

## La hipnosis despierta setenta y cuatro años después

Antonio Capafons\*

Universidad de Valencia

**Resumen:** La evidencia experimental obtenida de las investigaciones sobre hipnosis permite afirmar que no es necesario el que una persona esté relajada, aletargada o con los ojos cerrados para sentirse hipnotizada o para cumplir con las sugerencias hipnóticas. La hipnosis despierta surgió en un contexto en el que difícilmente podía florecer. Setenta y cuatro años después, no obstante, parece que existen fuertes indicios de que la hipnosis despierta es una de las líneas con más futuro en el campo de la hipnosis. Tras una revisión de las bondades que el uso de la sugestión en estado de "vigilia" puede aportar a la psicoterapia, se presentan resumidamente tres métodos de sugestión despierta, citándose, además, la investigación empírica en que se sustentan.

**Palabras clave:** Hipnosis despierta, hipnosis alerta, auto-hipnosis, terapia de auto-regulación emocional, teoría.

**Title:** Waking hypnosis seventy-four years later

**Abstract:** Experimental evidence gathered in the hypnosis field supports the idea that persons can feel hypnotized and respond to hypnotic suggestions without being relaxed, or showing a lethargic appearance, closed eyes included. Waking hypnosis was born in a time when it could not grow up easily. Nevertheless, seventy four years later, waking hypnosis seems to be one of the more promising areas inside the hypnosis field. We present our point of view about the positive features and advantages of waking hypnosis induction methods. Finally, three empirically validated methods of waking hypnosis are described.

**Key words:** Waking hypnosis, alert hypnosis, self-hypnosis, emotional self-regulation therapy, theory

En 1924, Wells expuso sus ideas sobre la hipnosis sometiéndose a una de las primeras paradojas en la historia de la hipnosis: el significado de su nombre. Wells tuvo que justificar por qué utilizaba el término "hipnosis despierta", cuando, por definición, hipnosis significa sueño. Setenta y cuatro años tras la publicación de este artículo seminal, no hay duda de que la hipnosis y sueño son dos "fenómenos" ortogonales, y que el vocablo hipnosis no es sino una convención para referirse a un objeto de estudio y/o procedimientos que arbitrariamente se rotulan como hipnosis. Setenta y cuatro años después, no obstante, sigue sin haber acuerdo sobre qué es la hipnosis, a pesar de los esfuerzos de la American Psychological Association para establecer un consenso (APA, 1993; Gregg, 1994). Pero, ¿cuál es el sentido de hablar de nuevo de este antiguo (aunque poco usado) rótulo de "hipnosis despierta"? En mi caso, y sin descartar otras posibles implicaciones, la razón fundamental radica en la

aplicación clínica de la hipnosis y, en general, de la sugestión. El propio Wells argumentó a favor del uso de una hipnosis en la que la persona no recibía un método formal de inducción hipnótica en el se sugería sueño o relajación. La mayor parsimonia, el menor temor del participante a perder el control, y las mayores posibilidades prácticas de una hipnosis más rápida y accesible a mayor número de personas, fueron, entre otros, los principales motivos para "experimentar" con la hipnosis despierta. Ciertamente Wells podría haber sustentado su incursión en la "otra" forma de hipnosis apelando a la relevancia teórica y experimental de una hipnosis sin inducción por relajación o (perdónese la expresión) somnolienta. Pero, tal y como indican Sarbin y Coe (1972), la comunidad "hipnótica" no estaba preparada para este posible cambio paradigmático. Quizá no lo esté todavía.

Desde los inicios de la investigación experimental de la hipnosis, se ha apelado a la sugestión y a variables asociadas (creencias, expectativas, imaginación...) para conformar el sustrato sustantivo de la hipnosis. Bernheim (1884) Wundt (1882) y Hull (1933) argumentaron en esa dirección. No obstante, hasta el re-

\* Dirección para correspondencia: Antonio Capafons Bonet. Facultat de Psicologia. Universitat de Valencia. Av. Blasco Ibáñez, 21. 46010 Valencia (España). E-mail: Antonio.Capafons@uv.es

nacimiento de la hipnosis experimental en la década de los 60, la hipnosis se asoció a los métodos ideados desde los postulados de Braid (1843) o Charcot (1882), en los que se sugería, relajación, aletargamiento, somnolencia, trance y el cerrar de ojos. La propia terminología de las reacciones hipnóticas adoptó una fraseología psicopatologiforme, de la cual, por cierto, aún no se ha liberado (alucinaciones, catalepsias, regresión, etc.). El propio concepto de trance, los métodos asociados para alcanzarlo (nos referimos, por descontado, al trance hipnótico), y su necesidad para promover respuestas aparentemente no habituales o excepcionales (Spanos & Barber, 1976), fueron experimentalmente puestos en entredicho en los 60 por T.X. Barber y sus, en aquel momento, colaboradores (Calverley, Wilson, Spanos y Chaves, entre otros), así como por Sarnin y Coe, desde una perspectiva más teórica. Tales desafíos desembocaron en la elaboración de métodos alternativos para promover respuestas a las sugerencias. T.X. Barber mostró que la experiencia subjetiva de "involuntariedad", además de la propia respuesta objetiva a las sugerencias hipnóticas, podrían remedarse usando instrucciones motivacionales hacia la tarea, o de pensar con (think with) (Barber & Calverley, 1965; Wilson & Barber, 1978). Aunque manteniendo el concepto de trance, en el laboratorio de Hilgard (Bányai & Hilgard, 1976) se idearon formas totalmente y formalmente opuestas de inducir hipnosis, creando la hipnosis activo-alerta. Otros autores, como Gibbons (1979), descartaron el componente de somnolencia y concentración en un foco estimular reducido, proponiendo métodos de hipnosis alerta (hiperempíria), o se centraron en usar la "hipnosis" sin inducción formal (Kuhner, 1962). Autores ericksonianos fueron abandonando la hipnosis tradicional para centrarse en la comunicación e influencia social, enfatizando las sugerencias permisivas e indirectas dentro de un contexto hipnótico cada vez más alejado topográficamente del habitual (uso de analogías, metáforas, etc.) (Hawkins, 1998; Matthews, Conti, & Starr, 1998). En otras palabras, la inducción de la hipnosis a

través de la relajación, del cerrar de ojos, pasividad, o estrechamiento de la atención se ha puesto en entredicho casi desde sus comienzos. La propia necesidad de la hipnosis para promover la hipersugestibilidad, o su singularidad respecto del comportamiento "normal" o "despierto" siguen si poder ser demostradas. Más aún, la estabilidad del rasgo, capacidad, habilidad, competencia, o como se quiera denominar al hecho de que alguien dentro de un contexto hipnótico experimente no volitivamente ciertos comportamientos habitualmente experimentados como volitivos, también se puso en entredicho. La búsqueda de métodos de incremento de la susceptibilidad hipnótica generó multitud de procedimientos en los que reiteradamente se constataba tal incremento (Diamond, 1974; Gorassini & Spanos, 1986; Sachs & Anderson, 1967), incluso autores comportamentales propusieron modos de inducción de la hipnosis apelando a los principios básicos del Análisis Funcional de Conducta (Pascal & Salzberg, 1959), en los que el refuerzo diferencial de aproximaciones sucesivas, o el uso de instigadores ayudaban a usar la hipnosis (trance somnambúlico, usando sus propias palabras) en un número mayor de personas, aumentando así la *eficiencia* de la hipnosis.

