

UNIVERSITAT DE VALÈNCIA

FACULTAT DE PSICOLOGIA

DEPARTAMENT DE PERSONALITAT, AVALUACIÓ I TRACTAMENTS
PSICOLÒGICS

Estudios de doctorado: 642 - 295 - D Psicología de la personalidad,
intervención en áreas clínicas y sociales.

NUEVOS ANÁLISIS FACTORIALES CONFIRMATORIOS DE LA ESCALA DE VALENCIA DE ACTITUDES Y CREENCIAS HACIA LA HIPNOSIS VERSIÓN CLIENTE



TESIS DOCTORAL PRESENTADA POR:

M^a LUISA SELMA MARTÍN

DIRIGIDA POR:

DR. ANTONIO CAPAFONS BONET

DRA. BEGOÑA ESPEJO TORT

VALENCIA, 2015

AGRADECIMIENTOS

En este apartado quiero expresar mi más sincero agradecimiento a todas aquellas personas que han colaborado de manera directa o indirecta en el desarrollo de esta investigación, y sin cuyo apoyo y ayuda la realización de esta tesis no hubiera sido posible.

Debo incluir en mi agradecimiento a los profesores: Dra. Ana Alarcón (Universitat Jaume I), Dr. Francisco Aliaga (Universitat de València), Dr. Juan Capafons (Universidad de La Laguna), Dra. Amelia Díaz (Universitat de València), Dr. Guillem Feixas (Universitat de Barcelona), Inmaculada Fuentes (Universitat de València), Dra. Ángeles Jareño (Universitat de València), Dr. Juan Lamas (Universidad de A Coruña), Dr. Jordi Miró (Universitat Rovira i Virgili), Dr. Francesc La Roca (Universitat de València) y Dra. Sonia Sanabria (Universitat d'Alacant), junto a sus colaboradores y, por supuesto, a las personas que cumplimentaron la escala de forma desinteresada.

También a los compañeros de la Unidad de Investigación "Interacción Psicológica" de la Universitat de València por su ayuda.

Asimismo quiero dejar constancia de la deuda de gratitud que he contraído con el Dr. Jesús Suárez (Universitat de València) por su generosidad y valiosa ayuda en la parte metodológica de este estudio, pues sin él esta tesis no hubiera sido la misma.

Agradezco mi tutor y director, el Dr. Antonio Capafons Bonet, por su paciencia, comprensión y apoyo a lo largo de tantos años. Su valía personal es incluso superior a sus elevados logros profesionales.

A todos aquellos que me han alentado y animado a seguir adelante y a llevar a cabo esta tesis pese a la distancia, el trabajo y las “cargas” familiares.

Agradezco a toda mi familia y amigos su apoyo incondicional.

A Yuri, por su capacidad de no perder la sonrisa y ejemplo de lucha, mis tíos y primos, y a M^a Eli, que siempre ha estado ahí.

A mis hermanos y también a sus parejas, que, pese a la “dispersión geográfica”, siempre han creído en mí y han estado cerca y a mi padre, quien siempre me ha alentado a acabar las cosas que se empiezan.

A mi madre, porque su amor y su entrega siguen vivos en mí y me dan fuerzas.

A mi marido, su amor, confianza y esfuerzo.

Y a mis hijos, que son el motor de mi vida, el principio y el fin.

ÍNDICE

1. OBJETIVOS	11
2. INTRODUCCIÓN	17
2.1. HIPNOSIS	19
2.1.1. Razones de estudiar la hipnosis	19
2.1.2. Definiciones de Hipnosis.....	20
2.2. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA DE LA HIPNOSIS	27
2.3. USOS DE LA HIPNOSIS CLÍNICA	35
2.3.1. Medicina.....	35
2.3.2. Odontología.....	45
2.3.3. Infancia.....	48
2.3.4. Dolor.....	55
2.3.5. Tratamientos cognitivo-comportamentales.....	60
2.4. ACTITUDES	67
2.4.1. Razones de estudiar las actitudes.....	67
2.4.2. Definiciones, componentes y tipos.....	68
2.4.3. Funciones.....	75
2.4.4. Medida.....	90
2.4.5. Cambio de actitudes.....	97

2.5. RELACIÓN ENTRE HIPNOSIS Y ACTITUDES, EXPECTATIVAS Y CREENCIAS.....	105
2.6. RIESGOS DE LA HIPNOSIS.....	108
2.7. TENDENCIAS DE LA INVESTIGACIÓN SOBRE LAS CREENCIAS Y LAS ACTITUDES HACIA LA HIPNOSIS.....	117
2.7.1. Público en general.....	117
2.7.2. Estudiantes.....	119
2.7.3. Psicología Forense.....	122
2.7.4. Profesionales de la salud.....	123
2.7.5. Cambio de actitudes.....	128
2.7.6. Fuentes de información.....	134
2.7.7. Relación con otros constructos.....	137
2.8. CREENCIAS Y ACTITUDES HACIA LA HIPNOSIS: INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN.....	138
2.9. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.....	144
2.10. HIPÓTESIS.....	146
3. METODOLOGÍA.....	149
3.1. PARTICIPANTES.....	151
3.2. INSTRUMENTO UTILIZADO.....	152
3.3. PROCEDIMIENTO.....	156
3.4. ANÁLISIS ESTADÍSTICOS.....	157

4. RESULTADOS	159
4.1. ANÁLISIS DESCRIPTIVOS	161
4.2. FACTORIAL CONFIRMATORIO	162
4.3. FIABILIDAD	164
4.4. ANÁLISIS DE CREENCIAS	165
4.4.1. Miedo.....	166
4.4.2. Memoria.....	166
4.4.3. Ayuda.....	167
4.4.4. Control.....	167
4.4.5. Colaboración.....	168
4.4.6 Interés.....	168
4.4.7. Mágica.....	169
4.4.8. Marginal.....	169
4.5. DETERMINACIÓN DE LA INFLUENCIA DE LAS PRINCIPALES VARIABLES PERSONALES Y CONTEXTUALES RESPECTO A LA HIPNOSIS Y SÍNTESIS DEL ESPACIO DIMENSIONAL EN LA SITUACIÓN PRETEST	171
4.5.1. Diferencias en dimensiones test y re-test en función del sexo.....	172
4.5.2. Diferencias en dimensiones test y re-test en función del curso.....	173

4.5.3. Diferencias en dimensiones test y re-test respecto a si se ha recibido información sobre la hipnosis y a partir de qué fuentes.....	177
4.5.4. Espacio dimensional reducido de las dimensiones en el pre-test y su relación con las principales variables personales y contextuales.....	180
5. CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN.....	187
6. REFERENCIAS.....	197
7. TABLAS.....	247
8. ANEXOS.....	277

1. OBJETIVOS

Los objetivos de este estudio, que se justificarán y explicarán detalladamente en el marco teórico, se presentan a continuación, con el fin de guiar la lectura de la introducción de este trabajo:

1. Analizar la estructura factorial de la Escala de Valencia de Actitudes y Creencias hacia la Hipnosis Versión Cliente Revisada (EVACH-C) con metodología confirmatoria, partiendo de los análisis exploratorios y confirmatorios con muestras de diferentes países (Capafons, Mendoza et al., 2008; Carvalho et al., 2007; Green, Houts, y Capafons, 2012).
2. Establecer la fiabilidad test re-test (estabilidad temporal) desde esta perspectiva factorial, y confirmar la alta consistencia interna obtenida con metodología exploratoria y confirmatoria (de versiones previas de la escala en este último caso) en anteriores investigaciones.
3. Analizar las creencias que tienen los estudiantes universitarios españoles sobre la hipnosis clínica.
4. Replicar los resultados de estudios anteriores sobre la influencia de haber sido hipnotizado y tener conocimientos y experiencia sobre hipnosis en los resultados obtenidos en la anterior versión de la EVACH-C (Capafons, Cabañas, Espejo, y Cardeña, 2004; Capafons, Mendoza et al., 2008) y comprobar algunas hipótesis nuevas referidas a la influencia de distintas variables personales y contextuales (sexo y cursos).

