrepancia de datos sea hasta cierto punto lógica.

Algo similar sucede en el caso de la utilización de la hipnosis para mejorar el recuerdo de un material memorizado anteriormente (hipermnesia hipnótica), bien a nivel experimental, bien como procedimiento para recabar información de testigos oculares o de víctimas por violación, atraco o violencia física (hipnosis forense).

La utilización de la hipermnesia hipnotica en laboratorio y en el ámbito forense ha generado un volumen más que elevado de datos contradictorios sobre su eficacia; y producido más de una enervada discusión y controversia sobre su validez y fiabilidad (González Ordi, 1986).

Así, mientras que unos autores afirman que mediante la hipermnesia hipnotica es posible acceder a las amnesias episódicas producidas por situaciones traumáticas, proporcionando gran información sobre los acontecimientos ocurridos que, difícilmente pueden ser evocados en situaciones de vigilia emocionalmente alterada (Kroger y Doucé, 1980; Hiber, 1984; Gravitz, 1980 y 1986); otros investigadores insisten en que esta técnica no produce un aumento del volumen y exactitud del material recordado más que otra técnica usual en estado de vigi-

lia (Orne, 1979; Sheehan y Tilden, 1983; Register y Kilhstrom, 1987; Sheehan, 1988; Wagstaff, 1989). Es más, parece que algunos estudios indican que no sólo no se recuerda más sino que además se recuerda peor. En general, los sujetos más sugestionables incorporan más distorsiones en el material recordado que lo menos sugestionables (Dywan y Bowers, 1983; Dywan, 1988; Sheehan y Tilden, 1986).

Curiosamente, la mayoría de los informes existentes a favor de la prevalencia de la hipermnesia hipnótica se realizaron con víctimas por atraco, violación o accidentes; mientras que, la mayoría de los informes en donde no se encuentran diferencias significativas entre la hipermnesia hipnótica y otros métodos más convencionales se emplearon sujetos voluntarios o pagados que eran estudiantes universitarios sanos.

Es evidente que la situación emocional de los estudiantes universitarios que sirvieron como sujetos experimentales en una prueba de recuerdo bajo hipnosis y las víctimas por violación, atraco o accidente que aparecen en los informes forenses no era la misma.

## TAREAS EXPERIMENTALES O EFECTIVIDAD TERAPEUTICA

Cualquier investigador de laboratorio sabe que debe ser especialmente cuidadoso a la hora de emplear y controlar las variables de sus experimentos. Por ello, estos suelen realizarse en condiciones de tanto artificiales, bajo un estricto control y con instrucciones estandarizadas, evitando en lo posible el efecto de las diferencias individuales no controladas previamente. Por el contrario, el objetivo principal de un terapeuta es provocar mejorías en sus pacientes utilizando los medios y estrategias que tienen a su disposición, maximizando su eficacia con una aplicación lo más individualizada posible; ya que, en principio, cada paciente es diferente aunque la sintomatología de su trastorno pueda parecerse a la de otros casos clínicos.

Lo anterior puede parecer demasiado evidente y trivial; sin embargo, supone una fuente de conflicto a la hora de confrontar los resultados experimentales y clínicos.

De hecho, no es lo mismo recordar un material emocionalmente muy significativo, lleno de elementos visuales, pictóricos, verbales o kinestésicos, como puede ocurrir con una situación traumática en hipnosis forense, que intentar recordar estímulos principalmente verbales, emocionalmente neutros y sin sentido aparente para el sujeto, como ocurre en los estudios sobre hipermnesia hipnótica en laboratorio. De la misma manera, no es equivalente intentar controlar o reducir el dolor producido por procedimientos isquémicos, eléctricos, de cold pressor, o mediante radiación de calor, que suelen provocar dolor agudo pero con duración limitada (ya que tanto el sentido común como las normas éticas de investigación no permiten que la exposición al dolor conlleve el daño de los tejidos orgánicos implicados en la tarea experimental); que reducir una cefalea persistente o el dolor crónico provocado por una metástasis generalizada en los tejidos corporales de un paciente con cáncer en fase terminal.