Si trazáramos un mapa de las variaciones formales de la inducción hipnótica según distintas coordenadas, podríamos localizar a autores y métodos, para configurar, de este modo, la heterogeneidad de las aproximaciones teóricas que se encuentran a la base de métodos aparentemente similares. Así, y con la única pretensión de esbozar un borrador de tal mapa, encontraríamos que en el punto donde se entrecruzasen la coordenada de relajación y aspecto de sueño, aparecerían la mayoría de los autores clásicos (por ejemplo, Kroger & Fezler, 1976; Spiegel & Spiegel, 1978, Watkins & Watkins, 1983, etc.). Otro punto en el que de nuevo aparecería el trance-estado-distinto-de-conciencia, pero ahora entrecruzado con activación y alerta, nos encontraríamos a Bányai y Hilgard. Coordenadas de relajación y ojos cerrados entrecruzadas con inducciones de

alerta y trance-estado-distinto-de-conciencia serían lugar adecuado para Vingoe (1968, 1973), Barabasz y Barabasz (1996) o Wark (1996). Coordinadas de no-trance-no-estado-distinto-de-conciencia entrecruzadas con relajación y ojos cerrados ubicarían a Araoz (1985), Lynn, Kirsch, Neufeld, & Rhue (1996) o Chaves (1996), incluso, en antaño, a Sarbin (Friedlander & Sarbin, 1938). No olvidando la debida flexibilidad que impone la arbitrariedad de tales clasificaciones, cuando entrecruzamos no-trance-no-estado-distinto-de-conciencia con ojos abiertos e instrucciones alerta, es difícil encontrar autores que rotulen sus métodos como hipnóticos. Es más sencillo encontrar a T.X. Barber (Barber & Calverley, 1965; Wilson & Barber, 1978) creando formas distintas de promover sugerencias, en las que se obvia el trance, la somnolencia, pero no necesariamente la relajación o el cerrar de ojos.

Por lo tanto, parece claro que existe una carencia de procedimientos que partan del concepto de no-trance-no-estado-distinto-de-conciencia, que enfatizan la actividad y alerta y que procuren que la persona mantengan los ojos abiertos: es decir, hipnosis despierta. Esta carencia es aún mayor si se liga a la coordinada de métodos auto-incrementadores de la susceptibilidad hipnótica. Y rotunda si añadimos otra coordenada más: la no utilización -necesaria- de la imaginación. En otras palabras, se echa de menos métodos de inducción que se deriven directamente de concepciones cognitivo-comportamentales de la hipnosis, aunando las explicaciones prolegómenos de no-trance-no-estado-distinto-de-conciencia, a la activación-alerta, ojos abiertos, e incremento de la susceptibilidad. Es de justicia añadir que estos métodos que echamos de menos, deberían nutrirse de la evidencia experimental sobre la no necesidad de usar la imaginación para promover las respuestas a las sugerencias (Zamansky, 1977; Zamansky & Clark, 1986), así como del énfasis en la reducción del esfuerzo que implica el uso de la sugestión hipnótica, tal y como lo propone Bowers (1992), al menos del esfuerzo consciente ligado a la sensación de involuntariedad (o mejor, no volición

(Lynn, Rhue, & Weekes, 1990)). Ciertamente algunos autores ericksonianos podrían entroncarse con estas últimas coordinadas (Matthews et al.), pero sus métodos de inducción se alejan sensiblemente de una conceptualización de la hipnosis más experimental, o se desvanecen en una relación interpersonal comunicativa.

### **¿Por qué Hipnosis Despierta desde una perspectiva cognitivo-comportamental?**

Diversos autores han resaltado las ventajas de usar hipnosis sin inducción formal, o métodos que promuevan más bien alerta y/o activación (Capafons, 1997). La razones fundamentales ya fueron apuntadas por Wells: mayor sensación de control y, por lo tanto, menores reticencias a ser hipnotizados y mayor implicación en las tareas terapéuticas (Bányai, Zseni, & Túri, 1993). En mi caso, añado el concepto de generalización. Si además la persona puede auto-hipnotizarse con los ojos abiertos, las auto-sugerencias pueden darse en un contexto de actividad cotidiana sin interferir con las tareas o actividades que la persona desee realizar (Capafons, 1998a, 1998b). Más aún, y retomando la sugerencia de Pascal y Salzberg, la hipnosis despierta podría incrementar la *eficiencia* de la hipnosis.

El que la inducción (además de las instrucciones de rapport) apele a procesos no relacionados con conceptos como trance, estado alterado de conciencia, profundidad hipnótica, etc., podría disminuir, asimismo, las reticencias de ciertos terapeutas y pacientes a utilizar la hipnosis (Kirsch, 1993). En el caso de España, podría, además, reducir la probabilidad de que la hipnosis siga prohibida en el sistema de salud público. La aceptación por parte del cliente de la inclusión de la hipnosis en el tratamiento que se le propone, depende de muchos factores. Pero probablemente los del miedo a perder el control, a ser manipulado o a quedar apresado en un trance, sean varias de las razones fundamentales. Desde una perspectiva cognitivo-comportamental se deriva directa-

mente la noción de hipnosis como una forma de auto-control, pudiéndose conceptualizar a la auto-hipnosis como una estrategia general de afrontamiento (Capafons, 1998a, 1998b). De este modo, los miedos mencionados se merman, fomentando la diseminación de la hipnosis entre los clientes (también entre los terapeutas). Junto a ello, y retomando el concepto de *eficiencia*, es mi opinión que los propios métodos de inducción hipnótica deben ser agradables y sencillos de realizar, evitando el uso de varios hipnotizadores, de aparatos especiales, o de ejercicios molestos (Capafons, 1997). El supuesto es que todo ello disminuirá el número de clientes que abandonan y fomentará una mayor adhesión al tratamiento en torno al cual girarán las sugerencias hipnóticas. Más aún, la utilización de estrategias de incremento de la susceptibilidad hipnótica (término usado aquí como sinónimo de hipnotizabilidad, o sensibilidad hipnótica, exclusivamente para simplificar la comunicación), permitiría a ciertos pacientes el experimentar más reacciones sugestivas (Bayot, Capafons, & Amigó, 1995; Chaves, 1996). Si en general, y con las excepciones debidas (VanDyck & Spinhoven, 1997), no parece importante el nivel previo de susceptibilidad hipnótica a la hora de predecir el éxito terapéutico cuando se utiliza la hipnosis, tal nivel sí podría influir sobre la credibilidad del tratamiento y mejorar la actitud del paciente hacia la hipnosis. Es este factor actitudinal el que tiene relación con el éxito terapéutico cuando se usa la hipnosis como adjunto (Schoenberger, Kirsch, Gearan, Montgomery, & Pastyrnak, 1997), por lo que el incremento del nivel de susceptibilidad podría afectar indirectamente al resultado de la intervención terapéutica.