Por otro lado, existen siete grandes razones para evaluar las actitudes y las creencias hacia la hipnosis, y que justifican el objetivo de este estudio:

1. Las actitudes positivas hacia la hipnosis al inicio del tratamiento predicen mejor el cambio terapéutico que el nivel de sugestionabilidad hipnótica (Schoenberger, Kirsch, Gearan, Montgomery, y Pastyrnak, 1997), que no suele predecir bien el resultado terapéutico cuando se usan procedimientos hipnóticos, particularmente en el campo del dolor

- (Jensen, 2011).
2. Su capacidad para promover y modular respuestas hipnóticas (Green, 2012).
 3. Su implicación en el establecimiento del *rapport* y la relación terapéutica, especialmente en el caso de intervenciones clínicas (Capafons, 2012; Hawkins y Bartsch, 2000; Spanos, Brett, Menary, y Cross, 1987). Unas actitudes positivas y adecuadas basadas en información correcta que se asocien a unas expectativas razonables sobre lo esperable del uso de la hipnosis, redundarán en una disminución de los miedos y de las expectativas exageradas de lo que se puede esperar de una intervención con hipnosis, favoreciendo la activación de las respuestas a las sugerencias hipnóticas y la adhesión a la intervención (Capafons, 2012; Hawkins y Bartsch, 2000; Spanos et al., 1987)
 4. Detectar, para poder eliminar, las creencias inadecuadas sobre la hipnosis, tanto del terapeuta como del paciente, premisa imprescindible para lograr una intervención eficaz y segura de la hipnosis. Con ello se podrá evitar generar iatrogenia en el uso de la hipnosis, particularmente en el ámbito clínico, como por ejemplo, la creación de falsos recuerdos, o el usar la hipnosis como única intervención en dolencias y problemas médicos o psicológicos (Capafons, 2012; Capafons y Mazzoni, 2005).
 5. La erradicación de ideas como que la hipnosis en sí misma es una terapia potente y que no exige esfuerzo al usuario (Capafons, 2012).
 6. La ausencia de otros instrumentos, con buenas propiedades psicométricas, en castellano que evalúen estas variables. Los cuestionarios existentes son fundamentalmente anglosajones (Eimer y

Freeman, 1998; Keller, 1996; McConkey, 1986; Spanos et al., 1987; Wilson, Greene, y Loftus, 1986), a excepción del Cuestionario de Creencias Hipnóticas de Cangas y Rojas (1999), un instrumento que, a pesar de sus índices de fiabilidad y validez, presenta algunas limitaciones metodológicas (Capafons, Alarcón, Cabañas, y Espejo, 2003).

7. Los buenos resultados en los análisis exploratorios y confirmatorios de las Escalas de Creencias y Actitudes hacia la Hipnosis Cliente y Terapeuta (Capafons et al., 2003; Capafons et al., 2004; Capafons, Espejo, y Mendoza, 2008). Estas escalas están suscitando interés en otros países, y como resultado ya se ha adaptado la escala en su versión cliente en Estados Unidos (Green et al., 2012) y se ha iniciado su adaptación en Portugal (Carvalho et al., 2007). Es ambos casos se han encontrado resultados factoriales, tanto confirmatorios (EEUU), como exploratorios (Portugal, Rumania, Cuba, etc.) similares a los encontrados en España (Capafons, Mendoza et al., 2008; Carvalho et al., 2007), que, a su vez, son similares a los encontrados con la versión de la escala para Terapeutas (Capafons, Morales, Espejo, y Cabañas, 2006; Capafons, Espejo et al., 2008).

2. INTRODUCCIÓN

2.1. HIPNOSIS

2.1.1. RAZONES DE ESTUDIAR LA HIPNOSIS

La hipnosis ha demostrado su utilidad como coadyuvante de otros procedimientos terapéuticos en el tratamiento de numerosas condiciones médicas y psicológicas, tanto en adultos como en niños, y particularmente para el tratamiento del dolor, tanto agudo, como crónico (Bragado, 2009; Crawford, Knebel, Vendemia, Horton, y Lamas, 1999; González-María, Fuentelsaz-Gallego, Moreno-Casbas, Gil-Rubio, P., y Herreros-López, 2013; Mendoza y Capafons, 2009; Orgilés, Méndez, y Espada, 2009; Palanca Sánchez et al., 2011; Truyols-Taberner, Pérez-Pareja, Palmer-Pol, y Sesé-Abad, 2008).

Dado que ha demostrado su valía como coadyuvante de otras técnicas terapéuticas, antes de iniciar una intervención clínica que use los procedimientos hipnóticos como coadyuvantes es muy importante que se planteen dos objetivos prioritarios: en primer lugar, evaluar las creencias y actitudes que tengan los usuarios hacia la hipnosis, y, en segundo lugar, ofrecer información científica dirigida a eliminar los posibles prejuicios y concepciones erróneas (Capafons, 2012; Capafons, Mendoza et al., 2008; Spanos et al., 1987). Por lo tanto, hay que conocer las creencias y actitudes de los clientes para saber si estas creencias son erróneas o basadas en mitos sobre la hipnosis, ya que, tal y como desarrollaremos más adelante, la erradicación de sus posibles mitos (Capafons, 2001; Spanos et al., 1987) y proporcionar al paciente información correcta fomentará, en general, actitudes más positivas hacia la hipnosis y expectativas más realistas (Hawkins y Bartsch, 2000; Schoenberger et al., 1997). Ello que redundará en una disminución de sus miedos, la reducción de posible iatrogenia y

favorecerá la activación de las respuestas hipnóticas (Echterling y Whalen, 1995).

Por otro lado, y no menos importante, la hipnosis es un campo de estudio en sí misma que cuenta con una gran cantidad de investigación, tanto teórica como experimental en áreas como la percepción, memoria, conciencia, ciencias forenses, psicopatología, etc. Y cuyos resultados ha aportado riqueza científica a la propia Psicología Experimental (Kihlstrom, 2011).

2.1.2. DEFINICIONES DE HIPNOSIS

La Hipnosis, como procedimiento terapéutico psicológico, puede ser considerada como una de los más antiguos que se conocen en occidente para provocar cambios en los procesos cognitivos, psicofisiológicos, perceptuales y conductuales (Edmonston, 1986).

El estudio de la Hipnosis ha ido dando lugar a distintos paradigmas desde los que se ha originado una gran cantidad de definiciones, cada una de ellas con sus propias particularidades y connotaciones, tanto teóricas como experimentales y clínicas. Algunas de las más destacadas son las que han ofrecido, entre otros, Hilgard (1965), Spanos y Barber (1976), Spiegel y Spiegel (1987) y Kihlstrom (1998).

Hilgard (1965) prefiere hablar de estado hipnótico más que de hipnosis, y plantea que dicho estado se caracterizaría por:

1. Hundimiento de la función de planificación.
2. Redistribución de la atención.
3. Disponibilidad de los recuerdos visuales del pasado, e incremento en la habilidad para la producción de la fantasía.
4. Reducción en la comprobación de la realidad y tolerancia a unapersistente distorsión de la misma.

5. Incremento de la sugestionabilidad.
6. Conducta de rol de hipnotizado.
7. Amnesia de lo que ocurrió en los estados hipnóticos.

Por su parte, Spanos y Barber (1976) hablan de situación hipnótica, asumiendo que la persona se encuentra hipnotizada cuando recibe un método de inducción hipnótico, y muestra las siguientes características:

1. Presenta un incremento de sus respuestas a sugerencias de catalepsia, analgesia, etc.
2. Da un informe subjetivo sobre experiencias de fenómenos poco habituales (pensamiento ilógico, distorsiones perceptivas, etc.)
3. Tiene una apariencia hipnótica (aletargamiento, mirada fija, etc.).
4. Proporciona un informe subjetivo de haber sido hipnotizado.

Spiegel y Spiegel (1987) conciben la hipnosis como un estado psicofisiológico atencional y receptivo de concentración focalizada, con una disminución correspondiente en la conciencia periférica. Además, consideran que la capacidad para este estado varía en función de las personas, y que es relativamente estable a través del ciclo de la vida adulta. Esta capacidad puede estar genéticamente determinada, aunque quizá, según estos autores, pueda ser aprendida en los inicios de la vida. El estado hipnótico puede ser activado e invocado a través de tres formas: espontáneamente; como respuesta a una señal de otra persona (hipnosis formal), y como respuesta a una señal auto-inducida (auto-hipnosis).

Finalmente, Kihlstrom (1998) define la hipnosis como una interacción social en la que una persona responde a las sugerencias dadas por otra persona, el hipnotizador, generando cambios en la percepción, la memoria y el control voluntario de las acciones, a través de experiencias imaginativas.

