

UNIVERSIDAD SALESIANA

**ESCUELA DE PSICOLOGIA
INCORPORADA A LA U.N.A.M.**

**LA HIPNOSIS COMO UNA TECNICA EN LA
REDUCCION DE ANSIEDAD ANTE LOS
EXAMENES ESCRITOS EN ALUMNOS DE
BACHILLERATO**

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A :
ALBERTO AVILA RODRIGUEZ

ASESOR DE TESIS:
Lic. Francisco Jesus Ochoa Bautista

MEXICO, D.F.

JUNIO 2010



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

GRACIAS A TI SEÑOR

POR PERMITIRME SEGUIR

TU HUELLA Y DARME

LA OPORTUNIDAD DE VIVIR

EN TI, PARA TI

Y LA HUMANIDAD

SI CAMINANDO TU NO ENCUENTRAS UN CAMINO DE VERDAD.

SI PASO A PASO TE DAS CUENTA QUE NO SABES DONDE VAS.

***BUSCA LA LUZ DE TU DESTINO Y NO DISTRAIGAS TU CAMINO,
QUE A EL UN DIA LLEGARA.***

SI DETIENES TU TRAYECTO, NO TE OLVIDES REANUDAR PORQUE

SI INICIAS UN PROYECTO TU LO DEBES TERMINAR.

BUSCA LA LUZ DE TU DESTINO Y ANDA, VAMOS A CAMINAR.

ALBERTO SANCHEZ.

ALBERTO AVILA.

MI AGRADECIMIENTO:

A mis padres:

MARISCAL: JESUS AVILA ASENJO, quien con su convicción dejó huella en España al estar en contra del régimen fascista, me enseñó a llegar a las metas trazadas pese a las barreras y obstáculos, que el camino nos repare, el trabajo honrado, tenaz y recto. Con su ejemplo de lucha por la verdad (su verdad) dejó en mí un espíritu combativo, tenaz y de lucha por los ideales que se hacen realidad.

CARMEN RODRIGUEZ GIRON, quien con su amor, sacrificio, tenacidad y fuerza de voluntad logró mantener viva la flama de lucha por lo que se quiere con convicción y valor, el enfrentar día a día la superación en este camino.

Mi esposa

CELES, con su amor, paciencia y dedicación me ha impulsado a lograr la meta, que ha mantenido la llama viva de la evolución en mí.

Mi hija

SARAHÍ MONSERRAT. Una luz en mi camino y darme cuenta de la importancia de nacer y trascender en el tiempo.

Mi hijo

Josué Alberto, que paso a paso me ha enseñado con su tenacidad el lograr lo que se propone.

A mi amigo PSIC. ALBERTO MONROY ROJAS, quien a pesar de donde me conoció, me ofreció su amistad sincera, escucho mis locuras, en momentos difíciles, me brindo su apoyo y asesoro este trabajo de investigación con la convicción y entrega del amigo sincero.

A mi compadre ALBERTO SANCHEZ GAYTAN, quien supo alimentar mi confianza a pesar de las dificultades que en ese momento estaba y darme un apoyo real.

Al hermano LUIS DE ALBA DE LA TRIBU DE ZABULÓN, quien me proporcionó el material apropiado para la elaboración de este trabajo brindándome su guía espiritual, amistad sincera, paciencia y apoyo sin recibir nada a cambio.

DR. GUILLERMO ARISTONDO, que fue parte esencial de mi labor como estudiante y profesional, ya que me brindo su enseñanza y profesionalismo.

AL PROF. ALBERTO CAÑAS, quien me impulso y ayudo a superar obstáculos con su manera honesta, trabajadora y tenaz, de la cual aprendí.

Lic. ACISCLO MORETT, donde siempre hay una puerta abierta en su corazón para ayudar sin pedir nada a cambio.

Al Rector de la Universidad Salesiana padre Corona gracias por el lograr que pudiese tener el título universitario.

Psicóloga. GRICELDA SANCHEZ, quien me impulso a enfrentar los miedos del principiante en este arduo trabajo del psicólogo.

ING. GILDARDO VILLAREAL, LIC. MARIA TERESA PONCELIS, LIC. MARCO A. TREJO, LIC. NEYLA CAÑAS, LUPITA TOSCANO Y TODOS AQUELLOS QUE ME DIERON SU PACIENCIA AMOR, TIEMPO Y COMFIARON EN MI.

Índice

	Pág.
Introducción	
Capítulo I Hipnosis.	
1.1.- Antecedentes Históricos de la Hipnosis	1
1.2.- Definición de Hipnosis	38
1.3.- Teorías acerca de la Hipnosis	47
Capítulo II Ansiedad	
2.1.- Definición de Ansiedad	82
Capítulo III Test Idare	95
Capítulo IV Metodología	
4.1.- Definición del problema	100
4.2.- Hipótesis	101
4.3.- Variables	102
4.4.- Muestra	102
4.5.- Escenario	102
4.6.- Diseño	103
4.7.- Instrumentos y materiales utilizados	103
4.8.- Procedimiento	104

Capitulo V Resultados	
5.1.- Parámetro de evaluación	106
5.2.- Análisis Estadístico	110
5.3.- Conclusiones	123
Limitaciones	126
Sugerencias	127
Poscriptum	129
Referencias bibliográficas	143
Anexos	148

INTRODUCCION

La hipnosis es una técnica, la cual se empieza a estudiar científicamente, mi inquietud inicia al conocer algunas aplicaciones de la hipnosis dentro del área psicológica.

Su utilización terapéutica es principalmente el aliviar las enfermedades psíquicas, fisiológicas, y controlar el dolor.

Dada la confusión que existe en los fenómenos de la hipnosis, se trata de discutir y aclarar los conceptos fundamentales en la aplicación de esta técnica.

Aun cuando la hipnosis ha sido conocida y empleada desde hace muchos años, en el transcurso de la historia ha estado ensombrecida por el ocultismo e incluso por la brujería; y esto ha contribuido en gran parte a que sea menospreciada y no tenga validez ante el mundo científico. Este es un motivo, por el cual sea escasa la justificación científica, limitando el valor conceptual de la hipnosis, aislándola de la corriente principal del pensamiento científico y de la investigación psicológica.

La presente investigación se ocupará de un problema que es común, pero tiene un especial énfasis en el estudiante y es; la reprobación dentro de un proceso de enseñanza aprendizaje, en los alumnos de nivel medio superior, esto depende de varios factores posibles cómo pueden ser, problemas de

comunicación con los padres o familiares, psicológicos, por falta de técnicas de estudio adecuadas , maestros no capacitados en su labor docente, entre otros; pese a esto, ha surgido infinidad de técnicas o programas diversos, que enfocan la problemática desde diferentes puntos de vista, para tratar de aminorar la reprobación en la escuela del nivel medio superior, que deriva en el problema principal, en combatir cotidianamente, en este trabajo de investigación proponemos desde la perspectiva de la Psicología Clínica una solución para aminorar los estados de tensión llamado ansiedad, el cual es un factor que contribuye en la ejecución de los exámenes escritos en alumno, que se manifiesta en este proceso de aprendizaje por el cual proponemos una técnica que sea una solución para reducir la reprobación en los estudiantes.

La intención del siguiente trabajo es utilizar la técnica hipnótica para modificar la ansiedad ante los exámenes escritos, en alumnos de educación media superior.

En el capítulo I se establece el marco histórico de la hipnosis, cómo surge, desde los primitivos egipcios, griegos e hindús en donde se hace notar la práctica de la autoconcentración, que da lugar a la autohipnosis. Se hablará de la edad media, donde la hipnosis era considerada como práctica mágica o de brujería. Después encontramos el Mesmerismo, y los poderes magnéticos del hombre; abordaremos las aportaciones de Faria, Charcot, Breuer, Freud, Pavlov, hasta nuestros días. Así mismo, se definirá qué es la hipnosis y las

principales teorías hipnóticas.

El capítulo II se revisa el marco conceptual del tema de la ansiedad con las diferentes aportaciones: orgánica, psicoanalítica, existencialista, tomando los elementos generales de las diferentes corrientes.

Por otra parte, el capítulo III establece la historia del test Idare, su propósito, los ítems, su validez, forma de calificar y su escala.

En el capítulo IV se trata el asunto de la metodología, se tratarán los pasos a seguir para probar que una técnica hipnótica (relajación profunda) reduce los niveles de ansiedad provocada por la presentación de exámenes escritos en estudiantes de educación media superior.

En el capítulo V se da a conocer el análisis estadístico y los resultados de investigación, si se aprueba o no la hipótesis con respecto a los parámetros de la población que nuestra investigación utiliza.

En las Conclusiones damos a conocer si la técnica hipnótica permitió disminuir los niveles de ansiedad.

Las limitaciones que se tuvieron a través de la investigación y las sugerencias para poder establecer un mejor desarrollo de nuevas investigaciones sobre el tema.

Y por último los Anexos, aquí se muestra las hojas de evaluación que se utilizaron del test Idare.

CAPITULO I

HIPNOSIS

1.1 ANTECEDENTES HISTORICOS DE LA HIPNOSIS

En los tiempos primitivos los rituales y ceremonias se hacían para controlar los miedos y manipular a la tribu por medio de danzas, canciones lúgubres, quema de resina, sacrificios de animales y esto acompañado por un ensordecedor sonido producido por caracoles, flautas y tambores, con este tipo de rituales los antiguos trataban de calmar su miedo y ansiedad sugestionándose con lo desconocido, como las manifestaciones de la naturaleza.

En la cultura egipcia la hipnosis se practicaba en templos y de dos formas distintas, ya que una línea era para la clase baja y la otra aplicada a las clases altas. En la primera se aplicaba prácticas mágicas que eran maniobras sugestivas principalmente, y en la alta era practicado en forma individual, ejerciendo una acción terapéutica, en la que se modifica los estados de conciencia del individuo, por medio psíquico y en un escenario específico.

Las curaciones se realizaban sobre la base de pases magnéticos y la imposición de las manos, en los templos de Isis, Osiris y Sarapis se practicaba diariamente el hipnotismo; en estos templos trataban de curar los sacerdotes por medio de manipulaciones magnéticas y por otros procedimientos que provocaban sueño (Davis y Davison 1980).

En estos templos provocaban el sueño hipnótico a los suplicantes que acudían, en busca de alivio para sus enfermedades.

En la cultura griega y romana la palabra tenía poderes curativos como se ha manifestado en la *Ilíada*, para colaborar en las curaciones, tanto en la Medicina sagrada como en los cultos. Así se encuentran numerosos fenómenos, por simples sugerencias, por medio de la palabra, dando un principio fundamental a la técnica.

Los griegos practicaron la sugestión heredada de los egipcios, la hipnosis que tuvo gran importancia para la práctica adivinatoria (Montserrat. V. 1978).

En los templos de salud o sanatorios en donde los enfermos se quedaban dormidos y el oráculo le indicaba en su sueño lo que había que hacer para curar, según las instrucciones recibidas en estos sueños por favor de Esculapio. (Granone. F. 1972).

Davis y Davison (1980) señalan que en el templo de Anfíaro cerca de Tebas, consultaban al oráculo, los pacientes que habían recibido por revelación en sueños los remedios de sus enfermedades, después debidamente preparado por los sacerdotes del templo, el enfermo se acostaba sobre la piel de un carnero sacrificado y recibían en sueños instrucciones oraculares que los sacerdotes interpretaban después.

Los hechiceros iraquíes hipnotizaban a los enfermos graves diciéndoles: "Oh Dios de la vida salva a este héroe cuya fiel esposa esta implorando por

su cuerpo enfermo " ; utilizando un espejo para reflejar la luz en la cara del paciente, además usaban campanas, pipas e invocaciones (Davis y Davison 1980).

Los primeros escritos judío - cristiano ya hacen referencia al uso de la hipnosis. Cuando Adán le quitaron una costilla para crear a Eva, la operación se realizó mientras él se hallaba sumergido en profundo sueño (De Lee. J. H. 1933, citado por August. R. V.1961).

La cultura hindú practica la autoconcentración hasta lograr la autohipnosis, una práctica corriente de los faquires. La técnica empleada en la concentración es poner la mirada en la punta de la nariz, y al mismo tiempo se retiene el aire para controlar el ritmo respiratorio mientras ponen la mirada en un punto fijo, rítmicamente y constantemente hacen sonar un pequeño tambor para ayudar al desplazamiento del ritmo respiratorio (Montserrat, V. 1978). En el Talmud se menciona la hipnosis en relación con ciertos animales como lagartijas, escorpiones y serpientes; para controlar a estos animales venenosos se realizaba la transformación cataléptica de una vara en serpiente de las que se encuentran varias descripciones en la Biblia, en especial en el viejo testamento, se ha atribuido los fenómenos catalépticos producidos en tales animales con un golpe repentino o la presión ejercida en la nuca de la cobra cuando se está enderezando y es suficiente para ponerla en estado hipnótico de inhibición reactiva, en estos momentos se puede hacer que tome una posición rígida de manera que parezca un bastón o un palo (Hartland, 1974).

En la odisea de Homero se encuentran varias veces el comentario de que un bastón tenía poderes magnéticos y con su ayuda mediante ciertos movimientos se podía fácilmente dormir a los hombres y a los animales, luego despertarlos (Volgyesi, F. A., 1978).

Basta recordar el florecimiento de adivinos, la creencia en el mal de ojo y el gran problema de la brujería que dominó durante siglos enteros y constituyó una de las partes más oscuras de la humanidad. Los síntomas que padecían estas personas eran provocadas por la histeria o por la autosugestión, mecanismos reforzados por la acción cultural; como un factor adicional que aumentaba el efecto de la sugestión, a su vez, la ingestión de drogas que producen fenómenos alucinatorios. Se observa los estigmas diabólicos de las brujas, que son modificaciones corporales mediante la hipnosis o que puede aparecer espontáneamente en la historia (Montserrat, 1978).

En esta época se pensaba que las curaciones milagrosas eran efectuadas por las estatuas milagrosas, arroyos curativos, fragmentos de la cruz y de huesos santos, muchas de las curas hechas por santos se deben probablemente a la hipnosis (Hartland, 1974).

Muchas religiones incorporaron a su práctica la curación mediante la imposición de las manos y la plegaria, durante la edad media; a la imposición de las manos se le dio una connotación real, ya varios monarcas de Inglaterra y Francia desde el siglo V al XIX, se les atribuyó el poseer ciertos poderes de curación por la imposición de manos, a esto se le conoce: " toque del mal del rey " o " el toque real ". Este método instituido en Inglaterra por Eduardo, el

confesor y en Francia por Francisco I (Kroger W, 1974; Hartland J, 1974; Monserrat, 1978). Entre estos monarcas estaba Jaime I, de Inglaterra de quien se decía que por su toque santificador a una tripulación completa fue curada por él. Una vez Eduardo el confesor introdujo el toque real como parte oficial de la ceremonia de Inglaterra hasta principios del siglo XVII. El rey tocaba al paciente pero era el rey quien lo curaba.

Gerónimo Cardona (1501-1576), quien además de ser médico, filósofo y matemático; podía ponerse en trance inconsciente semejante al sueño, fijando su mirada durante un tiempo prolongado sobre un objeto que brille y como consecuencia llegar a la autohipnosis.

Phillipus Aureolus Theophrastus Bonbastus Paracelsus (1495 -1541), llamó a su método curativo, " magnetismo sideral ", es decir por la fuerza que emana de las estrellas. El " munra " que esta escondido en el cuerpo humano, actúa como " un magneto de microcosmos " y atrae el caos universal en diversas enfermedades, así como, del cosmos atrae rayos magnéticos curativos Paracelsus (1495) describió a unos monjes de un monasterio que curaba a los enfermos de las áreas vecinas, dejándolos fijar su mirada sobre una bola de cristal hasta que se dormían, también se interesó mucho en la conducta de "los lunáticos", así como en el sonambulismo espontáneo inducido artificialmente, Paracelsus (1496) muestra un ejemplo del sonambulismo donde una empleada de una taberna dormida hurtaba su propio dinero, acusando a sus sirvientes del hecho, más tarde, despierta los encontraba escondidos en el tejado; ella no podía recordar lo que hacía como sonámbula

(Volgyesi, F. A. 1978). Paracelsus empleaba como técnica, hierbas y productos químicos solos combinados con procedimientos hipno - sugestivos, es decir, prescripciones complejas de fórmulas mágicas y ceremonias comunes, en caso de que no hubiera mejora, morirían; al paciente se le atribuía el fracaso de su cura mágica, el hecho de que el paciente no había seguido los ritos ceremoniales descritos.

Heinrich Cornelius de Mettesheim Agripa (1486-1535). Describió en su trabajo de filosofía oculta, un sistema mágico; en este mezcló las enseñanzas de la iglesia con nociones neoplatónicas y místicas; aunque él era médico jefe de la corte de Francisco I y Luis de Osaboya, fue apresado de 1530 a 1531 por conjurar y hechizar a hombres y animales. Agripa esclareció la naturaleza del magnetismo y sus incontables fenómenos, así como los procedimientos asociados a él, afirmaba que las emociones fluctuantes de la psique originadas en la fantasía no solo influyen en el cuerpo, sino también tienen un efecto intenso sobre otro, dado que las fluctuaciones son suficientemente fuertes de tal manera que pueden producir la curación de otros o inducir a las enfermedades mentales y psíquicas. Una psique superior puede ser vencida por una imaginación vivida, puede producir tanta salud como enfermedad en su propio cuerpo o en el de otro.

Ya en el siglo XVI los conocimientos sobre la hipnosis comienzan a ser divulgados, algunos autores se interesan por el tema y se ocupan de la magnetización, así el matemático Daniel Schwenter publica en 1836 su libro " *Delicæ phycosomaticæ* ", (Hervás, R. 1973), el cual recoge algunos

secretos de misterioso y sugestivo arte de amansar a una gallina huraña de forma que permanezca sentada espontáneamente inmóvil y en gran miedo.

Este experimento con ligeras variantes es presentado después por el Jesuita Anastasius Kircher (citado por Hervás R. 1973). El padre jesuita realizó varios experimentos de hipnosis con animales; en 1646 publicó un libro titulado "Experimentos asombrosos del padre Kircher sobre el hechizamiento de aves de corral ". Colocaba una gallina oprimiéndola contra el piso posteriormente trazaba una línea del pico en línea recto en zig zag y el animal se mantenía en esa posición incómoda e inmóvil, de acuerdo con las ideas de su tiempo pensaba que sus experimentos ejercían maravillosos efectos magnéticos, sin embargo no se le tomó realmente en cuenta pues sus principios y creencias eran muy incompletas.

Posteriormente fue de gran importancia para la influencia de Mesmer, el padre jesuita y el famoso astrónomo Maximiliano Hell, profesor de Viena (1720 - 1792); y el padre Nohan Gassner (1727 - 1779), ordenado Sacerdote católico en 1750. Estos dos personajes curaron las dolencias físicas usando varias prácticas, que ya habían existido varios siglos antes.

Gassner, su cura catártica consistía en el derecho de exorcismo de la iglesia católica, mientras la aproximación de Hell se basaba en la creencia de que el cuerpo humano tenía propiedades magnéticas y que el magnetismo podía ser la cura de las enfermedades; Mesmer mezcló estas dos posiciones.

Gassner efectuó su exorcismo mediante crisis convulsivas, colocaba al

paciente de rodillas ante él, le preguntaba su nombre y le pedía describir su enfermedad, habiendo averiguado que el paciente tenía completa fe en Jesús, precondición necesaria y esencial para el tratamiento. El paciente experimentaba convulsiones bastante severas, lo cual era prueba para Gassner, que la enfermedad se debía a espíritus malignos y así demostraba su poder a esas fuerzas dirigiéndolas a convulsiones en varias partes del cuerpo, habiendo dominado la presencia del diablo, terminaba el tratamiento, sacándole al diablo por medio de las yemas de los dedos de los pies (Elleberg, 1970).

La otra vieja creencia que influiría en Mesmer fue la de los poderes curativos del imán. El uso de anillos magnéticos, y en los brazos, de talismanes y de cajas magnéticas fueron de uso común para curar enfermedades gradualmente, se fueron desarrollando teorías para explicar los efectos del magnetismo; se razonó que si el magnetismo podía curar, debía ser por que el cuerpo humano tenía propiedades magnéticas.

Uno de los investigadores en esta área fue el padre Hell, él creyó que las curas más eficientes por medios magnéticos podían mantenerse por placas metálicas magnéticas que eran hechas para ser colocadas propiamente cerca de la parte enferma del cuerpo; esto es en lugar de utilizar la vara mágica, fijaba un arnés de acero en la parte afectada como: los riñones, el estómago, el corazón, los pulmones; logrando un porcentaje de éxito del 60% al 70% de sus pacientes.

Hell se estableció en Viena en 1774 siendo nombrado profesor de Astronomía. Mesmer conoció a Hell y le pidió que hiciera varias placas para ser aplicadas en diferentes partes del cuerpo, inmediatamente después Mesmer empezó a tratar a sus pacientes por medios magnéticos, ante esta situación se desarrolló una disputa con Hell quien afirmaba que Mesmer había robado su descubrimiento y trabajos, decía que había hecho una mejor investigación, ya aseguraba que la confección de sus imanes adaptados al cuerpo de manera que coincidieran con el vértice magnético, obtenía el éxito no logrado en otros lugares donde se experimentaba como en Inglaterra, Alemania y Francia, a causa de sus imanes poco perfeccionados. En defensa de su posición Mesmer procedió a demostrar que los imanes no eran el elemento esencial en la cura, dio a conocer que casi cualquier otro metal, papel, lana, seda, vidrio y agua podrían conducir la fuerza magnética exitosamente. Estas doctrinas magnéticas ortodoxas sobre la creencia que las fuerzas magnéticas generales en los efectos curativos de la crisis forman los principios de la posterior práctica de Mesmer. Como se ve las ideas de Mesmer, no fueron nada nuevas pero modificó y proporcionó las dos teorías juntas La del Fluido Universal y el Magnetismo Animal (Hartland, 1974).

LOS PODERES MAGNETICOS DEL HOMBRE

En 1733 - 1815, época de Franz Mesmer, inició sus investigaciones sobre la hipnosis. La aplicación natural de este fenómeno originó estudios científicos, y no como algo mágico.

Franz Mesmer, nació en Viena, hijo de un cazador de la corte, su padre había decidido que Mesmer sería teólogo. En una ocasión observó como un leñador al caerle un árbol, le fracturó la pierna, en este incidente el joven Mesmer se percató que cuando se aproximaba al hombre herido, cuyo músculo sangraba profusamente, la hemorragia se suspendía; y que inmediatamente que Mesmer se retiraba, comenzaba de nuevo con mayor intensidad, la hemorragia cesaba tan pronto pasaba su mano sobre la herida.

Desde entonces comenzó a preocuparse por fenómenos similares (Volgysi, 1978). Mesmer se recibió de médico en 1766, en la facultad de Viena, para recibirse, presentó una tesis llamada: La influencia de los planetas (de planetorum influxus), que según Gorky y Gorky (1981), fue un plagio de los trabajos de Ricardo Mead; originalmente publicado en 1704 y traducido al inglés en 1748, que se tituló un tratado relacionado con la influencia del sol y la luna sobre los cuerpos humanos y las enfermedades. La noción de que los planetas ejercían una influencia en la vida del hombre y de los descubrimientos de la ciencia de su tiempo, que habían descubierto recientemente ciertas fuerzas invisibles, como la gravedad y la electricidad, que influyeron en gran medida en el pensamiento de Mesmer.

En su trabajo de tesis planteaba su teoría donde postulaba, que existía un fluido universal, una especie de gas invisible e impalpable dentro del cual todos los cuerpos estaban inmersos; el fluido tenía propiedades como las de un magneto y podían ser retiradas por la voluntad humana, de un punto y concentrado en otro. Si el fluido era bloqueado, resultaba una enfermedad; pero si el fluido era redirigido convenientemente, la cura se

realizaba. Creía que las enfermedades resultaban cuando el flujo y reflujo normal del fluido eran interrumpidos, por lo tanto creyó que la salud podía restaurarse produciendo en el paciente crisis convulsivas, el bloqueo entonces, se eliminaba y el fluido actuaba adecuadamente, el sujeto estaría nuevamente en armonía con la naturaleza, y así se curaría. Por lo tanto, la salud se alcanzaba por el restablecimiento armónico del fluido, sustancia a la cual Mesmer llamó magnetismo animal (Wolberg, 1948). Aclara que el término magnetismo animal se debe aplicar a todas las criaturas que respiran, pues la palabra animal, viene del latín, " animus" que significa respiración. Inicialmente pensó en controlar las fuerzas del fluido por el uso de magnetos, los que aplicaba al paciente sobre el cuerpo o haciendo pases. Así como, empezó a tratar a sus primeros pacientes.

Frauleim Oslerlime fue un paciente que, tenía 29 años y sufría un mal convulsivo, acompañado de otros síntomas como de severos dolores de dientes, oídos, delirios, vómitos, agresividad y desmayos. Mesmer intentó modificar su incidencia por medio de un conjunto de placas magnéticas que al establecer una corriente magnética dentro del cuerpo alteraría la condición del paciente; cuando Mesmer observó que los ataques disminuían, le dio a tomar una preparación que consistía en hierro, y posteriormente puso imanes en su estómago y en sus piernas. El sujeto experimento sensaciones extrañas, sintiendo dentro de él, corrientes dolorosas que caminaba hacía las partes bajas del cuerpo, produciéndole crisis convulsivas, a la que Mesmer denominó benéficas; Mesmer consideró a estas crisis como el principal beneficio al

paciente y la causa de la cura (Sheehan , P . 1976).

