

## EL MODELO DE VALENCIA DE HIPNOSIS DESPIERTA ¿TÉCNICAS NUEVAS O TÉCNICAS INNOVADORAS? THE VALENCIA MODEL OF WAKING HYPNOSIS. NEW OR INNOVATIVE TECHNIQUES?

Ana Alarcón\* y Antonio Capafons\*\*

\*Universitat Jaime I, Castellón. \*\*Universitat de València

*El Modelo de Valencia de Hipnosis Despierta presenta varias características innovadoras que permiten un uso eficiente e integrador de la hipnosis: la forma de presentarla al cliente evita un lenguaje tranceático o palabras "patologiformes", mostrándola como una estrategia general de afrontamiento y de auto-control, que usa las propiedades auto-regulatorias del cerebro. El paciente hipnotizado está con los ojos abiertos y conversando fluidamente. Esta perspectiva es más permisiva con el cliente y le responsabiliza más sobre su papel en el tratamiento que las perspectivas clásicas de hipnosis despierta. Además, trata de integrar distintas formas de intervención clínica, desarrollando procedimientos para el cambio del significado de los "síntomas", y de la actitud hacia ellos. La investigación experimental muestra la potencia y eficiencia de estos procedimientos para promover sugerencias, pero todavía carece de evidencia empírica en cuanto a su aplicación clínica.*

**Palabras Clave:** hipnosis despierta, tratamiento psicológico, intervención psicológica, cognitivo-comportamental, sugestión, psicoterapia.

*The Waking Hypnosis Valencia Model presents some innovative features that allow an efficient and integrative use of hypnosis. The way of presenting hypnosis to patient avoids trance explanations, or pathological-like terms. The hypnotized persons keep their eyes open while talking fluently. Moreover, hypnosis is contextualized as a general coping skill for self-control that uses the self-regulatory functions of the brain. This perspective is more permissive than the old conceptions of waking hypnosis, and involves more to the client in the psychotherapy process. Finally, that model in an integrative one, as has developed suggestion procedures for changing the meaning of the patients' "symptoms", and their attitudes to them. Thus, it is an approach that includes ideas from other psychotherapeutic perspectives. Experimental research shows that the Valencia Model procedures are efficient and powerful to promote suggestions. Nevertheless, the empirical evidence for its clinical applications is very short, and consequently, more research is needed.*

**Key words:** waking hypnosis, suggestion, psychological treatment, psychological intervention, cognitive-behavioral, psychotherapy.

**H**abitualmente, cuando comentamos nuestro interés por la hipnosis, se nos bombardea con preguntas como: *¿Pero eso de la hipnosis es verdad? ¿Bajo hipnosis podría recordar cosas de mi infancia? ¿Con la hipnosis podré acceder a mi subconsciente?*

Si, además, indicamos que no es necesario que la persona hipnotizada cierre los ojos y puede seguir hablando con fluidez o caminando, la sorpresa es mayúscula, multiplicándose las preguntas casi exponencialmente. Lo que la mayoría de la gente leiga, incluso profesionales de la Psicología y de la Medicina, intuye acerca de lo que es la hipnosis no se corresponde con su realidad experimental y su aplicación clínica, debido al peso de los mitos y creencias erróneas existentes sobre la hipnosis. Quizá por ello, la hipnosis es una técnica poco usada en España

por parte de los profesionales de la Psicología (Capafons & Mendoza, en prensa). Estos investigadores indican que, de casi 800 profesionales de la Psicología encuestados, sólo el 15,2% dicen utilizar la hipnosis regularmente, y únicamente el 7.6% conocen la hipnosis despierta (todos lo que responde se refieren al Modelo de Valencia), y el 9.2% la hipnosis activo-alerta. No obstante, hay que apuntar que los psicólogos que sí utilizan la hipnosis despiertan, la consideran una técnica útil, aceptada fácilmente y con agrado por sus pacientes (Capafons & Mendoza, en prensa). Capafons y Mendoza también revisan las referencias sobre hipnosis despierta en las bases de datos al uso, encontrando que son escasísimos los estudios clínicos y experimentales sobre ella. Esta falta de información y de interés por la hipnosis despierta en España, no puede explicarse porque sea reciente, que no lo es, pues Wells publicó un trabajo sobre ella ya en 1924, y, ya antes que él, Carpenter (1852). Quizá se debe, con mayor seguridad, a que ha sido obviada también en la

Correspondencia: Antonio Capafons. Facultat de Psicologia. Avda. Blasco Ibáñez, 21. 46010. Valencia. España. E-mail: Antonio.Capafons@uv.es