Por otro lado, el no enfatizar el uso de la imaginación para evocar las respuestas a las sugerencias hipnóticas, permitiría a ciertos clientes, con baja capacidad imaginativa, el responder las sugerencias verbalizadas sin apelar a la imaginación, y fomentaría el uso de la hipnosis en situaciones donde no fuera sencillo el poder imaginar (Capafons, 1998b).

Lógicamente, toda nuestra línea argumental se basa en la idea de que la hipnosis incrementa la eficacia de las intervenciones cognitivo-comportamentales (Kirch, 1996; Kirsch, Montgomery, & Sapirstein, 1995). De otro modo, la hipnosis perdería parte de su interés para la Psicoterapia, excepto por la iatrogenia que pudiera generar (regresiones a vidas pasadas, recuperación de recuerdos tempranos sobre abusos sexuales, etc.). Sin embargo, nuestra atención se centra no sólo en el fomento de la eficacia, sino también en el de la eficiencia y utilidad (Seligman, 1995, 1996). Incluso si la hipnosis no incrementara el monto total de cambio (VanDyck & Spinhoven), nos quedaría analizar si ese cambio lo consigue en un tiempo menor (algo de ello deben saber los seguros médicos de EEUU, cuando permiten substanciales rebajas a los clientes que usan la "hipnoterapia" (Frischholz, 1997), con un menor esfuerzo personal por parte del paciente, incrementando el agrado por el procedimiento y disminuyendo la iatrogenia de la intervención. Desde esta perspectiva, ya no sólo el tipo de sugerencias que se usen pueden ser relevantes a la eficiencia, sino que los propios métodos de inducción hipnótica (tarjeta de visita de lo que a continuación se haga con el paciente) están ligados al concepto de eficiencia y utilidad. El agrado por el método podría influir en el abandono o rechazo de la hipnosis (sugestión ya en general), e incluso en el nivel de repuestas que una persona emite ante las sugerencias. Según mi opinión, los propios métodos de inducción incluyen, en el fondo, sugerencias hipnóticas, y, a partir de ellas, se podrían predecir las repuestas subsiguientes a las sugerencias de prueba (Graham, 1971; Hilgard, Crawford, & Wert, 1979)<sup>1</sup>. Investigaciones en curso realizadas por nuestro grupo de trabajo, están proporcionando datos que van en esa dirección. Por lo tanto, el método de inducción que se utilice no es algo irrelevante a la hipnosis y al tratamiento psicológico al cual se adjunta. Aunque yo mismo me adhiero a la idea de

---

1 Queremos mostrar nuestro agradecimiento a J. F. Kilhsrom por su información acerca de estos dos estudios.

Fourie (1991), Kirsch (1993) o Sheehan y Perry (1976) de que hipnosis (y sus métodos de inducción) son todo aquello que se rotule y se acepte como hipnosis (Capafons, 1998a; Capafons & Amigó, 1993c), opino que los métodos de inducción y las sugerencias que se usen pueden afectar al rendimiento de la hipnosis y en su eficiencia. Más aún, sugiero que los métodos de hipnosis despierta pueden ser más eficientes que los métodos tradicionales por relajación y cerrar de ojos. Quizá todo ello deba entenderse a partir del cambio que se dio en la hipnosis a partir de los años 60, promovido por el cambio cultural y democrático de la época. Tal y como indican Wilson y Barber, de la hipnosis autoritaria del siglo XIX y principios del actual, se ha pasado a una sugestión hipnótica más acorde con las preferencias e ideas de los movimientos democráticos occidentales. Las personas actuales *prefieren* sugerencias de test “que enfatizen a los sujetos que son ellos mismos quienes producen las experiencias sugeridas, usando su propio pensamiento e imaginación creativa, y no que las sugerencias son el resultado de estar bajo el control del experimentador, médico o hipnotizador” (Wilson & Barber, p. 236). En otras palabras, tal y como indica Araoz, la hipnosis se adapta a los gustos, creencias y estilos del paciente, y no a la inversa. Desde mi punto de vista, pues, no sólo la forma de verbalizar las sugerencias de prueba, sino los propios métodos de inducción afectarán al resultado final del proceso hipnótico. Este resultado final lo consideramos desde la óptica de la *eficiencia* y la *utilidad*, y no sólo desde la eficacia o monto de sugerencias de prueba que una persona pueda superar.

### **Métodos Actuales de hipnosis y sugestión despierta-alerta**

Hay un creciente interés en el uso de la hipnosis alerta (Bányai et al., 1993; Barabasz & Barabasz, 1996; Vingoe, 1973; Wark 1996, 1998), especialmente desde un ámbito clínico. No hay que olvidar que en este ámbito clínico se desarrolló la Nueva Escuela de Nancy (Coué,