Posteriormente surgió en Mesmer la creencia de que el magnetismo animal podía ser almacenado en botellas, y esto se podía transferir a un objeto animado, el cual poseía poderes mesméricos (magnéticos). El magnetismo animal podía ser controlado a la voluntad de la persona que poseyera . De ésta manera el magnetismo fluía de las manos del operador hacía el interior del paciente . Mesmer creía que es extraño fluido odia ser reflejado y que también podía ser visto. Se suponía que los sujetos odian observar fluyéndoles en los ojos y manos del magnetizador, tal fuerza (Wolberg, L. 1984; Hull, C., 1933).

Mesmer (citado por Davis, C. A., 1980), definía al magnetismo animal haciendo alusión de que era un fluido de índole magnético que penetraba todas las cosas y era capaz de recibir y comunicar toda clase de impresiones y movimientos. Indicaba Mesmer que el fluido ejercía inmediata acción en los nervios por donde circulaba, de suerte que era posible la inmediata curación de los trastornos y enfermedades subsiguiente.

El magnetismo lo define Jagot P. C. (1982) como la influencia inherente a todos los cuerpos y que se desprende con intensidad particular del organismo humano. Inspirada en la física general, admite que este agente se haya constituido por ondas resultantes de la vibración de átomos constituidos de los cuerpos, la amplitud y la frecuencia de las ondas magnéticas, varía según se trate de un vegetal, animal o un ser humano. Este mismo agente

magnético que radia alrededor de nosotros se observa donde quiera en la naturaleza principalmente. Acompaña toda manifestación del movimiento y la vida, con el vocablo magnetismo se estudia en física, los fenómenos debidos al imán. Son éstos, últimos los que por analogía han dado su nombre al magnetismo.

Los métodos de Mesmer sobre la magnetización usando una tina (banquet). El banquet era un barril de encino de 12 a 18 pulgadas de altura, el Tamaño era suficiente para que unas 30 personas se pudieran sentar alrededor, en el fondo de la tina yacían vidrios y botellas con limadura de hierro.

La tina tenía una tapa con agujeros, de los hoyos sobresalían varillas metálicas móviles colocadas de tal forma que fuesen aplicables a diferentes partes del cuerpo. Los pacientes se sentaban alrededor de la tina en varias hileras, los de la primera hilera estaban en contacto directo de la tina por medio de las varillas metálicas para transferir la fuerza a todo el grupo; los pacientes se conectaban unos a otros por medio de cordones colocados alrededor de sus cuerpos, y tomándose unos a otros por los dedos índices y pulgares.

En las proposiciones Mesmer establecía que el magnetismo podía ser transmitido y aumentado por espejos y sonidos, los espejos estaban estrictamente colocados alrededor del cuarto y la música suave se tocaba con instrumentos de aire, un piano y una armónica.

Los pacientes yacían sentados en silencio, este procedimiento en ocasiones era suficiente para producir una crisis en algunos de ellos, y posteriormente eran llevados a un cuarto conjunto acolchonado donde podían convulsionarse sin dañarse.

El 12 de Marzo de 1784, el rey de Francia, quién nombró una comisión investigadora del magnetismo animal. El objetivo que planteó la comisión fue investigar la existencia y utilidad del magnetismo basándose en cuatro puntos principales:

- 1.- El efecto del magnetismo en ellos mismos (comisionados).
- 2.- Estudiar el magnetismo en otras (catorce personas enfermas).
- 3.- Examinar el fenómeno magnético. Esto lo hicieron observando a Jumellin quien producía efectos idénticos a los de Mesmer, pero distinguía los polos magnéticos en el cuerpo humano.
- 4.- Usar gente con los ojos vendados, de tal manera que no se dieran cuenta de que habían sido magnetizados.

Los primeros tres puntos se realizaron con observaciones naturalistas bajo condiciones precarias de control.

El cuarto punto era examinar el efecto del magnetismo en sujetos que no sabían que habían sido magnetizados o que no sabían cual era la supuesta fuente magnetizada.

Los comisionados se llevaron una sorpresa, y confirmaron de que las crisis no ocurrían a menos de que los sujetos supieran que estaban

mesmerizados. Al observar a Jumellin, una mujer que era muy sensitiva; sintió calor cuando aproximaba la mano a su cuerpo, luego le vendaron sus ojos, y se informó que sería magnetizada; experimentó la misma sensación pero cuando fue magnetizada sin ser informada de ello no sintió nada. La comisión no se impresionó e insistieron en que el efecto mesmérico sucedía porque los sujetos creían que estaban frente a una árbol magnetizado.

La clave del mesmerismo parecía ser que era el poder de la imaginación. Otra explicación ofrecida del fenómeno fue la de dar ciertos pases magnéticos que incluía la aplicación de las manos sobre el estómago, que servían para irritar y comprimir el estómago, el diafragma y el útero, lo que daba algunas crisis. De la presión sobre el diafragma se originaban los suspiros, de la furia a expresión de alegría.

El cólico del desmayo podía resultar de la presión de las vísceras del bajo vientre en combinación con la "imaginación".

La imaginación después de todo era lo fundamental en el mesmerismo, ante tales condiciones, la comisión no tuvo alternativa y tomó la decisión de declarar en contra de la existencia del magnetismo animal, como una fuerza física.

Deslon (1882) fue capaz para reconocer la potencialidad de una medicina de la imaginación una medicina " Psicológica " su postulado era, que la investigación es un fluido el cual abunda en el ser humano, no fue, sino a mediados del siglo XIX, que la idea de una medicina

psíquica fue aceptada.

Uno de los alumnos de Mesmer fue Armando Marie Jasques de Chastened, Marquez de Poysegur (1751-1825); inició su entrenamiento en el magnetismo, y le disgustaba que los pacientes se convulsionaran en la tina o en otras formas grupales. Pensaba que en tales circunstancias era difícil vigilar al paciente, si las crisis se hacían más extremas; además el magnetizador no podía guiar y tranquilizar al paciente. Inicialmente trató a dos mujeres con fuertes dolores de muelas, el tratamiento proporcionado fue sin las desagradables crisis, y el resultado de su tratamiento tuvo mucho éxito al aliviar rápidamente los padecimientos de los pacientes, de esta manera, Poysegur repitió su práctica varias veces y confirmó que las crisis no eran necesarias. Mesmer no trataba de influir un trance inicial, este procedimiento hipnótico fue descubierto accidentalmente por Poysegur cuando inició su práctica. Una acción que realizaba a Víctor, un joven campesino de 23 años, quien había sufrido problemas pulmonares durante cuatro días, Poysegur logró bajarle la fiebre y luego la magnetizó, su sorpresa empezó al hablarle al paciente adecuadamente, parecía no estar consciente de lo que sucedía, al despertar de su estado, no podía recordar nada de lo que sucedió durante ese periodo. En otro momento volvió a Víctor al estado de sonambulismo, Víctor le dio a guardar a Poysegur un documento de suma importancia. Al otro día Poysegur encontró a Víctor buscando preocupadamente aquel papel, del que no recordaba donde lo había dejado. A este trance o sueño se le denominó SONAMBULISMO ARTIFICIAL por su similitud con el sonambulismo.

Poysegur observó tres hechos que ocurrían en el hipnotismo, entonces llamado mesmerismo. A estas condiciones les llamó sonambulismo artificial, notó que el sujeto magnetizado podía escuchar sólo lo que el magnetizador decía y se olvidaba de todo lo demás, aceptaba las sugerencias sin réplica, y no recordaba nada de los eventos ocurridos durante en trance, cuando se restablecía la conciencia normal (Wolberg, L., 1948). A su vez creyó que el sujeto en trance poseía una segunda visión y podía realizar proezas increíbles, como leer mensajes sellados y soportar pinchazos en la piel, la aplicación de objetos al rojo vivo sin lloriquear. Poysegur en 1785 comenzó a modificar las teorías de Mesmer favoreciendo la creencia que existía una forma de transferencia mental del magnetista al sujeto, en donde el magnetista tenía el principal poder, todos los conceptos vertidos hasta este momento, se puede considerar como perteneciente a un periodo en la historia de la hipnosis, y se le puede llamar prehistórico; en este momento empezó a preocuparse de un fenómeno primero considerado totalmente sobrenatural, usado por brujos, magos y adivinos. Kirchoff, Hell, Gasner y Mesmer; intentaban dar una explicación científica y natural al fenómeno que hoy se llama hipnótico. Esta empezó a separarse de lo sobrenatural e intentaron darle explicaciones físicas a eso que sucedía. No se puede juzgar por los errores de sus teorías como las de sus contemporáneos, ya que fue el inicio y el interés por el fenómeno psicológico, al intentar explicar lo que sucede, el tiempo era difícil ya que la ciencia se plantea el problema, se desarrollan las hipótesis se controla variables y se dan teorías.

A partir de 1815 aparece una nueva figura, quien revolucionó el

pensamiento de a época y es Abad José Fustodio Difaria, quien según Perry (1973), nació en Goa, Portugal en 1755 o 1756 y murió en 1819, en el año que se publicó su libro " Sobre las causas del sueño lúcido ".

Faria llegó a París en 1813 llevando consigo el conocimiento del hipnotismo practicado en el oriente. Su pensamiento era muy adelantado a su época y explicó que el fenómeno no se debía a fenómenos magnéticos, sino a efectos psíquicos. El denominó al magnetista el concentrador y al paciente, magnetizado "el que se encuentra", y al proceso magnético (hipnótico) " concentración o sueño lúcido". Faria innovó los procedimientos de inducción y reemplazó los elaborados rituales de los mesmeristas con métodos magnetistas más simples. Solicitaba al sujeto que cerrará los ojos y fijara su atención en el sueño después de un corto período; le decía al sujeto "duerma".

Este procedimiento se basó en la experimentación con más de 5000 personas.

En contraposición a los magnetistas, creía que el fenómeno hipnótico dependía casi y exclusivamente de la habilidad de la concentración de los sujetos hipnotizados y se interesó en el papel de la sugestión en el ámbito clínico (Perry, C., 1973).

El libro de Faria sobre " El sueño lúcido ", el cual era sólo la primera parte del proyecto de un gran tratado y que fue interrumpido por la súbita muerte de su autor; categóricamente rechazó las teorías magnéticas. Faria

decía que no era capaz de concebir como la especie humana puede ser tan mística y buscar la causa de estos fenómenos en fuerzas extrañas, en un fluido magnético, en el calor de los animales y en muchas otras extravagancias de esta naturaleza. Cuando lo sucedido en el sueño lúcido es común para la naturaleza humana. Faria empezó a descifrar el paralelismo entre el sueño hipnótico y el fisiológico, comenzó a presentar mucha atención a los efectos fisiológicos de la hipnosis conforme a algunas teorías y concepciones médicas erróneas de la época. No fue sino hasta que se usaron los métodos electroencefalográficos, aproximadamente en 1950, que se mostró la diferencia entre el sueño hipnótico y el fisiológico (Sheeham, 1976).

A pesar de sus últimas consideraciones sentó bases firmes para considerar a la hipnosis " como un sueño lúcido "; principalmente como un fenómeno psíquico que era efectivo por los poderes de concentración del sujeto, otorgándole al terapeuta el papel de guía del paciente y despojándolo de los poderes personales que en algunas ocasiones se le había atribuido.

La mayoría de las observaciones de Faria se han ignorado o han sido atribuidos a sus contemporáneos como Alexander Bertrand (Perry, 1973).

Bertrand creía que lo sucedido en los fenómenos era una percepción instintiva migratoria de los pájaros. No fue hasta las publicaciones de Faria que Bertrand respondía a la doctrina magnética de una fuerza externa y atribuye al magnetismo al poder de la imaginación. La noción de Bertrand (1819) del papel psíquico como el principal responsable de la hipnosis, expresa

una doctrina más sofisticada que la de Faria; sin embargo, las ideas fueron originalmente de Faria y Bertrand las impulsó.

Noizet y Bertrand realizaron experimentos de 1819 a 1823 aproximadamente; gracias a su labor y resultados, lograron que la comisión de la academia médica de París de 1826 examinara el problema del "magnetismo animal", investigó la comisión dando un valor de seriedad, aunque no pudieron convencer a la academia francesa y alemana de la importancia del asunto. Después de muchos trabajos la comisión declaró que por lo que había visto, algunos resultados dependían solamente del llamado magnetismo donde había fenómenos fisiológicos bien documentados terapéuticamente. Observaron algunas características del sujeto hipnotizado como: estupor, somnolencia, inconsciencia de algunos ruidos externos, pérdida de la sensación de olor, tacto y en general la modificación de las percepciones y de las facultades del individuo. Los que estudiaban la hipnosis aclamaron este reporte con gusto, pero la Academia Médica de París nunca lo publicó.

El principal problema de magnetismo fue que lo ubican como algo mágico, sin embargo el magnetismo animal comprendido como las primeras concepciones de Hall, Gasner o Mesmer intentaban en ocasiones encontrar evidencias de lo sobre natural algunos de estos magnetistas perjudicaron al exagerar las curas, la percepción extrasensorial o la segunda visión.

En 1837 en el segundo reporte de la academia de ciencias declaró al magnetismo de humanos como un proceso sobrenatural indigno de interés.

En 1840 la academia de ciencias prohibió a sus asociados experimentar y discutir sobre el tema.

Mientras el movimiento "mesmérico" o "magnético" se apagaba en Francia; en otras partes del mundo continuaba el dilema y el interés por el tema, aunque con escepticismo. Braid nació en Inglaterra en 1795 y murió en 1860, era uno de los escépticos, sin embargo; asistió en una ocasión a una exhibición del magnetizador francés, Lafon Taine, en Manchester 1841.

Braid tenía la intención de describir y mostrar el fraude, pero no encontró nada, se dio cuenta que en la inducción los sujetos tenían temblores en los párpados, que los globos oculares giraban hacia arriba, y que luego se relajaban y finalmente dormían. Volvió a presenciar una segunda vez la sesión y después de hacer exámenes al sujeto magnetizado, se convenció que el fenómeno era genuino, así se entusiasmó y a su vez se involucró lo más que pudo en el magnetismo animal, experimentó por su cuenta. Influidado por su práctica como oftalmólogo, buscó la naturaleza del magnetismo animal en la fatiga del ojo interno o psíquico como lo llamó.

Los experimentos que realizó, lo condujeron a negar la existencia de propiedades magnéticas, la acción de cualquier fluido, la existencia de cualquier cosa externa sobre el sujeto magnetizado, la causa del fenómeno no era del fluido que pasaba del cuerpo mesmerista del sujeto, ya que él encontró que los fenómenos de Mesmer no eran de origen físico, aunque le faltaban los conocimientos de la medicina y la Psicología moderna; definió el mesmerismo en términos modernos, como la influencia hecha en el sistema nervioso por

medios físicos y psíquicos.

Braid propuso una nueva terminología para todos aquellos fenómenos que antes se habían conocido como " magnetismo animal " o mesmerismo y otros nuevos términos planteados por Poysegur: " sonambulismo artificial " o Faria " sueño lúcido ". Este nuevo término fue hipnosis basado en la palabra griega Hypno que significa sueño (Sheehan, 1976).

Braid desarrolló una técnica especial para inducir al trance, un método que aún se usa; y consistía en la fijación de la vista, también conocido como braidismo.

Al poner la paciente que viera un corcho que tenía puesto sobre la frente, fue desarrollando su procedimiento, posteriormente hacía que sus pacientes vieran fijamente un objeto brillante, el objeto podía ser una vela, estuche de bisturí, un cristal al que reflejaba la luz; el objeto se colocaba cerca y ligeramente arriba de los ojos, en tal forma que los músculos oculares podían tener tensión hasta que los ojos por sí solos se fatigaban, sucedía lo mismo con el ojo interno, el de la mente y el sujeto caía en un estado parecido al del sueño. Su técnica finalmente se combinó con sugerencias verbales, aunque al principio los desdeñó, vio la importancia que jugaba en el proceso técnico. En sus trabajos de 1855, enfatizó el papel de la sugestión en el fenómeno hipnótico entonces sugirió que se usara el término "psicofisiológico" para denominar generalmente el fenómeno de la hipnosis, la cual es la acción recíproca del cerebro y de la materia.

Poco después (1860) de examinar y trabajar la hipnosis Braid se dio cuenta que obtenía muy buenos resultados al aplicar sus técnicas en el tratamiento de algunas enfermedades y procedimientos quirúrgicos. Las aplicaciones de la hipnosis en la cirugía no fueron nada innovadores en Braid; ya por los años de 1830, John Elliotson, empezó a interesarse en el uso del mesmerismo como anestésico empezando con la cirugía bajo hipnosis los reportes de este trabajo se hacían en la revista " Lancet ", que al principio lo apoyó, pero súbitamente esa revista y otras lo empezaron a criticar mencionando; " si no hay fuerza física, no hay fluido magnético, entonces las curas o cirugías magnéticas son un engaño "(Darnot R. 1980).

Al perder el apoyo de la revista " Lancet "; junto con algunos seguidores fundó la " Soist ", revista dedicada al mesmerismo y a la fisiología cerebral. Bajo la influencia de Elliotson se fundaron instituciones de la hipnosis en varias partes de la isla británica, en uno de los institutos se reportó que se había mesmerizado a 1200 personas realizando 20 operaciones quirúrgicas sin dolor (Darnot R, 1968).

En 1843 el doctor Ward seguidor de Elliotson presentó el trabajo en la Sociedad de medicina y cirugía en Londres. Cirugía ejecutada para amputar un muslo bajo trance hipnótico, la sociedad no aceptó. Algunos médicos sugirieron que el paciente mentía por lo que se consideró suspendido el acto como si nunca se hubiera reportado, ante los gritos de descrédito de la sociedad real, Elliotson respondió publicando un folleto al que tituló "Numerosos casos de operaciones quirúrgicas sin dolor en estado hipnótico ";

estos reportes deberían haber sido acogidos con júbilo pues entonces no se conocía ningún método anestésico, pero no fue así, debido a que la clínica médica oficial no podía concebir que algo no tangible fuera real y eficiente en la terapéutica.

Más tarde alrededor de 1850 James Esadalle reportó la realización de 75 operaciones bajo hipnosis efectuados en el hospital de Calcuta en la India; pero nunca se le dio crédito a lo realizado, entonces decidió recolectar más datos para nuevamente ponerlos a disposición del gobierno y cuando acumuló un ciento de operaciones, presentó sus resultados y en un comité de investigación designado por el gobierno de Bengala, declaró exitosos sus experimentos, así acreditó trescientas operaciones mayores llevadas a cabo bajo la influencia de la hipnosis (Wolberg. L. 1948).

Se utilizaba regularmente la técnica de la hipnosis como uno de los principales anestésicos en las clínicas regulares, pese a las prohibiciones impuestas. Al aparecer el uso de anestésicos descubiertos en la primera década del siglo XIX, decayó totalmente el interés, del uso de la hipnosis como anestésico.

Charle Rad Clytte Hall en 1845 intentó definir los límites entre el dormir y la vigilia y sobre todo las fases del sueño. Para Hall la mente tenía una gran influencia sobre el cuerpo: explicaba el efecto del analgésico de la hipnosis debido a la concentración de la mente causa el desatender las sensaciones de los sentidos, por lo que algunos estímulos pueden actuar en los mismos sentidos, sin que se hagan conscientes, y por lo tanto sin convertirse en

sensaciones. (Gorky, 1981).

El 1859 el DR. Eduard Azam vio en un paciente con desdoblamientos de personalidad, que una parte era moral y correcta, su otro Yo era inmoral, como consecuencia de su desequilibrio. La paciente tuvo un hijo, y ella no recordaba nada de su Yo inmoral y al tener a su hijo, la confusión fue total. Azam vio este caso durante 25 años, hasta que le mencionaron la existencia de un método llamado hipnosis que Braid utilizó. Azam curó a su paciente y de nueva cuenta introduce la hipnosis a Francia.

Se retomaron los conceptos de Braid y se decía que la fuerza determinante estaba en el mismo sujeto, esto llegó a la conclusión que había una orientación psicológica de la hipnosis causada principalmente por la influencia psíquica o sugestión como Braid lo llamó (Hull, 1933).

Siebeault fue médico humil de quien empezó su práctica de campo en 1850, rechazó el fluido magnético y se estableció en la escuela de Nancy en 1864, escribió sobre la hipnosis "El Sueño y el estado análogo consideraciones especiales de la acción de la moral en la psique". Bernheim consideró la hipnosis como cambios fisiológicos que consideran un decremento en la participación del Yo; vio a la hipnosis como un estado de conciencia alterado y como una manifestación normal (Weitzenhoffer, 1978).

Gracias a los trabajos que realizaron juntos Liebault Bernzhein y a las investigaciones que continuaron elaborando en la escuela de Nancy; nace la primera escuela de hipnosis, considerándola como un método oficial de

tratamiento en las clínicas generales y de Neurología, desarrollando una forma simple de psicoterapia, los logros obtenidos atrajeron la atención de Jean Martín Charcot.

Charcot nació en 1825 y murió en agosto 1893 a la edad de 68 años. Desde que era estudiante de medicina se interesó en el pabellón de las enfermedades nerviosas. Al paso del tiempo se convirtió en un gran neurólogo, llegando a ser director del pabellón de su especialidad.

Charcot fue ante todo clínico, pensaba que para hacerlo no bastaba con la teoría y que era fundamental la observación y la práctica. Estudiaba las enfermedades nerviosas y finalmente se dedicó casi exclusivamente a la histeria la más enigmática enfermedad nerviosa para lo cual no había nada establecido (Freud S. 1888 – 1889).

Al dedicarse a la hipnosis y las extravagancias anticientíficas de los magnetizadores de mala fama, Charcot presumía de que sus experimentos serían anticientíficos y técnicamente estaría por encima del reproche. Hull (1933), señala que a pesar de la petulancia de Charcot, ninguno calló en errores tan grandes o han estado tan extrañados en sus métodos experimentales como Charcot, siempre temió que sus pacientes lo ignoraran por lo que buscó signos de influencia magnética.

Hull también señala que Charcot nunca hipnotizó a nadie sino que dependía de sus asistentes para hipnotizar a sus sujetos, sus sujetos fueron principalmente tres mujeres histéricas, con estas tres pacientes con patología

mental buscó los signos " objetivos ", característicos del sujeto hipnótico.

Aplicó los mismos métodos que recientemente había aplicado en el estudio de las ataxias y esclerosis cuando estimulaba a sus sujetos, sus músculos parecían mostrar reacciones que sugerían algunas leyes .

Charcot pensaba que la hipnosis podía examinarse con las mismas ideas y métodos de sus trabajos previos. El mismo martillo podía usarse para examinar los reflejos. Como siempre lo habían hecho, las demostraciones hipnóticas podían hacerse, ante el admirable círculo de alumnos; el pensaba que el método de demostración frente a sus alumnos era infalible y siguiendo estos métodos reportó numerosos descubrimientos. Charcot mencionaba que el hipnotismo mostraba tres estados.

A) Letárgico: caracterizado por el cierre de los ojos, la imposibilidad de escuchar y hablar al oprimir ciertos nervios se presentan contracturas.

B) Cataléptico: cuando los ojos del sujeto se abren al estar en estado letárgico, entonces el sujeto pasa al estado cataléptico, en éste, los miembros del sujeto permanecen en cualquier posición que se les coloque y el sujeto permanece sin poder oír o hablar. (Freud S. Notas Introdutorias Hipnosis 1886 -1889).

C) El sonambulismo: si se fricciona la tapa de la cabeza, si presiona la zona escapular, entonces el sujeto pasa a estado sonambulista, donde el sujeto además de lo ya dicho, puede hablar y oír. (Sheeham 1976).

En ocasiones las contracturas y otras manifestaciones hipnóticas aparecen en un lado del cuerpo, en tal caso se acerca un gran imán en la parte del cuerpo afectada, el síntoma desaparecerá e irá al otro lado del cuerpo a este fenómeno lo llamó transferencia.

Las observaciones de Charcot estaban totalmente en contraposición a los hallazgos en la escuela de Nancy. En 1882 Charcot declaró ante la Academia Francesa de Ciencias que la hipnosis era evidencia de anormalidad, de patología que sólo se debiera a influencia psíquica : la influencia de este neurólogo fue de mucha importancia para la hipnosis, no por sus erróneos trabajos, sino por el gran prestigio de que gozaba dándole gran peso al estudio de la hipnosis y obligando a la academia francesa a escuchar las discusiones acerca del fenómeno, con éste cambio en la expectativa de la academia muchos otros científicos se involucraron en el estudio de lo que una vez fue llamado mesmerismo y ahora libre de prejuicios se llamó hipnosis. Al cambiar el pensamiento que rechazaban totalmente todo lo que tuviera que ver con hipnosis casi con la mismo fecha del reporte Charcot en 1882, se fundó una organización para la investigación psíquica , donde se investigó el uso terapéutico de la hipnosis. Entre los miembros estaban Williams James, Bernhein Stanley, Hayll, Lyebeault y Janet.