investigación y aplicación clínica en el mundo anglosajón, tal y como hemos indicado. Seguramente en el campo de la hipnosis no se ha prestado la atención a su variedad “despierta”, porque no concordaba con la idea general de la hipnosis como un estado de trance y somnambulismo (Sarbin y Coe, 1972). Por lo tanto, ya podemos responder a la pregunta formulada en el título de este trabajo sobre si el Modelo de Valencia de Hipnosis Despierta es una técnica nueva. Según la Real Academia de la Lengua *nuevo* significa, entre otras, *recién hecho o fabricado, que se ve o se oye por primera vez; repetido distinto o diferente de lo que antes había o se tenía aprendido o que sobreviene o se añade a algo que había antes, repetido o reiterado para renovarlo*. El modelo de Valencia de Hipnosis Despierta, según estas acepciones, no es una técnica nueva excepto quizá si nos acogemos a las dos últimas. Sin embargo, la palabra *innovador*, que significa según esta Academia, *mudar o alterar algo, introduciendo novedades, y, curiosamente, volver algo a su anterior estado*, podría calificar el modelo de hipnosis despierta que presentamos. En definitiva, nuestro modelo sería más *innovador que nuevo*, como casi todo lo que se presenta como “nuevo” en Psicología desde la década de los 80. Y defendemos que el Modelo de Valencia de Hipnosis Despierta es innovador respecto de la utilización original de Wells (1924), pues introduce novedades, como, por ejemplo, que es menos autoritario, gira en torno a la auto-hipnosis, y promueve un vocabulario diferente para describir y usar la hipnosis al que usó Wells, y también autores que estudian la hipnosis activo-alerta, o algunos acercamientos ericksonianos. En este sentido, también es innovador y diferente a otros acercamientos de hipnosis despierta más recientes (Iglesias & Iglesias, 2005), ya que nuestro modelo de intervención y de hipnosis es cognitivo-comportamental.

### ¿QUÉ ES LA HIPNOSIS DESPIERTA?

La palabra “despierta” pone de manifiesto que nos referimos a métodos donde la persona no necesita estar relajada ni con los ojos cerrados para poder beneficiarse de la sugestión. Es una forma de diferenciar estos métodos de sugestión de los métodos tradicionales, sin querer decir con ello que en los métodos tradicionales por relajación la persona hipnotizada no esté despierta. También usamos la palabra hipnosis, para designar claramente que se usa un ritual de inducción rotulado como hipnótico, de modo que no se puede considerar a

la hipnosis despierta como *sólo* sugestión despierta (*waking suggestion*), sugestión que suele usarse sin ese conjunto de rituales de inducción. Por otro lado, es importante aclarar, que cuando hablamos del Modelo de Valencia de Hipnosis Despierta, nos referimos a una forma clínica de proceder, y a una serie de métodos para cambiar actitudes y usar las sugestiones, cuyas características son:

1. Que la persona mantenga los ojos abiertos.
2. No sugerir sueño o relajación, sino actividad y expansión mental.
3. Que la persona hipnotizada puede hablar fluidamente, caminar y poder realizar las tareas cotidianas, mientras experimenta las sugestiones hipnóticas.
4. Que evita sugerir trance, alteración de conciencia, etc., cuidando el vocabulario para presentar la hipnosis como una *estrategia general de afrontamiento*.

Esas características la diferencian de la hipnosis alerta y activo-alerta, pues en la hipnosis despierta se sugiere desde el principio que la persona mantenga los ojos abiertos y que converse natural y fluidamente con el terapeuta, además de presentarse como una estrategia de auto-control y de afrontamiento (Capafons, 2001a).

### ¿Por qué hipnosis despierta?

Podemos considerar dos motivos principales: en primer lugar, porque es una técnica hipnótica, y en este sentido es altamente probable que muestre las ventajas de dichas técnicas. Cuando se usa como única intervención, la hipnosis no parece ser eficaz para tratar problemas médicos y/o psicológicos (Flammer & Bongartz, 2003). Pero como coadyuvante, sí parece incrementar la eficacia de algunas intervenciones psicológicas y médicas, especialmente en el caso del dolor, donde es un tratamiento bien establecido (Montgomery & Schnur, 2005). En cuanto a la eficiencia, la hipnosis también puede incrementar la eficiencia de algunos tratamientos. De hecho Green y Lynn (2000) la consideran como una técnica eficiente para reducir el consumo de cigarrillos, y Schoenberger (2000) como coadyuvante eficiente de los tratamientos cognitivo-comportamentales. En segundo lugar, la hipnosis despierta posee una serie de ventajas añadidas sobre la hipnosis tradicional. Wells (1924) mencionó algunas con respecto a la hipnosis tradicional: evita la apariencia de un procedimiento misterioso; es más rápida y más fácil, tanto para el terapeuta como

para el paciente, y puede ser empleada con éxito en un mayor número de sujetos.

Así pues, podemos decir que el Modelo de Valencia de Hipnosis Despierta, presenta algunas ventajas que justificaría, su uso:

- Como la hipnosis despierta propuesta por Wells (1924), al mantener la persona los ojos abiertos reduce el temor a perder el control. Aunque éste no se pierde en ninguna condición hipnótica, el no cerrar los ojos refuerza esta idea. En este mismo sentido, ofrece mayores posibilidades en tanto que es más rápida, más accesible y agradable a un mayor número de personas.
- Además, y a diferencia del modelo de Wells, que era muy autoritario y favorecía más la pasividad de la persona (John F. Chaves, comunicación personal al segundo autor, 12-1-2005), una característica muy acusada del Modelo de Valencia es que favorece *la participación activa de la persona* a la vez que se incrementan las posibilidades de acción de la terapia (es más versátil), ya que la persona hipnotizada pue-