Esta falta de acuerdo entre las concepciones de los distintos autores, que reflejan posturas teóricas muy distintas, así como su complejidad, planteó la necesidad de contar con una definición de consenso que no fuera inconsistente con ninguna de las teorías más relevantes y los datos experimentales disponibles.

Así, la División 30 (*Society of Psychological Hypnosis*) de la *American Psychological Association* (APA) propuso en 1993 una primera definición consensuada que fue aceptada por las principales asociaciones de hipnosis. Según esta primera definición de la APA (1993), la hipnosis es un procedimiento en el que un especialista sugiere a una persona que experimente cambios en sus sensaciones, percepciones, pensamientos o conductas. También añadía que, para establecer el contexto hipnótico, se suele emplear un método o procedimiento de inducción que, pese a poder adoptar muchas formas, con frecuencia suele incluir sugerencias de calma, bienestar y relajación, así como instrucciones de pensar o imaginar cosas agradables. Respecto a las reacciones que experimenta la persona hipnotizada, la APA resaltaba la gran variabilidad que se da entre ellas, encontrando individuos que van a describir su experiencia como un estado alterado de conciencia, o como un estado normal de atención focalizada donde se experimenta calma y bienestar. En lo que parecen coincidir la mayoría de las personas es en informar que la experiencia con la hipnosis resulta agradable.

Del mismo modo, esta definición también destacó la existencia de la variabilidad en el grado en que se responde a las sugerencias hipnóticas.

Por otro lado, en esta definición se enfatiza la conceptualización de la hipnosis, no como una terapia, sino como un procedimiento que se añade a las terapias médicas y/o psicológicas para incrementar su eficacia y eficiencia. Por lo tanto, su aplicación sólo debe hacerse por parte de profesionales de la

Psicología y la Medicina que, además de su formación como profesionales, hayan recibido entrenamiento específico en el uso de la hipnosis. Además, debe tenerse precaución en su empleo puesto que, pese a sus múltiples aplicaciones, tanto en Psicología como en Medicina, no todos los clientes van a beneficiarse de su uso, del mismo modo que tampoco todos los problemas van a poder ser tratados con este conjunto de procedimientos. Por último, en esta definición, la APA comentaba las múltiples vertientes de la hipnosis en investigación, con el objetivo de incrementar el conocimiento de este campo de estudio, así como sobre sus aplicaciones, o sobre el impacto que pueda tener sobre la memoria, percepción, fisiología, etc., Es decir, destacaba la vertiente de la hipnosis como campo de estudio experimental y científico.

En resumen, la hipnosis queda definida como un conjunto de procedimientos y técnicas que se rotulan como hipnóticos, que se utilizan como un coadyuvante o adjunto a otras formas de intervención, y también como un campo de estudio científico.

En el 2004 la APA publicó una nueva definición de la hipnosis con nuevos matices basados en los resultados de las investigaciones realizadas en ese tiempo. Esta definición reza de la siguiente manera: *“Habitualmente, la hipnosis conlleva una introducción al procedimiento durante la cual se dice a una persona que se le presentarán sugerencias de experiencias imaginativas. La inducción hipnótica es una sugestión inicial ampliada para usar la propia imaginación, y que puede incluir mayores detalles de la introducción. Se usa un procedimiento hipnótico para fomentar y evaluar respuestas a las sugerencias. Al usar la hipnosis, una persona (la persona) es guiado por otra (el hipnotizador) para que responda a las sugerencias de cambios en la experiencia subjetiva, alteraciones en la percepción, sensación, emoción, pensamiento o conducta. Las personas pueden aprender también auto-hipnosis, que es el acto de*

administrarse procedimientos hipnóticos a uno mismo. Si la persona responde a las sugerencias hipnóticas, generalmente se infiere que se ha inducido una hipnosis. Muchos creen que las respuestas y experiencias hipnóticas son características de un estado hipnótico. Y, aunque algunos piensan que no hace falta usar la palabra "hipnosis" como una parte de la inducción hipnótica, otros lo ven esencial. Los detalles de los procedimientos y sugerencias hipnóticas diferirán según los objetivos de quien la practique, y de los propósitos de la tarea clínica o de investigación que se intenta realizar. Tradicionalmente, los procedimientos han incluido sugerencias para relajarse, aunque la relajación no es una parte necesaria para la hipnosis, pudiéndose usar una amplia variedad de sugerencias, incluidas las de alerta. Tanto en ámbitos clínicos como de investigación se pueden usar sugerencias que permiten evaluar el alcance de la hipnosis comparando las respuestas con escalas estandarizadas. Si bien la mayoría de los participantes pueden responder, al menos, a algunas sugerencias, las puntuaciones de las escalas suelen abarcar un rango que oscila desde lo elevado a lo insignificante. Tradicionalmente, las puntuaciones se han agrupado en las categorías de bajas, medias y altas. Tal como ocurre con otras medidas de constructos psicológicos escaladas positivamente, como la atención y el apercibimiento, la claridad de la evidencia de haber logrado la hipnosis se incrementa con la puntuación del individuo" (APA, 2004; Capafons, traducción; comunicación personal, 19 de mayo, 2004).

Contrariamente a lo que cabría esperar, esta definición se muestra más ambigua que la anterior, y omite, además, detalles tan importantes como la conceptualización de la hipnosis como un coadyuvante, y no como una terapia, o la recomendación de su uso por parte de determinados profesionales con una formación específica, entre otros. Pese a ello, incluye ciertas novedades de notoria relevancia, como hacer constar la existencia de los métodos de auto-

hipnosis, o poner de relieve los procedimientos alerta.

También desde la Sociedad Británica de Psicología (2001/2002) se ha propuesto una definición consensuada a destacar. Según se recoge en el informe emitido por esta sociedad, el término hipnosis denotaría una interacción que se da entre una persona, el “hipnotizador”, y otra u otras, el “sujeto” o “sujetos”, en la que el primero intentaría influir sobre la percepción, sentimientos, pensamientos y conductas del segundo, sugiriéndole, para ello, que se concentre en las ideas e imágenes que puedan evocar los efectos que se pretenden conseguir. Las sugerencias serían las comunicaciones verbales empleadas por el hipnotizador para alcanzar dichos efectos. En esta definición se pone también de relieve la existencia de los métodos de auto-hipnosis, entendidos como el modo en que las personas ponen en práctica los procedimientos hipnóticos por sí mismas.

Así pues, nos encontramos con posiciones muy dispares a la hora de definir la hipnosis: se destaca, principalmente, el uso de términos como “estado hipnótico” (Hilgard, 1965; Spiegel y Spiegel, 1987), frente al de “situación hipnótica” (Spanos y Barber, 1976) o “interacción social” (Kilhstrom, 1998), como los aspectos más divergentes a partir de los cuales se pueden perfilar las aproximaciones con mayor influencia en el campo de la hipnosis. Estas definiciones, ponen de manifiesto el eterno debate entre las teorías del estado y las socio-cognitivas, cuyos principales supuestos serán expuestos más adelante. Las definiciones de la APA (1993; 2004) evitan, no obstante, cualquier alusión que permita posicionarlas en un acercamiento teórico u otro, favoreciendo, por tanto, el consenso entre las múltiples teorías. Esencialmente, la APA destaca que la hipnosis, más que un estado, es una interacción, una técnica coadyuvante o un campo de estudio. Finalmente, la Sociedad Británica de Psicología (2001/2002), es más afín a la primera propuesta de la APA (1993), aunque, a diferencia de ésta, resalta un aspecto que resulta esencial en el campo

de la hipnosis, los métodos de auto-hipnosis, cuyo reconocimiento sí recoge la definición del 2004 (APA, 2004).

No obstante, Incluso estas definiciones no están exentas de dificultades, y están siendo sometidas nuevamente a un proceso de re conceptualización y revisión paradigmática (Kirsch et al., 2011).

Nuestra opinión se acerca a la de los planteamientos socio-cognitivos o cognitivo-comportamentales. De esta manera, entenderíamos la hipnosis como un contexto o ceremonia que viene determinado por el acuerdo, implícito o explícito, de rotular a una situación como hipnosis, entre la persona que va a aplicar o va a enseñar las técnicas de hipnosis o auto-hipnosis, y la persona que va a ser hipnotizada. Este rótulo, junto con la tradición social, el lenguaje y las comunicaciones del hipnotizador (retórica y sugerencias), van a activar una serie de procesos hipnóticos (atribuciones, rol, expectativas, compromisos, resolución de conflictos, etc.) que determinarán, en la persona hipnotizada, la experiencia de las sugerencias hipnóticas, que suelen implicar cambios en sus sistemas cognitivos, sensoriales, perceptivos, etc. Estos cambios, cuya puesta en marcha y finalización van a estar sujetas a la voluntad de la persona, van a depender de sus propios recursos, y serán experimentados, no obstante, como automáticos por lo que el esfuerzo percibido por la persona hipnotizada será menor.