La Asociación Médica Británica en 1891, también puso una comisión para investigar el valor terapéutico de la hipnosis. Los reportes que publicaron contenían la opinión de que como agente terapéutico la hipnosis es efectiva en el alivio del dolor, procura el sueño y alivia muchos padecimientos funcionales (Darnot R. 1968).

Las observaciones de Charcot fueron erróneas y totalmente contrarias a la escuela Nancy lo que demostraría la falsedad de las declaraciones de la Salpetriere, al paso del tiempo y de la investigación le daría la razón a la escuela de Nancy.

Provocado por la declaraciones de la Salpetriere representada por Charcot, Bernheim publicó un libro basado en 700 pacientes y más de 6000 tratamientos efectuados por Liebeault donde demostraba la falsedad de las declaraciones de Charcot con respecto a la condición de anormalidad de la hipnosis.

Las declaraciones de Charcot son muy débiles pues lo que dijo se basó en la observación de unas cuantas histéricas (al parecer tres) ¿Cómo pudo afirmar que sólo en las histéricas se presentaba la hipnosis si nunca trabajó, como lo hicieron en la escuela de Nancy con sujetos normales ? Por otro lado es sorprendente el retroceso de Charcot al mesmerismo principalmente dicho, él cree en la influencia de los imanes en el cuerpo. Es increíble como Alfred Binett alumno de Charcot y continuador de las creencias de su maestro, se convirtiera luego en figura importante para la psicología, desarrollando los exámenes de inteligencia. Según Binett trataría de mostrar la influencia magnética de la que hablaba Charcot y de la que Bernheim dijo tratarse sólo de la especulación psíquica (sugestión) ejercida sin darse cuenta por el medio producido por el hipnotista Binett trató de eliminar la sugestión y la especulación con los siguientes controles.

A). Como la investigación de éste tópico es nueva para los Investigadores no podrá preverse lo que sucederá y por lo tanto, no puede haber sugestión por parte de los investigadores .

B). Los sujetos serán nuevos, no tendrán experiencias hipnóticas

C). El magneto se ocultará.

D). El magneto se hará invisible mediante sugestión

E). Se usará un magneto falso de madera.

Según Binett y colaboradores bajo las condiciones (c) y (d) se producía la transferencia, Bernheim inmediatamente respondió a estos controles y resultados inadecuados; mencionaba que cuando el sujeto escuchaba la descripción de lo que sucederá los efectos clásicos del magneto, sino también todas las variedades de la " transferencia ". Replicó el experimento Binett pero después de la primera aplicación del magneto lo sustituyó por una variedad de objetos sin que el sujeto se diera cuenta, y en todos los casos se da la transferencia, a los reclamos de Charcot de la existencia de tres fases en el hipnotismo, le respondió que si en sus investigaciones nunca tomaron en cuenta esas tres fases; fue por que nunca las encontraron y que ellos no podrían asegurar que los ojos abiertos o cerrados de los sujetos o el frotarles el verte modificaría la hipnosis (Hull, 1933).

El mismo Freud (1889), dijo:

"Sólo aquellos adversarios del hipnotismo que encubren su falta de experiencia en esta materia, remitiéndose a las opiniones de cualquier autoridad, continúan fieles a la teoría de Charcot y que gustan de alegar una afirmación de sus

últimos años que niega toda significación a la hipnosis como medio terapéutico”, el mismo Charcot un año antes de su muerte en 1892 al realizarse el segundo Congreso Internacional de Psicología y al empezar a caer, tanto sus teorías, de la hipnosis como la histeria, empezó a revisar sus opciones pero la muerte lo sorprendió (Blum, G., 1967).

Finalmente el conflicto sobre la hipnosis estaba resuelto, había triunfado la escuela de Nancy. El triunfo cristalizó e incluso continuaron las ideas de Nancy, cambiándose y modificándose algunos aspectos, pero manteniendo los conceptos primordiales, eso fue lo que sucedió en lo que se conoció como la escuela "Neonancy". Esa escuela la desarrolló Emile Cove, empezó a estudiar la carrera de medicina pero por problemas económicos nunca la terminó, trabajando solo como farmacéutico. Cove fue amigo de Liebeault, por tal razón se inició en el estudio de la práctica de la hipnosis en 1910, siguiendo el ejemplo de su amigo. Cove puso una clínica en su casa y dio gradualmente sus servicios de sugestión curativa. La diferencia esencial con la escuela de Nancy no se enfocaba esencialmente a la autosugestión, sino lo que podía llamarse heterosugestión; sugestiones o influencias psíquicas hechas por el terapeuta donde también podía haber la del paciente.

LA ERA MODERNA. SIGLO XX

Al inicio de este siglo la hipnosis tomó gran importancia en los medios científicos y de la salud donde se atribuyeron grandes propiedades terapéuticas al hipnotismo, por ejemplo, el poder curar el sonambulismo, dolores corporales, insomnio, parálisis funcionales, problemas menstruales,

anorexia, tartamudeo, mareos, enuresis, ataques de tos, por citar algunos Freud S. (1886 –1889).

Breuer al rededor del año 1880 introdujo una importante invención a la Hipnoterapia, cuando trataba a una paciente histérica llamada Ana O a quien se le había precipitado una enfermedad, por el estado de gravedad que se encontraba su padre; Breuer estaba confundido pues a pesar de todos los esfuerzos que había realizado mediante la hipnosis, para curar a Ana, sus síntomas cada vez se hacían peores.

Accidentalmente descubrió cuando inducían a Ana en estado hipnótico y se le dejaba hablar libremente, observó una profunda emotividad. Con tal método Ana experimentó alivio a su problema. Ana hablaba de sus experiencias pasadas, experiencias reprimidas que hacían surgir el síntoma después de que Ana regresaba al pasado a la experiencia traumática el síntoma desaparecía.

Al poner lo reprimido bajo la conciencia hacía innecesario transformar esa energía reprimida en síntoma. A esta técnica Breuer la llamó " método Catártico". Freud le debe mucho a la hipnosis, ya que por medio de ella empezó a descubrir el inconsciente que desembocaría en su obra.

Realmente lo que se dice de Freud respecto a la hipnosis es un poco contradictorio. En algunos textos como Kroger (1963) o el de Gorsky y Gorsky (1981); y alguno más mencionan que Freud abandonó a la hipnosis por su incapacidad de inducir al trance hipnótico suficientemente profundo y se arguye que por ello decidió cambiar su técnica al descubrir lo que llama "asociación

libre " que consistía en poner al paciente recostado en un diván y dijera todo lo que le viniera a la mente asociado libremente.

Se asegura que Freud se mostraba entusiasta cuando comenzó a conocer la hipnosis.

El prólogo de Freud al libro de Bernheim se ve muy convencido de la hipnosis, inclusive se dice que es a partir del estudio de éste libro cuando pasa el interés de Freud de la fisiología a la psicología siendo este prólogo el primero de sus escritos publicados en el terreno psicológico.

Se opuso al punto de vista de la Salpetriere declarando en ese prólogo de 1888 – 1889 " el considerar a la hipnosis como peligrosa a la salud, es totalmente injusto y quienes informan sobre sus defectos nocivos son quienes menos practican y tienen el conocimiento en ella ". Estableció también que la hipnosis es inocua siendo un procedimiento digno de todo médico psicólogo Freud S. (1889 - 1899).

Freud trató a varios pacientes con el método que se conoce como Hipno - catártico, con excelentes resultados como el caso de una mujer imposibilitada para amamantar a sus hijos, presentando vómito, anorexia, fuertes dolores en los senos y otros síntomas, que le cedieron al tratamiento lográndose una cura total sin presentarse recaídas.

Finalmente, en el mismo prólogo mencionado (1888 -1889), al libro de Bernheim, Freud manifiesta la posición que mantiene ante las teorías de la hipnosis la que se considera progresista, pues no está ni con Salpetriere ni

con la de Nancy, sosteniendo que " En el hipnotismo hay tantos fenómenos psíquicos como fisiológicos, pudiendo provocarse la hipnosis de una u otra manera ". Freud S. (1889 - 1899).

Sea como fuese Freud señala: " La hipnosis pronto empezó a desagradarme como un recurso tornadizo y por así decir místico, y cuando hice la experiencia de que a pesar de todos mis empeños sólo conseguía poner en el estado hipnótico a una fracción de mis enfermos, me resolví a resignar la hipnosis " Freud. S. (1910) se inició para la Psicología en la hipnosis y cualquiera que haya sido la razón por la cual dejó la hipnosis como técnica terapéutica no implica su ineficiencia verdaderamente. Supuestamente, Freud arguyó que el quitar el síntoma no era la verdadera cura de la psique y que el síntoma regresaría, o sería sustituido por otro síntoma. Freud S. (1886 –1899).

El gran apogeo que tuvo Freud y su teoría hizo que nuevamente se olvidara de la hipnosis, recuperándose nuevamente a partir de la Primera y Segunda Guerra Mundial.

Pavlov Iván Patrovich quien nació en 1849 y murió en 1936, inició una nueva época para la Filosofía, la Psicología y la Psicoterapia. Entre 1876 y 1884.se dedicó al estudio de la fisiología del corazón y la circulación, de 1884 a 1903 al de la vida psíquica y somática recibiendo por ella el Premio Nobel. Desde 1913 hasta su muerte se dedicó principalmente al estudio de la hipnosis, el sueño, la esquizofrenia, la histeria, la neurosis.

La orientación de Pavlov era conductual y fisiológica dedicándose a la experimentación, Pavlov realizó experimentos con animales, para poder

intentar explicar el fenómeno hipnótico . El explicaba la hipnosis como un fenómeno de inhibición cortical, en sus trabajos trató de demostrar la relación entre el sueño, vigilia e hipnosis.

Explicó la sugestión como un estímulo condicionado, esta sugestión no era lo mismo que la hipnosis, ni la hipnosis era equivalente al sueño. (Volgyesi, 1969).

Pavlov uno de los maestros del Conductismo no fue el único representante de esta corriente psicológica que se dedicó al tópico de la Hipnosis, Clarck Hull un destacado conductista nacido en 1884 y muerto en 1952, a quien se le ha considerado uno de los más grandes teóricos, metodólogos y experimentadores de la psicología (Barrat, 1981).

Hull fue dentro del conductismo uno de los que más se preocuparon por la formulación de teorías. Un científico de tal importancia no podía dejar de estudiar la hipnosis, dedicándose a ella por más de 30 años; aplicándole métodos experimentales rigurosos. Una de las principales aportaciones de Hull era el demostrar que la hipnosis puede ser observada bajo una metodología rigurosamente objetiva.

A partir de Freud, se abandonó la hipnosis y tomó auge el Psicoanálisis, la hipnosis casi se olvidó a pesar de los trabajos como el de Pavlov, que en realidad poco se conoce sobre ellos con relación a la hipnosis, pero como Pierre Janet (1932) lo predijo " Un psicólogo como muchos escépticos a la hipnosis en un principio ", habrá un crecimiento de esta técnica. Siempre ha

habido ciclicidad en la aceptación o rechazo de esta materia.

Durante la Primera Guerra Mundial nuevamente se recuperó la hipnosis, aparecieron numerosos pacientes con parálisis. Amnesia, contracturas y muchos síntomas causados por los traumas de la guerra. Se necesitaba una forma de terapia rápida y fue entonces cuando se descubrió la hipnoterapia, utilizándose para eliminar directamente el síntoma por el método hipnocatártico haciendo revivir nuevamente la experiencia traumática reprimida, se hace al paciente retrocede en el tiempo y revivir los eventos, y liberar las emociones, a ésta técnica se le llamó hipnoanálisis. El tratamiento de la neurosis de guerra fue exitoso atrayendo el entusiasmo por la hipnosis.

Se repitió nuevamente el crecimiento de reportes de curas hipnóticas a problemas como disociación de la personalidad, dermatitis, verrugas, hipertensión y amnesia. (Wolberg, L. 1948).

Gracias a la demostración de su eficiencia durante la Primera y Segunda Guerra Mundial, la hipnosis fue reconocida por varias asociaciones. En 1955 la Asociación Médica Británica aprobó la hipnoterapia para el tratamiento de las neurosis y la hipnoanestesia en cirugía y obstetricia.

En 1958 el Colegio de Salud Mental de la Asociación Americana recomienda el incluir la enseñanza de la hipnosis en las escuelas de medicina y en los centros de postgrado.

En 1961 el Consejo Superior de la Asociación de Salud Mental recomendó el administramiento hipnótico por 144 horas en un lapso de 9 a 12

meses en los cursos de estudiantes y graduados (Kroger,1974; Hartland,1971).

A su vez, en el área se han realizado congresos internacionales de la hipnosis terapéutica y experimental. Siendo el primero en París en 1889,1965 y el último en 1976 en Philadelphia, E.E.U.U. (Frankel y Zamanky, 1978).

1.2 DEFINICIONES DE HIPNOSIS.

#

Freud tuvo una perspectiva de la hipnosis muy amplia, en 1888 - 1889 en el prólogo a Bernheim, discute lo declarado por él y Chatcot. (La sugestión y sus aplicaciones terapéuticas 1888 – 1889). En este manuscrito Freud proporciona algunas de las definiciones relacionadas al fenómeno hipnótico. Los que estaban en contra de la hipnosis, la definían como " una psicosis experimental provocada " A la sugestión la consideraban como una " idea compulsiva " (Bernheim 1889).

Bernheim, definió a la hipnosis como: "Una condición inocua de sugestión incrementada estrechamente conectada con la imaginación, la cual hace al cerebro más susceptible de sugestión "(Araos, 1982). Esto es el sueño hipnótico es la consecuencia de la sugestibilidad normal del ser humano cuando se cuenta la expectación de dormir según Freud, (Trabajos sobre hipnosis y sugestión Freud S. 1888 – 1889) la sugestión es algo diferente a otras formas de influencia psicológica como, la orden, la comunicación o la instrucción porque en su caso se despierta en un cerebro ajeno una representación que no es examinada en cuanto su origen sino que es aceptada como si hubiera surgido espontáneamente en dicho cerebro. (Freud S. 1888 – 1889). También definió la sugestión en " una psicología para neurólogos " (1895) como la acepción de una idea debida a la inhibición de áreas conscientes y representaciones internas.

En cambio Charcot dice que la hipnosis es un estado fisiológico alterado anormal; es decir un desplazamiento de la excitabilidad en el sistema nervioso sin participación de los sectores de la consciencia (Freud S. 1888 – 1889)

Gorsky y Gorsky (1981) conciben la hipnosis como: " Un estado de consciencia alterado, el cual difiere del estar despierto y del estar dormido".

Weitzenhoffer (1978) describe el concepto de hipnosis fundamentado en Bernheim como una condición específica de sugestibilidad aumentada a través de una acción hidrodinámica.

La hipnosis es: Una serie de cambios fisiológicos que conducen a un decremento en la participación del yo y el incremento de automatismo complejo. Resume: La hipnosis es un estado de consciencia alterado (Weitzzenhoffer 1978).

Cardaña y Penella (1980) definieron a la hipnosis como: " Una condición de aislamiento sensorial durante el cual pueden inducirse a las alteraciones en las percepciones".

Brenman y Gill (1961) son tal vez los principales representantes de la corriente psicoanalítica que intenta explicar la hipnosis : Considera que los conceptos que clasifican más al fenómeno hipnótico son la transferencia y la regresión al servicio del yo. En el proceso hipnótico la monotonía fomenta las

conductas automáticas y el yo se hace menos autónomo con respecto al medio ambiente y a las fuerzas internas del sujeto, aunque no pierde del todo su orientación a la realidad, tan sólo se fragmenta.

Brenman y Gill (1969) consideran que la hipnosis es:

A) Un intento adaptativo del sujeto para relegar el control al hipnotista, gracias a lo cual el contenido inconsciente se hace más asequible.

B) Un fenómeno de transferencia que se desarrolla a partir de una regresión parcial que asemeja interacciones sociales tempranas.

C) La construcción de un subsistema yoico que podrá mantener el control gracias a la energía que toma de las defensas psicológicas.

Desde el punto de vista experimental Wadden y Anderton (1982) definieron a la hipnosis desde dos perspectivas, la primera considera a tal estado como una variable antecedente que esta en función de las relaciones del hipnotista con el paciente donde se da una inducción tradicional consistente de sugerencias; la segunda perspectiva considera al estado hipnótico como una variable dependiente en la cual, la atención se centra en la susceptibilidad del sujeto, esto es una característica estable que lo conduce fácilmente a la hipnosis.

Cobos (1983) cita la definición de Wolberg según la cual la hipnosis es: "una completa reacción psicósomática provocada por factores fisiológicos y

psicológicos ". Desde el punto de vista fisiológico se producirá una inhibición de los centros corticales más altos, teniendo así que durante el estado de trance, de manera funcional se desconectaron las porciones cerebrales dominantes (las del razonamiento y la crítica), comenzando a funcionar aquellas zonas alternas no accesibles a la mayoría de los sujetos en estado de vigilia.

Como se puede ver la definición de lo que es la hipnosis ha sido y es un verdadero problema, por lo general en la literatura, sobre el tema se dan definiciones muy someras y en algunos casos definitivamente se da por entendido que es la hipnosis, y para tratar de resolver este problema, es describir las características y los fenómenos que se da en este estado.

Por si fuera poco existen aún más términos que se usan en este campo que es necesario intentar definir al menos para tener una idea de lo que es la hipnosis.

Se considera el origen del estímulo que produce la hipnosis, parecería que hay que tener dos fuentes de origen; " el otro y el si mismo". En este paradigma la hipnosis es un evento o un conjunto de eventos que pueden ser experimentados con la ayuda de otras personas; a esto, se le conoce como Heterohipnosis o sin ella, Autohipnosis; se observa a unos niños y se puede diferenciar que no son dos fuentes de hipnotizabilidad, sino tres; así que la autohipnosis, se puede dividir en dos autohipnosis generada totalmente por

uno mismo específicamente la realizada por el niño y la autohipnosis que ha sido producida y guiada de alguna forma por heterohipnosis, como un período de transición, en el cual ha aprendido la autohipnosis, para hacer una distinción entre estos dos procesos, se llama "hipnosis inducida por uno mismo" es realmente heterohipnosis aplicada; el terapeuta facilita el uso del talento hipnótico quien se vuelve su propio guía, "La Autohipnosis es una experiencia hipnótica sin ayuda, la cual ocurre espontáneamente si ningún entrenamiento heterohipnótico previo (Gardner,1981).

Meares, A. (1961). Define a la hipnosis como "un estado de regresión del funcionamiento mental en el que las ideas son aceptadas por sugestión en lugar de aceptarlas por valoración lógica".

En esta definición se propone la regresión como parte preponderante de la hipnosis y que las ideas son aceptadas por el sujeto al sugerírseles éstas, se observa que el Yo y la consciencia quedan solamente conformadas por el hipnotizador, la cual no es cierto, ya que ésta mantiene siempre una consciencia latente que la hace rechazar todo con lo que no está de acuerdo el sujeto.

August, R.V (1961), afirma que la hipnosis " parece ser un estado psico-fisiológico inducido que se caracteriza por sugestiones".

Barber, T. X. (1959 – 60) refieren que " el término hipnosis es una

abstracción descriptiva que se refiere a una transacción entre el sujeto y el hipnotizador".

Marmar, M: J: (1959), define a la hipnosis como: " tétrada psicológica del estado consciente alterado " y que consiste en:

- 1.- Aumento de sugestibilidad.
- 2.- Reducción del estado de consciencia.
- 3.- Vigilia selectiva.
- 4.- Atención limitada

Otras breves definiciones podrían ser " actitud condescendiente", "consciencia alterada, con una zona límite de intensidad aumentada". La definición del diccionario Webster's New Wntieth Century Dictionary, 1959 (citado por August, R. V. (1961), " estado parecido al sueño, psíquicamente inducido, por lo común, por otra persona, en el sujeto pierde (el autor hubiese dicho mejor se ha alterado), la consciencia, pero responde dentro de ciertos límites, a la sugerencias del hipnotizador". Es evidente que esta definición, va a la explicación de lo que es a lo que sigue. A su vez se observa también en las definiciones de la American Medical Association y de la British Medical Association.

La AMA (American Medical Association), define a la hipnosis de la siguiente manera: la hipnosis es un estado temporario de alteración de la atención del sujeto que puede ser inducido por otras personas y en el cual

pueden aparecer distintas manifestaciones espontáneas o como respuesta a estímulos verbales o de cualquier otra naturaleza, estas manifestaciones comprenden alteraciones de la consciencia y memoria, aumento de la susceptibilidad a la sugestión y a la producción en el sujeto de respuestas e ideas no familiares al mismo tiempo en su acostumbrada posición mental (Crasilneck, H. 1948, citado por August, R.V. 1961).

Gorton, B: E: 1949 (citado por August, R.V. 1961), cada una de las definiciones antes dichas ponen en evidencia cambios en lo normal.

Rogers, C. R. (1981) menciona las siguientes definiciones, la hipnosis es como un fenómeno mental que se caracteriza por la prioridad de la mente y el cuerpo del individuo que lo experimenta y que lo pone en disposición de aceptar como verdad toda sugestión que le haga el hipnólogo.

Dal - Pozo, 1969, (citado por Granone, F: 1972) da la siguiente definición de la hipnosis como un estado fisiológico que se produce especialmente en los individuos de temperamento nervioso, sanos o en condiciones patológicas.

Durante este estado las funciones vitales orgánicas y sensoriales serían perturbadas por reacciones externas, que determinarían hechos inhibidores en el organismo.

Las definiciones pueden incluirse o ser seguidas por una descripción de

fenómenos de los cuales algunos pueden estar asociados o pueden seguir a un estado hipnótico manifiesto.

August, R.V. (1961) da la siguiente clasificación:

1.- Alteraciones de las respuestas emocionales:

- a).- Rapport acrecentado.
- b).- Sugestibilidad aumentada.
- c).- Docilidad aumentada

2.- Alteraciones de las respuestas mentales:

a).- La memoria puede mejorar o empeorar o disminuir hasta la amnesia total.

b).- El razonamiento puede estar alterado (puede provocarse alucinaciones, ilusiones y ensoñaciones).

c).- La sensibilidad puede estar alterada (puede provocarse anestesia, parestesia e hiperestesia).

3.- Alteraciones de la función automática:

- a).- Alteraciones vasomotoras.
- b).- Función endocrina reducida o estimulada.

4.- Alteraciones de las respuestas motoras:

- a):- Distinta velocidad de respuesta.
- b).- Variabilidad en la fuerza de la respuesta.
- c).- Falta de respuesta (catalepsia).

La hipnosis es " una técnica psicológica aplicable a la clínica, a la

educación y a la experimentación que consiste en la manipulación de las percepciones, las sensaciones, la atención, la imaginación, y las emociones, así como, el manejo de las dinámicas de la personalidad que producen un estado alterado de consciencia donde el individuo es capaz de percibir y/o alterar sus sensaciones y procesos psicológicos - cognoscitivos que en el estado normal de consciencia les son difíciles o imposibles de percibir y alterar ".

1.3 TEORIAS DE LA HIPNOSIS

Una teoría puede servir a varios propósitos y establecerse a varios niveles de generalidad; una teoría descriptiva trata de establecer lo que acontece en ese fenómeno, ir reduciendo lo poco familiar hasta hacerlo familiar, mientras las teorías explicativas o reduccionistas tratan de encontrar la explicación de un nivel del fenómeno a través de eventos a un nivel menor. Así una técnica que establece que la hipótesis es puramente atención o sugestión aumentada la describe como algo supuestamente más familiar y menos explicativo mientras que una teoría que explica la hipnosis en términos de inhibición cortical es un esfuerzo de reducir y explicar los factores psicológicos sobre neurofisiología; pero existe una tercera clase de teoría que establece una serie de postulados o teoremas que hacen una serie de relaciones y eso constituye la teoría.

Algunas teorías tan solo se concretan a describir lo observado, otras enfatizan las características motivacionales del estado hipnótico, lo relacionado a las primeras etapas del desarrollo, la orientación a la realidad y el rol que juegan el hipnotista y el sujeto. La forma teórica reduccionista puede ejemplificarse cuando la hipnosis se asimila a la teoría psicoanalítica. Todas las teorías, sin embargo, son de importancia legítima y cada una de las explicaciones que proporcionan, permiten acercar más a la comprensión de la hipnosis.

A continuación se describen algunas de ellas:

Pavlov descrita por Hoskovec (1969) en el primer simposium internacional de los mecanismos psicofisiológicos de la hipnosis realizado en Francia en Octubre de 1967; la de Hilgard (1965) y la de Davison (1977).

Teoría Atávica.

Sugiere que el comportamiento o respuesta hipnótica puede haber sido imprescindible en alguna época de la existencia humana, como un mecanismo protector de defensa para alejar el miedo o el peligro. Se ha observado que los animales permanecen inmóviles para evitar ser descubiertos y que este mecanismo tal vez, evolucionó hasta la forma actual a través del desarrollo filogenético. La hipnosis ha sido comparada con la catalepsia o inmovilidad tónica conocida en los animales, a pesar de que la inducción en los animales se efectúa un tanto diferente es producida principalmente por factores físicos e instintivos.