1927) y la Intención Paradójica (Frankl, 1985), de similitud extrema con la hipnosis/sugestión despierta. Wark (1998) destaca las aplicaciones de la hipnosis alerta en depresión e inhibición generalizada o en el incremento del rendimiento académico. También enfatiza la mayor posibilidad de generalización a la vida cotidiana. Barabasz y Barabasz indican la utilidad de la hipnosis alerta para facilitar procesos generales atencionales implicados en la vigilancia (detección de objetivos militares en un radar), en la modificación de la topografía del EEG e incremento de la atención focalizada para tareas de lectura. Una opinión similar mostró Vingoe (1973) acerca de las ventajas de la hipnosis alerta para tareas de vigilancia, o que exigen tiempos de reacción rápidos. Yo mismo asumo que en la mayoría de las aplicaciones, el uso de una hipnosis que implique activación y/o alerta y mantener los ojos abiertos, tiene ventajas en general, cuando no es la única forma posible de aplicar eficazmente la sugestión hipnótica. Piénsese en exposiciones in vivo, la conducción o pilotaje de medios de transporte, fobia social, etc. En síntesis, cuando la persona desee utilizar la hipnosis in situ (en este caso a través de la auto-hipnosis (Capafons, 1998a, 1998b)), deberá usar instrucciones de alerta, salvo si desea dormir, relajarse profundamente o cuestiones similares. Esas ideas nos llevaron a desarrollar métodos específicos que cumplirán con los siguientes requisitos: a) deberían ser agradables y aceptables para las personas; b) deberían ser fáciles de aplicar y de aprender por el cliente (auto-hipnosis); c) deberían poder usarse con los ojos abiertos y ser generalizables a la vida cotidiana; d) no deberían generar iatrogenia; y e) deberían enfatizar el control personal y ser polivalentes (es decir, que puedan usarse como métodos de relajación o activación, según las necesidades). Serían métodos ubicados en el cruce de coordenadas no-trance-no-estado-distinto-de-conciencia, activo-alerta-ojos-abiertos e incremento de la susceptibilidad. Así surgieron el método de “auto-hipnosis rápida” (AHR), (Capafons, 1998a, 1998b; Capafons & Amigó, 1993c; Martínez-Tendero, Capafons, & Cardaña, 1996), y el

método de "hipnosis vigilia-alerta" (HVA), (Alarcón, Capafons, Bayot, & Cardeña, en preparación; Capafons, 1988; Cardeña, Alarcón, Capafons, & Bayot, 1998). Previa a la aparición de los métodos citados, estuvimos interesados en la sugestión despierta (no rotulada como hipnosis). De las ideas básicas de Amigó (1992; Capafons & Amigó, 1993a, b, c) sobre la terapia de auto-regulación emocional (TEARE) se desarrollaron varios programas de investigación, en los que se encontró que TEARE era tan potente como la hipnosis para promover sugestiones de prueba (Capafons, 1993), y que era un adjunto eficiente para el tratamiento del hábito de fumar (Bayot, Capafons, & Amigó, 1995; Bayot, Capafons, & Cardeña, 1997; Capafons & Amigó, 1995) y de la obesidad media (Capafons, Casas, & Amigó, 1997; Casas & Capafons, 1996). Así mismo TEARE se ha mostrado útil para el tratamiento de la dismenorrea (Amigó & Capafons, 1996) y fobia a volar en avión (Capafons, 1999). *No obstante, carecemos de información experimental que nos indique si realmente la persona activa más su cerebro cuando esta siendo auto-regulada (cabe decir lo mismo para los métodos expuestos más abajo), por lo que la fraseología utilizada es más un modo de hablar y persuadir, que una descripción exacta de lo que está ocurriendo realmente al paciente desde un punto de vista biológico. Más aún desconocemos cuáles son los mecanismos cerebrales que explican el recuerdo sensorial. De este modo, el recuerdo sensorial es más un concepto descriptivo de un fenómeno (la capacidad para evocar respuestas en ausencia de los estímulos que las provocaron), que un constructo explicativo. Por lo tanto, la presentación que se hace del método (hágase válido también para AHR y HVA), trata de activar las expectativas de respuesta de la persona, y no de describir un proceso contrastado experimentalmente. En este sentido, se asemeja a la fase educativa o de conceptualización de la inoculación de estrés.*

TEARE se deriva de los métodos de incremento de la susceptibilidad hipnótica creados por Sachs y Anderson, y retoma las ideas básicas de la hipnosis despierta de Wells, hipnempiria de Gibbons, incluso la nueva hipnosis de Araoz. El sustento teórico esencial es la teoría de las expectativas de respuesta de

Kirsch (1990, 1991, 1993) y el rechazo al concepto de trance propuesto por Barber (1969) y Sarbin (Coe & Sarbin, 1991).

El procedimiento básico de TEARE implica los siguientes puntos: a) se obvian las palabras hipnosis y trance; b) tales palabras se sustituyen por "entrenamiento", "aprendizaje" y "recuerdo sensorial"; c) se apela al poder del cerebro para reproducir respuestas; d) se atribuye al incremento de la actividad cerebral la responsabilidad de la mayor eficacia de la persona para responder a las sugestiones; e) realización de ejercicios de entrenamiento para el control del recuerdo sensorial y activación del cerebro; f) manejo directo de las sugestiones (o auto-sugestiones).

TEARE consta de tres fases muy estructuradas. En la primera (persuasiva-instigativa), se prepara a la persona para que entienda el sentido de los ejercicios que va a realizar, explicando el concepto de recuerdo sensorial (capacidad para reproducir respuestas asociadas a un contexto estimular). En esta fase también se realizan ejercicios en los que se instiga una respuesta (por ejemplo, la pesadez del brazo, colocando encima de él un pesado libro), se asocia a una clave (en este caso a la voz del terapeuta/investigador), y se reproduce (evoca) tal respuesta de pesadez en ausencia del libro, sólo escuchando la voz del terapeuta/investigador (clave). La segunda fase (desvanecimiento y pregeneralización) implica nuevas asociaciones, pero sin la presencia de instigadores que activen las respuestas a reproducir. Por lo tanto, se le pide a la persona que evoque una respuesta de la primera fase y que la asocie a distintas claves, que gradualmente involucran a distintos canales sensoriales (la pesadez del brazo se activará tras tocar un libro, o verlo u oler un aroma). Finalmente, en la tercera fase (generalización), ya no se necesitan de nuevas asociaciones para activar respuestas. Las sugestiones (o auto-sugestiones) son capaces de activar el recuerdo sensorial para promover las repuestas que la persona ya haya adquirido en consulta o a lo largo de su vida. Durante todo el proceso, el terapeuta/investigador sugiere que la persona está cada

está cada vez más activa y alerta, manteniendo los ojos abiertos y una dinámica conversación con el terapeuta. Una vez la persona es capaz de responder a las sugerencias, ya no se retoman las tres fases indicadas. Por el contrario, durante las siguientes sesiones, la persona sólo activa una repuesta seleccionada de entre las evocadas en la sesión de entrenamiento. A partir de ese momento, se sugiere activación y expansión, y la persona puede comenzar a evocar otras reacciones sugeridas por él mismo o por el terapeuta. Las sugerencias post-hipnóticas se dan en estilo directo y delimitando un periodo concreto de duración creciente. Esta actividad sugerida es polivalente. Una vez la persona se siente activada, puede responder a sugerencias de relajación, o a cualquier otro tipo de sugestión hipnótica (motoras, cognitivas, de reto, etc.). Dentro de este contexto, el fracaso en responder a una sugestión se reinterpreta como una falta de entrenamiento o una interferencia de la persona (falta de motivación, incredulidad, impaciencia, etc.), no como una falta de capacidad. Por lo tanto, se destinan varios ejercicios para que la persona pueda aprender a reproducir la repuesta deseada. Los pasos son los mismos que en la fase persuasiva-instigativa: se instiga la respuesta a evocar (por ejemplo, la inmovilidad del cuerpo, impidiendo físicamente que la persona se levante de una silla), observación de tal repuesta por parte de la persona, asociación a una clave, y puesta en marcha posterior de la clave para reproducir la respuesta.