2.2. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA DE LA HIPNOSIS

La hipnosis ha generado gran cantidad de investigación, especialmente en las últimas décadas. A pesar del consenso generado por la segunda definición de la APA (2004), han habido y siguen habiendo muchos debates y controversias, especialmente, por tres cuestiones esenciales: 1) la existencia o no de un estado alterado de conciencia o trance; 2) la modificación de la sugestionabilidad hipnótica; y, 3) la automaticidad e involuntariedad de las respuestas hipnóticas (Lynn y Rhue, 1991b). Es importante revisar algunos de los resultados de investigación sobre estos temas, pues de ellos depende el que se considere mito o creencia sobrevalorada o errónea algunas de las creencias y afirmaciones sobre la hipnosis, que son la base de la constelación de elementos que debe recoger la escala que presentamos.

Durante más de un siglo, la hipnosis se había definido como un estado especial diferente del estar consciente y despierto (*American Psychological Association, Division of Psychological Hypnosis*, 1985; James, 1890). Sin embargo, la cuestión de si la hipnosis es un estado alterado de conciencia se convirtió en un tema de gran controversia (Sheehan y Perry, 1976). Como consecuencia, durante las décadas de 1960 y 1970 se establecieron dos campos teóricos opuestos conocidos como teorías del estado y del no-estado. En los años ochenta esta división permaneció, pero las etiquetas cambiaron de estado a proceso especial y de no-estado a social-psicológico. Sin embargo, las teorías de hipnosis cambiaron considerablemente (Hilgard, 1986; Spanos, 1991), y se propusieron nuevas teorías de hipnosis (Lynn y Rhue, 1991a). Como resultado, en lugar de dos campos de estudio, se propuso un continuo de diferentes posturas sobre el estado alterado y una complicada topografía de

cuestiones a resolver (Kirsch y Lynn, 1995). En uno de los extremos de este continuo están los estudiosos que defienden el concepto de estado hipnótico en su forma más contundente, como una condición que es fundamentalmente distinta de la condición normal de conciencia en vigilia y de otros estados alterados, como el sueño despierto y la relajación. En este grupo se incluyen la mayoría de los seguidores de Erickson y otros teóricos psicoanalíticos contemporáneos. Según Erickson (1941/1980), el literalismo (por ejemplo: contestar “no” como única respuesta a la pregunta ¿le importaría decirme su nombre?) y la catalepsia y la amnesia espontáneas (por ejemplo, no sugeridas) son marcadores conductuales del estado de trance hipnótico. Los teóricos psicoanalíticos consideran como características definitorias del estado de trance la mayor facilidad en acceder al inconsciente, el cambio hacia el proceso primario de pensamiento y unas mayores receptividad y regresión del ego (Fromm, 1992; Nash, 1991). Además, se añadió a las teorías del estado no ambiguas la teoría del control disociado, en la cual las respuestas a las sugerencias son debidas a un estado que es funcionalmente equivalente al producido por ciertas lesiones del lóbulo frontal (Woody y Bowers, 1994).

Desde estas teorías, además, se defiende que la sugestionabilidad hipnótica, entendida en la mayoría de los casos como una capacidad preexistente en el individuo para disociarse (Bowers, 1976; Hilgard, 1977, 1979), podría considerarse un rasgo estable, similar a los rasgos de personalidad (Bertrand, 1989). Variables de corte socio-psicológico, como las actitudes o las expectativas, son también consideradas por estos autores como determinantes de las puntuaciones que se obtienen en las escalas de sugestionabilidad hipnótica, si bien, su influencia dependería de la habilidad básica para experimentar la disociación (Bowers, 1976; Kihlstrom, 1985; Perry, 1977). Esta habilidad

disociativa se incrementa poco o nada cuando la persona recibe algún tipo de entrenamiento para mejorar su sugestionabilidad hipnótica, aunque el entrenamiento sí favorece los efectos de las variables socio-psicológicas ya comentadas. No obstante, al ser efectos “menores”, se asumía que no van a obtenerse ganancias sustanciales en los niveles de sugestionabilidad (Bertrand, 1989).

La cuestión de la automaticidad y voluntariedad de las respuestas, como se ha visto, se explica en base a la disociación, y más concretamente, en base a la decisión voluntaria de la persona de disociarse, lo que permite experimentar las respuestas de forma automática e involuntaria, y percibir que en esas respuestas se emplean menos recursos por la aparente carencia de esfuerzo (Capafons, 2001). No obstante, las teorías disociativas no son homogéneas. Para Hilgard se daría más una *experiencia* disociada y para Bowers (1992) una disociación no patológica pero real, aunque voluntaria.

En dirección hacia el otro extremo del continuo están, por un lado, los teóricos que utilizan el término “estado” para describir fenómenos hipnóticos, pero niegan que explique o cause esos fenómenos (Hilgard 1969, Kihlstrom, 1985); también aquellos que se consideran fieles al constructo del estado pero que lo ignoran en sus teorías de la respuesta hipnótica (McConkey, 1991; Sheehan, 1991); y, por último los que explícitamente rechazan el constructo del estado hipnótico por considerarlo como algo impreciso y engañoso (Coe y Sarbin, 1991; Dixon y Laurence, 1992; Kirsch, 1991; Kirsch y Council, 1989; Lynn y Rhue, 1991b; Nadon, Laurence, y Perry, 1991; Spanos, 1986,1991), proponiendo las teorías de expectativa de respuesta, dramatúrgica, integradores, etc. Sorprendentemente este último grupo incluye a algunos de los clínicos ericksonianos más prominentes (Zeig y Rennick, 1991), quienes mantienen que el

concepto de trance tiene poco valor explicativo y proclaman que sólo desvía la atención de la consideración de la hipnosis como un proceso interpersonal (Kirsch y Lynn, 1995).

La teoría del Set de Respuesta (Kirsch y Lynn, 1997, 1998, 1999; Lynn, 1997) se centra en la observación de que gran parte de la actividad humana parece no estar prevista y ser automática. Esta teoría plantea la propuesta de que todas las acciones, rutinarias o nuevas, planificadas o no, hipnóticas o de cualquier otro tipo, se inician, cuando se activan, de forma automática, más que por una intención consciente. Las acciones están preparadas para la activación automática por los sets de respuestas que incluyen esquemas (ejemplo: estructuras de conocimiento), o guiones de conductas, planes, intenciones y expectativas. Las expectativas y las intenciones son estados temporales de disposición a responder de una forma particular a un estímulo particular (ejemplo: sugerencias hipnóticas) bajo condiciones particulares. Difieren sólo en la atribución que el participante hace sobre el carácter volitivo del acto anticipado (Kirsch, 1985, 1990; Lynn y Kirsch, 2004)

Estas últimas posturas, por tanto, defienden la continuidad entre los comportamientos hipnóticos y los no hipnóticos, basando sus argumentaciones teóricas en los aspectos sociales y situacionales del contexto hipnótico, junto con las actitudes, la imaginación, las atribuciones, las expectativas y las creencias sobre la hipnosis que tiene la persona (Capafons, 2001; Lynn y Rhue, 1991a). En este sentido, la sugestionabilidad hipnótica se considera como un conjunto de habilidades cognitivas que son susceptibles de modificarse sustancialmente (Lynn y Rhue, 1991a).

Desde las aproximaciones socio-cognitivas, la persona, además de mantener el control sobre sus conductas en todo momento, estaría continuamente esforzándose de un modo activo para experimentar las sugerencias hipnóticas y

para adaptar sus respuestas a los cambios contextuales y demandas relacionadas con el rol (Sarbin, 1993, 1999). En este sentido, los informes de involuntariedad asociados a dichas sugerencias y la experiencia de los fenómenos hipnóticos (como la amnesia post-hipnótica), serían reflejo del uso que la persona hace de las estrategias cognitivas (incluyendo la imaginación, la fantasía, la atención y la distracción) y su esfuerzo por crear esas experiencias subjetivas.