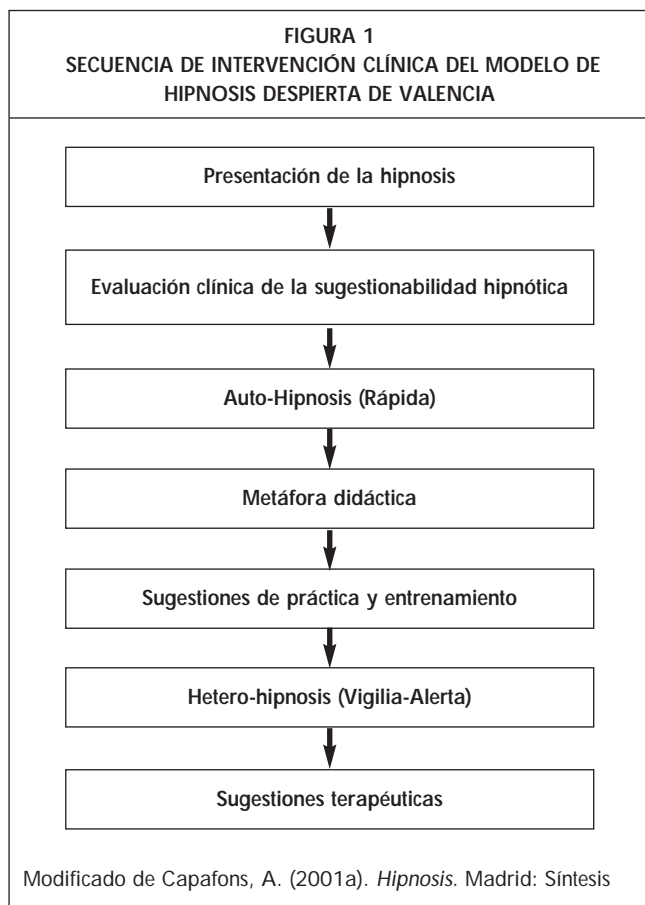
de realizar cualquier tipo de conducta habitual, incluyendo en este repertorio conductual aquellas requeridas para el funcionamiento de la terapia: desempeño de roles, exposiciones in vivo, etc. (Capafons, 1998b). Se fomenta, así, la motivación por el tratamiento y las expectativas de éxito (Capafons, 2001a).

- Finalmente, el Modelo de Valencia presenta la hipnosis despierta como una estrategia general de destrezas, de afrontamiento y auto-control (Capafons, 1998b; 2001a), fuera de un contexto de trance, a diferencia del propio Wells (1924).

### ELEMENTOS Y FORMA DE PROCEDER DEL MODELO DE HIPNOSIS DESPIERTA DE VALENCIA

Este modelo se sustenta en el paradigma socio-cognitivo o cognitivo-comportamental de la hipnosis. Es la primera vez que se aborda el tema de la hipnosis despierta descartando el concepto de trance y se defiende la continuidad entre el comportamiento hipnótico y el habitual, apelándose a variables tales como expectativas, motivación, actitudes, creencias, etc. (Capafons, 1999; Lynn & Kirsch, 2005; Spanos y Coe, 1992). Pero, quizás, lo más innovador sea la secuencia que propone para manejar la sugestión hipnótica, y que guía la puesta en práctica de la hipnosis, sea despierta o no (figura 1).

Implícito en esa secuencia está nuestro interés en generar métodos eficientes, que resulten agradables al paciente, rápidos, fáciles de aprender y de aplicar (tanto por parte de los pacientes como de los terapeutas) y, que en la medida de lo posible, reduzcan el porcentaje de abandonos (Alarcón, Capafons, Bayot y Cardeña, 1999). En este sentido, la evidencia empírica indica que la eficiencia de un programa terapéutico al que se le adjunta hipnosis, puede depender precisamente del método de inducción que se utilice (Capafons, 2001b). Los métodos de inducción resultarán eficientes, según sus propias características, de la explicación de la hipnosis que se dé a los pacientes, y de las expectativas que ésta les genere (Capafons, 2001b; Lynn, Nash, Rhue, Frauman, y Sweeney, 1984). La hipnosis parece ayudar más cuando promueve unas expectativas ajustadas y unas actitudes positivas (Schoenberger, 2000). Por ello, el Modelo de Hipnosis Despierta de Valencia trata de conjugar métodos de cambio de actitudes hacia la hipnosis con métodos de inducción y manejo de las sugestiones que favorezcan



el agrado e implicación de la persona a hipnotizar en el proceso de intervención.

Así pues, el Modelo de Valencia incluye tres procedimientos para establecer un buen rapport, desde una visión cognitivo-conductual de la hipnosis: *la presentación cognitivo-comportamental de la hipnosis, una evaluación clínica de la sugestionabilidad hipnótica, y una metáfora didáctica sobre la hipnosis*. A estos procedimientos se le suman dos métodos de hipnosis despierta (*Auto-Hipnosis Rápida y la (hetero) Hipnosis Vigilia-Alerta*) conformando el modelo que a continuación desarrollamos. Se trata de una secuencia estructurada pero flexible, cuyo eje central es la Auto-Hipnosis Rápida (AHR) (Capafons, 1998b). La idea final es que los pacientes puedan activar por ellos mismos, y de forma desapercibida, las sugerencias terapéuticas en las situaciones cotidianas donde las necesiten (Capafons, 1999).

#### **Presentación cognitivo-comportamental de la hipnosis**

Al utilizar la hipnosis como coadyuvante de un tratamiento, es recomendable valorar las creencias y actitudes de los pacientes (Capafons et al., 2005) dado que expectativas no adecuadas modulan negativamente la respuesta a la sugestión (Kirsch, 1999). Por ello, es necesario dedicar un tiempo de la terapia a aclarar conceptos erróneos con el fin de no generar falsas expectativas y ofrecer información veraz y ajustada a la investigación. *La presentación cognitivo-comportamental* tiene como objetivo que el paciente experimente por sí mismo ciertas reacciones que le ayuden a entender lo que se puede esperar de la hipnosis. Para ello, la presentación de la hipnosis incluye un ejercicio motor con el péndulo de Chevreul que ilustra la diferencia entre "automático" e "involuntario" reforzando el concepto de "interferencia", central para que el paciente empiece a entender la hipnosis como una técnica de auto-control. También se establece un símil entre asistir al cine y estar hipnotizado, de modo que una ficción puede determinar respuestas automáticas e intensas, pero voluntarias (Capafons 2001a).