En el hombre es producto de la interacción de esos mecanismos con la significación simbólica de la palabra. La hipnosis humana y la animal se diferencian en que la inducción repetitiva en el animal disminuye la hipnotizabilidad, mientras que en el hombre la aumenta. En general, todo estímulo poderoso como el terror provoca en animales y algunos hombres la petrificación (Kroger, 1974). Dentro de las teorías atávicas, una bastante

significativa es la " regresión atávica " de Meares (1961) que considera que la *hipnosis es un regreso a una forma primitiva de funcionamiento mental. El término regresión se aplica generalmente a un tipo anterior de comportamiento: la hipnosis se ha considerado por algunos como una relación padres e hijos que se desarrolla entre el hipnotizador y el sujeto donde la regresión es un retorno a los patrones de comportamiento infantil. La teoría atávica de Meares requiere que regresión sea aplicada, no en el campo del comportamiento, sino en el campo de la función mental.*

Teoría del Sueño modificado.

Se dice que la hipnosis es una especie de sueño modificado, pero en realidad no es probable que sea cierto pues en el sueño natural queda suspendida la consciencia, en tanto que en la hipnosis está presente sin importar la profundidad que tenga.

Se ha encontrado que desde el punto de vista fisiológico los dos estados no tienen mucho de semejanza. En el sueño natural se registra un descenso de la presión arterial, una disminución del ritmo cardiaco, una reducción en la secreción urinaria y relajación muscular. Uno de los principales indicadores fisiológicos del sueño es el ritmo electroencefaloeléctrico en el que se observan las siguientes etapas en el sueño.

A) Cuando se empieza a presentar la relajación y la somnolencia, el

ritmo electroencefalográfico (EEG), en el estado de alerta, alfa y beta, empieza a ser reemplazado por un ritmo más lento (cinco – siete herzt) y de mayor voltaje (50 - 60 mv) conocido como teta.

B) En la segunda etapa del sueño, o la del sueño ligero, aumenta la amplitud y la aparición de espigas teta.

C) En el sueño medio aumenta la amplitud delta, disminuyen su frecuencia y aparecen usos espontáneos de alfa denominados, usos K.

D) En la cuarta etapa o de sueño profundo aparece el ritmo delta, ritmo lento de (cinco - tres hertz) y de voltaje alto (20 - 200 hertz).

E) La quinta fase es la conocida como MOR (movimiento ocular rápido) o paradójico por su semejanza al estado despierto; movimientos oculares, aumento de tono muscular, aceleración irregular cardiaca, erección del pene, sueños. (Stevens, 1974).

De todas las características antes mencionadas de la hipnosis no poseen ninguna similitud a los primeros cuatro incisos.

Sólo podría observarse las características de la fase MOR, pero esta fase es similar a la del estar despierto y por si fuese poco, es la fase donde se descansa más, ya que se ha encontrado que el despertar a los sujetos en

esta etapa, durante el día se sienten somnolientos y cansados.

Bauer y Mc Canne (1980) encontraron que los sujetos hipnóticos decrementaban la tasa cardiaca, conductancia de la piel, actividad electrodermal y tasa respiratoria; características de un estado de relajación y somnolencia, pero también observaron que no había cambios en el principal indicador del sueño, aumentando la actividad EEG, alfa antes y después de la hipnosis y la beta durante la hipnosis, indicador de la actividad mental.

En la hipnosis profunda en algunas ocasiones se presenta una actividad común a la fase quinta del sueño, los movimientos oculares. Aunque existen algunas semejanzas las diferencias son notables entre la hipnosis y el sueño natural. Es necesario hacer notar que se desconoce mucho acerca del sueño normal, por ejemplo la función exacta del sueño paradójico y porque ocurre este drástico cambio entre la fase MOR, y el patrón EEG presente antes de MOR.

Tal vez una posición teórica que de un poco más de luz sobre el sueño sea la teoría psicoanalítica tan controvertida, por consiguiente es muy difícil acertar con certeza que no existe algún elemento común de importancia (ya sea puramente psíquico o fisiológico) entre estos dos fenómenos; por ejemplo, del sueño se puede pasar a la hipnosis y viceversa; si cumple con las sugerencias, pasa del estado de sueño al de la hipnosis. Sucede a la inversa en ocasiones puede pasar del estado de hipnosis al sueño

normal, aunque ese no es el propósito de la hipnosis (como en el caso del tratamiento del insomnio) se trataría del fenómeno de resistencia.

Teoría del Condicionamiento.

Se considera que la hipnosis es un estado psicológico producido por un condicionamiento realizado a través de toda la vida, en el cual ciertas palabras actúan como estímulo condicionado, logrando a través de asociaciones repetidas de las palabras, sueño, pesadez, cansancio y relajado con las sensaciones y acciones correspondientes, de tal manera, que la repetición constante de esas palabras producen el estado hipnótico.

No hay duda que el condicionamiento desempeña una importancia en la inducción; pero esto, está lejos de ser todo lo que sucede en ese estado, además esta teoría supone la similitud entre el sueño y la hipnosis que aunque puede tener algo en común son bastantes diferentes (Hartland, 1974).

Teoría del juego de roles.

Según esta posición la hipnosis debe considerarse como un esfuerzo intencionado dirigido a un fin, siendo su objetivo el comportarse como una persona hipnotizada puesto que, esto lo determinó el operador y lo acató el sujeto; se sugiere aclarar al sujeto lo que se espera que haga y parece que debido a la relación que existe, se esfuerza por desempeñar el papel que

se le ha otorgado.

Su motivación da la impresión de ser la sumisión a las órdenes del operador (Hartland, 1974).

Contra estos reclamos existen muchas pruebas que demuestran que aunque hubiese algo de esto, no se puede por medio de las suposiciones del desempeño de un papel controlar las respuestas fuera del control voluntario.

Cuando bajo hipnosis se alucina una fuente de luz, la pupila del sujeto se contrae; cuando se realiza la regresión hasta una edad muy temprana en ocasiones se presenta el reflejo de Babinski. Algo que tampoco explica esta teoría es como se logra la analgesia para resistir estímulos punitivos que en estados normales son insoportables.

Teoría de disociación.

Esta es una de las teorías más aceptadas que considera a la hipnosis como un estado de conciencia disociada artificialmente, o sea una mente dividida en la que se puede efectuar cambios. La disociación implica el registro de la información a un nivel de análisis relativamente bajo pero que puede influir las cogniciones, el efecto o la conducta sin que la información sea percibida en el nivel de la conciencia (Bowers, 1978). En las investigaciones sobre analgesia hipnótica se ha encontrado que el dolor no se percibe a nivel

reporte consciente, sin embargo, con técnicas especiales se encuentra algo de dolor a nivel cubierto o subconsciente, estas observaciones, han creado el concepto metafórico de la existencia "un observador oculto" como una de las divisiones de la conciencia.

La parte oculta representa datos que son procesados y no percibidos conscientemente y que aún pueden convertirse accesibles a la conciencia; actualmente la teoría disociativa moderna llamada neodisociación, propone que hay numerosos sistemas de control cognoscitivo y de control que no están integrados a nivel de conciencia superior y que pueden separarse por completo, a través de los procedimientos hipnóticos. Su explicación aún no es completa y requiere de elaboraciones e investigaciones futuras, aunque algunas corrientes neurológicas son prometedoras en este campo.

El concepto de disociación conduce a la idea de profundidad o niveles de la mente (consciente, inconsciente y preconscious). Por ejemplo puede compararse con un iceberg, donde la parte visible de éste es la conciencia y toda aquella gran masa que permanece oculta bajo el agua es la inconsciencia que en estado hipnótico emerge ocultando a la conciencia, tal y como si penetra en el iceberg hasta la profundidad (Hilgard, E. R. 1978).

Otra forma de describir la mente es comparándola con un árbol, donde la parte consciente es el tronco y las hojas visibles sobre la tierra, mientras que las raíces están en lo profundo, que son las que nutren aquello que se ve.

Alternativamente la mente puede pensarse como dividida en partes, como, un departamento, el cual da una unidad al todo. El conocimiento de la mente es siempre parcial; como ver diferentes departamentos en la unidad, dependiendo de la puerta por la que se entrase. Estas analogías son los diferentes puntos de vista acerca de la mente en las teorías de la disociación; profundidad o niveles de la mente (Hilgard, 1978).

Algunos apoyan más una posición que otra; Fourie y Lifschitz (1982) intentaron demostrar que la idea de profundidad en la hipnosis es un simple concepto y no una realidad.

La profundidad en el inconsciente se refiere a través de conductas verbales y vocales, por ejemplo el lograr la anestesia en gente sería un indicativo de trance medio profundo. Esto según Fourie y Lifschitz (1982), es una interacción entre hipnotista y sujeto que habla de una extensión de la hipnosis, de lo amplio del fenómeno en la relación hipnótica pero no de profundidad.

Teoría Pavloviana

En la postura de Pavlov era un hecho que todas las funciones psíquicas resultaban de la actividad cerebral. Se aproximó a la hipnosis de esa perspectiva por medio de la observación en animales. Sus experimentos se desarrollaban de esta forma: se le presentaba a un perro una nota de flauta

desencadenando el reflejo de orientación, después de un tiempo se repetía el sonido en forma monótona (una nota cada cinco segundos), las áreas " analizadoras " de la corteza reconocían la " insignificancia " (inocuidad) de la señal y se establecía la " inhibición cortical " (ya no se presentaba el reflejo de orientación). Al cesar el reflejo mencionado el animal reaccionaba primero con interferencia, luego con somnolencia y finalmente se dormía. Al repetirse el tono en alguna otra ocasión desencadenaba el mecanismo de sueño (hipnótico) al primer sonido. Para corroborar lo encontrado en este estudio se le extirpó a un animal el prosencéfalo, que al perder las áreas analizadoras, inhibitoras, no pudo amortiguar el estímulo monótono y continuó con el reflejo de orientación presentando miedo y huida con la misma intensidad hasta quedar totalmente agotado. Esto quería decir que una estimulación determinada inhibía ciertas áreas corticales produciendo la hipnosis (Volgyesi, 1978).

Hoskovec (1969) realiza una descripción detallada de la Teoría Pavloviana, empezando por aclarar algunos conceptos hipnóticos básicos usados por los fisiólogos de la actividad nerviosa superior y los psicólogos de la escuela Pavloviana.

a).- Excitación: se considera como un proceso manifestado en la iniciación o intensificación de alguna función del organismo.

b).- Inhibición: es un marco Pavloviano y se refiere al proceso opuesto, involucrando decrementos o cese de la función. En este contexto se

postulan esencialmente procesos del sistema nervioso central y más específico en los procesos corticales.

c).- Inducción: se refiere a la influencia de un centro cortical sobre otro u otros centros corticales. Esta influencia puede ser excitadora, la cual se asocia con inducción positiva o inhibitoria que se asocia con el proceso de inducción negativa.

Desde la perspectiva Pavloviana el punto de observación más o menos es un centro de excitación concentrada, aislado de las regiones corticales por inducción negativa. Para hacer más clara su teoría hipnótica postula que:

A).- La hipnosis es un sueño incompleto; un sueño acompañado por conciencia parcial. La sugestión causa una concentración de excitación en parte de la corteza, mientras otras áreas son inhibidas por inducción negativa, esto disminuye el efecto de influencias que de otro modo tenderían a contraatacar la sugestión. La teoría de Pavlov implica que debe presentarse algún grado de inhibición después de un período de sugestión y que la suma de inhibiciones determinará en alguna medida la respuesta a la sugestión. Pavlov estableció que, precisamente como aprender a dormir cuando se cierran los ojos, así también un individuo puede SER ENSEÑADO A ENTRAR EN EL ESTADO HIPNOTICO como un reflejo condicionado al estímulo apropiado, también señaló la influencia de la respiración. La sugestión la definió como una excitación concentrada en un

punto o área limitada del cerebro, inducida por una palabra como un estímulo en el marco del señalamiento del segundo orden.

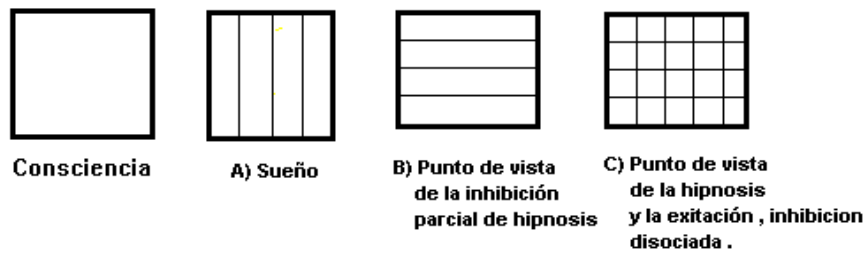
B).- La disociación de las funciones cerebrales es considerada como una característica del estado de hipnosis. En otras palabras hay una subdivisión de los hemisferios cerebrales dentro del sueño y la conciencia, en éstos existe una "zona de observación "; un centro más o menos confiado de excitación concentrada, aislada de las regiones respondientes de la corteza por inducción negativa. De acuerdo a la escuela, esta "zona de observación" representa el fundamento psicológico del rapport - hipnótico, para los Pavlovianos, es la facultad específica de un sujeto hipnotizado para percibir selectivamente y exclusivamente las palabras del hipnotista sin mantener ningún contacto con el resto del mundo externo. Los Pavlovianos señalan que no es propiedad exclusiva del estado hipnótico y que algunas veces se observa en el sueño normal.

El siguiente diagrama, en el cual las áreas sombreadas representan la inhibición y las áreas blancas la excitación, intenta ilustrar esquemáticamente;

A) El sueño.

B) El sueño según una errónea interpretación que popularmente se hace de la teoría pavloviana; de tal suerte que es necesario distinguir entre el concepto de una irradiación incompleta de inhibición espaciada sobre toda

la corteza (concepto erróneo prevaleciente en algunos lugares) y las áreas disociadas de excitación rodeada por áreas irradiadas de completa inhibición .



Esta teoría como todas tiene sus limitaciones y aunque es muy próspera requiere de la exploración de la intervención de variables, no fisiológicas como por ejemplo, variable de personalidad, expectación del sujeto, demanda de ayuda y confianza ante el terapeuta.

Teoría del desarrollo interactivo.

La teoría de Pavlov es una orientación psicológica más bio-fisiológica que es de mucha importancia, pero no hay que dejar de reconocer que le falta integrar algunos elementos para describir más claramente lo sucedido en el fenómeno de hipnosis.

Una teoría ecléctica es la de Hilgard (1965) que cubre una serie de consideraciones hechas aisladamente por otra teoría, incluso involucra el elemento bio - fisiológico, aunque no lo explica tan claramente como otros elementos de su teoría a la cual llamó " Desarrollo interactivo ". Su punto de vista se basa a su vez en otro investigador, Shor (1962) citado por Hilgard (1965) cuya posición es ecléctica y enfatiza " la profundidad hipnótica " vista en

tres dimensiones.

A) La profundidad relacionada a las estructuras cognitivas y motivacionales que caen en la obediencia consciente y voluntaria; pero que se hace inconsciente, esto es lo relacionado al rol que se toma.

B) La segunda dimensión se define por el desvanecimiento de la realidad, orientación generalizada dentro de la consciencia no funcional.

C) Lo relacionado a las primeras etapas del desarrollo, el reconocimiento regresivo de la hipnosis, Esta teoría propone que la hipnosis se puede lograr por cualquiera de esos tres medios, pero Hilgard (1965) critica que esa teoría no explica las diferencias individuales observadas en los sujetos hipnóticos por lo que propone su teoría.

La teoría Desarrollo - Interactivo consta de tres proposiciones.

Las primeras son proposiciones de " Desarrollo mental " (proposiciones - D), el cual tiene que ver con las experiencias a lo largo de la vida que producen personas que pueden o no entrar en estados hipnóticos y que son capaces de producir un fenómeno hipnótico y no otro. Aquí se busca la explicación por la habilidad de renunciar a la realidad- orientación, para envolverse en un rol y para aceptar regresiones (a las primeras etapas de desarrollo).

El segundo conjunto de proposiciones se denomina " interactivo " (proposiciones-i), tiene que ver con lo que pasa dentro de la inducción a la hipnosis y dentro del establecimiento del estado hipnótico: entre el sujeto

y el hipnotista sucede una importante interacción.

El carácter de ésta interacción depende de la manipulación que emplea el hipnotista. Estas proposiciones son contemporáneas o históricas y como tales, corresponden a muchas de las proposiciones de la psicología que enfatizan la interacción con el medio ambiente, entre la gente y las reacciones frente a la demanda.

El tercer conjunto de proposiciones comprende proposiciones relacionadas al estado hipnótico, llamadas "proposiciones del estado hipnótico" (proposiciones - E), este conjunto de proposiciones corresponde a los correlatos fisiológicos de la conducta hipnótica. ¿Cómo puede surgir una ampolla después de haberse sugerido una quemadura?, se hace necesario que alguna teoría explique como se lleva a cabo ese efecto somático.

Proposiciones Desarrollo Mental (proposiciones - D)

Proposiciones D -1

Todos los infantes nacen con el potencial para desarrollar la habilidad para las experiencias hipnóticas profundas. La proposición asume que la habilidad hipnótica no ha sido aprendida sino que puede perderse. Lo difícil no es saber porque algunas personas pueden lograr el estado profundo sino, porque no son capaces de hacerlo, aceptar que la hipnosis es heredada, la

gente difiere de este hecho. Mientras no haya evidencia para negar que se herede, ni evidencia de semejanzas en la habilidad entre sujetos de una familia o en estudios de gemelos, se considera que la hipnosis es tan natural como el dormir; si alguien padece de insomnio no es porque haya nacido así.

Las personas no susceptibles se hacen, no nacen. Gardner (1981), apoya de alguna manera lo dicho por Hilgard, él menciona que la hipnosis es un proceso natural de ocurrencia normal, el cual se da desde el nacimiento.

Con respecto al tamaño de la familia, Query (1981) intentó observar la relación familiar, esto es si el hijo era único, si fuera el primogénito o el orden de nacimiento y el número de hermano (tamaño de la familia), con relación a la susceptibilidad hipnótica. Encontró que cuando las familias eran más grandes, los sujetos eran más susceptibles y no encontró relación entre el orden de nacimiento pero no pude replicar lo que encontró; esto confirma que es necesario realizar más estudios sobre la relaciones familiares y la hipnosis ya que no se sabe exactamente como la familia moldea la hipnotizabilidad.

Proposición D -2

La habilidad de un niño para evadirse de la realidad, orientación a involucrarse muy profundamente en la fantasía y en la aventura puede preservarse si se estimula suficientemente experiencias de este tipo por

medio del ejemplo, si se recompensan y toleran.

Proposición D - 3

Probablemente haya un período crítico durante el cual estas conductas se mantendrán o se perderán, en el período situado entre la adquisición del lenguaje y el inicio de la adolescencia; existen evidencias que se presentan cambios en dirección positiva después del inicio de la adolescencia con respecto a las condiciones antecedentes de susceptibilidad; y esta etapa no ayuda a aumentar la susceptibilidad de la habilidad hipnótica, a menos que en las primeras experiencias hayan sido favorables. El curso del decline de la habilidad hipnótica se ve influenciada entre los ocho y los diez años aproximadamente, lo cual sugiere pensar que el decline es un fenómeno que se presenta en la etapa preadolescente.

Proposición D - 4

Una vez que un antecedente favorable sostiene la capacidad natural, las nuevas experiencias pueden injertarse sobre este antecedente, reforzando las habilidades aprendidas. Se presume que el niño se siente mejor en un rol flexible, en la fantasía, aventura, en la creación sin crítica intensa, puede más tarde aprender a absorber nuevos intereses tales como, leer, la música o buceo y encontrar satisfacciones en estas nuevas experiencias más que otros sujetos que ya perdieron la habilidad de ser hipnotizados.

Proposición D - 5

Las influencias parentales e identificaciones son muy importantes para preservar, extender, reducir y destruir la susceptibilidad hipnótica; algunos datos muestran relaciones complejas en la identificación parental:

A).-La semejanza temperamental al padre del sexo opuesto es favorable a la susceptibilidad hipnótica tanto en sujetos masculinos como femeninos, sin importar si tal padre sea hipnotizable o no.

B).- La semejanza al padre del mismo sexo es favorable a la susceptibilidad dado que el padre es hipnotizable, sin embargo es muy desfavorable para la susceptibilidad por la semejanza temperamental si se considera al padre como hipnotizable.

C).- Los sujetos muy hipnotizables tienden a identificarse con sus padres susceptibles a la hipnosis con respecto a sus actividades recreativas antes que en el trabajo. No hay tabú en contra de ser como el padre del sexo opuesto con relación a los intereses recreativos.

D).- Si un sujeto no se identifica con cualquiera de los padres en algún aspecto, en trabajo o en las actividades recreativas, es poco probable que sea susceptible a la hipnosis.

En las primeras etapas de la vida se forman aspectos importantes en la estructura de la personalidad de 1 a 5 años, cuando las influencias parentales son grandes. Las identificaciones de importancia van más allá de la identificación de los roles sexuales, con el padre del mismo sexo; ambos padres contribuyen a través de identificaciones a la formación de la personalidad del niño, el padre del sexo opuesto puede ser importante en la hipnosis porque ésta es una conducta como de juego que puede copiarse sin contradicción al tipo de rol sexual.

Proposición D - 6

No todas las actividades parentales " favorables " desde el punto de vista higiene mental conducen a la susceptibilidad; contrariamente no todas las "infavorables" la inhiben.

Hay que tener cuidado para evitar los valores de juicio que hagan de la susceptibilidad hipnótica " buena " o " mala ". En general, es fácil considerar un caso como bueno porque la gente capaz de un rol conductual flexible es por lo general interesante y con regresiones no amenazantes es por lo general interesante y creativa. Al mismo tiempo hay mucha gente interesante, productiva y dedicada que no es susceptible. Probablemente tengan actividades competitivas con la hipnosis de, las que están orgullosos. Gente ligada, sujeto a la realidad, vigilante, gente que se esfuerza por no convertirse en un sujeto hipnótico al menos que parte de ellos, se ajuste a otras

características.

Por otro lado sujetos susceptibles menos favorables o con respecto a la opinión de la salud mental; como niños solitarios, que para cubrir la soledad crean un compañero imaginario o sea absorto en lecturas que le ayuden a evitar esa soledad. Tal vez este sujeto se abra al adulto buscando de quien depender, haciendo la hipnosis más fácil.

Se ha visto que los antecedentes tanto favorables como desfavorables a la salud mental puede conducir a la susceptibilidad.

Proposición D - 7

Las experiencias individuales de diferentes clases pueden producir respuestas selectivas dentro de la susceptibilidad hipnótica. Se sabe que los sujetos con el mismo nivel de susceptibilidad tienen perfiles de hipnosis, esto es que pueden tener éxito en diferentes patrones hipnóticos. Es muy difícil predecir exactamente la ejecución que se da, por ejemplo, la muchacha que practica el ballet encontrará más fácil que otros, realizar los movimientos musculares pedidos por el hipnotista, ya que está acostumbrada a las respuestas motoras automáticas debido al dominio del ballet, La persona absorta en la música de ballet, realiza mejor que otros las alucinaciones sensoriales, ¿el estudiante de teatro realiza las tareas más rápido o más fácilmente que otros?. Estas proposiciones parecen tener algo de cierto.

Las proposiciones " D " expuestas ven al lado de las relaciones entre la conducta fuera y dentro de la hipnosis para determinar las primeras experiencias, identificaciones, patrones imitativos, actitudes contagiadas y conductas aprendidas que producen las diferencias en los sujetos.

Proposición - Interacción (proposiciones - I -)

Las proposiciones " D " proporcionan una historia natural de la susceptibilidad hipnótica muestran porque unas personas son más hipnotizables que otras y el porqué de la susceptibilidad puede tomar formas individuales.

Estas proposiciones dicen como la relación hipnotista-juguete altera el estado de consciencia a fin de incidir sobre la susceptibilidad y producir el fenómeno específico de la hipnosis. Algunos investigadores han resuelto el problema teóricamente al diferenciar entre inducción y el trance establecido. La fase de inducción se rompe pero a medida que el trance se establece el yo ejecuta un acto de síntesis, por el cual se construye una subestructura. De punta a punta el yo mantiene su realidad no hipnótica relacionada al hipnotista; sólo parcialmente el subsistema esta bajo el control del hipnotista.

Otros se refieren a la autoexclusión del funcionamiento del yo al entrar en el sueño, o en otra forma al entrar en hipnosis. De tal manera que algunas cosas suceden en la vida cotidiana antes que el fenómeno hipnótico las

mostrará.

En las proposiciones " I " el propósito no es describir lo que sucede en general, sino lo que esta pasando específicamente en relación a la historia de desarrollo de los sujetos.

Proposición I - 1

En pocas sesiones un sujeto susceptible aprende a entra al trance mucho más rápido que como lo hacía inicialmente, pero esto no significa que la profundidad del trance se incrementa.

Aparentemente entrar en trance tiene características de aprendizaje y puede estudiarse como tal; es un error suponer que el sujeto aprende a entrar en un trance más profundo con la práctica. La experiencia dice que se alcanzan algunos ajustes de nivel, pero la meta se alcanza rápidamente y se rompe solo con muchas dificultades.

Proposición I - 2

Proporcionando un ambiente propicio para la hipnosis, que no evoque confianza, la respuesta inicial a la inducción hipnótica depende muy poco de las características personales del hipnotista.