Por supuesto, las consecuencias de ambas situaciones (experimental y clínica) son también diferentes. En la situación experimental, el sujeto sufrirá el dolor inducido por medios mecánicos o eléctricos durante unos minutos y, posteriormente, el experimento habrá terminado sin consecuencias físicas o emocionales para el sujeto. En el ámbito clínico, la reducción o el control del dolor supone que el paciente pueda llevar una vida más o menos activa; o si se trata de una enfermedad grave y se encuentra en estadios muy terminales, que minimize el sufrimiento hasta el fallecimiento. Así mismo, las consecuencias de recordar un material memorizado en una situación experimental son mínimas y, en ningún caso, comprometedoras; mientras que en el ámbito forense, supone el compromiso adquirido de acusar o

identificar al supuesto agresor, con las implicaciones morales que ello conlleva.

## EL LABORATORIO O EL HOSPITAL

La mayoría de los experimentos con hipermnesia hipnótica en hipnosis forense o analgesia hipnótica en el campo del control del dolor no suelen sobrepasar los sesenta minutos de duración. Esto significa que un sujeto experimental voluntario sano debe dedicar tan sólo una hora de su tiempo a la tarea experimental. Tras ello, generalmente suele olvidarse del experimento y volver a su vida cotidiana. En suma, el experimento no ha supuesto una situación especialmente estresante en su vida ni nada parecido. Por el contrario, los pacientes forenses u hospitalizados en clínicas del dolor, centros especializados, hospitales generales, etc, se encuentran en una situación vital incapacitante. La mayoría de ellos dependen de que el tratamiento administrado (en nuestro caso, los procedimientos hipnóticos) sea efectivo para volver a reanudar su vida normal, en el mejor de los casos. En consecuencia y desde un punto de vista contextual, las expectativas de éxito deben ser mayores y la motivación por conseguir efectos terapéuticos beneficiosos más elevada que en los sujetos voluntarios sanos, que simplemente disponen de una hora de su tiempo para realizar algo posiblemente interesante, como es un experimento.

Por ello, las implicaciones que la motivación y las expectativas tienen sobre los resultados finales de un experimento o de un tratamiento clínico no tienen porque ser las mismas. Esto podría verse reflejado en la diferencia de los datos encontrados por los investigadores de laboratorio y los investigadores clínicos, tanto en hipnosis forense (Smith, 1983), como en el control y reducción del dolor (Beecher, 1959; Bowers, 1976; Barber, 1986; Miguel Tobal y González Ordi, 1988).

## SUGESTIONAR O NO SUGESTIONAR

Una de las características más relevantes del estado hipnótico es el aumento de la sugestionabilidad de los individuos (hipersugestionabilidad). Esto no es extraño porque uno de los factores principales del éxito en el proceso de inducción hipnótica es, precisamente, el empleo de sugerencias explícitas y adecuadas (Bowers, 1976; Gibson y Heap, 1991; Kroger, 1963; Wolberg, 1982).

Sin embargo, a mediados de los años 50, en un intento por buscar las características intrínsecas diferenciadoras del estado hipnótico, los investigadores de laboratorio desarrollaron la estrategia llamada *hipnosis neutral*; esto es, la aplicación de una técnica de inducción hipnótica estandarizada sin sugerencias específicas o explícitas. Frente a esto, el empleo de *sugerencias dirigidas a una meta* supone que, una vez administrada la técnica de inducción hipnótica, se aplican determinadas sugerencias en relación con el objetivo, terapéutico o no, que se quiere conseguir (elevar la temperatura periférica de la piel, reducir el dolor de una determinada zona corporal, recordar con todo detalle un evento concreto del pasado, etc).