Esta presentación procura transmitir las siguientes ideas: a) las respuestas a las sugerencias son actos del usuario, el terapeuta sólo ayuda; b) tales actos son automáticos, pero voluntarios, aunque se experimenten como acaecimientos; c) lo que ocurra durante la hipnosis depende de que el cliente use recursos similares a otros actos de la vida cotidiana (por ejemplo, dejarse llevar por una ficción, como en el cine); d) la hipnosis implica reac-

ciones de la vida cotidiana que se activan o desactivan a voluntad; e) por ello, la hipnosis es una forma de auto-control; f) estar hipnotizado no implica estar en un trance o similar, sino tener la mente preparada para usar los recursos que también en la vida cotidiana provocan respuestas que percibimos como automáticas.

La presentación muestra a la hipnosis como un proceso voluntario del cliente, evitando palabras tales como "trance", "disociación" o "alteración de conciencia", que se pueden asociar a la idea de pérdida de control, generando miedo e incluso rechazo frontal en algunos pacientes (perdiendo, así, eficiencia). Los resultados experimentales indican que cuando se hace esta presentación o una neutra, personas que rechazan abiertamente la hipnosis, abandonan significativamente menos si se les oferta una hetero hipnosis, que cuando se rotula a la hipnosis como un estado de trance (Capafons et al., en revisión). Sin embargo, a si se les oferta una auto-hipnosis, desaparecen los abandonos y no se encuentran diferencias entre los tres tipos de presentaciones (neutra, trance, cognitivo-comportamental) a la hora de cambiar actitudes negativas hacia la hipnosis (Capafons et al., 2005). Quizás esto pueda explicarse porque la auto-hipnosis puede reforzar la creencia de que no pérdida de control, incrementando así la seguridad y confianza en el cliente. Por ello, la presentación cognitivo-comportamental se aleja de concepciones misteriosas o "patologiformes" de la hipnosis, y a ella se apelará durante el resto de la intervención para motivar al cliente a experimentar las sugerencias.

#### **Evaluación cognitivo-comportamental de la sugestionabilidad hipnótica**

En este modelo se evalúa la actitud hacia la hipnosis y hacia el terapeuta, y si la persona colabora en un contexto de confianza. Para ello se utilizan unos ejercicios clásicos en la hipnosis, dotándoles de un significado diferente. Dado que existe una alta correlación entre dar las mismas sugerencias estando la persona hipnotizada y fuera de hipnosis (el 64% de la varianza (Hilgard, 1965)), la evaluación inicial la realizamos fuera del contexto hipnótico (Capafons, 2001a). Así favorecemos que el cliente vaya familiarizándose con la hipnosis despierta. Por ejemplo, el primer ejercicio de *balanceo postural*, se sugiere a la persona que, mientras mantiene los ojos cerrados, los pies juntos y el cuerpo relajado, su cuerpo se balancea. Si tras escuchar la sugestión, el paciente se balancea ligeramente, es que no está interfiriendo, ya

que ese movimiento es el esperable sin intervención alguna de la sugestión. Si el paciente balancea ostensiblemente, asumiremos que está colaborando y experimentando el efecto de la sugestión, y, por tanto, que su actitud es positiva y su expectativa adecuada. En el segundo ejercicio (*caída hacia atrás*) el primer paso es demostrar al paciente que tiene el control completo para evitar que el terapeuta le deje caer hacia atrás sin sujetarle. Por ejemplo, se pide a la persona que se tire hacia atrás para comprobar que el terapeuta puede con ella. Después, el terapeuta habla al cliente (que está con los ojos cerrados) desde distintas posiciones para que compruebe que por la voz del terapeuta puede saber en todo momento si se encuentra a la distancia y lugar adecuados para sujetarle. A continuación, y en la misma posición que en el ejercicio del balanceo, se sugiere al paciente que notará un desequilibrio y caerá hacia atrás. Si el paciente cae hacia atrás se concluye que confía de forma clara en el terapeuta. Si además sintió el desequilibrio, asumiremos que experimentó la sugestión sugerida. Pero, si a pesar de notar el desequilibrio, interfiere con la caída, podemos pensar en una actitud negativa, sobre todo si cuando se le pidió que se dejara caer para comprobar que el terapeuta podía sujetarlo realmente se dejó caer. Quizá haya una actitud negativa hacia la hipnosis y no hacia el terapeuta, pues, de otro modo, también en esa comprobación se habría negado a caer hacia atrás. Finalmente, procedemos a aplicar un par de ejercicios más que se rigen más o menos por las mismas ideas, y que no comentamos por razones de espacio.

Como puede observarse, la forma de usar e interpretar estos ejercicios clásicos, es divergente de lo habitual, innovando a la hora de evaluar las actitudes y expectativas de manera cualitativa, y muy útil para conocer la predisposición del paciente a colaborar e implicarse en la terapia. Más aún, la forma de usar estos ejercicios trata de generar expectativas de éxito en el cliente, para que vaya aceptando la alta probabilidad que tiene de responder a las sugestiónes terapéuticas. Finalmente, todos los ejercicios son valiosos, además, porque informan sobre pasos que forman parte de distintos métodos de auto-hipnosis que se usan en la intervención.