Entre las dos posiciones extremas de la cuestión del estado, hay diversas posturas que incluyen distintos conceptos de trance. En algunos casos, no se considera un estado alterado único de la hipnosis (Cheek y Lecron, 1968; Walters y Havens, 1993). Algunos teóricos caracterizan la hipnosis como un conjunto de fenómenos que experimenta todo el mundo en la vida cotidiana. Otros consideran que estos fenómenos llevan a experimentar la hipnosis, pero son diferentes de la misma (Kirsch y Lynn, 1995). El problema de estas definiciones de trance es que son demasiado inclusivas, vagas e imprecisas para ser sometidas a un estudio empírico. Y sin los medios necesarios para determinar si una persona está en trance, es imposible probar hipótesis sobre los efectos del mismo (Kirsch y Lynn, 1995).

Así la comunidad de la hipnosis ya no está dividida en dos campos opuestos. Aunque algunos teóricos aún aprueban el concepto de trance como un mecanismo explicativo (Kirsch, 1993), las posturas tomadas por la mayoría de los investigadores en lo que solían ser los dos campos, desde hace tiempo son similares (Hilgard, 1987; Kihlstrom, 1985; Kirsch, 1992; Perry, 1992), si bien se observa algún resurgir de posturas radicales del trance apelando los resultados obtenidos con procedimientos ligados a la neuroimagen. No obstante, lo único que está comprobando es que el cerebro actúa en función de las sugerencias e instrucciones que recibe (tareas experimentales), y no se obtienen

indicadores algunos de supuesto estado hipnótico (Oakley y Halligan, 2010).

Hay dos grupos de datos que han llevado a una convergencia de opinión en el asunto del estado en la mayoría de los investigadores (Kirsch y Lynn, 1995). El primero se refiere al modesto efecto de la inducción hipnótica en la sugestionabilidad.

La mayoría de las personas son casi tan sensibles a las llamadas “sugestiones despiertas”, como lo son a las mismas sugerencias dadas en un contexto hipnótico (Hilgard, 1965). Por tanto, los investigadores han establecido que la respuesta a la hipnosis depende más de las habilidades, creencias e interpretaciones de la persona hipnotizada, que del uso de una inducción hipnótica (Hilgard, 1965; Kirsch, 1990; Spanos, 1991). La inducción hipnótica incrementa la sugestionabilidad, pero para la mayoría de las personas el incremento es pequeño. Además, se pueden producir incrementos similares en la respuesta con procedimientos no hipnóticos, como las instrucciones motivacionales hacia la tarea (Barber, 1969).

El segundo grupo de datos, es el fracaso en encontrar indicadores fiables del estado alterado hipnótico. Los marcadores conductuales hipotetizados por Erickson (literalismo, catalepsia y amnesia) o bien no han podido distinguir a los participantes hipnotizados de los no hipnotizados (Green, Lynn, Weekes, Carlson, Brentar, Latham, y Kurtzhals, 1990) o bien se ha demostrado que son producto de las percepciones que tienen los participantes del rol hipnótico (Orne, 1959; Young y Cooper, 1972). Asimismo, como se ha indicado, no se han encontrado indicadores fisiológicos, comportamentales o auto-informados de un trance hipnótico (Dixon y Laurence, 1992; Kirsch, Mobayed, Council, y Kenny, 1992; Oakley y Halligan, 2010).

Según Lamas (2007) y Capafons, Lamas, y Lopes-Pires (2008) de acuerdo

con la investigación neurofisiológica actual, va a ser muy difícil encontrar un patrón fisiológico distintivo y único para la hipnosis. En primer lugar, porque no existe un consenso en la definición de un estado hipnótico, porque es difícil comparar ese supuesto estado con algún estado “no hipnótico” de la persona, y porque, hasta ahora, ha habido problemas metodológicos en la elección de la población del grupo control. Lo que sí se ha encontrado, es que con la hipnosis se puede alterar la actividad de las áreas cerebrales encargadas de procesar un determinado tipo de información y esto es relevante en sí, no sólo para la investigación sobre hipnosis, sino también para los estudios específicos de ese tipo de procesamiento de la información (Capafons, Lamas, et al., 2008; Lamas, 2007).

De esta forma, cuando los investigadores utilizan el término estado hipnótico, éste tiene normalmente un sentido descriptivo para designar los cambios subjetivos que las personas hipnotizadas informan haber experimentado. No obstante, no se utiliza para explicar esos cambios. En su lugar, la mayoría de los investigadores de la hipnosis están de acuerdo en que los efectos impresionantes que provoca en personas hipnotizables provienen de la influencia social y de las habilidades personales, no de un estado de trance o de conciencia alterada (Kirsch y Lynn, 1995).

En definitiva, se considera que existe un acuerdo sobre los temas que se estudian en la investigación hipnótica y, por tanto, sobre los tipos de fenómenos que se observan en lo que se ha denominado el “dominio de la hipnosis” (Hilgard, 1973).

La delimitación de este dominio viene dada según Hilgard (1973) por las siguientes tres características: (1) la hipnosis implica sugestión, pero no todos los tipos de sugestión, ya que el dominio de la sugestión incluye respuestas que no pertenecen al campo de la hipnosis, y los fenómenos de la hipnosis implican además otras respuestas específicas que no son sugestión; (2) las conductas estudiadas reflejan la existencia de diferencias individuales en la susceptibilidad a la hipnosis; (3) y los informes subjetivos que correlacionan significativamente con la conducta objetiva, pueden producir al mismo tiempo rectificaciones a la dependencia sólo de la ejecución objetiva. Los testimonios de los participantes respecto a sus experiencias proveen al dominio de una coherencia que no puede describirse completamente mediante las respuestas a sugestionamientos específicos o implícitos. Describiendo el dominio de la hipnosis de esta manera, es posible llegar a un acuerdo en el área o temas a investigar sin necesidad de consenso en la naturaleza sustantiva de los cambios que tienen lugar en los procesos corporales, la organización cognitiva durante la hipnosis o los conceptos explicativos más apropiados (Hilgard, 1973). Dejando aparte el punto de vista teórico, puede haber un consenso en lo que es la hipnosis si se entiende que se está hablando de un área de investigación y no de una teoría explicativa (Hilgard, 1969).

2.3. USOS DE LA HIPNOSIS CLÍNICA

Como hemos indicado anteriormente, la hipnosis es un vasto campo de investigación científico, pero además es también un conjunto de formas heterogéneas de procedimientos, para promover cambios generalmente en el ámbito de la salud, pero también en otros ámbitos como el forense, deportivo o educativo. La hipnosis clínica es la que tiene más evidencia acumulada, y es la que recoge principalmente las EVACH-C. Para poder valorar si una creencia es o no ajustada, debemos saber qué dice la investigación.

De acuerdo con los criterios de Chambless y Hollon (1998), podemos encontrar en el monográfico de abril de 2000 del *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis* (vol. 48, Nº 2) una revisión y evaluación del estatus de la hipnosis como una intervención con apoyo empírico. Posteriormente se realizaron otras revisiones y resúmenes generales, como las de Montgomery y Schnur (2004), Wark (2008), Mendoza y Capafons (2009) y Capafons y Mendoza (2010). En la medida en que Mendoza y Capafons (2009) y Capafons y Mendoza (2010) recogen las anteriores, a continuación se describen las conclusiones de las revisiones por áreas.

2.3.1. MEDICINA

Trastornos Gastrointestinales

De acuerdo a las revisiones Mendoza y Capafons (2009) y Capafons y Mendoza (2010), el síndrome de colon irritable es el trastorno funcional crónico más común en gastroenterología, caracterizado por dolor abdominal, y diarrea y estreñimiento alternantes. Es un trastorno de etiología compleja, cuyo patrón de síntomas a menudo empeora con el estrés emocional y conlleva un

sufrimiento emocional y físico que merma la calidad de vida de los pacientes, llegando a incapacitar a muchos de ellos. Los tratamientos médicos convencionales para este trastorno no son satisfactorios para más de la mitad de los pacientes que continúan con síntomas crónicos. Por ello, se ha estudiado el impacto terapéutico de otro tipo de tratamientos. El que hasta ahora, ha mostrado empíricamente ser más eficaz es la hipnosis como adjunto a la terapia cognitivo-comportamental. Diversos estudios han mostrado que el tratamiento con hipnosis tiene un impacto importante que dura años en la mayoría de los pacientes con el síndrome de colon irritable, mejorando los síntomas intestinales, el bienestar psicológico y la calidad de vida incluso de aquellos pacientes que no responden a los tratamientos médicos estándares (Gonsalkorale, Houghton, y Whorwell, 2002; Gonsalkorale y Whorwell, 2005; Whitehead, 2006; Whorwell, 2006). Aunque los mecanismos mediante los cuales la hipnosis es eficaz en el tratamiento del síndrome de colon irritable no se conocen bien, la investigación al respecto indica que los efectos de la hipnosis se relacionan con los cambios en la sensibilidad colorrectal y la mejora de los factores psicológicos. Los efectos sobre la motilidad gastrointestinal y el sistema nervioso autónomo no están tan claros y requieren más investigación (Simren, 2006).