Ambas estrategias se han puesto a menudo a prueba de forma comparativa en los estudios de laboratorio; y, en general, los investigadores han realizado un esfuerzo considerable en intentar determinar más precisamente las relaciones entre la sugestionabilidad y la hipnosis. En concreto, algunos aspectos ampliamente investigados han sido (Gheorghiu, 1989):

1. las relaciones existentes entre la sugestionabilidad en vigilia y la sugestionabilidad hipnótica,
2. en qué medida la inducción hipnótica incrementa la sugestionabilidad,
3. si el fenómeno tradicionalmente denominado hipnosis puede ser explicado únicamente por sugestión.

A lo que nosotros añadiríamos:

4. si la hipnosis puede generarse independientemente de la sugestión.

Aunque un tratamiento detallado de estos puntos excedería ampliamente los límites de este trabajo, puede ser interesante realizar algunas consideraciones generales.

En cuanto al primer punto, existe suficiente evidencia empírica para pensar que la sugestionabilidad sería una característica relativamente estable de la personalidad y que correlaciona positivamente con el grado de ejecución hipnótica; esto es, los sujetos más sugestionables en vigilia suelen ser buenos sujetos hipnóticos posteriormente (Hilgard, 1965; Piccione, Hilgard y Zimbardo, 1989).

En relación con el segundo punto, parece claro que la inducción hipnótica, aunque no exclusivamente, incrementa notablemente la sugestionabilidad (Hilgard, 1965; Wolberg, 1982). Respecto al tercer punto, diversas investigaciones han revelado que el estado hipnótico se caracterizaría, además de por la hipersugestionabilidad, por un aumento de la capacidad de imaginación visual (Hilgard, 1974), el aumento del nivel de absorción (Tellegen y Atkinson, 1974), una sensación de automaticidad del comportamiento (Hilgard, 1965), distorsión de la percepción del espacio y el tiempo, focalización de la atención a una situación estimular muy restringida y disminución de la criticabilidad (Bowers, 1976).

Finalmente, no está claro que sea posible generar hipnosis sin sugestión; aunque, ateniéndonos a la estrategia de la hipnosis neutral, al menos, si es posible provocar hipnosis sin sugerencias explícitas o dirigidas a una meta u objetivo concreto (Gheorghiu, 1989); por otro lado, existen métodos para provocar efectos similares a los encontrados en estado hipnótico, como son la técnica de estimulación ambiental restringida (Suedfeld, Turner y Fine, 1990), algunos tipos de relajación (Edmonston, 1989), etc. Al final, el problema reside en definir clara y operativamente qué es y qué no es hipnosis;

y, aquí, los datos empíricos distan mucho de ser totalmente consistentes.

Desde un punto de vista más aplicado y ateniéndonos a las consideraciones anteriores, parece claro que aquellos pacientes más beneficiados por las técnicas hipnóticas serían, en principio, los más sugestionables y siempre que se realizaran sugestiones específicas o explícitas, dirigidas a obtener determinados logros terapéuticos. En consecuencia, la sugestión jugaría el papel de variable moduladora de la hipnosis (Gibson y Heap, 1991). Así parecen admitirlo Hilgard y Hilgard (1983) en relación con el control del dolor con hipnosis, al afirmar que: «... podemos decir que la hipnosis por sí sola, sin sugestiones de analgesia, no reduce el dolor más que lo que puede reducir otras funciones sensoriales. A través de la sugestión, el sujeto hipnótico puede experimentar sordera y también ceguera, pero sin

sugestiones especiales, escucha y vé dentro de la hipnosis de la misma manera en que lo haría si no estuviera hipnotizado. Lo mismo se ha encontrado repetidamente para la experiencia del dolor» (Hilgard y Hilgard, 1983, pág. 71).

Nos gustaría con estas consideraciones haber podido contribuir a clarificar algunos de los aspectos que más confusión están generando y más están entorpeciendo el desarrollo de la hipnosis como técnica útil y válida dentro de un contexto científico. Es necesario que extrememos los controles para evitar las fuentes de error y localizar los elementos causantes de la dispersión y contradicción de los datos, de esta forma podremos conseguir que tanto los trabajos clínicos como los experimentales se beneficien mutuamente y la información conjunta posibilite un mayor conocimiento sobre la hipnosis y sus aplicaciones.