Sheehan (1980) intentó describir la importancia del rapport en la hipnosis, a través de cinco experimentos que consistían en someter a un grupo de sujetos ante situaciones desagradables (no propicias al rapport); durante el establecimiento de la hipnosis y posteriormente pasaron a una situación donde se favorecía el rapport encontrando que durante esta segunda fase los sujetos mostraron una ejecución hipnótica mucho mejor.

Se ha visto que aunque se cambie de sesión a sesión de hipnotista, todo sigue bien, en términos teóricos el sujeto trae consigo la disposición para experimentar la hipnosis y por lo tanto puede ser hipnotizado por cualquier persona responsable y preparada técnicamente. Haciendo referencia a la transferencia, aquí se encuentra lo conocido como "disposición a la transferencia"

Proposición I - 3

Con las inducciones repetidas por el mismo hipnotista resulta una transferencia diferenciada, y las características individuales del hipnotista y del sujeto en si se hacen más importantes de lo que fueron inicialmente. El rapport de la inducción inicial, el cual es muy generalizado y bastante impersonal, probablemente se haga mucho más individual con las inducciones repetidas y por lo tanto aparecen las reacciones de transferencia tanto positiva como negativa. Las cualidades específicas del pasado del sujeto hasta extenderse a lo que el hipnotista le recuerda de personas significantes en sus primeras experiencias.

Así como en la terapia las relaciones interpersonales entre el terapeuta y el paciente constituyen un elemento muy importante, así también la relación entre el hipnotista y el sujeto son relevantes. Aquí se enfatiza la transferencia, específicamente se encuentra en la relación hipnótica, el sujeto como en las primeras etapas del desarrollo tiene el deseo de complacer al hipnotista y de proyectarse en él. Estos aspectos denotan una motivación del sujeto ante los eventos del trance (Sheehan, 1980).

Proposición I - 4

La interacción hipnótica se da mejor en áreas libres de conflicto; si un área ésta ligada a la interacción hipnótica, las defensas que son estimuladas bajo hipnosis también lo son en el estado consciencia. En la hipnoterapia, la hipnosis puede tener las mismas dificultades que la psicoterapia consciente. Las relaciones de vigilia pueden ser estimuladas, entonces el sujeto se pone en guardia y el trance probablemente se debilita. Ocasionalmente el sueño interviene como un escape, poniendo al sujeto fuera de contacto y limite al problema. En esos conflictos pueden ocurrir reacciones psicósomáticas, como aceleración de la tasa cardíaca, respiración agitada o cefaleas, cuando esto es muy intenso puede despertar al sujeto de la hipnosis. Una de las formas de activar en la hipnosis las defensas en forma de represión es la amnesia.

Proposición I -- 5

Las experiencias disociativas activadas por inducción hipnótica y por sugestión dentro de la hipnosis se correlacionan con las experiencias específicas de desarrollo. Los perfiles de susceptibilidad muestran que entre sujetos muy susceptibles hay grandes diferencias. Es necesario porque algunos sujetos pueden tener alucinaciones positivas y no negativas, porque algunos reaccionan con una contractura muscular y no con amnesia posthipnótica. Tal vez la respuesta a lo que explicaría esto sean las experiencias del desarrollo.

Algunas de las experiencias que son de relevancia en la disociación hipnótica son:

A) La magia en la infancia puede producir efectos similares a los solicitados bajo hipnosis, ejemplo una madre dice " ven aquí, yo te sobaré la cabeza y el chichón ya no te molestará ".

B) La palabra no siempre está subordinada al examen de la realidad. Los padres pueden estar contando un cuento de hadas en tanto el niño está envuelto en esa fantasía viviéndola como reales; de pronto los padres pueden decir " eso es todo por hoy a lavarse los dientes y a la cama". En ese momento regresan a la realidad.

C) La amnesia tiene las cualidades de la represión activa y de la inatención. Se dice que el sujeto tal vez no atiende lo suficiente, que sólo efectúa lo que el hipnotista le indica, que no está memorizando sino que está en un aprendizaje pasivo incidental, Hilgard (1965) cree que la amnesia puede deberse a la distribución y pone un ejemplo; “ cuando uno lee un libro y está absorto en el tema, el primer capítulo puede tratarse de la vida adulta de un personaje, posteriormente puede hablar de la infancia del héroe, mientras hacemos esto nos olvidamos de la vida adulta del personaje. Lo mismo se hace en la hipnosis, se maneja inatención y la atención selectiva”.

D) Los estilos defensivos y competitivos son desarrollados en la forma que un niño racionaliza, otros proyectan y otros reprimen.

Proposiciones I - 6

Hay múltiples vías dentro de la hipnosis que pueden ser activadas a través de la inducción, si cualquiera de estas existen con suficiente fuerza como una subestructura (o sistema de hábitos) dentro de la personalidad, la inducción puede comunicarse con ésta y así conducir al estado hipnótico. Hay varias vías para entrar a la hipnosis, por ejemplo la fantasía y la aventura; el grado de hipnotizabilidad no correlaciona con un evento; no son igualmente hipnotizables los que fantasean o los que se dejan llevar por la aventura, ni son más fácilmente hipnotizables por una alta ejecución en las dos vías. Se podría esperar diferentes conductas hipnóticas cuando la hipnosis se logra por

diferentes vías, sin embargo se ha visto que las conductas se sobreponen.

Proposiciones Estado Hipnótico.

Proposición E - 1.

El trance puede ser por sí mismo un producto de la sugestión y puede considerarse separadamente de la responsabilidad a las sugerencias dadas dentro de éste estado. Estas proposiciones refutan la definición de la hipnosis como un estado de hipersugestibilidad. La hipnosis no es necesariamente un estado de hipersugestibilidad, uno puede estar hipnotizado y no responder a sugerencias ordinarias, si se acepta esta proposición entonces se pueden reconocer diferentes clases de estado de trance.

Proposición E - 2

Aunque hay algún incremento en la sugestibilidad después de la inducción del trance, es relativamente ligera y no suficiente para definir la susceptibilidad.

Entonces uno puede preguntarse ¿por qué son útiles los exámenes de susceptibilidad basados en la sugestión?

Hilgard responde a la pregunta arguyendo que para hacer uso de ese

pequeño incremento de la susceptibilidad y para verificar la cooperación del sujeto; así como respondió las inducciones objetivas de sugestibilidad así “ también responderá a las sugerencias que lo hará entrar en hipnosis ”.

La respuesta de Hilgard, desde punto de vista quién escribe esto, no es muy válida ya que, se ha visto que las pruebas de susceptibilidad no son confiables, al predecir lo susceptible de un sujeto y su ejecución bajo hipnosis.

Proposición E - 3

La hipnosis no se identifica con la sugestibilidad en general. Hay varias subvariedades de sugestibilidad las cuales, la mostrada por las personas susceptibles a la hipnosis representan tan sólo un conjunto limitado.

Proposición E – 4

El estado hipnótico se caracteriza por varias disociaciones parciales, probablemente con el paso del tiempo y la investigación parezcan proposiciones que establezcan los correlatos fisiológicos de la hipnosis. Hasta el momento las evidencias sobre esto, son muy contradictorias y las investigaciones están en sus primeras etapas. Lo que actualmente se puede decir se debe enunciar en forma negativa; la hipnosis no es dormir, ni tampoco una decorticación funcional.

La teoría ecléctica de Hilgard apoya y refuta como todos, algunos aspectos del fenómeno hipnótico aunque los toman en cuenta, por ejemplo, consideran que los roles que se juegan dentro de la hipnosis son importantes pero estos elementos por sí solos son incapaces de explicar la hipnosis.

También critica la teoría analítica de Gill y Bremman de la disociación y la regresión. El manejo del término regresión es muy vago y está bastante trillado; si uno se atiene a este concepto cualquier acto que se realice, es regresión, ya que remite a ámbitos adquiridos en el pasado. Por otro lado, el manejo, como se hace en esta teoría del término; "regresión al servicio del yo" implica salud mental y si es así como, se explicaría la hipnotizabilidad de neuróticos y psicóticos, con respecto a la teoría del aprendizaje admite aunque fue muy inespecífico y prácticamente no describió estos mecanismos en sus proposiciones pero que es muy evidente que los procesos de aprendizaje estén involucrados en la hipnosis aunque según él no hay muchos estudios que lo confirmen.

Hay que reconocer que el intento ecléctico de Hilgard (1965) por explicar la hipnosis fue un muy buen ejemplo de como se puede abordar considerando varios aspectos que por sí sólo dan una perspectiva parcial. También evita el sectarismo científico donde un solo punto de vista es válido.

CONSIDERACIONES TEORICAS DE DAVISON Y GOLEMAN

Siguiendo la perspectiva de Hilgard (1965), Davison y Goleman 1977, describen una serie de factores que influyen en la hipnosis. Tiene algunas semejanzas aunque estos últimos teóricos son más breves y enfatizan en alguna medida o al menos más claramente la importancia de lo psicobiológico.

Empiezan arguyendo que el cerebro está entrelazado a las operaciones Mentales y que cualquier cambio en el evento mental necesita un cambio concomitante neural.

El modelo que presenta Davison y Goleman (1977) con tres periodos temporales básicos en todo cambio de consciencia. Estos tres períodos pueden etiquetarse como: " antes", "durante", "después".

ANTES: se refiere a los patrones psicobiológicos de un individuo antes de experimentar un estado alterado de consciencia. Se refiere a la predisposición, la personalidad y otras diferencias individuales que faciliten el ser receptivo y abierto a la hipnosis, o los convierten en antagonista a ella.

Se incluyen en este rubro la historia genética, las experiencias aprendidas (incluyendo cultura y aprendizaje condicionado) así como el medio

ambiente individual y social.

DURANTE: se refiere a los efectos de una vía o vehículo particular. Los efectos son de una función de la interacción del vehículo o vía para alterar la consciencia con variables predisposicionales, por ejemplo, los efectos del estado hipnótico parece estar en función de la interacción del procedimiento hipnótico con un empleo rango de variables predisposicionales y situaciones. Se sabe que hay evidencias de que la varianza en la susceptibilidad hipnótica puede atribuirse a factores genéticos los cuales interactúan significativamente con la primera historia del individuo y con una variedad de factores situacionales así como también con aspectos específicos de la inducción hipnótica.

En suma un estado alterado es el producto interactivo de lo que pasó antes y la vía o vehículo empleado para la alteración de la consciencia. Esto es, el antes es un determinante potencial de la consciencia; la predisposición moldea los efectos del estado. Aquí son los efectos relativos al estado inducido por determinada técnica.

DESPUES: constituye a los efectos característicos de la práctica. Se sugiere que la vía o vehículo es una determinación crítica de este período. En el después o efecto característico de la práctica se observan las consecuencias experimentales y biológicas que pueden controlarse, hacerse persistentes y resistentes a través del aprendizaje, los eventos neuronales

reflejan un estado de consciencia del organismo; un cambio en los procesos psicobiológicos resultan en un cambio en el modo de procesamiento de información. Estos cambios son o están en función del vehículo o vía adoptada. Un elemento fundamental en este modelo de la hipnosis es el efecto de la retroalimentación, puede describirse así; el después es el antes para lo que sigue. En otras palabras, los efectos de un vehículo para alterar la consciencia cambia la matriz predisposición, lo cual a su vez afecta al estado elicitado. Este proceso de retroalimentación ocurre sobre los procesos biocognitivos, como en la atención, en función del aprendizaje y la práctica del vehículo.

UNA CONSIDERACION ACERCA DE LAS TEORIAS

En todo fenómeno psicológico por lo general siempre están presentes dos puntos de vista; el biofisiológico y el sociosimbólico.

Cuando se hace referencia a la explicación de los sueños, la consciencia, las enfermedades mentales, la personalidad y la psicoterapia siempre están presentes aquellos dos puntos de vista, unos luchan encarnizadamente por sostener una u otra posición sin contemplar o malentendiendo la posición y argumentos de su contraparte teórica. En la psicoterapia se ha observado que tanto una como otra tendencia tienen resultados positivos, por ejemplo en el tratamiento de cefaleas tanto la

aproximación psicoanalítica como la conductual han obtenido resultados positivos en mayor o menor grado.

Desde el punto de vista la Psicología es una ciencia limítrofe entre la Sociología (entendida como las introyecciones dadas por las reglas sociales, las relaciones interpersonales así como la influencia del medio ambiente), (Dadvison 1980) y la Biología. Por lo tanto, si se siguen observando los fenómenos psicológicos desde uno u otro polo no se comprenderá totalmente la psique humana.

Con respecto a la hipnosis ocurre lo mismo, se plantean teorías que en ocasiones excluyen totalmente a las otras y eso no es lo peor sino que los intentos para entender quedan con una u otra sin tratar de integrarlas, tal vez porque creen que el ser ecléctico no es ser científico, creencia por demás irreal.

En la ciencia no se trata de hacer bandos sino de atenerse a la comprobación empírica de lo que se teoriza.

Freud se daba cuenta de esto, ya en el" prólogo al libro Bernhein en 1888-89, criticaban a éste por no considerar los aspectos bio-fisológicos de la hipnosis", como a Charcot por no considerar en punto de vista más psicológico de Bernheim.

Ahí mismo cuando Freud (1888) describe la hipnosis desde el punto de vista de Bernheim como consecuencia de la sugestión. Freud arguye que aunque está de acuerdo con su colega, en otras ocasiones para ser distinto; dice Freud: "Quién haya hipnotizado habrá encontrado sujetos que difícilmente pueden ser hipnotizados solamente mediante la palabra y cuando se les hace fijar la vista responden fácilmente ". (Trabajo sobre hipnosis y sugestión Freud 1888 – 1889).

La hipnosis puede ocurrir tanto por autosugestión como por fatiga y ejemplifica su aseveración con una interacción entre un médico y un paciente en la cual el médico pone en hipnosis al paciente sin ser ésta su intención; por ejemplo cuando se realiza un examen oftalmológico el sujeto observa una lámpara y se presenta el sueño hipnótico, lo mismo sucede al mecer a un niño, por consiguiente ya desde Freud se sabía que en el hipnotismo había tantos fenómenos psíquicos como bio-fisiológicos, pudiéndose provocar la hipnosis de una u otra forma.

La teoría de Pavlov se considera muy importante pero requiere de otros elementos como por ejemplo las cogniciones y las relaciones terapeuta-pacientes. Para explicar en un contexto más amplio lo que es la hipnosis. Un ejemplo que se debe seguir en la postura de Hilgard (1965) y la de Davison y Goleman (1977), en la que obviamente dan mayor importancia o al menos enfatizan más unos puntos que otros, están conscientes de que para comprender este fenómeno se debe estar alerta a las nuevas investigaciones,

se debe estar dispuesto, intentar comprender al menos otros puntos de vista y se debe estar consciente que la hipnosis no es un fenómeno (como muchos otros) unifactorial.

CAPITULO II

ANSIEDAD

2.1 DEFINICION DE ANSIEDAD.

La idea de ansiedad aparece en los jeroglíficos egipcios, y se le interpreta como "enloquecimiento por la preocupación", en la Biblia del rey Jaime, en 1611; aparece específicamente el término "ansiedad" en las biblias modernas.

Los filósofos y escritores del siglo XIX, descubrieron el significado de la ansiedad. En 1844 Soren Kierkegaard, el filósofo danés, descubrió la abominación de la ansiedad en el concepto del temor: " Ningún gran inquisidor tiene a su disposición torturas tan terribles como la ansiedad, y nadie sabe como atacar más artificioosamente al hombre de quien sospecha, pues escoge el instante en que se encuentra más débil, ni como proyectar trampas para sorprender y atrapar, y no hay fiscal de acusación, por perspicaz que sea, que interrogué y examine al acusado como lo hace la ansiedad. La ansiedad nunca lo deja escapar, ni por la diversión del ruido, ni por el trabajo, ni por el juego ni durante el día, ni durante la noche".

En 1882, Guy de Maupassant, el autor francés, añadió el id de ansiedad a la literatura: " La ansiedad es algo espantoso, una sensación atroz, como la

descomposición del alma, un espasmo del pensamiento y del corazón del cual el simple recuerdo trasmite un temblor de agonía de todos los huesos, no la sentimos delante de los peligros conocidos; la sentimos en circunstancias raras, bajo ciertas influencias misteriosas, frente a los peligros vagos ". La ansiedad es algo como la reminiscencia de terrores fantásticos de otros tiempos.

Desde mediados del siglo XIX, las observaciones y estudios de los médicos en las personas que presentaban determinados síntomas y que no tenían antecedentes de enfermedades psiquiátricas, se empezó a notar que esta clase de gente presentaba los síntomas principales de la ansiedad volcándose así el interés hacia el estudio de este fenómeno.

El término ansiedad en latín proviene de ANXIETAS -- TATIS, que significa " Estados de inquietud del ánimo ante un peligro eminente, pero indeterminado" es decir que, conllevan diversos grados de incertidumbre agitación y pavor (Enciclopedia Salvat tomo I -1980).

Diccionario de psicología, de la gran enciclopedia de la psicología editorial planeta. Ansiedad: Miedo indefinido con carácter de persistencia. Representa, en la práctica, una reacción defensiva del individuo ante un peligro, aunque sea puramente simbólico.

Spielberg en 1975 menciona que la ansiedad " es un estado subjetivo de

sentimientos de agresión y tensión percibidos conscientemente y acompañados por la activación del sistema nervioso autónomo, cuyo nivel ansioso fluctúa en tiempos y personas como respuesta a estímulos internos y externos”.

Estados emocionales transitorios del organismo humano que se caracteriza por sentimientos de tensión y aprensión subjetiva conscientemente percibida.

La ansiedad ha sido conceptualizada como un rasgo y componente estático. Una distinción clara fue delineada por Spielberger 1966. El estado de ansiedad ha sido definido como estado emocional caracterizado por aprensión y tensión en esencia un " ahorita " reacción que es de naturaleza transitoria.

El rasgo de ansiedad se refiere a una predisposición para percibir ciertas situaciones amenazantes y responder a estas situaciones en varios estados de ansiedad.

Si bien la ansiedad se destaca por su cercanía al miedo, se diferencia de éste en que, mientras el miedo es una perturbación cuya presencia se manifiesta ante estímulos presentes, la ansiedad se relaciona con la anticipación de peligros futuros, indefinibles e imprevisibles (Marks, 1986).

VISION ORGANICA DE LA ANSIEDAD

Malmö en 1949 dice de la ansiedad. Enfermedad de sobre excitación, la manera en la que se define más simple la ansiedad este autor es: “ Como un temor adquirido ” (aprendido). Sus elementos que se presentan son.

1.- Una sensación consistente de temor y peligro sin que se tenga la capacidad de identificar ninguna amenaza objetiva inmediata que justifique una sensación.

2.- Un patrón de excitación fisiológica y molestia corporal que se expresa, a través, de cambios físicos y quejas diversas.

Entre los ejemplos comunes se puede situar los síntomas cardiovasculares. (Palpitaciones, desfallecimiento, aumento de la presión arterial, cambios en el pulso). Respiratorios (dificultad para respirar, sensación de sofocación). Gastrointestinales (diarrea, náuseas vómito). Si la ansiedad persiste las prolongadas reacciones físicas ante ella, pueden tener efectos crónicos uno de esos síntomas orgánicos. Además la agitación de la persona también representa en forma de insomnio, tensiones musculares, fatiga y otros signos de molestia y angustia.

3.- Interrupción o desorganización de la capacidad de resolución de problemas y el control cognoscitivamente, incluyendo dificultades para pensar

con claridad y manejar eficazmente las demandas ambientales.

La ansiedad siendo ésta una emoción complicada y displacentera que se manifiesta mediante una tensión emocional acompañada de un correlato somático (Ayuso, 1988; Bulbena, 1986).

VISIÓN COGNITIVO – CONDUCTUAL DE LA ANSIEDAD.

Aaron T. Beck (1976), propone a la ansiedad como “la expresión de una reacción de preservación de la vida”, para Beck los trastornos del pensamiento de la Neurosis de Ansiedad, el pensamiento del sujeto ansioso está dominado por temas de peligro a su dominio, esto es, él anticipa en ocurrencias en detrimento de sí mismo, su familia, sus propiedades o su estatus y a otras intangibles que él valora.

La psicología clásica del aprendizaje conceptuó a la ansiedad como: “Miedo aprendido condicionado”, mientras la conducta respondería a estímulos del sujeto que son neutros, pero condicionados en la historia de experiencias del sujeto, y que han llegado a adquirir la cualidad de señal respecto a los primeros y con ella a su vez su cualidad aversiva.

La ansiedad ha sido así mismo conceptuada como miedo condicionado a estímulos que el sujeto no identifica conscientemente como peligro. La ansiedad aparece dependiendo, crucialmente de las relaciones interactivas,

cognoscitivas mediadas entre acontecimientos del entorno y personalidad del sujeto.

La intervención de procesos cognoscitivos en la generación de la ansiedad justifica que la personalidad de los retrasados mentales suele ser tipificada como particularmente vulnerable a la ansiedad, utilizando "mecanismos de defensa" más bien primitivos e inactivos ante ella.

Rachman (1984) propone que la ansiedad dentro de la psicopatología actual corresponde a una respuesta condicionada, anticipatoria y funcional; este autor añade que, dentro de la visión científica de la ansiedad, no se presenta correlación positiva entre el peligro objetivo y la ansiedad, sino que ésta tiene un carácter irracional, es decir, se produce ante situaciones sin peligro real.

VISION PSICOANALITICA DE LA ANSIEDAD

El término de ansiedad fue introducido por Sigmund Freud en 1894, enumerando dos disparadores: Peligro del mundo real en donde la causa de la ansiedad es provocada por situaciones reales que traen consigo dolor físico (Dicaprio, 1984) y anticipación de un castigo por expresar impulsos sexuales agresivos u otros prohibidos por una conducta inmoral.

En 1916 Sigmund Freud reconoció la prominencia crucial de la ansiedad en la psicología " El problema de la ansiedad es un punto nodal que

eslabona todos los tipos de preguntas importantes; en un enigma, cuya solución arrojará mucha luz de nuestra vida mental”.

Freud en 1936 propuso que la primera y más poderosa fuente de ansiedad era el nacimiento mismo (Dicaprio, 1985) debido a que el feto en el medio externo, y el nacer, este medio cambia radicalmente quedando expuesto a una gran variedad de experiencias nuevas que pueden ser abrumadoras y tensionantes en el transcurso de su desarrollo.

La ansiedad siempre la experimenta el Yo, suele ser consciente, y se clasifica como:

1.- Ansiedad flotante: La ansiedad flotante - libre previene de un motivo inconsciente del Ello o del Super Yo y el cual no se puede satisfacer debido al conflicto o a la frustración.

Es la aprensión general que se adhiere inicialmente a una idea, después a otra y luego a otra , y así indefinidamente. La persona dominada por la ansiedad, explora cada incertidumbre como la advertencia de un desastre inminente. Las personas con poca ansiedad flotante - libre son consideradas seguras y relativamente invulnerables a los ardides que produce la ansiedad de situaciones comunes; las que tienen exceso de ansiedad flotante-libre son consideradas inseguras.

2.- Ansiedad manifiesta. Se deriva de un motivo consciente del Ello o Super Yo, que no se puede satisfacer debido al conflicto o a la frustración. Es un presentimiento generalizado con recriminaciones severas, de que nunca se podrá llegar al objeto - meta. La persona ansiosa, con preocupación total, explora interminablemente a cada aspecto de su disonancia conductual. Aunque la ansiedad acompaña invariablemente toda disonancia conductual, el psicoanálisis pone al descubierto que, en la cultura, los conflictos del Yo producen ansiedad b más extrema, la teoría del impulso de la ansiedad de Sigmund Freud 1894, sitúa al conflicto crítico entre la descarga normal del motivo sexual no satisfecho, ubicado en el Ello y los dictámenes del Super Yo; el motivo sexual no satisfecho es responsable de la ansiedad.

Freud propone, que la ansiedad es un estado afectivo ante determinadas situaciones de placer o displacer. Siendo la energía psíquica y física afectando primordialmente a los órganos respiratorios y al corazón, y tiene su ubicación en el Yo, ya que es la única que la puede experimentar.

En la conferencia 25 (1916 - 1917) Freud hace mención que la palabra Angst. En inglés se ha adaptado anxiety como traducción técnica, en un sentido muy distinto al del coloquial, pero a menudo ha sido preciso emplear expresiones como "temor", "miedo", "terror". En esta versión Angst se ha traducido por angustia. (Freud Conferencia de introducción al Psicoanálisis) (Parte III 1916 – 1917).

Karen Horney (1937) consideraba a la ansiedad (una reacción del individuo a peligros reales o imaginarios) como una fuerza motivacional. Horney resaltaba que los sentimientos de ansiedad también se originaban en una variedad de contextos no sexuales, en la niñez la ansiedad surge porque los niños dependen de los adultos para su supervivencia, inseguros acerca de recibir el cuidado y la protección continuos, los niños desarrollan protecciones internas, o defensas, que proporcionan satisfacción y seguridad. Experimentan más ansiedad cuando esas defensas son amenazadas.