También hay que destacar los estudios del equipo de la Universidad de Manchester en el Reino Unido que están investigando el uso de la hipnosis como coadyuvante para el tratamiento del síndrome de colon irritable desde 1980 y la han integrado con éxito al servicio de gastroenterología de su hospital (Gonsalkorale, 2006; Whorwell, 2006). El tratamiento está estructurado en 12 sesiones durante un periodo de tres meses y la mayoría de los pacientes mejoran significativamente en cuanto a sus síntomas gastrointestinales y su calidad de vida (Gonsalkorale, 2006).

En EE.UU., se ha desarrollado un tratamiento estandarizado de siete sesiones con hipnosis, el Protocolo de Carolina del Norte, que es el único que tiene un manual detallado de la intervención. La validez del protocolo ha sido evaluada y ha mostrado beneficiar a más de un 80% de los pacientes (Palsson, 2006).

Finalmente, en España se publicó un trabajo de estudio de caso, en el que la hipnosis se mostró útil para reducir el estrés, el número de deposiciones diarias y la intensidad del dolor abdominal en un paciente aquejado de la enfermedad intestinal crónica de Crohn (Fernández, Pérez, y Méndez, 2000).

Preparación de la cirugía

Muchos pacientes consideran las intervenciones quirúrgicas como una fuente de estrés psicológico y fisiológico, experimentando altos niveles de ansiedad y malestar somático, antes, durante y después de muchos procedimientos médicos. La hipnosis se ha utilizado como coadyuvante a las intervenciones psicológicas para aliviar la ansiedad de los pacientes relacionada con estos procedimientos, como técnica adjunta a la analgesia farmacológica y para enseñar a los pacientes estrategias de afrontamiento ante la cirugía. También la hipnosis se ha utilizado para reducir la cantidad de medicación pre y post cirugía para el dolor, el sangrado y el tiempo de hospitalización, así como para facilitar el post-operatorio y la recuperación (Pinnel y Covino, 2000).

Montgomery, David, Winkel, Silverstein, y Bovbjerg (2002) llevaron a cabo un meta-análisis de estudios controlados publicados que habían utilizado la hipnosis como coadyuvante de tratamientos cognitivo-comportamentales con pacientes de cirugía. Los autores encontraron que un 89% de los pacientes de cirugía se beneficiaban de las intervenciones con hipnosis respecto a los pacientes en las

condiciones de control (grupos sólo cognitivo-comportamentales). Esto se reflejaba tanto en las medidas de auto-informe como en las objetivas, lo que sugiere que la hipnosis, como coadyuvante, ayudó a la mayoría de los pacientes a reducir las consecuencias adversas de las intervenciones quirúrgicas. En este sentido, no se encontraron diferencias según el método de administración de hipnosis utilizado. Estos resultados apoyan que la hipnosis es un procedimiento coadyuvante eficaz para un rango amplio de pacientes de cirugía (Montgomery et al., 2002).

En lo que respecta a la reducción de la ansiedad relacionada con los procedimientos médicos, la hipnosis junto con la imaginación guiada puede ser de bastante ayuda antes y durante la intervención (Lang et al., 2000; Lang et al., 2006; Saadat et al., 2006).

Lang, Joyce, Spiegel, Hamilton, y Lee (1996) realizaron un estudio, con una metodología sólida, en el que una breve intervención de auto-hipnosis y relajación durante los procedimientos radiológicos, dieron como resultado menos interrupciones en el procedimiento, siete veces menos de unidades de medicamento y menos analgésicos auto-administrados, en comparación con el grupo control sin hipnosis.

Faymonville, Meurisse, y Fissette (1999) revisaron 1.650 casos de cirugía en los que se utilizó la hipnosis como coadyuvante a diversos procedimientos realizados con sedación consciente en vez de con anestesia general. Los autores encontraron que la hipnosis beneficiaba a los pacientes, ya que informaron tener menos molestias, una participación activa, una recuperación más rápida y una estancia en el hospital más corta después del procedimiento, comparados con los

pacientes con los que se utilizó protocolos de anestesia estándares (Baglini et al., 2004; Faymonville et al., 1999).

En una investigación bien diseñada realizada por Lang et al., (2000) se comparó a tres grupos de pacientes que tenían que pasar por procedimientos renales y vascular-cutáneos. Uno recibió atención estándar, otro atención estructurada, y un tercero recibió relajación mediante auto-hipnosis. Los resultados indicaron que los pacientes del grupo de hipnosis necesitaron menos tiempo para la realización de los procedimientos médicos y su estabilidad hemodinámica se mostró mayor que la de los pacientes en el grupo control de atención estructurada. Además, los pacientes de este último grupo junto con los del grupo de hipnosis necesitaron menos medicación que los de la condición de atención estándar.

Schnur, Kafer, Marcus, y Montgomery (2008) llevaron a cabo un meta-análisis que es el más amplio realizado hasta la fecha de estudios aleatorizados sobre los efectos de la hipnosis para reducir el malestar emocional asociado a los procedimientos médicos. Los resultados indican que aproximadamente un 82% de los pacientes sometidos a procedimientos médicos que son tratados con hipnosis muestran niveles más bajos de malestar emocional comparados con los pacientes de la condición control. Estos resultados apoyan el uso de la hipnosis como intervención no farmacológica para la reducción del malestar emocional en estos pacientes.

En suma, teniendo en cuenta el desarrollo de nuevos procedimientos quirúrgicos que pueden llevarse a cabo mientras el paciente está despierto, la hipnosis como coadyuvante es una intervención útil para reducir el dolor y el malestar psicológico de los pacientes sometidos a dichos procedimientos.

Asimismo, existe evidencia de que la hipnosis es superior al cuidado médico estándar tanto en cuanto a calidad como en costos (Lang et al., 2006; Lang y Rosen, 2002).

Obstetricia

También la hipnosis se ha utilizado en la obstetricia para facilitar el parto. Según la revisión de Pinnel y Covino (2000), los estudios al respecto informan que las pacientes que utilizaron hipnosis tuvieron una mayor satisfacción con la experiencia de dar a luz (Freeman, MacCauley, Eve, y Chamberlain, 1986), un parto más corto (Brann y Guzvica, 1987; Jenkins y Pritchard, 1993), y un menor uso de medicación y analgésicos durante el parto (Jenkins y Pritchard, 1993).

Una revisión posterior realizada por Cyna, McAuliffe, y Andrew (2004) informó de la existencia de estudios en los que la utilización de la hipnosis ayudó a las madres a necesitar menos analgesia y menos medicación para el dolor en el parto. Los autores concluyen que, dados los posibles beneficios de utilizar hipnosis en estos casos, son necesarios más estudios bien diseñados para confirmar estos efectos. Posteriormente, Brown y Hammond (2007) revisaron los beneficios y la eficacia de la hipnosis en obstetricia y en la ayuda al parto. En los estudios que revisaron, encontraron que la hipnosis ayuda a reducir significativamente el dolor del parto y la necesidad de medicación durante y después del mismo. Además, la hipnosis mostró ser un coadyuvante eficaz al tratamiento médico de los partos prematuros y en un caso de cuádruples. Los autores sugieren la realización de un estudio clínico aleatorizado para evaluar la eficacia de la hipnosis en esta área (Brown y Hammond, 2007). También existe evidencia de que la hipnosis facilita el embarazo de mujeres que se someten a intervenciones de fertilización in vitro (Levitas et al., 2006).