## REFERENCIAS

- Baker, E. L. (1987): The state of the art of clinical hypnosis. *International Journal of Clinical and experimental hypnosis*, 35, 203-214.
- Barber, J. (1986): Hypnotic analgesia. En A. Holzman & D Turk (Eds.): *Pain management: A handbook of psychological treatment approaches*. New York: Pergamon press.
- Barber, T. X. (1961): Physiological effects of hypnosis. *Psychological Bulletin*, 56, 430-460.
- Barber, T. X. y Hahn, K. W. (1962): Physiological and subjective responses to pain-producing stimulation under hypnotically-suggested and waking-imagined analgesia. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 65, 411-418.
- Beecher, H. K. (1959): *Measurement of subjective responses: Quantitative effects of drugs*. New York: Oxford University Press.
- Bowers, K. S. (1976): *Hypnosis for the seriously curious*. New York: W.W. Norton & Co.
- Cano Vindel, A. (1989): *Cognición, emoción y personalidad: un estudio centrado en la ansiedad*. Tesis Doctoral. Madrid: Universidad Complutense.
- Clarke, J. C. y Jackson, J. A. (1983): *Hypnosis and behavior therapy*. New York: Springer Publishing Company.
- Davis, L. W. y Husband, R. W. (1931): A study of hypnotic susceptibility in relation to personality traits. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 26, 175-182.
- Dywan, J. (1988): The imagery factor in hypnotic hypermnesia. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 36, 312-326.
- Dywan, J. y Bowers, K. S. (1983): The use of hypnosis to enhance recall. *Science*, 222, 184-185.
- Edmonston, W. E. (1986): *The induction of hypnosis*. New York: John Wiley & Sons.
- Edmonston, W. E. (1989): Conceptual clarification of hypnosis and its relationship to suggesti-