### El método de auto-hipnosis rápida

Es el eje central del modelo de Valencia (Capafons, 1998a, b). Otros elementos del modelo (presentación de la hipnosis, evaluación, y metáfora didáctica) son útiles

para cualquier tipo de hipnosis, sobre todo si se usa desde una perspectiva cognitivo-comportamental y de auto-control. Por ello, dependiendo de las circunstancias, clientes, problema, etc., debe valorarse la conveniencia de cada elemento. Sin embargo, para aplicar coherentemente el Modelo de Valencia de Hipnosis Despierta la AHR es esencial. Como indican Lynn, Kirsch y Rhue (1996) enmarcar la experiencia hipnótica como auto-hipnosis disminuye las reticencias de los clientes, y los involucra activamente en el proceso terapéutico. Además, existe evidencia experimental de que empezar con auto-hipnosis facilita la respuesta posterior a las sugestiónes y a la propia hetero hipnosis (Jonson, Dawson, Clark, y Sikorsky, 1983). Concretamente, la AHR tiene las siguientes características (Capafons, 2004): a) rapidez, necesaria para que pueda utilizarse eficientemente en las situaciones donde el paciente así lo requiera; b) inadvertencia y estructuración de los pasos a realizar; c) sencillez de aprendizaje, facilitada por su conexión con los ejercicios de evaluación de la sugestionabilidad, lo que, además, facilita las expectativas de que esos pasos serán eficaces; d) las auto-sugestiónes se dan con ojos abiertos (Capafons y Mendoza, en prensa).

La AHR consta de tres pasos (apretón de manos, caída hacia atrás e inmovilidad del brazo) diseñados para que instiguen sensaciones de relajación, pesadez e inmovilidad corporal (y así se dice al cliente), si bien cabe esperar que algunas personas experimenten más bien ligereza y levitación. En este caso hay que readaptar el procedimiento para ajustarse a las necesidades de los pacientes. La justificación que se da al cliente es que los ejercicios están pensados para activar el cerebro para que pueda funcionar de manera rápida y eficaz. El terapeuta modela los pasos a lo largo de todo el aprendizaje, incluido el proceso de desvanecimiento de los movimientos claros y visibles de la versión larga de la AHR (Capafons, 2001a; 2004). El cumplimiento de una sugestión de reto (dificultad para levantar un brazo) es la señal de que está en auto-hipnosis. Al principio, el cliente puede realizar el aprendizaje con los ojos cerrados si así lo prefiere. Una vez afianzado lo aprendido, se le instruye para que pueda activar todo el proceso sin necesidad de los dos primeros pasos, y con los ojos abiertos. Tan sólo tendrá que reproducir la sensación de la mano pegada a la pierna o similar (disociación del brazo) para "activar" su cerebro. Para ello, se le debe explicar el concepto de *recuerdo sensorial/emocional*

(Kroger y Fezler, 1976). Utilizando la disociación del brazo como método de inducción-confirmación de estar auto-hipnotizado (versión corta) estamos usando ya la hipnosis despierta. Aquí ya la persona se siente activada, con los ojos abiertos, manteniendo una posición corporal "natural" y una conversación fluida, con todas las ventajas que ello supone para la generalización a la vida cotidiana de los avances conseguidos en terapia (Capafons, 2001a). Los resultados experimentales sobre AHR muestran su eficacia para promover respuestas a las sugerencias, mostrándose más eficiente (agradable y preferido) que el Método de Enrollamiento Ocular de Spiegel y Spiegel (1978). A su vez, la versión *corta* de la AHR resulta más potente, agradable y preferida que la versión larga, (Martínez-Tendero, Capafons, Weber, y Cardeña, 2001; Reig, Capafons, Bayot, y Bustillo, 2001).

#### **La metáfora didáctica: consolidación en el cambio de actitudes**

Una vez el cliente ha experimentado la auto-hipnosis, le presentamos una metáfora cuyo objetivo es consolidar las ideas siguientes: la hipnosis no es peligrosa, implica esfuerzo y perseverancia para conseguir los cambios conductuales, y es un instrumento importante, pero como coadyuvante. La metáfora se usa como recurso didáctico que ayuda al cliente a consolidar y recordar la información sobre la hipnosis (Porush, 1987). Una vez auto-hipnotizado, se pide al cliente que se imagine a sí mismo afrontando una serie de dificultades ficticias (sobrevivir en una jungla) que va resolviendo con éxito, gracias a su esfuerzo y al uso correcto de un machete que representa a la hipnosis (Capafons, 2001a). La investigación muestra que, tras escuchar la metáfora, la mayoría de los participantes cambian su opinión sobre la hipnosis, aceptándola como una técnica coadyuvante y para el auto-control, (Capafons, Alarcón y Hemmings, 1999).