Trastornos dermatológicos

Existen diversos estudios anecdóticos sobre intervenciones hipnóticas que han tratado con éxito diversas condiciones dermatológicas como eczema, ictiosis, verrugas y psoriasis (Ewin, 1992; Zachariae, Øster, Bjerring, y Kragballe, 1996). De éstas, las más estudiadas han sido las intervenciones para la psoriasis y las verrugas. La psoriasis es un trastorno benigno inflamatorio de la piel agudo o crónico que se supone es debido a causas psiconeuroinmunológicas. En dos revisiones de la literatura se encontraron algunos informes de caso y un estudio experimental cuyos resultados apoyan los efectos beneficiosos de las intervenciones psicológicas en el tratamiento de la psoriasis (Winchell y Watts, 1988; Zachariae et al., 1996).

Por otra parte, existen estudios anecdóticos que informan de que la hipnosis reduce el picor y las molestas de las verrugas y produce cambios estructurales y reducción de las lesiones de la piel (Pinnell y Covino, 2000). La imaginación también ha sido asociada a la eliminación de verrugas. En un trabajo de Spanos, Stenstrom, y Johnston (1988) se observó un 50% de curación de los participantes que recibieron sugerencias hipnóticas, y que de los participantes que perdieron la mayor parte de sus verrugas fueron los que tenían altas expectativas del éxito del tratamiento así como una más alta viveza imaginativa sugerida. De esta manera, imaginación e hipnosis parecen ser métodos de costo-eficacia para reducir o eliminar verrugas (Lynn y Kirsch, 2006).

Asma

El asma es un trastorno inflamatorio de las vías respiratorias que causa ataques de sibilancias, dificultad para respirar, opresión en el pecho y tos. Las investigaciones con pacientes asmáticos han comparado la efectividad de

tratamientos con hipnosis y bronco-dilatadores y han evaluado la efectividad de las sugerencias por relajación, desensibilización, distracción y aumento del auto-control, en diversas medidas de resultado como el auto-informe de reducción de síntomas, utilización de los servicios médicos y vuelta al trabajo (Pinnell y Covino, 2000).

El estudio con más participantes, controlado, aleatorizado y prospectivo es el realizado por la Asociación de Tuberculosis Británica (*Research Committee of the British Tuberculosis Society*, 1968). Se comparó la efectividad de la hipnosis y la relajación muscular progresiva en el tratamiento de 252 pacientes con asma. Los pacientes del grupo de hipnosis informaron de tener significativamente menos resuellos sibilantes y de menor uso de medicación al finalizar el tratamiento y, según los médicos, mejoraron más que los pacientes del grupo de relajación. Destaca que se observó una reducción de síntomas mayor entre mujeres con asma que entre hombres. Este mismo resultado se obtuvo también en el estudio de Ben-Zvi, Spohn, Young, y Kattan (1982).

Por otra parte, los resultados de los estudios de Ewer y Stewart (1986) y de Ben-Zvi et al., (1982) apoyan los efectos de la hipnosis en la mejora del funcionamiento pulmonar en los pacientes asmáticos, pero sólo en pacientes altos y medios en hipnotizabilidad respectivamente.

Brown (2007), en una revisión de estudios controlados de la hipnosis como terapia basada en la evidencia, afirma que la hipnosis es “posiblemente eficaz” para el tratamiento síntomas y conductas relacionadas con el asma y es “eficaz” para el manejo de estados emocionales que exacerban la obstrucción de las vías respiratorias. Asimismo, se muestra “posiblemente eficaz” en la disminución de la obstrucción de las vías respiratorias y en la

estabilización de la hiper-respuesta respiratoria en algunas personas, pero no hay evidencia suficiente de que la hipnosis afecte a los procesos inflamatorios del asma. Por tanto, es necesario replicar estos resultados con muestras mayores y mejores diseños experimentales, prestando especial atención a los tipos de sugerencias hipnóticas utilizadas. Lo más importante es conocer cómo usar la hipnosis. Por último, quedan pendientes las cuestiones respecto a la contribución de las expectativas, la hipnotizabilidad, la inducción hipnótica y las sugerencias específicas (Brown, 2007).

Inmunología

Algunos estudios han informado de la capacidad de la hipnosis para aumentar el funcionamiento inmune (Bakke, Purtzer, y Newton, 2002; Kiecolt-Glaser, Marucha, Atkinson, y Glaser, 2001; Wood, Bughi, Morrison, Tanavoli, y Zadeh, 2003). Dado que se ha utilizado un número bajo de participantes y pocos parámetros de inmunología, habría que replicar y ampliar estos resultados. Asimismo, no está claro qué aspecto en concreto de los que forman parte del fenómeno hipnótico explica estos efectos, ni si son lo suficientemente importantes y duraderos en el tiempo para influir en la salud de la persona a largo plazo (Neumann, 2005). Sin embargo, teniendo en cuenta que no es común que las intervenciones psicológicas tengan efectos sobre medidas del sistema inmune, un tamaño del efecto, aunque sea pequeño, sobre la función inmune tiene importantes implicaciones clínicas (Montgomery y Schnur, 2004).

Hipertensión

Los pacientes hipertensos necesitan medicación para regular su tensión arterial. La hipnosis como adyuvante a la terapia cognitivo-comportamental se ha utilizado para el tratamiento de la hipertensión (Lynn et al., 2000). En un estudio

piloto, Raskin, Raps, Luskin, Carlson, y Cristal (1999), compararon tres grupos de pacientes hospitalizados. Uno aprendió auto-hipnosis, otro recibió la misma atención y tiempo pero sin un procedimiento específico de relajación y un tercer grupo fue evaluado sin ser intervenido. En el seguimiento se observó que los pacientes del grupo de hipnosis mostraron el mayor descenso en la presión diastólica, seguidos del grupo de sólo atención y, por último, de los que no recibieron intervención. Estos resultados sugieren que añadir hipnosis al tratamiento médico estándar de la hipertensión puede ser beneficioso (Raskin et al., 1999). Posteriormente, Gay (2007) utilizó la hipnosis para reducir la hipertensión de los participantes y comparó los resultados con un grupo control sin tratamiento. Se observó que la hipnosis es eficaz en la reducción de la presión sanguínea, tanto a corto plazo, como a medio y a largo plazo (seguimiento de un año) (Gay, 2007).

Otorrinolaringología

Según la literatura, la hipnosis puede ser de ayuda en el alivio del tinitus (la percepción de sonido en el oído humano en ausencia del correspondiente sonido externo), aunque es necesario realizar más investigación para establecer su eficacia. Attias, Shemesh, Shoham, Shahar, y Sohmer (1990) compararon la eficacia de la auto-hipnosis en pacientes con tinitus con dos grupos control. Los autores encontraron que el 73% de los pacientes del grupo de auto-hipnosis informó de la desaparición del tinitus durante las sesiones de tratamiento. Además, el grupo de hipnosis fue el único que mostró una mejora significativa en el perfil de síntomas de tinitus a los 2 meses.

Igualmente, Attias et al., (1993) compararon la eficacia de la auto-hipnosis, el enmascaramiento y el prestar atención a las quejas del paciente en el alivio del

tinnitus. Los resultados mostraron que la auto-hipnosis redujo significativamente la intensidad del tinnitus, ya que los pacientes de este grupo informaron de una mejora significativa en siete de diez síntomas molestos comparados con las otras condiciones del estudio. Ross, Lange, Unterrainer, y Laszig (2007) analizaron los efectos terapéuticos de la hipnosis en el tinnitus subagudo y crónico en un estudio longitudinal controlado con una muestra de 393 pacientes. Los resultados al final del tratamiento revelaron mejoras muy significativas en los pacientes. Los autores concluyeron que un tratamiento de 28 días que incluya la hipnosis puede ser significativamente útil en la reducción de las molestias del tinnitus así como, en la mejora de la calidad de vida relacionada con la salud de estos pacientes.

En un estudio longitudinal no aleatorizado (Maudoux, Bonnet, Lhonneux-Ledoux, y Lefebvre, 2007) se aplicó una intervención hipnótica a 49 pacientes con tinnitus crónico. Los resultados mostraron que todos los pacientes informaron de ser capaces de modular su tinnitus mediante la auto-hipnosis y las puntuaciones de todos ellos en un cuestionario de tinnitus disminuyeron significativamente. Aunque estos resultados tienen que ser replicados y comparados con un grupo control, este ensayo clínico, junto con los otros estudios mencionados, indica que la hipnosis es una técnica prometedora en el tratamiento del tinnitus.