Caroline Shreeve y David Shreeve (1984) en su libro Hipnosis su poder curativo dicen: "Los síntomas de ansiedad son similares a aquellos provocados por una situación. La actividad mental desagradable asociada a un ataque de ansiedad, no es pensamiento verdadero ni sentimiento identificable; es una ausencia de actividad mental adulta habitual, que en si es atemorizante y se le ha descrito con bastante precisión como la interpretación mental de un estado corporal". Este es el estado que Freud llamaba " ansiedad de flotación libre ", porque carece de explicación lógica y " flota " ante la mente de una persona sin adherirse a algún objeto, persona o circunstancia.

Un ataque de ansiedad implica una tensión creciente, otra forma de energía; síntomas físicos (desagradables) se producen y éstos actúan sobre el estado mental, incrementado la tensión creciente hasta que la energía se descarga y se libera por medio de un ataque de ansiedad.

Por otra parte, la teoría de la culpa de ansiedad O. H. Mowrer 1950, ubica el conflicto crítico entre el conflicto sexual, insatisfecho y los dictámenes del Super Yo; la consciencia del Super Yo produce la culpa, que es la más aterradora. El pecado, según el punto de vista, es la base fundamental de casi toda desadaptación psicológica.

Hall C., Linzey G. (1978). Sentimiento parecido al miedo sin que haya una causa identificable, para Horney citado por Hall la ansiedad: “Es una fuerza motivadora más fuerte que el impulso sexual”, y a su vez se podía presentar en diversos contextos no sexuales, en tanto Freud sostenía que generalmente la ansiedad es el resultado de conflictos sexuales.

Cattell, R. B. 1975. Explica, “la ansiedad psicológicamente es vivida por el propio sujeto como un estado de ánimo desagradable, de displacer, producido por situaciones y acontecimientos que, de manera consciente o no, la percibe como amenazadora, es una reacción afectiva o emocional ante ciertas propiedades del entorno percibido”.

La ansiedad se torna disfuncional y entra a formar parte de la mayoría de los patrones psicopatológicos de comportamiento. Por ansiedad flotante suele entenderse aquella que no está vinculada a claves o señales bien precisas del medio y que es suscitada por claves ambientales imprecisas y difusas y justo por esta razón el sujeto percibe difusamente.

Para estos tipos disfuncionales de ansiedad, sobre todo por parte de los psicoanalistas y psiquiatras, ha sido utilizado asimismo el término "ANGUSTIA".

La ansiedad no sólo es un estado de ánimo más o menos duradero o una disposición personal relativamente permanente hacia este estado, los psicólogos han visto a la ansiedad como un motivo o impulso, como un proceso motivacional.

Sullivan H. S. (1969) propone que el ser humano tiene la necesidad de obtener aceptación, y cuando ésta se presenta, se adquiere un sentimiento de bienestar, más si no se adquiere produce un sentimiento que lo incomoda, siendo este sentimiento la angustia sentida. Concibe a la ansiedad como el resultado de las relaciones de uno para con otros, considerándola, como una experiencia de tensión que surge como una expresión a la disyuntiva que representa las relaciones interpersonales.

Esto quiere decir que para mucha gente, las situaciones que producen estrés le provocan un incremento en la ansiedad, caracterizándose por sentimientos de preocupación, tensión y activación del sistema nervioso central.

VISION EXISTENCIALISTA

La tendencia existencialista se dirige hacia la distinción de diferentes posturas que adopta la vivencia ansiosa en el ser humano. Para esta corriente el sentido de la vida no es exclusivamente el principio del placer, sino también de que el hombre madura en el dolor y crece en él. La vida es el existir, pero no se vive sin reflexión, por lo que no existe sin tratar de entender el porque de las cosas.

Para los existencialistas la naturaleza humana incluye contradicciones, lo cual constituye una fuente de ansiedad, por lo que el conflicto fundamental de la existencia es el ser o no ser, siendo la responsable de su ser, su situación y su futuro.

Para Malabarache, citado en Chagoya, (1982), la ansiedad la provoca el error, que causa miseria en los hombres y es el principio que ha producido el mal en el mundo.

La característica más llamativa de la ansiedad es su carácter anticipatorio, es decir, posee la capacidad de prever o señalar el peligro o amenaza para el propio individuo, confiriéndole un valor funcional importante (Sandín y Chorot, 1995)

En el recorrido que se realizó en este capítulo se observa que los investigadores no se ponen de acuerdo para tener una definición específica con

respecto a la ansiedad, tomando los elementos generales de las definiciones, los autores coinciden con lo siguiente.

“La ansiedad es una respuesta normal a un estado desagradable y amenazante contra la persona, su modo de vida, sus posesiones o seres queridos, que se presenta ante situaciones o estímulos, muchas veces desconocida, que conlleva pautas complejas de respuestas que incluye una variedad de sensaciones subjetivas como: agitación, malestar, tensión, temor o ansiedad asociadas a cambios, la capacidad de adaptación que tenga la persona ante la diversidad de cambios, la intensidad y duración de los acontecimientos que lo causen “.

CAPITULO III
INVENTARIO DE ANSIEDAD RASGO – ESTADO (IDARE)
DR. CHARLES D. SPIELBERG

El inventario está constituido por dos escalas independientes de auto – evaluación para medir dos dimensiones diferentes de ansiedad.

*Ansiedad - Estado(SXE).

*Ansiedad – Rasgo.(SXR).

La ansiedad – estado se concibe como un estado emocional momentáneo del organismo humano y se caracteriza por sentimientos de aprensión y tensión, así como por el aumento de la actividad del sistema nervioso autónomo (taquicardia, sudoración, excitación y temblor). La ansiedad – rasgo se refiere a las diferencias individuales, relativamente estables, en la propensión a la ansiedad, es decir, como si fuera la energía potencial que indica las diferencias de grado de una disposición latente a manifestar un cierto tipo de reacción.

DESARROLLO DEL INVENTARIO (STAI - IDARE).

El desarrollo del inventario se inició por Charles D. Spielberg y R. L. Gorsuch en 1964 en la Universidad de Vanderbilt con el propósito de construir un instrumento de investigación objetivo de auto-evaluación de la ansiedad-estado y la ansiedad-rasgo en adultos normales. En 1967 se amplió su aplicación a individuos emocionalmente perturbados con propósitos tanto

clínicos, como de investigación.

Los reactivos de las dos escalas se seleccionaron principalmente de tres escalas de ansiedad: El IPAT Anxiety Scale (1963), Teylor (1953), Manifest Anxiety Scale, y el Welsh Anxiety Scale (1956). Dichos reactivos se modificaron sin perder su contenido psicológico para ser utilizados con distintas instrucciones en las dos escalas de ansiedad (estado - rasgo). Posteriormente los reactivos modificados se aplicaron a un grupo de estudiantes de Psicología. En base a los comentarios de los sujetos, se simplificó el protocolo y se eliminaron los reactivos ambiguos. Para entonces el inventario constaba de 124 preguntas de las dos escalas de ansiedad.

Los ítems se aplicaron nuevamente en una tercera muestra de universitarios (54 estudiantes), se les pidió que respondieran además de “casi nunca”, “algunas veces”, “frecuentemente”, “casi siempre”, como se sentían generalmente. Se eliminaron nuevamente los reactivos que no resultaron significativos y el inventario quedo con 66 reactivos que fueron aplicados a una cuarta muestra de estudiantes universitarios (265 estudiantes). En dicha aplicación se denominaba a la ansiedad rasgo como Exam y ansiedad-estado Relaj. En la condición de Exam se les pidió que respondieran como se sentían generalmente y en la condición Relaj como se sentirían en una situación.

Determinada 44 reactivos pasaron las fases de validación estadística ya que las calificaciones de la ansiedad-estado fueron significativamente más

altas para la situación de Exam que para la situación Relaj. Los 44 reactivos fueron validados en forma cruzada en una muestra grande de estudiantes universitarios (561 hombres y 249 mujeres), se les aplicó el inventario en tres situaciones diferentes: con instrucciones de ansiedad - rasgo, y ansiedad-estado y con instrucciones de examen de ansiedad - estado. Un total de 32 reactivos obtuvieron correlaciones significativas tanto para hombres como para mujeres.

Siguiendo con el proceso de validación los 32 reactivos del inventario fueron aplicados con instrucciones de ansiedad - estado a 400 universitarios (224 hombres y 133 mujeres) en dos ocasiones en un día normal del curso y en período de exámenes. De los 32 reactivos, 23 tenían correlaciones significativas tanto para hombres como para mujeres. Originalmente se intentaba construir una escala única para medir tanto ansiedad - estado como la ansiedad - rasgo con diferentes instrucciones. Se seleccionaron 20 reactivos para construir la forma A del STAI para las dos escalas de ansiedad. Posteriormente se retomaron además de los 20 reactivos de la forma A, 20 reactivos con instrucciones de ansiedad - rasgo que habían sido rechazados por no ser medidas aceptables de la ansiedad - estado que resultaron ser mejores para evaluar la ansiedad-rasgo, así se construyó la forma B del STAI.

Posteriormente cada uno de los reactivos de la ansiedad-rasgo y de la ansiedad - estado fueron modificados, revisados y adaptados, aplicándolos muchas veces más a diferentes poblaciones (generalmente con estudiantes).

La revisión del inventario que resultó de este proceso de ajuste de los reactivos se denominó finalmente como inventario de Autoevaluación SXE y SXR o inventario de ansiedad – rasgo - estado, IDARE (Spielberg y Guerrero, 1980).

CALIFICACION MANUAL DEL IDARE.

Las claves separadas para los reactivos directos y los reactivos inversos de A - Estado y A – Rasgo pueden confeccionarse. Con estas claves a la mano, las calificaciones de las escalas A – Estado y A – Rasgo pueden ser calculadas de la siguiente forma: Primer paso; determínese la suma de las calificaciones pesadas para los reactivos calificados directamente tanto en la escala A – Estado como en la escala A – Rasgo. Segundo paso, réstese la suma de las calificaciones pesadas para los reactivos inversos de estas escalas. Tercer paso, añádase la constante apropiada que es igual a 5 veces el número total de reactivos inversos en cada escala. Cuarto paso, las cantidades resultantes son las calificaciones adecuadamente determinadas para las escalas A – Estado y A – Rasgo.

El procedimiento arriba indicado automáticamente revierte el peso de la respuesta para cada reactivo para el cual una calificación alta indica baja ansiedad, al sustraer la respuesta obtenida del valor de 5. Así, una valoración de 4 en un reactivo inverso resulta ser $(5 - 4) + 1$. De manera semejante, las

valoraciones de 2, 3 y 4 cuando son invertidos se convierten en 3, 2 y 1 respectivamente.

Los reactivos invertidos de las escalas del IDARE son los siguientes:

Escala A – Estado: 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 y 20.

Escala A - Rasgo: 1, 6, 7, 10, 13, 16 y 19.

CAPITULO IV

METODOLOGIA.

OBJETIVO DE INVESTIGACION.

Probar que una técnica hipnótica (relajación profunda) reduce los niveles de ansiedad provocado por la presentación de exámenes escritos en estudiantes de educación media superior.

4.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Por mucho que se diga, la enseñanza no es más que una ayuda para que los educandos aprendan o no aprendan. El éxito o fracaso escolar depende, en gran medida de la ejecución del estudiante en las evaluaciones.

Esto implica que cuando se presenta una ansiedad severa en esta situación, la ansiedad se vuelve un problema extremadamente serio en la población estudiantil.

Asimismo, se ha considerado que al presentar exámenes escritos persiste ansiedad en los estudiantes y dicha situación hace que los educandos evidencien decremento en las posibilidades del desempeño escolar.

La disminución del desempeño dentro del examen da como consecuencia negativa, bajas calificaciones y está en función de “problemas emocionales y de deficiencias graves en hábitos de estudio y, por tal motivo la “reprobación “.

Como se ha descrito en el recorrido histórico de la hipnosis, los fenómenos hipnóticos aparecen íntimamente ligados con su aplicación a la cura de diversas enfermedades, tanto biológicas, como psicológicas; en las cuales se dará mayor énfasis, a la ansiedad considerada como una respuesta normal a un estado desagradable y amenazante contra la persona. Y como se ha descrito anteriormente, el problema que representa dicha ansiedad para la población estudiantil, la hipnosis como técnica para la disminuirla, en tanto que en múltiples problemas ha dado favorables resultados para resolverlos.

4.2 HIPOTESIS

A) HIPOTESIS DE TRABAJO

Hi = Los niveles de ansiedad ante los exámenes escritos de los alumnos de nivel medio superior, se reducen con la aplicación de la técnica hipnótica.

B) HIPOTESIS NULA.

Ho = Los niveles de ansiedad ante los exámenes escritos de los alumnos de nivel medio superior no se reduce, con la aplicación de la técnica hipnótica.

4.3 DEFINICION DE VARIABLES.

A) Variable Independiente: La técnica hipnótica de relajación profunda.

B) Variable dependiente: Los niveles de ansiedad ante los exámenes escritos.

C) Variable extraña: La intervención de alguna autoridad, el alumno no estudie, el alumno no asista con regularidad a las clases, padezca de alguna enfermedad.

4.4 MUESTRA:

Se trabajó con una muestra de 19 estudiantes de 4° año de bachillerato y 19 estudiantes de 5° año haciendo un total de 38 estudiantes de bachillerato ambos sexos con una edad de 14 a 18 años.

Esta muestra fue seleccionada de acuerdo al nivel de ansiedad que presentaba cada alumno, en una escala a partir de 41 puntos que equivale a un diagnóstico medio alto, se aplicó el test (IDARE) a 4 grupos de 35 alumnos cada uno haciendo un total de 140 estudiantes de Bachillerato.

4.5 ESCENARIO

La aplicación del test se llevó a cabo, en un aula del Instituto Centenario Constitución 57, con un cupo para 60 alumnos aproximadamente, la

cual, tiene un escritorio, bancas de fierro, pizarrón color blanco y con iluminación natural. Tiene una dimensión de 8 metros de ancho por 6 metros de largo.

4.6 DISEÑO

Se utilizó un diseño exploratorio comparativo intra grupo. El diseño constó de la correlación test – retest de tres fases que son A. B. A'. En donde A: es la fase de evaluación que significa el aplicar el test Idare y ubicar los niveles de ansiedad para seleccionar la muestra.

B: Aplicar la variable independiente, tratamiento.

A: Aplicación del retest.

4.7 INSTRUMENTO Y MATERIALES UTILIZADOS.

El test Idare, manual folleto de aplicación, hojas de respuestas y protocolo de calificación.

Hojas tamaño carta blancas lápices del número 2 o mediano, (HB) sacapuntas, plumines de colores, dos plumones de color negro y rojo.

Una grabadora, 2 Casetes (vírgenes) 1 casete de música clásica 1 casete de música de relajación.

4.8 PROCEDIMIENTO

FASE A

El primer paso de esta investigación es solicitar los permisos de las autoridades (Directora) con el fin de que los maestros proporcionen el tiempo y las facilidades para la aplicación del test IDARE a cada uno de los grupos.

La aplicación fue en el horario de 9 a.m. a 10. 15 AM durante 40 minutos en los 4° y 5° años de bachillerato, con 35 alumnos cada grupo. Se repartió el material que constó: lápiz del número 2, hoja de preguntas y respuestas, y una goma blanca; a continuación en voz alta se leyeron las instrucciones conjuntamente con los sujetos, al terminar la lectura, se preguntó si había dudas para aclararlas y después comenzar.

Posteriormente se calificaron las pruebas, con el fin de obtener los puntajes mayores de ansiedad y seleccionar la muestra.

FASE B

En esta fase se estableció la selección de sujetos con un mayor puntaje, 41 (puntos en adelante) con el fin de obtener la muestra, y así revisar las materias reprobadas (dos en adelante). Se reunieron y se establecieron los días en los cuales se dieron las sesiones de hipnosis con la técnica de relajamiento profundo y autohipnosis con una duración de cuatro sesiones de una hora y cuarenta minutos por cada sesión.

Técnica de relajación

Se procede a relajar al sujeto progresivamente por el método usual, de la punta de los pies hasta la cabeza. Una vez que el sujeto esta profundamente relajado se le proporcionan las sugerencias, se le enseña al sujeto a entrar a entrar y salir de la hipnosis.

FASE A'

En esta última fase se aplicó de nueva cuenta el test Idare (RETEST) para observar las modificaciones que hubo en los niveles de ansiedad.

CAPITULO V

RESULTADOS

5.1 PARAMETRO DE EVALUACION.

El objetivo de una prueba de estadística, es probar una hipótesis, con respecto, de uno o más parámetros de la población (Mendenhall, William y Reinmuth, 1981).

En una prueba estadística se encuentran los siguientes elementos: la hipótesis de investigación (o la hipótesis que el investigador desea apoyar); la hipótesis nula, que es la contradicción de la hipótesis alternativa y la estadística de prueba, que son los valores muestrales, que se usan para calcular el rango en el que puede comprobarse la hipótesis.

La estadística de prueba dependiendo de una muestra, cae en la región de: rechazo, se rechaza la hipótesis nula, y la hipótesis alternativa o de investigación, es aceptada.

Para probar la hipótesis se utiliza la **Z** para muestras grandes y la **t** de Student para muestras pequeñas.

La opción estadística de acuerdo al requerimiento del la Investigación es “Razón **t** ó **t** de Student “, puesto que es una prueba que da como resultado

enunciados de probabilidad que son extremadamente precisos, no obstante que los supuestos de homogeneidad, de varianza y de normalidad de las distribuciones inherentes carezca de fundamento. (Downie 1986).

Por otra parte, la distribución de la muestra es pequeña y este tipo de parámetro entra en toda la estructuración y la interpretación de los resultados, estas razones fueron propuestas por W.S. Gosset en artículos que sólo fueron escritos como A Student - es decir, un estudiante (Downie 1986).

A su vez, la elección es la significancia de la diferencia entre dos medias, en problemas de esta clase, no importa \bar{X}_1 y \bar{X}_2 , sino más bien, la diferencia entre las dos medias muestrales $\bar{X}_1 - \bar{X}_2$, o cuando suele expresarse, D_x . Se considera "que se toma un número grande muestra a partir de la población A y un número semejante de muestra a partir de la población B, las medias de la población de donde se extrajeron estas muestras aleatorias son iguales. Si se calcula la diferencia entre las medias para cada par de medias muestrales ($\bar{X}_A - \bar{X}_B$), se encontrará que la distribución de estas muestras es normal, con la media de las diferencias iguales a 0, esto es ($\bar{X}_A - \bar{X}_B$) = 0, Downie (1986).

"La fórmula usual de la diferencia entre las medidas para muestras pequeñas (Downie,1986), es:

$$S_{Dx} \sqrt{\frac{\frac{\sum X_1^2}{N_1} + \frac{\sum X_2^2}{N_2}}{N_1 + N_2 - 2} \left[\frac{1}{N_1} + \frac{1}{N_2} \right]}$$

Mediante la fórmula t de student se evaluaron los niveles de ansiedad antes del tratamiento y después.

Asimismo se evaluaron a los grupos con ansiedad y materias reprobadas (sin tratamiento).

Las hipótesis planteadas son:

H₀ = Hipótesis nula

$$\mathbf{H_0 = \bar{X}_1 = \bar{X}_2}$$

Hipótesis nula: Con la aplicación de la técnica hipnótica no se reduce los niveles de ansiedad ante los exámenes escritos.

H₁ = Hipótesis alterna

$$\mathbf{H_1 = \bar{X}_1 \neq \bar{X}_2}$$

Hipótesis alterna: Con la aplicación de la técnica hipnótica si se reducen los niveles de ansiedad ante los exámenes escritos.

Nivel de significación.

El nivel de significancia es el nivel alfa de trabajo 1 por 100.

5.2 ANALISIS ESTADÍSTICO Y DE RESULTADOS

TABLA1

ESTUDIANTES DE 4 AÑO SOMETIDOS AL PROCESO					ESTUDIANTES DE 4 AÑO NO SOMETIDOS AL PROCESO				
PRIMER BIMESTRE		QUINTO BIMESTRE			PRIMER BIMESTRE		QUINTO BIMESTRE		
	NIVEL DE ANSIEDAD 1	MATERIAS REPROBADAS	NIVEL DE ANSIEDAD 5	MATERIAS REPROBADAS		NIVELES DE ANSIEDAD 1	MATERIAS REPROBADAS	NIVEL DE ANSIEDAD 5	MATERIAS REPROBADAS
1	60	3	20	0	20	73	4	70	4
2	75	4	29	1	21	74	4	75	3
3	62	3	15	0	22	65	3	60	3
4	53	3	13	0	23	64	3	60	3
5	66	3	17	0	24	60	2	59	3
6	68	3	18	0	25	74	4	73	3
7	63	3	26	1	26	59	3	63	3
8	70	3	11	0	27	61	3	60	3
9	62	3	20	0	28	72	4	70	3
10	72	4	24	0	29	60	3	59	3
11	66	3	19	0	30	75	4	75	4
12	63	3	18	0	31	58	3	62	3
13	66	3	21	1	32	63	3	65	3
14	71	4	22	1	33	74	4	73	3
15	67	3	14	0	34	62	3	63	3
16	72	4	19	0	35	54	2	64	3
17	73	4	24	1	36	59	3	63	3
18	64	3	18	0	37	66	3	67	2
19	66	3	17	0	38	78	5	77	4

Resultados del nivel de ansiedad y número de materias reprobadas de los alumnos de 4to año que fueron sometidos al proceso y no fueron sometidos al proceso.

Tomando como base los datos de la tabla 1 para el grupo de 4to año, se analizó la diferencia entre los alumnos en el 1 bimestre sometidos al proceso y los que no fueron sometidos, comparando el nivel de ansiedad.

Donde μ_1 grupo de alumnos sometidos al proceso y μ_2 alumnos no sometidos al proceso, se aplicó la “ t Student “ con los siguientes resultados.

<i>t-La prueba Dos: Muestra que asume variaciones desiguales</i>		
	Grupo Sometidos al proceso	Grupo No sometidas al proceso
Mean	66.31578947	65.84210526
Variance	28.33918129	51.91812865
Observations	19	19
Hypothesi M	0	
df	33	
t Stat	0.23047478	
P(T<--t) one-tail	0.409572854	
t Crftical one-tail	1.692360456	
P(T<--t) two-tail	0.819145708	
t Critica two-tail	2.03451691	

Como la t calculada es menor a la t crítica con un nivel de significancia $\alpha = 0.05$.

La hipótesis **H₀** se acepta, es decir, el nivel ansiedad de los dos grupos es igual, no hay diferencia.

Ahora comparando el nivel de ansiedad del 5to bimestre entre los dos grupos de 4to año.

<i>t- La prueba: Dos - Muestra que Asume las Variaciones Desiguales</i>		
	Grupo Sometidos al proceso	Grupo No sometidas al proceso
Mean	19.21052632	66.21052632
Variance	20.28654971	37.06432749
Observations	19	19
Hypothesi	0	
df	33	
t Stat	-27.05232685	
P(T<--t) o	2.10891E-24	
t Crftical o	1.692360456	
P(T<--t) tw	4.21781E-24	
t Critica t	2.03451691	

Como la t calculada es mayor a la t crítica con un nivel de significancia $\alpha = 0.05$.

La hipótesis H_0 = los niveles de ansiedad ante los exámenes escritos de los alumnos de nivel medio superior no se reduce, con la aplicación de la técnica hipnótica.

Se rechaza, es decir el nivel ansiedad de los dos grupos es diferente, hay diferencia entre el grupo de 4to año sometido al proceso y el grupo de 4to año que no fue sometido al proceso.

TABLA 2

	ESTUDIANTES DE 5 AÑO SOMETIDOS AL PROCESO				ESTUDIANTES DE 5 AÑO <u>NO</u> SOMETIDOS AL PROCESO				
	PRIMER BIMESTRE		QUINTO BIMESTRE		PRIMER BIMESTRE		QUINTO BIMESTRE		
	NIVEL DE ANSIEDAD 1	MATERIAS REPROBADAS	NIVEL DE ANSIEDAD 5	MATERIAS REPROBADAS		NIVELES DE ANSIEDAD 1	MATERIAS REPROBADAS	NIVEL DE ANSIEDAD 5	MATERIAS REPROBADAS
1	60	4	20	0	20	77	4	72	3
2	75	4	29	1	21	72	4	70	3
3	62	3	15	0	22	63	3	63	3
4	53	3	13	0	23	62	3	63	3
5	66	4	17	0	24	59	2	73	3
6	68	3	18	0	25	67	3	68	3
7	63	3	26	1	26	59	2	60	3
8	70	2	11	0	27	68	3	66	3
9	62	3	20	0	28	60	2	69	3
10	72	3	24	0	29	72	3	72	3
11	65	3	19	0	30	75	4	74	3
12	63	3	18	0	31	56	2	55	0
13	68	2	21	0	32	71	3	68	2
14	71	3	22	0	33	69	3	70	3
15	67	4	14	0	34	74	3	73	3
16	72	3	19	0	35	60	2	69	3
17	73	3	24	1	36	75	3	75	4
18	64	2	18	0	37	57	2	66	2
19	66	3	17	0	38	69	3	70	4

Resultados del nivel de ansiedad y número de materias reprobadas de los alumnos de 5to. año, que fueron sometidos al proceso y no fueron sometidos al proceso.

Tomando como base los datos de la tabla 2 para el grupo de 5to. Año se analiza la diferencia entre los alumnos en el 1er bimestre sometidos al

proceso y los que no fueron sometidos, comparando el nivel de ansiedad.