#### **Hetero-HVA (mano alerta)**

La (hetero) Hipnosis Vigilia Alerta (HVA) se usa en este modelo como complemento y apoyo a la AHR, especialmente con aquellos pacientes que presentan mayores dificultades con la auto-hipnosis, por su preferencia a ser hipnotizados por el terapeuta (Capafons, 1998a; 2001a). El terapeuta puede hipnotizar al paciente con la finalidad de reforzar la eficacia de las auto-sugerencias que se administre utilizando la auto-hipnosis (Capafons, 2001a; 2004). Habitualmente, se sugiere que la AHR re-

sultará eficaz para activar los recursos del cliente, y que tendrá éxito en modular, regular y producir cambio terapéutico (Capafons y Mendoza, en prensa). Por otro lado, con esta técnica se anima al paciente a mantener los ojos abiertos, a adoptar la apariencia de personas activadas e incluso tener la posibilidad de mantener una conversación con el terapeuta (igual que ocurría con la AHR). La HVA requiere un leve ejercicio físico (mover la mano dominante rítmicamente hasta alcanzar la automatización del movimiento) que ayuda a evocar una activación general, de modo que el cliente puede caminar mientras permanece hipnotizado. Este método de inducción incluye sugerencias de mente expandida, y de incremento del latido cardíaco, de la respiración y de la velocidad de funcionamiento del cerebro. La investigación indica que la HVA tiene ciertas ventajas sobre otras técnicas como la hipnosis activo-alerta (Bányai, Zseni y Túry, 1993) ya que: a) resulta más agradable (Cardeña, Alarcón, Capafons y Bayot, 1998) y promueve mayor nivel de sugestión (Alarcón, Capafons, Bayot y Cárdena, 1999); b) incluye unos ejercicios previos para evitar que los pacientes confundan estar activado con estar ansioso, algo que puede ocurrir (Ludwig y Lyle, 1964); c) es menos engorrosa que el método de Bányai, dado que no necesita de una bicicleta ergonómica o de una sala muy grande; d) porque la persona hipnotizada con vigilia-alerta mantienen los ojos abiertos, lo que no siempre ocurre con el método activo-alerta de Bányai; e) porque genera un menor número de abandonos que la técnica activo-alerta.

#### **El modo clínico de proceder del Modelo de Valencia de Hipnosis Despierta**

La idea básica es convencer al cliente, a través del uso de las sugerencias hipnóticas, de que tiene más posibilidades de superar su problema de las que cree. Se trata de incrementar las expectativas de eficacia personal y de resultado (Kirsch, 1985; 1986), fomentando la motivación del cliente para involucrarse en la intervención. Esto es común al uso de la hipnosis tradicional (Barber, 1985). En nuestro caso, creemos que se va un paso más allá, en la medida que las sugerencias se dan con los ojos abiertos. Esto permite establecer un juego con el paciente, quien comienza a comprobar que una serie de estímulos (lápices, relojes, o cualquier objeto, incluso imaginado), pueden provocar reacciones que, de forma *natural* no provocarían. Por ejemplo, ver o tocar un reloj puede provocar, según se sugiera, pesadez y, al cabo

de un rato, lo contrario, ligereza. Estos ejercicios nos permiten formular al cliente tres preguntas clave:

1. "¿Qué razón hay para que un conjunto de objetos evoque distintas reacciones, cuando no hay ninguna causa para que provoque de forma natural ninguna de ellas?" La respuesta es obvia: la forma de pensar y de hablarse sobre él (darse sugerencias), y el permitir que el cerebro ponga en marcha sus mecanismos auto-regulatorios (una actitud *pasiva correcta*, en términos de la Logoterapia de Frankl, (1985)).
2. La siguiente pregunta es, también, obvia: "¿Es posible que la magnitud, forma, características, etc., de su problema (por el que la persona pida ayuda) dependa de que no usa correctamente su lenguaje y pensamiento, dificultando las funciones auto-regulatorias de su cerebro?". La respuesta también es simple: parece que sí, ya que la persona ha experimentado distintas emociones según se haya auto-sugestionado.
3. Finalmente, se formula la tercera pregunta clave: "Si ayudándose de la hipnosis ha conseguido notar ligereza, al rato pesadez, después inmovilidad, para terminar con actividad extrema, ¿no cree que también podrá experimentar otras cosas que le ayuden a superar su problema?". La respuesta es, también en este caso, afirmativa.

Habitualmente, las personas suelen responder adecuadamente a las tres preguntas, y el significado de sus "síntomas" varía: ya no son algo inamovible que ocurre fuera de su control, si no que es la actitud y entendimiento que tiene del problema lo que modula e incluso determina parte de él, o, al menos, de su mantenimiento. En este sentido, nuestro modelo conjuga la tradición comportamental, las tradiciones humanista-experienciales de la Logoterapia, y el propio Psicoanálisis del Ego (Korchin, 1976), en las que el significado y la actitud hacia los propios "síntomas" son elementos que fomentan los síntomas y dificultan su reducción. Por lo tanto, la interpretación del significado es algo que tratamos de modificar con nuestro modelo, pero usando una terminología y un proceder básicamente comportamentales, derivados rigurosamente de la investigación experimental. En este sentido, también el Modelo de Valencia de Hipnosis Despierta es innovador, pero no "nuevo". Creemos que la tradición estratégica, el propio Psicoanálisis del Ego o la Logoterapia (Hutzell y Lantz, 1994) encontrarían puntos en común con nuestro modelo. Para ellos, indicarles que

usamos metáforas, que potenciamos cuando sea necesario una actitud de pasividad correcta (dejar de luchar inútilmente por el síntoma), que nos basamos en las propias estrategias de la persona, etc., *les podría dar a entender que les estamos descubriendo el Mediterráneo*. Quizá lo más innovador del Modelo de Valencia es lo divertido (eficiencia) de los ejercicios sugestivos realizados, el lenguaje y estrategias de intervención comportamentales que usa, y el adherirse sistemáticamente a los principios y resultados que se obtienen en la investigación experimental sobre hipnosis.