Las distintas investigaciones mencionadas líneas arriba sobre TEARE, indican que el procedimiento se percibe como agradable y divertido, no provocando, por sus propias características, rechazo o abandono. Las personas lo usan en su vida cotidiana para controlar el comportamiento bajo tratamiento y tienden a generalizar su uso a otras repuestas.

Como es obvio, la terapia de auto-regulación emocional está especialmente indicada para personas que no desean hipnosis y que muestran un nivel de sugestionabilidad inicial bajo. Sin embargo, también muestra ciertos inconvenientes: en primer lugar, aque-

llas personas que desean hipnosis pueden mostrar rechazo o falta de motivación por una técnica que no encaja en sus expectativas, si bien siempre se puede rotular el procedimiento como "hipnosis despierta". En segundo lugar, la primera fase requiere de ciertos objetos (balde con agua fría, secamanos, cenicero, vaso de agua, zumo de limón, etc.), que en una aplicación clínica suponen un engorro considerable. Finalmente, no consigue modificar los conceptos erróneos que buena parte de la sociedad (especialmente la española) mantiene sobre la hipnosis. A pesar de que Amigó (1992) creó una segunda técnica (auto-regulación fisiológica) que trataba de eliminar los objetos mencionados, una investigación reciente ha mostrado que la técnica no es bien recibida por pacientes fumadores, provocando rechazo e incredulidad (Cotolí, 1998). Todo ello, junto a mi interés en modificar la actitud de la sociedad española hacia la hipnosis, y en respetar las preferencias de aquellas personas que sí desean hipnosis, determinó la creación de AHR y HVA. No obstante, ambos procedimientos incorporan de la TEARE un aspecto básico: mantener a las personas activas, alerta, con los ojos abiertos, y con una robusta sensación de control. Esta última percepción, se liga, al igual que en TEARE, a expectativas de éxito en el cumplimiento de las sugerencias, ya que se apela a los mismos factores de aprendizaje y entrenamiento para mejorar las repuestas a las sugerencias, siendo los métodos de corrección de errores exactamente los mismos.

## AHR

AHR es un método de auto-hipnosis también muy estructurado y pensado, desde sus comienzos, para incorporarse al repertorio comportamental de la persona, como una habilidad general de afrontamiento (Capafons, 1998b). Desde esta perspectiva, al igual que TEARE, AHR es polivalente. Si bien comienza como un método por relajación, pronto se practicará con los ojos abiertos, conversando con el terapeuta/investigador, y adoptando la persona una apariencia que en nada recuerda a la hip-

nosis tradicional. AHR se liga a ejercicios de evaluación clínica de la hipnosis (Capafons & Amigó, 1993 b, c), concretamente a la caída hacia atrás y al apretón de manos. La técnica consta de tres pasos (Capafons, 1998b; Capafons & Amigó, 1993 c): en el primero de ellos se explica la lógica de las inducciones rápidas de hipnosis (en este caso a la caída hacia atrás y el apretón de manos) y su relevancia en un contexto occidental en el que suele disponerse de poco tiempo para auto-hipnotizarse o practicar meditación transcendental. Sin embargo, se aclara que estas inducciones deben adaptarse a un uso cotidiano y disimulado de la auto-hipnosis, de modo que la persona pueda darse auto-sugestiones en aquellos momentos de la vida cotidiana donde se necesiten. Asimismo, se practica la caída hacia atrás, que en este caso se realiza sentada la persona en un sillón, sofá o simplemente silla. Se trata de que se separe unos centímetros del respaldo, para dejarse caer con una cierta brusquedad. El cambio de una posición incómoda (separarse del respaldo) a otra más cómoda (reposando la espalda sobre tal respaldo) instiga una sensación de comodidad que predispone a sentir el cuerpo más relajado y a experimentar una momentánea sensación de inmovilidad general (todo lo cual se explica al cliente). El segundo paso consiste en que la persona junte las manos y las coloque de forma que pueda apretarlas, sin entrelazar los dedos (así se evita el daño que puedan provocar anillos o uñas largas). En ese momento se le pide que inspire profundamente y que exhale lentamente, a medida que presiona *ligeramente* las manos, hasta terminar con la exhalación. *Sin que afloje las manos*, se pide a la persona que realice la operación de nuevo, apretándolas un poco más. Terminada esta segunda exhalación debe repetir por tercera vez el mismo ejercicio, sin aflojar las manos cuando realiza la inspiración. Acabada esta tercera exhalación, debe dejar caer bruscamente las manos encima de las piernas.

Cuando la persona ha practicado y domina estos dos pasos por separado (caída hacia atrás y apretón de manos), se encadenan, comenzando por separarse del respaldo para practicar

el apretón de manos, dejándose caer hacia atrás y soltando las manos bruscamente sobre las piernas, simultáneamente, una vez ha terminado con las tres exhalaciones. En este momento la persona experimenta una sensación intensa de relajación y pesadez en las manos, instigadas por los ejercicios anteriores. A partir de ese momento, se le recuerda las ideas básicas de la hipnosis expresadas en la presentación cognitivo-comportamental realizada previamente (Capafons & Amigó, 1993c; Kirsch, 1993). En esta presentación de la hipnosis se defiende que la hipnosis es una forma de auto-control, pues la persona siempre es la que activa las respuestas y puede *interferir* con el proceso para detenerlas. Esta explicación es importante, ya que, como tercer paso, una vez la persona está relajada se le sugiere una extrema pesadez y sensación de que la mano está pegada a la pierna. Cuando la persona experimenta tales reacciones, se da una sugestión de reto, que confirma que la persona ya está auto-hipnotizada: es decir, que su cerebro está muy activo y dispuesto a funcionar eficazmente (tal y como se explica en TEARE). Cuando la persona ya es capaz de auto-hipnotizarse de este modo, todo el procedimiento se adapta para ser usado en público de forma disimulada. Ello implica mantener los ojos abiertos y transformar las reacciones de relajación en reacciones de activación y alerta. Una vez se consigue esto, se desvanecen los tres pasos, para centrarse en otra reacción: la disociación del brazo. La persona debe prestar atención a uno de sus brazos y notarlo pesado, pegado al cuerpo o inmóvil. Si consigue *reproducir* esta sensación instigada y practicada en los ejercicios anteriores, se le indica que esa es la clave que le indica que ya está auto-hipnotizada y que su cerebro está preparado para activar las respuestas que se sugieran. De esta forma AHR es extremadamente rápida y disimulada, además de fomentar un fuerte sentimiento de control personal. Por lo tanto, puede aplicarse casi en cualquier actividad y lugar de la vida cotidiana, reduciendo la importancia de las sugestiones post-hipnóticas heterosugeridas.