- bility. En V. A. Gheorghiu, P. Netter, H. J. Eysenck y R. Rosenthal (Eds.): *Suggestion and suggestibility: Theory and research*. Berlin: Springer-Verlag.
- Ellenberger, H. F. (1970): *The discovery of unconscious: The history and evolution of dynamic psychiatry*. New York: Basic Books (versión en castellano: El descubrimiento del inconsciente. Madrid: Gredos, 1976).
- Evans, F. J. (1989): The hypnotizable patient. En D. Waxman, D. Pedersen, I. Wilkie y P. Mellett (Eds.): *Hypnosis: The 4th European Congress at Oxford*. London: Whurr Publishers.
- Fernández-Abascal, E. G. (1985): Hipnosis y dolor inducido experimentalmente. *Revista Española de Terapia del Comportamiento*, 3, 151-164.
- Fernández-Abascal, E. G. y Miguel Tobal, J. J. (1979): Medidas de respiración en diferentes técnicas de relajación. *Informes del departamento de Psicología General*, 2, 127-141.
- Fernández-Abascal, E. G. y Miguel Tobal, J. J. (sin publicar): Comparación de medidas fisiológicas y subjetivas en distintas técnicas de relajación.
- Field, P. B. (1965): An inventory scale of hypnotic depth. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 13, 238-249.
- Fromm, E. (1987): Significant developments in clinical hypnosis during the past 25 years. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 35, 215-230.
- Gheorghiu, V. A. (1989): The development of research on suggestibility: Critical considerations. En V. A. Gheorghiu, P. Netter, H. J. Eysenck y R. Rosenthal (Eds.): *Suggestion and suggestibility: Theory and research*. Berlin: Springer-Verlag.
- Gibson, H. B. y Heap, M. (1991): *Hypnosis in therapy*. Hillsdale: LEA.
- González Ordi, H. (1986): *La hipnosis en el contexto penitenciario: sugerencias para futuras intervenciones*. Ponencia presentada al 1.º Congreso Nacional de la Sociedad Española para el Estudio, Prevención y Tratamiento de la Delincuencia, celebrado en Las Palmas, 2 al 6 de Diciembre de 1986.
- Gravitz, M. A. (1980): Discussion of forensic uses of hypnosis. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 23, 103-111.
- Gravitz, M. A. (1986): A case of forensic hypnosis: Implications for use in investigation. En E. T. Dowd y J. M. Healy (Eds.): *Cases studies in hypnotherapy*. New York: Guilford Press.
- Hiber, N. S. (1984): Investigative aspects of forensic hypnosis. En W. C. Wester y A. H. Smith (Eds.): *Clinical hypnosis: A multidisciplinary approach*. Philadelphia: Lippincott.
- Hilgard, E. R. (1965): *Hypnotic susceptibility*. New York: Harcourt, Brace & World.
- Hilgard, E. R. y Hilgard, J. R. (1983): *Hypnosis in the relief of pain* (edición revisada). Los Altos (CA): William Kaufman.
- Hilgard, J. R. (1974): Imaginative involvement: Some characteristics of the highly hypnotizable and the non-hypnotizable. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 22, 138-156.
- Himadi, W. G.; Boice, R. y Barlow, D. H. (1985): Assessment of agoraphobia: triple response measurement. *Behaviour Research and Therapy*, 23, 311-323.
- Himadi, W. C.; Boice, R. y Barlow, D. H. (1986): Assessment of agoraphobia II: measurement of clinical change. *Behaviour Research and Therapy*, 24, 321-332.
- Hugdahl, K. (1981): The three-systems model of fear and emotion: A critical examination. *Behaviour Research and Therapy*, 19, 75-85.
- Kihlstrom, J. F. (1985): Hypnosis. *Annual Review of Psychology*, 36, 385-418.
- Kroger, W. S. (1963): *Clinical and experimental hypnosis*. Philadelphia: Lippincott & Co.
- Kroger, W. S. y Douce, R. G. (1980): Forensic uses of hypnosis. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 23, 86-93.
- Lacey, J. I. (1967): Somatic responses patterning and stress: Some revisions of the activation theory. En M. H. Appley y R. Trumbull (Eds.): *Psychological stress*. New York: Appleton-Century-Crofts.
- Lang, P. J. (1968): Fear reduction and fear behavior: problems in treating a construct. En J.M. Shilen (Ed.): *Research in Psychotherapy, III*, Washington: American Psychological Association.
- Lang, P. J. (1971): The application of psychophysiological methods to the study of psychotherapy and behavior modification. En A. E. Ber-