### Investigación Clínica

Gran parte de los esfuerzos del grupo de investigación de Valencia se han dirigido a la validación experimental de su Modelo de Hipnosis Despierta. Sin embargo, hay muy pocos estudios sobre su eficacia clínica (Capafons y Mendoza, en prensa). Actualmente sólo hay un estudio publicado (Mendoza, 2000), que utiliza un diseño de N= 1, que sugiere la eficacia del modelo para dejar de fumar. Además, una investigación preliminar (Martínez-Valero et al, en preparación) muestra que un tratamiento cognitivo-comportamental más hipnosis y medicación resulta más eficaz que el mismo tratamiento sin hipnosis, y que sólo medicación, en el tratamiento de la fibromialgia.

En general, la experiencia de los clínicos con la hipnosis despierta es positiva, observando un gran potencial como coadyuvante (Capafons y Mendoza, en prensa). A modo de ilustración, relatamos el caso de un paciente, cantante de lírica, cuyo propósito era incrementar la auto-confianza y la seguridad a la hora de enfrentarse a su público, dado que padecía dificultades físicas para estar a pleno rendimiento. Entre otros, se trabajaron pensamientos negativos referidos a ansiedad anticipatoria, y se le instruyó en la AHR. El paciente refería, gratamente sorprendido, que le resultaba de gran ayuda en el momento justo en el que estaba actuando. Ante el público, era capaz de poner en marcha la técnica en muy pocos segundos y administrarse las autosugerencias seleccionadas. Además, la persona comentaba que saber que podía utilizar la AHR en cualquier momento le generaba mucha seguridad. En el seguimiento, este paciente utilizaba la técnica para relacionarse con su madre con la que solía tener conflictos, para dormir tranquilamente la noche anterior a una gala, o para ensayar sus piezas de manera más eficaz, y no perder los

nervios. En definitiva, este paciente había aprendido una manera útil de auto-control. Esta experiencia concuerda con la de otros clínicos: la AHR fomenta la *generalización de respuestas*, por lo que muestra su valor como estrategia general de afrontamiento.

## CONCLUSIONES

En general, es muy difícil crear algo absolutamente nuevo. Ciertamente, “descubrir o redescubrir” es distinto a “inventar”. Quizás sea esa una de las aportaciones novedosas del Modelo de Valencia de Hipnosis Despierta: redescubrir la hipnosis despierta setenta años después de su nacimiento, pero dándole una óptica distinta, partiendo de los supuestos socio-cognitivo-comportamentales de la hipnosis (Sarbin y Coe, 1972; Kirsch y Lynn, 1998) y bajo el amparo de la investigación empírica. El modelo sugiere unas directrices a seguir, pero permitiendo, de manera flexible, adaptarse a las características de cada caso. Esta forma de abordar la hipnosis despierta, cuida mucho el lenguaje. No hay ninguna referencia a trance o estado alterado de conciencia, para evitar asustar o desencantar a los clientes. Además, enfatiza el auto-control y la perseverancia. Finalmente, trata de integrar distintas perspectivas sobre la intervención psicológica clínica, usando la hipnosis como argumento central, pero como técnica adjunta. Por lo tanto, este modelo considera la hipnosis despierta como una posible alternativa y complementaria al uso tradicional de la hipnosis, usando técnicas y prácticas sugestivas agradables, útiles, fáciles de aplicar y de difundir, y, en definitiva, eficientes. Sólo la investigación futura indicará si el Modelo de Valencia es, además, una forma clínica eficaz de usar la hipnosis como coadyuvante. De momento, la experiencia de los profesionales, siempre heurística, es afirmativa.

## REFERENCIAS

- Alarcón, A., Capafons, A., Bayot, A., & Cardaña, E. (1999). Preference between two methods of active-alert hypnosis: Not all techniques are created equal... *American Journal of Clinical Hypnosis*, 41, 269-276.
- Bányai, É. 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.
- Barber, T.X. (1985). Hypnosuggestive procedures as catalysts for psychotherapies. En S.J. Lynn & J.P. Garske (Eds.), *Contemporary psychotherapies: Models and methods* (333-375). Columbus, OH: Merrill. (Traducción, 1988, Bilbao: DDB).
- 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. *Psicothema*, 10, 571-581.
- Capafons, A. (1999). La hipnosis despierta setenta y cuatro años. *Anales de Psicología*, 15, 77-88.
- Capafons, A. (2001a). *Hipnosis*. Madrid: Síntesis.
- Capafons, A. (2001b). New methods of hypnosis. En T. McIntyre, Á. Costa, & C. Fernandes (Eds.), *Hipnose clínica: Uma abordagem científica* (pp. 121-135). Braga (Portugal): Bial.
- Capafons, A. (2004). Clinical applications of “waking” hypnosis from a cognitive-behavioural perspective: From efficacy to efficiency. *Contemporary Hypnosis*, 21, 187-201.
- Capafons, A., Alarcón, A. & Hemmings, M. (1999). A metaphor for hypnosis. *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 27, 158-172.
- Capafons, A., Cabañas, S., Alarcón, A., Espejo, B., Mendoza, M.E., Chaves, J.F., & Monje, A. (2005). Effects of different types of preparatory information on attitudes toward hypnosis. *Contemporary Hypnosis*, 22, 67-76.
- Capafons, A., & Mendoza, M.E. (en prensa). Clinical “waking” hypnosis from a cognitive-behavioral perspective. En Kirsch, I., Lynn, S.J. & Rhue J.W., *Handbook of clinical hypnosis*. (Second edition). Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Capafons, A., Selma, M.L., Cabañas, S., Espejo, B., Alarcón, A., Mendoza, M.E., & Natkin, Y. (en revisión). Effects of different types of preparatory information on attitudes toward hypnosis: the case of heterohypnosis.
- Cardaña, 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.
- Carpenter, W.B. (1852). On the influence of suggestion modifying and directing muscular movement, independently of volition. *Proceedings, Royal Institution of Great Britain*, 1, 147-153.
- Flammer, E., & Bongartz, W. (2003). On the efficacy of