Investigaciones realizadas sobre este método (Martínez-Tendero, 1995; Martínez-Tendero et al., 1996), indican que se percibe como más agradable y menos molesto que el método de auto-hipnosis de Spiegel y Spiegel (1978). Además, la capacidad para promover sugerencias de prueba es similar a último método mencionado, y a métodos de heterohipnosis por relajación. Finalmente, un porcentaje elevadísimo de personas experimentan las reacciones que se sugieren intra método, además de la sugestión de reto. Investigaciones en fase de análisis realizadas por nuestro grupo (Reig, Alarcón, Finch y Bayot), indican que, tras varios días de práctica, la disociación del brazo es incluso más potente para promover sugerencias de prueba que cuando se aplican los tres pasos. Asimismo, los datos indican con claridad que la disociación del brazo se percibe como más agradable que la técnica completa. Por último, replican los resultados obtenidos por Martínez-Tendero en lo que se refiere al amplio porcentaje de personas que experimentan las reacciones sugeridas intra método, incluida la poca necesidad de usar imágenes para activarlas.

## HVA

HVA surgió como alternativa al método activo alerta de Bányai (Bányai et al., 1993; Hilgard & Bányai, 1976), en la medida que este método presenta dificultades para un uso clínico eficiente (Capafons, 1998a). Al usar HVA se elimina la bicicleta ergonómica o la necesidad de una sala amplia para que los pacientes puedan caminar con el objetivo de activarse físicamente. Esto aporta grandes ventajas, ya que pacientes con problemas cardiovasculares no correrán riesgos innecesarios, además de fomentar la generalización de las sugerencias a la vida cotidiana. Por otro lado, a diferencia de los métodos de Vingoe (1973) y Wark (1996), no se sugiere relajación, ni se pide a la persona que cierre los ojos. Finalmente es un método genuino que no exige realizar ejercicios incorporados de otros métodos, como es el caso de Barabasz y Barabasz, cuyo método comienza

por el enrollamiento ocular propuesto por Spiegel y Spiegel. Este enrollamiento ocular puede producir molestias en ciertos pacientes (Capafons, 1998a; Martínez-Tendero, 1995), además de ser difícil de ejecutar por algunos de ellos.

HVA comienza solicitando al paciente que mueva su mano dominante de arriba abajo, mientras la mantiene apoyada en un reposabrazos. A partir de ahí se sugiere que el corazón bombea más sangre a la mano, lo que provoca un incremento de los latidos cardíacos y de la respiración. De esta forma el cuerpo y, por lo tanto, el cerebro también, se activan, permitiendo que la persona se note cada vez más alerta y eficaz para responder a las sugerencias. En un último paso, se sugiere a la persona que siente la necesidad de caminar mientras permanece con los ojos abiertos e hipnotizada (que en este caso significa preparada para activar las respuestas a las sugerencias).

Investigaciones recientes indican que HVA es más eficaz para promover sugerencias de prueba que el método activo-alerta de Bányai (Cardeña et al., 1998). Asimismo, se muestra como un método más agradable que el anterior, y es preferido en una mayor proporción de personas (Alarcón, et al.). De hecho, es importante destacar que en la investigación mencionada, 19 participantes de 80 abandonaron en el método activo-alerta de Bányai, contra uno que abandonó en los dos.

Finalmente, queremos explicitar que nuestra forma de intervención terapéutica se basa en el uso de AHR, que puede ser apoyada por HVA cuando el terapeuta debe adoptar un papel más directivo en el proceso terapéutico. Limitaciones de espacio nos impiden describir cómo se concatenan ambos métodos entre sí, y cómo se integran dentro del proceso terapéutico con metáforas pensadas para el cambio de actitud hacia la hipnosis.

## Conclusiones

Casi tres cuartos de siglo después de que surgiera experimentalmente la hipnosis despierta, y tras una invernación (o si se prefiere, estiva-

ción) de sus ideas y procedimientos básicos, creemos que ha resurgido con fuerza en el ámbito de la hipnosis. No sólo por sus implicaciones teóricas y experimentales, sino por su aplicación clínica, la hipnosis despierta posee un enorme poder heurístico: comprobar su eficacia y eficiencia cuando se la adjunta a los tratamientos psicológicos. La evidencia disponible hasta el momento indica que las personas interesadas en la hipnosis se sienten atraídas hacia sus formas "despiertas". En general, las personas disfrutan de la sugestión despierta, sin perder eficacia a la hora de responder a las sugerencias de prueba. El valor terapéutico de la sugestión despierta, tal y como se presenta en TEARE, ha mostrado un poder terapéutico muy prometedor. Los resultados experimentales de AHR y HVA indican que son procedimientos robustos en cuanto a la eficacia para promover respuestas a las sugerencias de prueba, y en cuanto al agrado y carencia de iatrogenia. Respecto de los terapeutas, si bien la carencia de datos de investigación no nos

permite sino especular, la experiencia del autor es que los métodos de manejo de la sugestión suelen ser recibidos con sorpresa y agrado por terapeutas españoles, alemanes, ingleses, norteamericanos, cubanos y asiáticos. De confirmarse esta impresión, podríamos estar en condiciones de afirmar que la hipnosis despierta cumple con las condiciones propuestas por Seligman (1996) para recomendar un procedimiento terapéutico: además de eficaz, debe ser útil, eficiente y diseminable. Sólo investigaciones futuras podrán dilucidar hasta qué punto y por qué razones la hipnosis y sugestión despiertas son un adjunto eficaz, eficiente y diseminable. En el caso español, la diseminación de la hipnosis está lejos de ser satisfactoria. Creemos que los métodos creados en España y por españoles, pueden aportar un grano de arena en la tarea de eliminar los prejuicios sobre la hipnosis. Sin embargo, creemos que esta labor será, lamentablemente, difícil y prolongada.