- gin y S. L. Garfield (Eds.): *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. New York: John Wiley & Sons.
- Lang, P. J. y Lazovick, A. D. (1963): The experimental desensitization of an animal phobia. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 66, 519-525.
- Lecron, L. M. y Bordeaux, J. (1947): *Hypnotism today*. New York: Grune & Stratton.
- Miguel Tobal, J. J. (1990): La ansiedad. En J. Mayor y J. L. Pinillos (Eds.): *Tratado de Psicología General. Vol. 8: Motivación y Emoción*. Madrid: Alhambra.
- Miguel Tobal, J. J. y Fernández-Abascal, E. G. (1980): Medidas dermoeléctricas en diferentes técnicas de relajación. *Informes del Departamento de Psicología General*, 4, 209-220.
- Miguel Tobal, J. J. y González Ordi, H. (1984): Hipnosis y registros fisiológicos. *Informes de Psicología*, 3, 197-207.
- Miguel Tobal, J. J. y González Ordi, H. (1988): La analgesia hipnótica: un análisis de las principales aportaciones experimentales y clínicas de la hipnosis al tratamiento psicológico del dolor. *Revista Española de Terapia del Comportamiento*, 6, 251-270.
- Morse, D. R.; Martín, J.; Furst, M. y Dubin, L. L. (1977): A physiological and subjective evaluation of meditation, hypnosis, and relaxation. En J. Kamiya, T. X. Barber (Eds.): *Biofeedback and Self-Control*. New York: Aldine Publishing Co.
- Orne, M. T. (1979): The use and misuse of hypnosis in court. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 27, 311-341.
- Paul, G. L. y Bernstein, D. A. (1973): Anxiety and clinical problems. En J. T. Spence, R. C. Carsen y Thibaut (Eds.): *Behavioral approaches to therapy*. Morristown: General Learning Press.
- Piccione, C.; Hilgard, E. R. y Zimbardo, P. G. (1989): On the degree of stability of measured hypnotizability over a 25-year period. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 289-295.
- Price, D. D. y Barber, J. (1987): An analysis of factors that contribute to the efficacy of hypnotic analgesia. *Journal of Abnormal Psychology*, 96, 46-51.
- Rachman, S. y Hodgson, R. (1974): Synchrony and desynchrony in fear and avoidance. *Behaviour Research and Therapy*, 12, 311-318.
- Register, P. A. y Kihlstrom, J. F. (1987): Hypnotic effects on hypermnesia. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 35, 155-170.
- Sarbin, T. R. y Slagle, R. W. (1979): Hypnosis and physiological outcomes. En F. Fromm y R. Shor (Eds.): *Hypnosis: Developments in research and new perspectives*. (segunda edición revisada). New York: Aldine.
- Sheehan, P. W. (1988): Memory distortion in hypnosis. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 36, 296-311.
- Sheehan, P. W. y Tilden, J. (1983): Effects of suggestibility and hypnosis on accurate and distorted retrieval from memory. *Journal of Experimental Psychology*, 9, 283-293.
- Sheehan, P. W. y Tilden, J. (1986): The consistency of occurrences in memory distortion following hypnotic induction. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 34, 122-137.
- Shor, R. E. y Orne, E. C. (1962): *Harvard Group Scale of hypnotic Susceptibility*. Form A. Palo Alto (CA): Consulting Psychologists Press.
- Smith, M. C. (1983): Hypnotic memory enhancement of witnesses: Does it work?. *Psychological Bulletin*, 94, 387-407.
- Spanos, N. P. (1989): Experimental research on hypnotic analgesia. En N. P. Spanos y J. F. Chaves (Eds.): *Hypnosis: The cognitive-behavioral perspective*. Buffalo: Prometheus Books.
- Spanos, N. P. y Chaves, J. F. (Eds.) (1989): *Hypnosis: The cognitive-behavioral perspective*. Buffalo: Prometheus Books.
- Suedfeld, P.; Turner, J. W. y Fine, T. H. (Eds.) (1990): *Restricted environmental stimulation*. Berlin: Springer-Verlag.
- Tart, C. T. (1975): *States of consciousness*. New York: E.P. Dutton & Co.
- Tart, C. T. (1979): Measuring the depth of an altered state of consciousness, with particular reference to self-report scales of hypnotic depth. En E. Fromm y R. Shor (Eds.): *Hypnosis: Developments in research and new perspectives*. (segunda edición revisada). New York: Aldine Publishing Co.
- Tellegen, A. y Atkinson, G. (1974): Openness to absorption and self-altering experiences

- («absorption»): A trait relating to hypnotic susceptibility. *Journal of Abnormal Psychology*, 83, 268-277.
- Wagstaff, G. F. (1989): Forensic aspects of hypnosis. En N. P. Spanos y J. F. Chaves (Eds.): *Hypnosis: The cognitive-behavioral perspective*. Buffalo: Prometheus Books.
- Weitzenhoffer, A. M. y Hilgard, E. R. (1959): *Stanford Hypnotic Susceptibility Scale, Forms A & B*. Palo Alto (CA): Consulting Psychologists Press.
- Weitzenhoffer, A. M. y Hilgard, E. R. (1962): *Stanford Hypnotic Susceptibility Scale, Form C*. Palo Alto (CA): Consulting Psychologists Press.
- Wolberg, L. R. (1982): *Hypnosis. Is it for you?*. New York: Dembner Books.

*Aceptado, 7 de septiembre de 1993*