Donde μ_1 grupo de alumnos sometidos al proceso y μ_2 alumnos no sometidos al proceso. Aplicando la prueba "t Student".

Grupo Sometidos al proceso		Grupo No sometidas al proceso
Mean	66.31578947	66.57894737
Variance	28.33918129	46.47953216
Observations	19	19
Hypothesi	0	
df	34	
t Stat	-0.132613606	
P(T<--t) o	0.447640358	
t Crftical o	1.690923455	
P(T<--t) tw	0.895280716	
t Critica t	2.032243174	

Como la t calculada es menor a la t crítica con un nivel de significancia $\alpha = 0.05$.

La hipótesis **H₀** = los niveles de ansiedad ante los exámenes escritos de los alumnos de nivel medio superior no se reduce, con la aplicación de la técnica hipnótica. Se acepta, es decir el nivel ansiedad de los dos grupos es igual, no hay diferencia.

Ahora comparando el nivel de ansiedad pero del 5to bimestre entre los dos grupos de 5to año.

t- La prueba: Dos - Muestra que Asume las Variaciones Desiguales		
	Nivel Ansiedad	Nivel Ansiedad
	5	5
Mean	19.21052632	68.21052632
Variance	20.28654971	26.1754386
Observations	19	19
Hypothesi	0	
df	35	
t Stat	-31.33458772	
P(T<--t) o	1.68698E-27	
t Crftical o	1.689572855	
P(T<--t) tw	3.37396E-27	
t Critica t	2.030110409	

Como la t calculada es mayor a la t crítica con un nivel de significancia $\alpha = 0.05$.

La hipótesis **H₀** se rechaza es decir el nivel ansiedad de los dos grupos es diferente, hay diferencia entre el grupo de 5to año sometido al proceso y el grupo de 5to año que no fue sometido al proceso en 5 bimestre.

Comparando el número de materias reprobadas en el 1er bimestre de los dos grupos de 4to año.

$$H_0 = \mu_1 = \mu_2$$

$$H_0 : \mu_1 \neq \mu_2$$

Donde μ_1 grupo de alumnos sometido al proceso y μ_2 no sometido al proceso.

Aplicando la prueba "t student".

Materias reprobadas Sometidos al proceso		Materias reprobadas No sometidas al proceso
Mean	3.263157895	3.315789474
Variance	0.204678363	0.561403509
Observations	19	19
Hypothesize	0	
df	30	
t Stat	-0.262111217	
P(T<--t) one	0.39751357	
t Crftical one	1.697260359	
P(T<--t) two-	0.795027139	
t Critica two	2.042270363	

Como la t calculada es menor a la t crítica con un nivel de significancia $\alpha = 0.05$.

La hipótesis **H₀** se acepta es decir el nivel número de materias reprobadas de los grupos es igual, no hay diferencia.

Comprobando el número de materias reprobadas en el 5to bimestre de los dos grupos de 4to año.

Materias reprobadas Sometidos al proceso		Materias reprobadas No sometidas al proceso
Mean	0.263157895	3.105263158
Variance	0.204678363	0.210526316
Observations	19	19
Hypothesize	0	
df	36	
t Stat	-19.22586286	
P(T<--t) one	8.05098E-21	
t Crftical one	1.688297289	
P(T<--t) two	1.6102E-20	
t Critica two	2.02809133	

Como la t calculada es menor a la t crítica con un nivel de significancia $\alpha = 0.05$.

La hipótesis **H₀** se rechaza es decir el número de materias reprobadas de los grupos es diferente, hay diferencia entre el grupo de 4to año sometido al proceso y el grupo 4to año que no fue sometido al proceso.

Comparando el número de materias reprobadas en el 1er bimestre de los grupos de 5to año.

$$H_0 : \mu_1 = \mu_2$$

$$H_0 : \mu_1 \neq \mu_2$$

<u>t- La prueba: Dos - Muestra que Asume las Variaciones Desiguales</u>		
Materias reprobadas Sometidos al proceso		Materias reprobadas No sometidas al proceso
Mean	3.052631579	2.842105263
Variance	0.385964912	0.473684211
Observations	19	19
Hypothesi	0	
df	36	
t Stat	0.989743319	
P(T<--t) o	0.164452811	
t Crftical o	1.688297289	
P(T<--t) tw	0.328905622	
t Critica t	2.02809133	

Como la t calculada es menor a la t crítica con un nivel de significancia $\alpha = 0.05$.

La hipótesis **H₀** se acepta es decir el número de materias reprobadas de los grupos es igual, no hay diferencia.

t- La prueba: Dos - Muestra que Asume las Variaciones Desiguales		
Materias reprobadas Sometidos al proceso		Materias reprobadas No sometidas al proceso
Mean	0.157894737	2.842105263
Variance	0.140350877	0.695906433
Observations	19	19
Hypothesi	0	
df	25	
t Stat	-12.79450275	
P(T<--t) o	8.97751E-13	
t Crftical o	1.708140189	
P(T<--t) tw	1.7955E-12	
t Critica t	2.05953711	

Comparando el de materias reprobadas en el 5to bimestre de los dos grupos de 5to año.

Como la t calculada es menor a la t crítica con un nivel de significancia $\alpha = 0.05$.

La hipótesis **H₀** se rechaza es decir el número de materias reprobadas de los grupos es diferente, hay diferencia entre el grupo de 4to año sometido al proceso y el grupo 4to año que no fue sometido al proceso.

Analizando los datos del grupo de 4to año que fue sometido al proceso Aplicando la prueba de "t Student" para verificar la diferencia entre el 1er y 5to bimestre con respecto al nivel de ansiedad.

$$H_0 : \mu_1 = \mu_2$$

$$H_0 : \mu_1 \neq \mu_2$$

Donde μ_1 media, del nivel de ansiedad de los alumnos de 4to año 1er. bimestre μ_2 media del nivel de ansiedad de los alumnos de 4to año, 5to bimestre sometidos al proceso.

Utilizando los datos de la tabla 1 tenemos:

t- La prueba: Dos - Muestra que Asume las Variaciones Desiguales		
	Nivel Ansiedad 1	Nivel Ansiedad 5
Mean	66.84211	19.21053
Variance	51.91813	37.06433
Observations	19	19
Hypothesized Mean Differe	0	
df	35	
t Stat	-0.17024	
P(T<--t) one-taeil	0.4329	
t Crftical one-taeil	1.689573	
P(T<--t) two-tail	0.865799	
t Criticai twc>-tail	2.03011	

Como la t calculada es menor a la t crítica con un nivel de significancia $\alpha = 0.05$.

La hipótesis nula se rechaza. Es decir el nivel de ansiedad de los alumnos de 4to año sometidos al proceso es diferente entre los resultados del 1er. Y 5to bimestre.

Analizando los datos del grupo de 4to. Año que no fueron sometidos al proceso la prueba " t Student " para verificar la diferencia entre el 1er y 5to bimestre con respecto al nivel de ansiedad.

$$H_0 : \mu_1 = \mu_2$$

$$H_0 : \mu_1 \neq \mu_2$$

Donde μ_1 media del nivel de ansiedad de los alumnos de 4to año 1er bimestre μ_2 media del nivel de ansiedad de los alumnos de 4to año 5to bimestre no sometidos al proceso.

Utilizando la tabla 1.

<i>t-La prueba: Dos - Muestra que Asume las Variaciones Desiguales</i>		
	Nivel Ansiedad 1er bimestre	Nivel Ansiedad 5to bimestre
Mean	66.84211	66.21053
Variance	51.91813	37.21063
Observations	19	19
Hypothesized Mean Di	0	
df	35	
t Stat	-0.17024	
P(T<--t) one-tail	0.4329	
t Crftical one-tail	1.689573	
P(T<--t) two-tail	0.866799	
t Critica t two-tail	2.03011	

Como la t calculada es menor a la t crítica con un nivel de significancia

$\alpha = 0.05$.

La hipótesis **H₀** se acepta. Es decir el nivel ansiedad de los alumnos en el 1er. Y 5to bimestre de 4to año de los alumnos que no fueron sometidos al proceso es el mismo no hay diferencia.

Analizando los datos del grupo de 5to año que fue sometido al Proceso se aplico la prueba "T Student" para verificar la diferencia entre el 1er. Y 5to. bimestre con respecto al nivel de ansiedad.

$$H_0 : \mu_1 = \mu_2$$

$$H_0 : \mu_1 \neq \mu_2$$

Donde μ_1 media del nivel de ansiedad de los alumnos de 5to año 1er bimestre μ_2 media del nivel de ansiedad de los alumnos de 5to año 5to bimestre sometidos al proceso.

Utilizando los datos de la tabla 2.

<i>t-La prueba: Dos - Muestra que Asume las Variaciones Desiguales -</i>		
	Nivel Ansiedad 1er bimestre	Nivel Ansiedad 5to bimestre
Mean	66.315789	19.210526
Variance	28.339181	20.28655
Observations	19	19
Hypothesis	0	
df	35	
t Stat	29.445109	
P(T<--t) o	1.377E-26	
t Crftical o	1.6895729	
P(T<--t) tw	2.753E-26	
t Critica t	2.0301104	

Como la t calculada es menor a la t crítica con un nivel de significancia $\alpha = 0.05$.

La hipótesis nula se rechaza, es decir el nivel de ansiedad de los alumnos de 5to año sometidos al proceso es diferente entre los resultados del 1er y 5to bimestre.

Analizando los datos de los alumnos de 5to año que no fueron sometidos al proceso se aplicó la prueba "t Student" para verificar la diferencia entre el 1er y 5to bimestre al nivel de ansiedad.

$$H_0 : \mu_1 = \mu_2$$

$$H_0 : \mu_1 \neq \mu_2$$

Donde μ_1 media del nivel de ansiedad de los alumnos de 5to año 1er Bimestre μ_2 media del nivel de ansiedad de los alumnos de 5to año 5to bimestre no son sometidos al proceso.

Utilizando los datos de la tabla 2 se obtiene:

<i>t-La prueba: Dos - Muestra que Asume las Variaciones Desiguales</i>		
	Nivel Ansiedad 1	Nivel Ansiedad 5
Mean	66.578947	68.210526
Variance	46.479535	26.175439
Observations	19	19
Hypothesized df	0	
t Stat	33	
P(T<--t) o	-0.8343576	
t Crftical o	0.2050395	
P(T<--t) tw	1 .6923605	
t Critica t	0.410079	
	2.0345169	

Como la t calculada es menor a la t crítica con un nivel de significancia $\alpha = 0.05$.

Es decir el nivel de ansiedad de los alumnos en el 1er y el 5to bimestre de 5to año, de los alumnos que no fueron sometidos al proceso es el mismo no hay diferencia.

En lo que respecta a los datos estadísticos se demuestra que:

La hipótesis de trabajo. Los niveles de ansiedad ante los exámenes escritos de los alumnos de nivel superior, se reducen con la aplicación de la técnica hipnótica. Se acepta ya que se redujeron los niveles de ansiedad de los sujetos.

La hipótesis nula. Los niveles de ansiedad ante los exámenes escritos de los alumnos de nivel medio superior no se reducen con la aplicación de la técnica hipnótica. Se rechaza ya que si se redujeron los niveles

de ansiedad de los sujetos.

Referente a los alumnos que no tuvieron tratamiento se observó que los niveles de ansiedad permanecieron igual, desde el primer bimestre hasta el quinto bimestre con sus materias reprobadas.

Con los datos anteriores se establece que el problema de ansiedad ante los exámenes escritos se pueden disminuir con técnicas adecuadas de hipnosis y autohipnosis, por lo tanto, obtener mejor rendimiento escolar aprobando materias.

5.3 CONCLUSIONES

La ansiedad se ha tratado por diversas técnicas psicológicas, terapia breve y de emergencia, análisis transaccional, el psicoanálisis, así como, corrientes conductistas (desensibilización sistemática, terapia racional emotivas entre otras), la psiquiatría con terapia farmacológica y ahora por la hipnosis en donde tiene un papel terapéutico. Sin embargo, la falta de conocimiento y la poca difusión de la misma, permite establecer temores y falta de seriedad, esto representa un obstáculo para la aplicación de la técnica.

En el recorrido histórico de la hipnosis, los fenómenos hipnóticos aparecen íntimamente ligados con su aplicación a la cura de diversas enfermedades, tanto biológicas, como psicológicas; una de ellas es la ansiedad, considerada como una respuesta normal a un estado desagradable y amenazante contra la persona, interrumpe o desorganiza la capacidad de resolución de problemas y el control cognoscitivo, incluyendo para pensar con claridad y manejar eficazmente las demandas ambientales (Malmo, 1957).

Por lo anterior, se afirma que la ansiedad es factor que influye negativamente para la ejecución de exámenes escritos, y el desarrollo cognoscitivo.

De acuerdo a los datos arrojados por la estadística en esta investigación se concluye:

Los alumnos de 4º año en el primer bimestre, tanto el grupo control como experimental antes de iniciar el tratamiento no presentaron diferencias en la reducción de ansiedad, se mantuvo elevada realizando una ejecución de exámenes escritos deficientes y por tal motivo, repercutió en materias reprobadas a la par con calificaciones reprobatorias.

Al igual que 5º años sucedió exactamente lo mismo en el primer bimestre con el grupo control y experimental.

En el quinto bimestre los grupos de 4º y 5º años sometidos al tratamiento (técnica hipnótica), de los que no fueron sometidos al tratamiento, los niveles de ansiedad disminuyeron, de tal forma, que al ejecutar los exámenes escritos su desempeño fue eficiente obteniendo mejores resultados, como disminuir materias reprobadas y calificaciones aprobatorias.

Sin embargo, las calificaciones se encontraron bajas aprobatorias de 6 hasta 8 de promedio por materia, esto puede deberse a la falta de estudio continuo.

En general, los alumnos que se sometieron al tratamiento no encontraron dificultades para resolver los exámenes, sus evaluaciones fueron aprobatorias y en todas las materias como Matemáticas, Biología o Historia; siempre y cuando los alumnos estudien, repasen y asistan con regularidad a clases.

Al término de la fase de tratamiento, al observar directamente a los

alumnos se encontraron más tranquilos, perceptivos y relajados debido a la técnica hipnótica. Hay que hacer notar que esta técnica tiene ventajas. Al aprender a relajarse, el sujeto puede ver y entender cada vez más claramente sus problemas, experimenta una acrecentada sensación de tranquilidad mental y física, ello lo hace menos propenso a perder la calma y la serenidad ante las pequeñas molestias con las que día a día tiene que enfrentar, a su vez desaparecen supuestos dolores somáticos como el lumbago, reuma o de modo más general molestias de espalda, el sueño será sereno y al despertar estará más descansado (Markhan 1991).

Por consiguiente, esta técnica, (relajación profunda) tiene la función de proporcionar al sujeto una herramienta científica y metodológica para su vida futura.

Al encontrarse a los alumnos más relajados, con menos ansiedad, pudieron ejecutar con más eficacia sus exámenes, por lo tanto el número de materias reprobadas disminuyó, datos arrojados en la aplicación del test Idare, después del tratamiento, donde se comprobó que la técnica hipnótica de relajación profunda funciona satisfactoriamente al disminuir la ansiedad en los alumnos de bachillerato, reflejándolo en su desempeño académico.

LIMITACIONES

El Test Idare no está estandarizado para la población mexicana en sus baremos de cuantificación de la ansiedad.

En virtud de que la muestra de esta investigación fue pequeña, podría ser más representativa, si la misma se extendiera a mayor número de sujetos de diferentes instituciones educativas particulares y federales.

No se puede generalizar los resultados, puesto que sólo se aplicó la investigación en un centro escolar.

No se realizó una entrevista inicial ni la aplicación de una batería de pruebas psicológicas que indicaran algún tipo de problemas, médico, neurológico, faltó mayor profundidad y revisar los antecedentes académicos.

Como un obstáculo presentado por los alumnos debido a la falta de conocimiento de la hipnosis y la inadecuada difusión de la misma, mal encausada, establece temores y resistencias para la asimilación de la técnica hipnótica.

El seguimiento a través de un año, por lo menos de los alumnos que recibieron la técnica hipnótica, observando su trayectoria educativa y niveles de ansiedad.

La limitación económica y recursos materiales, son elementos sustanciales para establecer y acondicionar de una manera más eficaz el estudio.

SUGERENCIAS

Es necesario estandarizar el Test Idare a la población mexicana (estudiantes a nivel de preparatoria y superior) y obtener cuantitativamente los niveles de ansiedad más confiables, con una población que no sea de otro país.

Realizar un estudio con mayor población con el fin de obtener una mayor confiabilidad y enriquecer la técnica hipnótica para ubicarla como una herramienta estandarizada para la población estudiantil de educación media, media superior y superior.

La aplicación de una batería de pruebas psicológicas al inicio de captación de alumnos, que indique la problemática psicológica del sujeto y su entorno.

La historia académica de los educandos, primaria secundaria y preparatoria para establecer parámetros comparativos de aprovechamiento escolar y materias reprobadas.

Que los psicólogos en el área clínica retomen de nueva cuenta a la hipnosis como una alternativa terapéutica y la continuación de investigación en el área.

El psicólogo clínico tiene en el área educativa una alternativa de trabajo, puesto que, existen problemas que dependen de los estados emocionales del sujeto en los cuales los psicólogos clínicos pueden intervenir.

Reproducir la investigación con alumnos que cursen el nivel profesional.

Dar un seguimiento a los alumnos que recibieron la técnica hipnótica y aplicar de nueva cuenta el test Idare, estableciendo la disminución de los niveles de ansiedad o el aumento.

De acuerdo con los resultados obtenidos en esta investigación, se recomienda implementar la hipnosis como técnica de disminución de ansiedad, dentro de las instituciones a nivel bachillerato, específicamente el departamento psicopedagógico.

POSCRIPTUM

En el recorrido histórico del fenómeno hipnótico que se realizó en el marco teórico, con respecto a la aplicación de la misma, en la cura de las diversas enfermedades; las cuales fueron mencionadas en la investigación, es necesario determinar que se ha escrito en los últimos años sobre este mismo tema.

Se encontró que algunos autores han realizado contribuciones y aportaciones que sirven para determinar la técnica hipnótica, la siguen utilizando para diferentes padecimientos, tanto biológicos como psicológicos.

Principalmente, las aportaciones en los padecimientos, siguen siendo las mismas, en lo único que varía es, esencialmente, en la utilización de diferentes técnicas para inducir a la hipnosis; y no por el problema en sí, como es, el cáncer, la ansiedad, tabaquismo, dolor y otras.

Las técnicas de inducción son diferentes para los diversos problemas, si definimos técnica como: "El conjunto de instrumentos y medios a través de los cuales se efectúa el método"; y si el método es el camino, y la técnica proporciona las herramientas para recorrer el camino (Munch y Ángeles, 2000). Entonces estas técnicas permiten establecer el parámetro para dar una alternativa de cura o disminución del problema en cuestión.

A continuación daré algunos ejemplos de aplicación de las técnicas a diferentes problemas.

- 1.- Adicciones, adiposidad, alcoholismo, medicamentos y nicotina, televisión, juegos electrónicos.
- 2.- Alergias a este rubro pertenece el asma bronquial.
- 3.- Anorexia.
- 4.- Aumento de rendimiento en el área psíquica y corporal, ejemplo: memoria, concentración y deporte.
- 5.- Bulimia.
- 6.- Cáncer (como de apoyo y curativo).
- 7.- Problemas de concentración.
- 8.- Problemas funcionales de corazón.
- 9.- Problemas de sueño.
- 10.- Problemas psíquicos, por ejemplo: depresiones y ansiedades.
- 11.- Problemas sexuales.
- 12.- Enfermedades auto comunes por ejemplo colitis, ulcerosa, esclerosis múltiple.
- 13.- Enfermedades de la piel.
- 14.- Padecimientos del estómago y del intestino, sobre todo úlceras y estreñimiento.
- 15.- Enfermedades de los sentidos.
- 16.- Enfermedades del sistema motor, tics.
- 17.- Estados de dolores, por ejemplo: neuralgias y trigémina.
- 18.- Incontinencia nocturna.
- 19.- Infecciones repetitivas.
- 20.- Miedos, angustias, sonrojos, miedos de contacto, nerviosidad al

presentarse, miedo de hablar en público.

21.- Migraña y otros dolores de cabeza funcionales.

22.- Neurosis.

23.- Obsesiones.

24.- Psicosis, (bajo condiciones previas determinadas).

25.- Quemaduras.

26.- Reumatismo y otras enfermedades del sistema inmunológico.

27.- Tartamudez.

28.- Verrugas.

En ocasiones, la hipnosis se aplica en otras enfermedades, por ejemplo: cuando hay alergias a los medicamentos o resistencias, porque han fallado otros medios (Werner, 2007).

Dentro de los padecimientos psicológicos, en el cual se está aplicando la hipnosis en la actualidad, es el trastorno de personalidad múltiple que se le llama también, trastorno de identidad disociativo.

Las aportaciones específicas de la hipnosis en el tratamiento del dolor, el control de la atención y la actividad cognitiva, el control fisiológico-emocional y la facilitación de estrategias adaptativas e incompatibles con el dolor. Para este tipo de problemas la hipnosis requiere en su aplicación de una serie de procedimientos de inducción y profundización, que estén diseñados y aplicados para conseguir un determinado nivel de respuesta a las sugerencias, que posteriormente, llevará al planteamiento de las tareas

específicas. (Roales y Buela, 2001).

El sujeto se da cuenta de algo que no está bien o que se siente diferente a los demás y sobre todo que está teniendo problemas con su manera de ser, buscará la ayuda pertinente a este mal; se realiza la entrevista con previa llamada por teléfono, existe la “demanda” por parte del sujeto, se realiza la entrevista, se establece el rapport, la transferencia, la historia de cuando y como inicio su padecimiento, y así, establecer la terapia, diagnóstico, pronóstico y tratamiento.

Dentro de la técnica, que es donde radica las principales contribuciones a la técnica hipnótica, en la actualidad tienen que ver directamente con diferentes de sugerencias específicas que se inicia con una técnica de inducción y es seguida por otras sugerencias con el objetivo de preparar al paciente para el uso de las sugerencias terapéuticas dirigidas, para controlar directa e indirectamente el dolor (Vallejo, 1998).

A continuación se aborda, de manera específica, diferentes trastornos donde se ha intervenido con hipnosis.

Hipnosis en el tratamiento del tabaquismo.

En las aplicaciones de la hipnosis al tratamiento del tabaquismo, la fase de inducción hipnótica, el modo más habitual, es dar instrucciones de relajación abreviada. Como ejemplo: cierre los ojos y póngase cómodo, relaje

su cuerpo completamente. Otras técnicas tradicionales como: la levitación ocular y del brazo o empleo del péndulo.

La fase de profundización, consiste en pedirle al paciente que sienta más profundamente la hipnosis, con el objeto de conseguir mayores índices de relajación, para lo que se suelen utilizar sugerencias sobre imágenes de profundidad.

Fase de aplicación de las sugerencias terapéuticas para dejar de fumar.

Fase de terminación y salida, que se puede realizar mediante una cuenta atrás, modificando las condiciones de tono, velocidad del habla, restaurando así las condiciones propias de estar despierto, enérgico y con disposición positiva, para cambiar aquello que se ha considerado en la sugerencia.

Se ha comprobado la efectividad de la hipnosis en este tipo de problema, que centra la sugerencia en alterar la percepción subjetiva del problema, y con ello la reacción emocional del mismo. Por otro lado, dicha efectividad se consigue principalmente en individuos que tienen el consumo de tabaco de tiempo más corto.

Técnica de hipnosis en el control y reducción de la ansiedad.

En el control y reducción de la ansiedad que está directamente relacionada con la variable de mi investigación, es importante recalcar que se

sigue utilizando la hipnosis como tratamiento para reducir la misma.

El llamado proceso hipnótico tiene por objeto que estos cambios sugeridos por el terapeuta, puedan producirse rápida y efectivamente; las técnicas de inducción hipnótica juega un papel primordial, modificando ciertas variables del sujeto, con el objeto de facilitar estos cambios (Roales, 2001).

Por ejemplo, la relajación progresiva, para llegar a un trance más profundo, Spanos (1996) afirma, que la técnica de la hipnosis incluye principalmente dos principios básicos (1) Las técnicas de inducción hipnótica y (2) la administración de sugerencias específicas para obtener una respuesta subjetiva, psicofisiológica y/o motora determinada.

En el siguiente cuadro nos muestra las fases para un mejor proceso hipnótico.

Fases del proceso hipnótico.

Fases	Objetivo que alcanzar
Preinductivas	Preparación del contexto hipnótico. Planteamiento del proceso que hay que seguir y las metas u objetivos que alcanzar. Aclarando miedos y concepciones erróneas. Asegurar la cooperación del paciente. Evaluación de la sugestionabilidad del sujeto a mayor nivel de sugestionabilidad, mejor rendimiento hipnótico.
Aplicación de las técnicas de inducción hipnótica	Modificación de ciertas variables del sujeto con el fin de aumentar la receptividad a las sugerencias clínicas planteadas.
Administración de sugerencias específicas.	Modificación de respuesta cognitivo-subjetivas, psicofisiológicas o motoras pertinentes a los objetivos clínicos planteados.
Posthipnótica	Aprendizaje, mantenimiento y generalización de las respuestas provocadas por sugestión en consulta, generalmente a través de sugerencias posthipnóticas y/o autohipnosis.