## Referencias

- Alarcón, A., Capafons, A., Bayot, A., & Cardeña, E. (en preparación). *Relación entre la preferencia de una técnica y la sugestión*.
- American Psychological Association, Division of Psychological Hypnosis. (1993). *Hypnosis. Psychological Hypnosis*, 2, 3.
- Amigó, S. (1992). *Manual de terapia de auto-regulación*. Valencia: Promolibro.
- Amigó, S., & Capafons, A. (1996). Emotional self-regulation therapy for treating primary dysmenorrhea and premenstrual distress. En S. J. Lynn, I. Kirsch, & J.W. Rhue, (Eds.), *Casebook of clinical hypnosis*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Araoz, D. (1985). *The new hypnosis*. New York: Brunner/Mazel.
- Bányai, E. I., & Hilgard, E. R. (1976). A comparison of active-alert hypnotic induction with traditional relaxation induction. *Journal of Abnormal Psychology*, 85, 218-224.
- Bányai, E.I., Zseni, A., & Túry, F. (1993). Active-alert hypnosis in psychotherapy. En J.W. Rhue, S.J. Lynn & I. Kirsch (Eds.), *Handbook of clinical hypnosis* (pp. 271-290). Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Barabasz, A., & Barabasz, M. (1996). Neurotherapy and alert hypnosis in the treatment of attention deficit hyperactivity disorder. En S.J. Lynn, I. Kirsch, & J.W. Rhue (Eds.), *Casebook of clinical hypnosis* (pp. 271-291). Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Barber, T. X. (1969). *Hypnosis: A scientific approach*. Princeton, New Jersey: Van Nostrand Reinhold.
- Barber, T. X., & Calverley, D. S. (1965). Empirical evidence for a theory of "hypnotic" behavior: The suggestibility-enhancing effects of motivational suggestions, relaxation-sleep suggestions, and suggestions that the S will be effectively hypnotized. *Journal of Personality*, 33, 256-270.
- Bayot, A., Capafons, A., & Amigó, S. (1995). *Tratamiento del hábito de fumar. Tabaco y terapia de auto-regulación emocional: Un programa estructurado para dejar de fumar*. Valencia: Promolibro.
- Bayot, A., Capafons, A., & Cardeña, E. (1997). Emotional self-regulation therapy: A new and efficacious treatment for smoking. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 40, 146-156.
- Bernheim, H.M. (1884). *De la sugestion dans l'état hypnotique et dans l'état de veille*. Paris: Doin.
- Bowers, K. S. (1992). Imagination and dissociation in hypnotic responding. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 40, 253-275.
- Braid, J. (1843). *Neurypnology: Or the rationale of nervous sleep considered in relation to animal magnetism*. Londres: Churchill.
- Capafons, A. (1993). Investigación empírica y terapia de auto-regulación. En A. Capafons & S. Amigó (Eds.), *Hipnosis, terapia de auto-regulación e intervención comportamental*. Valencia: Promolibro.

- Capafons, A. (1997). New methods of hypnosis. Ponencia presentada en el *1st. Portuguese Congress of Clinical Hypnosis Braga* (Portugal), noviembre.
- Capafons, A. (1998a). Hipnosis clínica: Una visión cognitivo-comportamental. *Papeles del Psicólogo*, *69*, 71-88.
- Capafons, A. (1998b). Rapid self-hypnosis: A suggestion method for self-control. *Psicotema*, *571-581*.
- Capafons, A. (1999). Applications of emotional self-regulation therapy. En I. Kirsch, A. Capafons, E. Cardeña & S. Amigó (Eds.), *Clinical hypnosis and self-regulation: Cognitive-behavioral perspectives* (pp. 331-349). Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Capafons, A., & Amigó, S. (Eds.). (1993a) *Hipnosis, terapia de auto-regulación e intervención comportamental*. Valencia: Promolibro.
- Capafons, A., & Amigó, S. (1993b). Hipnosis y terapia de auto-regulación. En F.J. Labrador, J.A. Cruzado & M. Muñoz (Eds.), *Manual de técnicas de modificación y terapia de Conducta* (pp. 457-476). Madrid: Pirámide.
- Capafons, A., & Amigó, S. (1993c). *Hipnosis y terapia de auto-regulación (introducción práctica)*. Madrid: Eudema.
- Capafons, A., & Amigó, S. (1995). Emotional self-regulation therapy for smoking reduction: Description and first empirical data. *The International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, *43*, 7-19.
- Capafons, A., Casas, C., & Amigó, S. (1997). Emotional self-regulation therapy: Application to fat and weight reduction. En P.J. Hawkins & J.N. Nestoros (Eds.), *Psychotherapy: New perspectives on theory, practice, and research* (pp. 577-592). Athens: Ellinika Grammata.
- Cardeña, E., Alarcón, A., Capafons, A., & Bayot, A. (1998). Effects on suggestibility of a new method of active-alert hypnosis. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, *45*, 280-294.
- Casas, C., & Capafons, A. (1996). *Tratamiento del sobrepeso y exceso de grasa. Terapia de auto-regulación emocional para la reducción de la grasa corporal: Un programa estructurado*. Valencia: Promolibro.
- Chaves, J.F. (1996). Hypnotic strategies for somatoform disorders. En S.J. Lynn, I. Kirsch, & J.W. Rhue (Eds.), *Casebook of clinical hypnosis* (pp. 131-151). Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Cotoli, A. (1998). *Aplicación de la terapia de auto-regulación fisiológica en tabaquismo*. Tesis doctoral. Universitat de València. Valencia.
- Coe, W.C., & Sarbin, T.R. (1991). Role theory: Hypnosis from a dramaturgical and narrational perspective. En J.W. Rhue, S.J. Lynn & I. Kirsch (Eds.), *Handbook of clinical hypnosis* (pp. 303-323). Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Coué, E. (1927). *The practice of autosuggestion*. New York: Doubleday.
- Charcot, J. M. (1882). Physiologie pathologique: Sur les divers états nerveux déterminés pour l'hypnotization chez les hystériques. *CR Academy of Science*, *94*, 403-405.
- Diamond, M. J. (1974). Modification of hypnotizability: A review. *Psychological Bulletin*, *81*, 180-198.
- Fourie, D.P. (1991). The ecosystemic approach to hypnosis. En S.J. Lynn & J.W. Rhue (Eds.), *Theories of hypnosis: Current models and perspectives* (pp. 467-481). New York: The Guilford Press.
- Frankl, V.E. (1985). Logos, paradox, and the search for meaning. En M.J. Mahoney & A. Freeman (Eds.), *Cognition and psychotherapy* (pp. 259-275). New York: Plenum Press.
- Friedlander, J. W., & Sarbin, T. R. (1938). The depth of hypnosis. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, *33*, 453-475.
- Frischholz, E.J. (1997). Medicare procedure code 90880 (Medical Hypnotherapy): Use the code (not the word). *American Journal of Clinical Hypnosis*, *40*, 85-88.
- Gibbons, D. (1979). *Applied hypnosis and hiperempiria*. New York: Plenum.
- Gorassini, D. R., & Spanos, N. P. (1986). A social-cognitive skills approach to the successful modification of hypnotic susceptibility. *Journal of Personality and Social Psychology*, *50*, 1004-1012.
- Graham, K.R. (1971). Rate of eye closure and hypnotic susceptibility. Comunicación presentada en la 42 Reunión Anual de la Eastern Psychological Association. New York, abril.
- Gregg, V.H. (1994). A critical comment on the APA definition of hypnosis. *Contemporary Hypnosis*, *11*, 153-154.
- Hawkins, P.J. (1998). *Introducción a la hipnosis clínica: Una perspectiva humanista*. Valencia: Promolibro.
- Hilgard, E.R., Crawford, H.J., & Wert, A. (1979). The Stanford Hypnotic Arm Levitation Induction and Test (SHALIT): A six minute hypnotic induction and measurement scale. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, *27*, 111-114.
- Hull, C. L. (1933). *Hypnosis and suggestibility: An experimental approach*. New York: Appleton-Century Crofts.
- Kirsch, I. (1990). *Changing expectations. A key to effective psychotherapy*. Pacific Grove, California: Brooks Cole Publishing Co.
- Kirsch, I. (1991). The social learning theory of hypnosis. En S.J. Lynn & J.W. Rhue (Eds.), *Theories of hypnosis. Current models and perspectives* (pp. 467-483). New York: The Guilford Press.
- Kirsch, I. (1993). Hipnoterapia cognitivo-comportamental: Expectativas y cambio de comportamiento. En A. Capafons & S. Amigó (Eds.), *Hipnosis, terapia de auto-regulación e intervención comportamental* (pp. 45-61). Valencia: Promolibro.
- Kirsch, I. (1996). Hypnotic enhancement of cognitive-behavioral weight loss treatments-Another meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *3*, 517-519.
- Kirsch, I., Montgomery, G., & Sapirstein, G. (1995). Hypnosis as an adjunct to cognitive behavioral psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *63*, 214-220.
- Kroger, W. S., & Fezler, W. D. (1976). *Hypnosis and behavior modification: Imagery conditioning*. Philadelphia: Lippincot.
- Kuhner, (1962) A. Hypnosis without hypnosis. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, *10*, 93-99.
- Lynn, S.J., Kirsch, I., Neufeld, J., & Rhue, J.W. (1996). Clinical hypnosis: Assessment, applications, and treatment considerations. En S.J. Lynn, I. Kirsch, & J.W.