- hypnosis. A meta-analytic study. *Contemporary Hypnosis*, 20, 179-197.
- 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.
- Green, J.P., & Lynn, S.J. (2000). Hypnosis and suggestion-based approaches to smoking cessation: An examination of the evidence. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 48, 195-224.
- Hilgard, E.R. (1965). *Hypnotic susceptibility*. Nueva York: Harcourt, Brace & World.
- Hutzell, R.R., & Lantz, J. (1994). Uses of hypnosis in logotherapy. *International Forum for logotherapy*, 17, 87-92.
- Iglesias, A., & Iglesias, A. (2005). Awake-alert hypnosis in the treatment of panic disorder: A case report. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 47, 249-258.
- Jonson, L.S., Dawson, S.L., Clark, J.L., & Sikorsky, C. (1983). Self-hypnosis versus hetero-hypnosis: Order effects and sex differences in behavioural and experiential impact. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 31, 139-154.
- Kirsch, I. (1985). Self-efficacy and expectancy: Old wine with new labels. *Journal of Personality and Social Psychology*, 49, 824-830.
- Kirsch, I. (1986). Early research on self-efficacy: What we already know without knowing we knew. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 4, 339-358.
- Kirsch, I. (1999). Hypnosis and placebos: Response expectancy as a mediator of suggestion effects. *Anales de Psicología*, 15, 99-110.
- Kirsch, I., & Lynn, S.J. (1998). Social-cognitive alternatives to dissociation theories of hypnotic involuntariness. *Review of General Psychology*, 2, 66-80.
- Korchin, S.J. (1976): *Modern clinical psychology: Principles of interventions in clinic and community*. Nueva York: Basic Books.
- Kroger, W.S., & Fezler, W.D. (1976). *Hypnosis and behavior modification: Imagery conditioning*. Philadelphia: Lippincot.
- Lynn, S.J., & Kirsch, I. (2005). Teorías de hipnosis. *Papeles del Psicólogo*, 25, 9-15.
- Lynn, S.J., Kirsch, I., & Rhue, J.W. (1996). Maximising treatment gains: Recommendations for the practice of clinical hypnosis. In S.J. Lynn, I. Kirsch & J.W. Rhue (Eds.), *Casebook of clinical hypnosis* (pp. 395-406). Washington, D.C.: American Psychological Association
- Lynn, S.J., Nash, M.R., Rhue, J.W., Frauman, D.C., & Sweeney, C. (1984). Nonvolition, expectancies, and hypnotic rapport. *Journal of Abnormal Psychology*, 93, 295-303.
- Ludwig, A.M., & Lyle, W.H. (1964). Tension induction and the hyperalert trance. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 69, 70-76.
- Martínez-Tendero, J., Capafons, A., Weber, V., & Cardeña, E. (2001). Rapid Self-Hypnosis: A new self-hypnosis method and its comparison with the Hypnosis Induction Profile. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 44, 3-11.
- Martínez-Valero, C., Castell, A., Capafons, A., Sala J., Espejo, B., & Cardeña, E. (en preparación). Preliminary study of a medical-psychological treatment for fibromialgia: the role of waking hypnosis.
- Mendoza, M.E. (2000). La hipnosis como adjunto en el tratamiento del hábito de fumar: Estudio de caso. *Psicothema*, 12, 330-338.
- Montgomery, G.H., & Schnur, J.B. (2005). Eficacia y aplicación de la hipnosis clínica. *Papeles del Psicólogo*, 89, 3-8.
- Porush, D. (1987). What Homer can teach technical writers: The mnemonic value of poetic devices. *Journal of Technical Writing and Communication*, 17, 129-143.
- Reig, I., Capafons, A., Bayot, A., & Bustillo, A. (2001). Suggestion and degree of pleasantness of rapid self-hypnosis and its abbreviated variant. *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 29, 152-164.
- Sarbin, T. R., & Coe, W.C. (1972). *Hypnosis: A social psychological analysis of influence communication*. Nueva York: Holt, Rinehart & Winston.
- Schoenberger, N.E. (2000). Research on hypnosis as an adjunct to cognitive-behavioral psychotherapy. *International Journal of Experimental and Clinical Hypnosis*, 48, 154-169.
- Spanos, N.P., & Coe, W.C. (1992). A social-psychological approach to hypnosis. In E. Fromm & M.R. Nash (Eds.), *Contemporary hypnosis research* (pp. 102-130). Nueva York: Guilford Press.
- Spiegel, H., & Spiegel, D. (1978). *Trance and treatment: Clinical uses of hypnosis*. Nueva York: Basic Books.
- Wells, W. (1924). Experiments in waking hypnosis for instructional purposes. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 18, 389-404.