Como apunta Spanos (1996) "Las sugerencias hipnóticas son formas de comunicación que invitan a los sujetos a construir imaginariamente situaciones en términos de "como si...", definir esas situaciones "como si" fueran reales y realizar conductas congruentes con la definición de las situaciones imaginarias como reales".

Actuando las variables de manera conjunta favorecen a la motivación del sujeto o paciente, la posibilidad del cambio terapéutico, potenciando sus capacidades cognitivas para producir modificaciones cognitivo-conductuales (Diamond, 1989).

Efectivamente, en las últimas décadas diversos autores han manifestado que el uso efectivo de las técnicas de la hipnosis como coadyuvantes, potenciadoras y/o facilitadoras de otras estrategias terapéuticas. De los más recientes se encuentran: Dowd, 1993; González Ordi y Miguel Tobal, 1993; Kirsch, Montgomery y Sapirtein, 1995; Kisch, 1996; Schoenberger, Kirsch, Gearan, Montgomery y Pastyrnak, 1997; Kirsch, Capafons, Cerdeña y Amigò, 1999; Lazarus, 1999.

El uso de las técnicas de hipnosis como procedimientos dirigidos a la modificación y/o extensión de conductas es uno de los aspectos más antiguos y extendidos de la hipnosis clínica (Wolberg, 1948). Claramente se puede comprobar que el empleo efectivo de sugerencias específicas, dirigidas a modificar tanto aspectos fisiológicos como subjetivos (reducción del ritmo cardiaco, aumento de la temperatura periférica de la piel, aumento de la sensación subjetiva de la relajación), convierte a este nivel, la hipnosis de una técnica rápida y efectiva, especialmente en el ámbito de los trastornos psicofisiológicos, como los problemas dermatológicos, hipertensión, cefaleas, asma, úlceras duodenales, colon irritable, Síndrome de Raynaud (Gibson y Heap, 1991).

A continuación se mencionan las principales estrategias de sugestión.

- A).- El empleo de sugestión dirigida a la mayoría del área u órganos afectados.
- B).- El empleo de sugestión dirigida a modificar los procesos psicofisiológicos que mantienen la sintomatología.
- C).- Sugestiones post hipnóticas de autocontrol dirigidas a prevenir conductas que exacerben los síntomas.
- D).- Sugestiones dirigidas a demostrar la existencia de cierto control cognitivo sobre las funciones psicofisiológicas utilizadas de forma general en el control y reducción de las reacciones de ansiedad.

Modelo de intervención del psicoterapeuta en casos de ansiedad.

- 1.-Entrenamiento de relajación.
- 2.- Inducción a la hipnosis.
- 3.- Exposición imaginada con manejo de fobias.
- 4.- Aplicación de sugestiones post hipnótica y auto hipnosis.

Para las fobias al igual que la ansiedad.

- 1.-Entrenamiento de relajación.
- 2.- Inducción a la hipnosis.
- 3.- Exposición imaginada con manejo de fobias.
- 4.- Aplicación de sugestiones post hipnótica y autohipnosis.

Hipnosis en los trastornos del sueño.

Becker (1993) realizó tratamiento hipnótico tras una completa evaluación

médica y psicológica a sujetos con un diagnóstico de insomnio psicofisiológico.

Antes de iniciar la terapia con hipnosis se le pide que complemente un diario de sueño, durante unos siete días en donde se exploren algunos parámetros de sueño.

La primera sesión, de unas dos horas de duración se dedica a discutir los mitos de la hipnosis y a revisar los beneficios de la hipnosis relajante, (a su vez se establece el rapport), después el sujeto recibirá una inducción inicial según el perfil hipnótico de Spiegel y Spiegel en 1988, para averiguar su nivel de de susceptibilidad hipnótica.

La segunda sesión a los pocos días se dedica a la inducción hipnótica propiamente dicha antes de introducir las sugerencias, se corroborará la capacidad de imaginar de los individuos. El procedimiento de hipnosis se iniciaba con sugerencias de relajación muscular progresiva y otras de calor o pesadez, hasta lograr un estado de relajación profunda. Seguidamente se le pedía que imaginara una pizarra, tiza y borrador; y que dibujara mentalmente un círculo. La sugestión pos hipnótica, si el sujeto se despierta por la noche, era que se relajaría cada vez más y comenzaría a descender en su conteo desde el ultimo número recordado.

Después de la sesión se repasaba todo el procedimiento para ver si el sujeto lo había entendido bien, a fin de que lo empleara a modo de autohipnosis.

La tercera sesión y ultima se dirige a verificar si la ejecución de la

autohipnosis estaba siendo adecuada. Si el sujeto mostraba mejoría en su diario sueño, se le daba indicaciones de cómo continuar exitosamente con la terapia.

También en trastornos del sueño relacionado con las pesadillas o parasomnias, los pacientes mostraron mejoría con el logro de que al despertar no se sienten asustados e intranquilos.

Aplicaciones de la hipnosis en psicología forense.

La especificación de las víctimas y otros testigos presenciales es generalmente un aspecto crucial en la investigación criminal (Geiselman y Fisher, 1994). Sin embargo, no siempre estas personas recuerdan todo lo que los agentes policíacos y judiciales desearían.

Por esta razón, la psicología forense han dedicado grandes esfuerzos en desarrollar medios para aumentar la memoria de los testigos, donde a partir de los años 60 la hipnosis ha cobrado un notable interés.

A continuación se describirá las fases, propuestas por Reiser (1980). Primeramente, se inicia con entrevista hipnótica, cuyo objetivo es explicar al sujeto que la hipnosis se centrará en el recuerdo de los detalles de un suceso criminal del que fue testigo.

1).- Fase preliminar o de preparación. Se lleva a cabo antes de iniciar la hipnosis, propiamente dicho. Es un proceso de obtención de información básica

del delito.

2).- Fase de pre inducción. Al igual que la hipnoterapia, supone una preparación (informativas con claras funciones motivadoras). El objetivo es establecer un rapport adecuado con el hipnotizado, que es obtenido explicándole “que es lo que ocurrirá “y evitando la influencia de ciertos reparos o medios previos al procedimiento hipnótico.

3).- Fase de inducción. Aquí se hace uso de las clásicas técnicas de inducción, por ejemplo: la fijación de la vista, la respiración profunda, relajación muscular.

4).- Fase de profundización al igual que la hipnoterapia, el objetivo insistir en la fase anterior, para lo cual el hipnotizador intente que el testigo entre en un nivel más profundo de hipnosis. Así se utilizan algunas técnicas típicas como el contar hacia atrás con la instrucción del descendimiento en la cuenta y entrará en estado más profundo.

5).- Fase de elicitación de información. Es la que esta dirigida a la obtención de información clave sobre el delito, se sitúa en la escena del delito, utilizando todo tipo de claves situacionales y temporales. La técnica utilizada es la técnica de la televisión y la regresión temporal.

6).- Fase de pos hipnosis. En alguna ocasiones se procede a una fase donde se proporcionan instrucciones pos hipnóticas, el objetivo de sugerirle la posibilidad del aumento del recuerdo después de sesión.

7) Fase de finalización. En esta fase se proporciona instrucciones para finalizar la sesión de hipnosis, y el sujeto vuelva a su estado normal.

A manera de conclusión, como hemos visto, a través de lo expuesto, las diferentes técnicas hipnóticas, se siguen utilizando en la actualidad y resultan de gran utilidad. Por consiguiente, la hipnosis, con sus diferentes técnicas de inducción, continúa vigente; y continúa ampliando el número de padecimientos y trastornos que se ha utilizado con gran efectividad, como anteriormente se expuso. Recordemos que en el trabajo de investigación se utilizó una de las técnicas hipnóticas antes mencionadas, y los sujetos a los cuales se les aplicó la técnica hipnótica lograron reducir la ansiedad ante los exámenes escritos.

Limitaciones

La Hipnosis no es una escuela de pensamiento, ni una interpretación teórica del comportamiento humano. Mas bien la hipnosis es un estado especial de conciencia que ha existido y se ha manifestado diariamente desde que existe la raza humana.

La gente responde a la hipnosis de diferentes maneras. Algunos describen la hipnosis como un atípico estado de atención focalizada o concentrada, en el cual se tienen sensaciones de mucha calma y distensión. Independientemente de como y en qué grado cada persona responda, la mayoría de la gente describe la experiencia como muy placentera.

Algunas personas tienen una mayor respuesta que otras, a las sugerencias hipnóticas. La habilidad de una persona para experimentar las sugerencias hipnóticas, pueden ser inhibidas por miedos y preocupaciones desprendidas de algunos errores conceptuales respecto a la hipnosis.

Cuando se habla de hipnosis en la actualidad, podemos encontrar limitaciones en cuanto a la forma de ver a la misma, en este sentido, las personas piensan que el existe un poder de manejar a otros individuos con solo mirarlos o hacer cualquier movimiento de manos, inclusive poniendo las manos sobre la cabeza. Todavía se piensa que la hipnosis es como algo mágico, esotérico y místico; que no tiene un fundamento metodológico en su práctica. La hipnosis cuenta con una aceptación y validación académica y científica, pero no cuenta con un reconocimiento médico.

En los procedimientos psicoterapéuticos se requiere de cierta urgencia a la necesidad de adoptar estrategias y técnicas más breves, para reducir tiempos en la labor psicoterapéutica, así mismo que facilite a cambios suficientemente profundos, estables y duraderos, por eso mismo se recurre a la hipnosis. Sin embargo, dentro de este campo, en la Hipnosis Clínica, se requiere de una evaluación del caso, disposición y genuino interés del paciente por mejorar o curarse; esto facilita el camino, el cual el terapeuta puede acceder independientemente, junto con la teoría a la cual esté adherido.

Dentro de la hipnosis clínica podemos decir que la hipnosis no es un tipo de terapia, como el psicoanálisis o la terapia conductual, que se utiliza para facilitar la labor terapéutica, opinión proporcionada por los autores de este informe. Solamente un training (entrenado) en hipnosis no es suficiente para conducir una terapia, por lo tanto, la hipnosis clínica sólo debe ser utilizada por quien tenga un debido entrenamiento y este oficialmente acreditado como profesional de la salud (ejemplo, psicólogo clínico),

quienes fueran entrenados en el uso clínico de la hipnosis y estén trabajando con experiencia profesional en dichas áreas.

Reiterando, la hipnosis clínica no es una terapia por sí misma, porque no se fundamenta en una teoría o constructo del ser humano; sino, es una técnica o una herramienta porque pone al servicio del terapeuta los fenómenos propios de la hipnosis, y que el terapeuta pone a su servicio, que puede ser utilizada en una terapia determinada, bien una terapia cognitivo conductual, humanista o psicoanalítica.

Por otro lado, la Organización Mundial de la Salud recomienda que no se utilice la hipnosis en los casos de psicosis, cuadros orgánicos psiquiátricos o trastornos antisociales de personalidad, en pacientes que pueden tener ideas, expectativas negativas o miedos con respecto a la hipnosis.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Araos, L. (1983). Hypnosex Therapy, American Journal of Clinical Hypnosis, vol, 26.
- Araos L. (1983). The Paradox of New Hypnosis. Trabajo presentado en The Anannual Scientific Meeting of the American Society of Clinical Hypnosis. Dallas.
- August, R. V. (1961). Hypnosis enobstetrics. Nueva York: Mc Graw Hill.
- Ayuso, J. L. (1988). Trastornos de angustia. Barcelona: Ediciones Martínez Roca.
- Barber. (1978). Hypnosis, Suggestion and Psichosomatic Phenomena. En Healing Implications for Psychotherapy.
- Barrat (1981). Fundamentos de los métodos psicológicos. México: Limusa.
- Bauer y McCanne (1980). An Hypnotic Technique for treating Insomnia. Int. Journal Clinical Exp. Hypnotherapy, Vol 28. No 1.
- Beck, A. T., Laude, R. y Bohnert, M. (1974). Ideational components of anxiety neurosis. *Archives of General Psychiatry*, 31, 319–325.
- Becker, P. M. (1993). Chronic insomnia: outcome of hypnotherapeutic intervention in six cases. American Journal of clinical hypnosis (pag. 98-106).
- Blum, G. (1967). Hipnosis in psychodynamic Research. En Gordon J. Hand Book of Clinical And Experimental Hypnosis. New York: Nacmillan.
- Bowers, S. (1982) Listening With the Third Ear; on playing inattention efectively. En Hipnosis at is Bicentennial.
- Brenman, M. y Gill M. (1961). Hynotherapy. New York: Wilay.
- Bulbena, A. (1986). Psicopatología de la psicomotricidad. In J. Vallejo (Ed.), Introducción a la psicopatología y la psiquiatría (pp. 236-255). Barcelona: Salvat
- Cardeña y Penella. (1980). Hipnoterapia en el tratamiento del Alcoholico y el Tabaquismo. Tesis U. I. A.
- Cattell, R. B., Kline, P. (1977). El análisis científico de la personalidad y motivación. Madrid: Pirámide.

CIE-10 (1992). Clasificación de los trastorno mentales y del comportamiento. Descripción clínica y guías diagnósticas. Geneva, World Health Organization.

Cobos, Z. (1983). Hypnosis. México: Edamex.

Chagoya, L. y Maldonado, I. (1982). Family Therapy in Mexico. Tratamiento de la ansiedad desde una posición constructivista: Estanley E Greben M.D.

Darnot, R. (1968). Mesmerism and the End of the Enlightenmen' in France Cambrige Harvard University.

Davis y Davison. (1980). Hypnotherapy for Weight Control. Psychological Reports, Vol 46.

Dadvison, G. y Neale, J. (1980). Psicología de la conducta Anormal México: Limusa.

Davison y Goleman. (1977). The rol of attention in mediation and hypnosis: a psychobiological perspective in transformation of conscioussness. The Int. Jour. Clin. Exp. Hyp. Vol 23. No 4.

Diamond, M. J. (1989). The cognitive skills model: An emerging padigm for investigating hypnotic phenomena, en N. P. Spanos , J. F. Chaves (eds). Hypnosis: The cognitive-behavioral perspective, Bufalo, Nueva York, Prometheus Books.

Dicaprio, N. S (1989). Teorias de la personalidad 2a. ed. México: Mc. Graww Hill.

Downie, N. y Heath, R.(1982). Métodos Estadísticos Aplicados. México: Harla.

Elleberg.H. F (1970). The Discovery of the Uncoscious: The history and Evolution of Dinamic Psychiatry. Ney York: Basic Books.

Enciclopedia Salvat de la salud (1980). Tomo 1 Alimentación y salud - Equipo editorial Salvat Alimentación

Epstein (1983). Hypnotherapeutic Control of Exhibitionism. Int. Journ. Clin. Exp. Hyp, Vol 31. No 2.

Fourie y Lifachitz (1982). Hipnosis: Depth on with. Perceptum and Motors Skill, Vol 54.

Frankel, F. y Zamansky. (1978). Hipnosis at its Bicentenal. New Yory: Plenum Press.

- Freud, S. (1980). Estudios sobre la Histeria. Argentina, Buenos Aires: Amorrortu editores tomo II.
- Freud, S. (1980). Obras completas. Argentina, Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Freud, S. (1980). Prólogo y notas al libro de Bernheim Argentina, Buenos Aires: Amorrortu editores, tomo I.
- Freud, S. (1980). Tres ensayos para una teoría sexual. Argentina, Buenos Aires: Amorrortu editores 1980. tomo VII.
- Freud, S. (1980). Un caso de curación Hipnotica. Argentina Buenos Aires: Amorrortu editores 1980. tomo I.
- Gardner (1981). Teaching self - Hypnosis to Children. The International Journal of Clinical and experimental hypnosis. Vol 29. No 3
- Geiselman, R. E. y Fisher, R. P. (1994) "La técnica de la entrevista cognitiva para víctimas y testigos de crímenes". En Raskin, D.C. Métodos psicológicos en la investigación y pruebas criminales. Bilbao: Ed. Desclée de Brouwer. (págs. 170 y 171).
- Gibson, H. B. y Heap, M. (1991). Hypnosis in therapy. Hillsdale: LEA
- Goorsky, B. y Gorsky S. (1981). Medical Hypnosis, New York: Medical Examination.
- Gorsky y Gorsky. (1981). Medical Hipnosis. New York:Medical Examination Publishing CO No. 8.
- Granone, F. (1972). Hypnosis in obstetrics. Minerva Med. Italia: PubMed PMID.
- Guyton. (1977). Tratado de Fisiología Médica: Interamericana.
- Hall, C., Lindzey, G. (1974). La teoría factorial de la personalidad. Buenos Aires: Paidós.
- Hartland, J.(1974). La hipnosis en Medicina y Odontología. México: CECSA
- Hervás, R. (1973). Hipnotismo y sugestión. Barcelona: Bruguera.
- Hilgard, E. (1965). Hypnotic Susceptibility. Harcourt Brace and World. Inc New York,
- Hilgard, E. (1978). States of Consciousness in Hypnosis: Divisionser Levers. En Hypnosis at is Bicentennial.

- Hoskovec, J. (1969). Acritical of the Pavlov theory of Hypnosis, en Psychophysiological Mechanisms of Hypnosis.
- Horney, Karen. (2006). La personalidad neurótica de nuestro tiempo (Paidós 1939) nueva reimpression, Buenos Aire edición
- Hull, C. (1933). Hipnosis and Suggestibility; an Experimental Approach, New York; Appleton- Century- Crofts, 1933.
- Jagot, P. (1982). Magnetismo, México: Editores Mexicanos Unidos, 2ª. edición.
- Kroger, W. (1974). Hipnosis Clínica y Experimental, Buenos Aires: Glem, tomo I y III.
- Markham, U. (1987). Hipnosis. España: Everest.
- Marks, I. (1986). Tratamiento de neurosis. Barcelona: Martínez Roca.
- Marmer, M. J. (1959). Hypnosis inanesthesiology. Springfield, Ill: Thomas
- Malmo, R. (1949). Physiologic study of symptom mechanisms in psychiatric patients under stress. *Psychosom Med*.
- Meares, A. (1961). An Evaluation of the Dangers of AMedical Hypnosis. Amer J. Clin. Hypn. 4:90-97
- Mendenhall, W. y Reinmuth, J. (1981). Estadística para Administración y Economía. México: Grupo Editorial Iberoamericana.
- Montserrat, L. (1978). Hipnotismo. México: Olimpia.
- Mowrer, O. H . (1950). Learning theory and personality dinamic. New York, NY: Arnold Press
- Munch, L. y Angeles, E. (2000). Métodos y Técnicas de investigación. México: Trillas.
- Pierre, Janet (1932). Les débuts de l'intelligence . Paris: Ernest Flammarion, Éditeur.
- Perry, C. (1973). The abbé Faria: A Neglected Figure in the History of hypnosis, En - Pulver Frankel y Zamnshy; Hypnosis at Its Bicentenal. New York: Plenum Press.
- Query, T. (1981). Family Zize. Birth orden and hupnotizability. Int. Jour. Clin. Exp- Hyp. Vol 29. No 29.

- Rachman, S. (1984). Agoraphobia: A safety-signal perspective. Behaviour Research and Therapy (22, 59-70).
- Reiser, M. (1980). Handbook of investigation of hypnosis. Los Angeles: LEHI
- Rogers, C.R. (1981). La psicoterapia centrada en el cliente. Buenos Aires: Paidós.
- Roales, J. y Buela, G. (2001). Hipnosis, fuentes históricas, marco conceptual y aplicaciones en Psicología Clínica. Madrid: Biblioteca Nueva Psicología Universidad
- Sandín, B. y Chorot, P. (1995). Concepto y categorización de los trastornos de ansiedad. (Eds.), Manual de Psicopatología (Vol. 2 pp.53-80). Madrid: McGraw-Hill.
- Sheehan, P. Y Perry C. (1976). Methodologies of Hipnosis: A Critical Appraisal of Contemporary Paradigms of Hipnosis. New York, Willey.
- Sheehan, W. (1980). Factors influencing rapport in hypnosis. Journal of abnormal Psychology. 1980. Vol 2.
- Shreeve, C. y Shreeve, D. (1984). The Healing Power of Hypnotism (Alternative Therapies) by HarperCollins Publishers Ltd (first published 1984)
- Spanos, N. P. (1996). Multiple identities and false memories. A sociocognitive perspective, Washington, D.C. American Psychological Association
- Spiegel, D. y Spiegel, H. (1988). Assessment and treatment using hypnosis en C. G. Last y m. Hersen (eds), Handbook of Anxiety Disorders, Nueva York, Pergamon Press,(pags. 401-410)
- Spielberger, Anton y Bedell (1976). The nature and treatment of test anxiety. En M. Suckerman y C. D. Spielberg. Emotion and Anxiety: New Concepts. Methods and Application. New York. Lea/ Wiley.
- Suckerman, y C. D. Spielberg. (1976). Emotion and Anxiety. New Concepts. Methods and Application. New York: Lea/ Wiley.
- Spielberger, C. D. (1972). Anxiety as an emotional state en C. D. Spielberg. Anxiety Current Trends in theory and Research, Academic Press, New York. Vol 1.
- Spielberger, C. D. (1980). Tensión y ansiedad. México: Harla and Row Latinoamericana
- Spielberger, y Díaz- Guerrero.(1975). Idare. Inventario de Ansiedad: Rasgo – Estado. Primera parte: manual e instructivo. México. Manual Moderno.

Stevens, J. (1974). The electro encaphalogram; human recordins. En Bioelectric. Recordin techniques. Thomson and Patterson (editors).

Sullivan, H. S. (1969). La entrevista psiquiátrica Buenos Aire: Psique.

Vallejo, M.A. (1998). Avances de modificación y terapia de conducta; técnicas de intervención. Madrid: Fundación Universitaria Empresa

Volgyesi, F. (1978) La hipnosis en el Hombre y en los Animales. México: CECSA.

Wadden y Anderton. (1982). The Clinical use of Hypnosis. Psychological Bulletin.Vol 91. No 2.

Weitzenhoffer, A. (1978). What did he (bernheim) Say ? . En: Frankel y Zamansky, Hypnosis at its Bicentennial, New York: Plenim Press

Werner, J. (2007). Psicoterapia en Hipnosis. México: Trillas

Wolberg, L. (1948). Medical Hypnosis. New York: Grune and Stratton.

ANEXO I

MP
28-2

IDARE

SXE

Inventario de Autoevaluación

por

C. D. Spielberg, A. Martínez-Urrutía, F. González-Reigosa, L. Natalicio y R. Díaz-Guerrero

Nombre: _____ Fecha: _____

Instrucciones: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y llene el círculo del número que indique cómo se *siente ahora mismo*, o sea, en *este momento*. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos ahora.

	NO EN LO ABSOLUTO	UN POCO	BASTANTE	MUCHO
1. Me siento calmado	①	②	③	④
2. Me siento seguro	①	②	③	④
3. Estoy tenso	①	②	③	④
4. Estoy contrariado	①	②	③	④
5. Estoy a gusto	①	②	③	④
6. Me siento alterado	①	②	③	④
7. Estoy preocupado actualmente por algún posible contratiempo	①	②	③	④
8. Me siento descansado	①	②	③	④
9. Me siento ansioso	①	②	③	④
10. Me siento cómodo	①	②	③	④
11. Me siento con confianza en mí mismo	①	②	③	④
12. Me siento nervioso	①	②	③	④
13. Me siento agitado	①	②	③	④
14. Me siento "a punto de explotar"	①	②	③	④
15. Me siento reposado	①	②	③	④
16. Me siento satisfecho	①	②	③	④
17. Estoy preocupado	①	②	③	④
18. Me siento muy excitado y aturdido	①	②	③	④
19. Me siento alegre	①	②	③	④
20. Me siento bien	①	②	③	④

ANEXO II

IDARE

SXR

Inventario de Autoevaluación

Instrucciones: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y llene el círculo del número que indique cómo se siente *generalmente*. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa cómo se siente *generalmente*.

	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	FRECUENTEMENTE	CASI SIEMPRE
21. Me siento bien	①	②	③	④
22. Me canso rápidamente	①	②	③	④
23. Siento ganas de llorar	①	②	③	④
24. Quisiera ser tan feliz como otros parecen serlo	①	②	③	④
25. Pierdo oportunidades por no poder decidirme rápidamente	①	②	③	④
26. Me siento descansado	①	②	③	④
27. Soy una persona "tranquila, serena y sosegada"	①	②	③	④
28. Siento que las dificultades se me amontonan al punto de no poder superarlas	①	②	③	④
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	①	②	③	④
30. Soy feliz	①	②	③	④
31. Tomo las cosas muy a pecho	①	②	③	④
32. Me falta confianza en mí mismo	①	②	③	④
33. Me siento seguro	①	②	③	④
34. Trato de sacarle el cuerpo a las crisis y dificultades	①	②	③	④
35. Me siento melancólico	①	②	③	④
36. Me siento satisfecho	①	②	③	④
37. Algunas ideas poco importantes pasan por mi mente y me molestan	①	②	③	④
38. Me afectan tanto los desengaños que no me los puedo quitar de la cabeza	①	②	③	④
39. Soy una persona estable	①	②	③	④
40. Cuando pienso en los asuntos que tengo entre manos me pongo tenso y alterado	①	②	③	④