- Rhue (Eds.), *Casebook of clinical hypnosis* (pp. 3-30). Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Lynn, S. J., Rhue, J. W., & Weekes, J. R. (1990). Hypnotic involuntariness: A social cognitive analysis. *Psychological Review*, *97*, 169-184.
- Martínez-Tendero, J. (1995). *Investigación sobre la preferencia entre dos métodos de auto-hipnosis*. Memoria de licenciatura. Universitat de València. Valencia.
- Martínez-Tendero, J., Capafons, A., & Cardena, E. (1996). Responses to test suggestions after a self-hypnosis induction: A comparison between two induction methods of self-hypnosis. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, *44*, 392-393.
- Matthews, W.J., Conti, J., & Starr, L. (1998). Ericksonian hypnosis: A review of the empirical data. In W. J. Matthews & J. Edgette (Eds.) (1998) *Current Thinking and Research in Brief Therapy. Solutions, Strategies, Narratives*. Volume II (pp. 239-263). Philadelphia: Taylor & Francis Pub.
- Pascal, G.R., & Salzberg, H.C. (1959). A systematic approach to inducing hypnotic behavior. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, *7*, 161-167.
- Sachs, L. B., & Anderson, W. L. (1967). Modification of hypnotic susceptibility. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, *15*, 172-180.
- Sarbin, T. R., & Coe, W. (1972). *Hypnosis: A social psychological analysis of influence communication*. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Schoenberger, N.E., Kirsch, I., Gearan, P., Montgomery, G., & Pastyrnak, S.L. (1997). Hypnotic enhancement of a cognitive-behavioral treatment for public speaking anxiety. *Behavior Therapy*, *28*, 127-140.
- Seligman, M.E. (1995). The effectiveness of Psychotherapy: The consumer reports study. *American Psychologist*, *50*, 965-974.
- Seligman, M.E. (1996). Science as an ally of practice. *American Psychologist*, *51*, 1072-1079.
- Sheehan, P.W., & Perry, C.W. (1976). *Methodologies of hypnosis*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Spanos, N. P., & Barber, T. X. (1976). Behavior modification and hypnosis. En M. Hersen, R.M. Eisler & P.M. Miller (Eds.), *Progress in behavior modification* (pp. 1-43). New York: Academic Press Inc.
- Spiegel, H., & Spiegel, D. (1978). *Trance and treatment: Clinical uses of hypnosis*. New York: Basic Books.
- Van Dyck, R., & Spinhoven, P. (1997). Does preference for type of treatment matter? *Behavior Modification*, *21*, 172-186.
- Vingoe, F. J. (1968). The development of a group alert-trance scale. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, *16*, 120-132.
- Vingoe, F. J. (1973). Comparison of the Harvard group scale of hypnotic susceptibility, Form A and the group alert trance scale in a university population. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, *21*, 169-179.
- Watkins, J.G., & Watkins (1983). Hypnotherapy. En C.E. Walker (Ed.), *The handbook of clinical psychology: Theory, research and practice* (pp. 1059-1088). Homewood, Illinois: Dow Jones-Irwing.
- Wark, D.M., (1996). Teaching college students better learning skills using self-hypnosis. *American Journal of Clinical Hypnosis*, *38*, 277-287.
- Wark, D.M., (1998). Alert hypnosis: History and applications. En W.J. Matthews & J. Edgette (Eds.), *Current Thinking and Research in Brief Therapy. Solutions, Strategies, Narratives*. (pp. 287-304). Philadelphia: Taylor & Francis Pub.
- Wells, W. (1924). Experiments in waking hypnosis for instructional purposes. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, *18*, 389-404.
- Wilson, S.C., & Barber, T.X. (1978). The creative imagination scale as a measure of hypnotic responsiveness: Applications to experimental and clinical hypnosis. *American Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, *20*, 235-249.
- Wundt, W. (1892). *Hypnotismus und suggestion*. Leipzig: Engelmann.
- Zamansky, H.S., & Clark, L.E. (1986). Cognitive competition and hypnotic behavior: Whither absorption. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, *34*, 205-214.
- Zamansky, H.S. (1977). Suggestion and countersuggestion. *Journal of Abnormal Psychology*, *86*, 346-351.

(Artículo recibido: 24-9-98; aceptado: 1-3-99)