2.3.2. ODONTOLOGÍA

La hipnosis tiene diversas aplicaciones en odontología. En su revisión, Chaves (1997) indicó que, aparte de ayudar a los pacientes a relajarse y a afrontar los procedimientos dentales estresantes y la ansiedad fóbica a las inyecciones y otras intervenciones dentales, la hipnosis puede ser importante en las siguientes áreas de la práctica odontológica: mejora de la tolerancia de las prótesis ortodóncicas o prostéticas; modificación de los hábitos orales no

adaptativos; reducción del uso de la medicación anestésica, analgésica y sedante; complementación o sustitución de la medicación previa a la cirugía; control de la salivación y el sangrado; intervención terapéutica en síndromes de dolor facial crónico como los trastornos temporo-mandibulares; como complemento al uso del óxido nitroso; y aumento de la adhesión a las recomendaciones de higiene personal.

Para cada una de estas áreas existen estudios empíricos y anecdóticos que apoyan los beneficios de usar hipnosis como procedimiento adjunto en odontología sin sustituir la anestesia local. Las áreas en las que hay menos apoyo empírico son la mejora de la tolerancia a los aparatos ortodóncicos y prostodóncicos, y como suplemento o sustituto de la medicación previa a la cirugía, aunque la evidencia disponible justifica que se realice más investigación (Lynn y Kirsch, 2006).

La mayor parte de los estudios empíricos se han centrado en el uso de la hipnosis para reducir la ansiedad, tratar fobias y aliviar síndromes de dolor crónico. En un estudio realizado en Hungría (Fabian, 1995) se estudiaron 45 casos de la práctica odontológica en los que la hipnosis mostró ser un método adicional útil para reducir la ansiedad en un 84.4%. Otro estudio más reciente (Eitner et al., 2006) evaluó la eficacia de la hipnosis en 45 pacientes ansiosos que tenían que someterse a cirugía maxilofacial. Para ello se utilizaron medidas subjetivas y los siguientes parámetros objetivos: EEG, ECG, ritmo cardíaco, presión arterial, saturación del oxígeno en sangre, ritmo de respiración, concentración del cortisol en saliva y temperatura corporal. Después del tratamiento, se comprobó que la hipnosis ayudó a los participantes a mostrar una reducción significativa de la presión arterial sistólica y del ritmo de la respiración, así como a cambios significativos en el EEG. Además, el nivel subjetivo de relajación aumentó al mismo tiempo que disminuyeron las reacciones de

ansiedad neurofisiológicas (parámetros vitales). Los autores concluyeron que la hipnosis influyó, tanto en las reacciones psicológicas, como en las fisiológicas de la ansiedad dental durante la cirugía, y estos resultados tuvieron efectos a largo plazo para futuros tratamientos (Eitner et al., 2006).

Dentro de los trastornos de dolor crónico tratados en odontología, están los trastornos temporomandibulares que están considerados como una disfunción biopsicosocial producidos por unos patrones no funcionales de apretar y tensar los dientes y hacerlos rechinar (que tiene lugar a menudo sin ser consciente de ello) típicamente generados por el estrés psicológico (Simon y Lewis, 2000). El tratamiento médico y odontológico habitual es útil para la mayoría de los pacientes, pero se estima que un 23% no responde a estos tratamientos (Clark, Lanham, y Flack, 1988).

Así se han incorporado técnicas comportamentales al tratamiento de los trastornos temporomandibulares que han mostrado beneficiar a los pacientes (Dworkin, 1997). Una de estas técnicas es la hipnosis ya que ha mostrado su eficacia en el tratamiento del dolor en general. El trabajo de Simon y Lewis (2000) evalúa la eficacia de la hipnosis en pacientes con trastornos temporomandibulares que no han respondido al tratamiento médico habitual. Los resultados sugieren que la hipnosis tiene un valor prometedor en el tratamiento de estos trastornos. Después del tratamiento, los pacientes de este estudio mostraron un decremento significativo de los síntomas habiéndose reducido la frecuencia, duración e intensidad del dolor producido por el trastorno temporomandibular. Asimismo, los participantes informaron de una mejoría en su funcionamiento general diario y de una reducción en la frecuencia de consultas médicas. Aunque por medio de este estudio no se pueden obtener conclusiones definitivas, las ganancias del tratamiento no se pueden considerar producidas por la remisión espontánea, ya que no hubo cambios en el grupo de lista de espera.

Además, estos resultados se mantuvieron durante los seis meses de seguimiento, y, dado que los participantes que mejoraron eran aquellos que no habían respondido al tratamiento médico habitual, tienen una gran relevancia clínica (Simon y Lewis, 2000).

2.3.3. INFANCIA

Dado que los niños se consideran más sugestionables que los adultos y que existe una gran cantidad de literatura empírica que indica la utilidad de la hipnosis para el tratamiento de los problemas de los adultos, parece plausible pensar que la hipnosis clínica sea igual o más potente en el tratamiento de los niños. Sin embargo, la investigación de su eficacia en la infancia todavía está en pleno desarrollo, por lo que abundan en la literatura estudios no controlados y estudios de caso, que más bien cumplen la función de indicar las áreas relevantes de estudio hacia las que hay que enfocar la investigación futura (Milling y Constantino, 2000). Hasta ahora, hay un estudio que cumple los criterios de Chambless y Hollon (1998) y establece que la aplicación de la hipnosis para tratar la enuresis nocturna infantil es un tratamiento “posiblemente eficaz” (Edwards y Van Der Spuy, 1985).

Por otra parte, la hipnosis se ha aplicado para tratar una amplia variedad de problemas en niños (Rhue, 2010). En la revisión de Milling y Constantino (2000) se describen los estudios controlados publicados hasta aquella fecha. Dentro de los problemas de aprendizaje de los niños, se ha aplicado la hipnosis en la ansiedad relacionada con los exámenes. Un estudio de Stanton (1994) aplicó auto-hipnosis a un grupo y lo comparó con otro grupo que recibió el mismo tiempo de atención y estrategias de reducir la ansiedad ante los exámenes. El grupo de auto-hipnosis puntuó significativamente más bajo en un cuestionario de ansiedad

ante los exámenes en el post-tratamiento y en el seguimiento a los seis meses (Stanton, 1994).

También los clínicos han informado de algunos resultados al aplicar la hipnosis para mejorar el rendimiento académico en niños con discapacidades de aprendizaje (Crasilneck y Hall, 1985; Johnson, Johnson, Olson, y Newman, 1981), aunque todavía son necesarios más estudios controlados para establecer su eficacia.

Al igual que con adultos, se ha visto que las intervenciones hipnóticas al reducir los efectos del estrés contribuyen a fortalecer el funcionamiento inmunológico (Olness, Culbert, y Uden, 1989).

La hipnosis se ha aplicado a problemas médicos en general. En el caso de los problemas respiratorios, se ha utilizado en casos de fibrosis quística, que es un trastorno genético que produce el mal funcionamiento del sistema exocrino, afectando a los pulmones y produciendo graves problemas respiratorios. Belsky y Khanna (1994) aplicaron auto-hipnosis a un grupo de pacientes con fibrosis quística y en sus resultados observaron que, comparado con el grupo control, el grupo de hipnosis mostró significativamente más mejora en la función pulmonar, la auto-estima, la ansiedad-estado, la salud y el locus de control.

En los casos de cáncer infantil, la quimioterapia es uno de los tratamientos de elección, pero tiene efectos secundarios muy desagradables como náuseas y vómitos que pueden llevar a los pacientes al abandono del tratamiento (Milling y Constantino, 2000). La hipnosis se ha utilizado para aliviar estos síntomas, en concreto los procedimientos de hipnosis centrados en la imaginación. Zeltzer, Dolgin, LeBaron, y LeBaron (1991) encontraron que los niños informaban de una duración más corta de las náuseas en los grupos de hipnosis y de distracción que el grupo control, y de una duración más corta de los

vómitos en la condición de hipnosis que en la condición control. En general, estos resultados sugieren que la hipnosis centrada en imaginación produce un gran alivio en los efectos secundarios de la quimioterapia (Zeltzer et al., 1991).

En otro estudio, Jacknow, Tschann, Link, y Boyce (1994) compararon la eficacia de la hipnosis respecto al tratamiento médico estándar (medicación antiemética). Tras la intervención, los episodios de náuseas y vómitos fueron equivalentes en todas las condiciones, pero los controles necesitaron significativamente más medicación antiemética que los niños del grupo de hipnosis y de uno a dos meses tras el diagnóstico los pacientes del grupo de hipnosis experimentaron significativamente menos náuseas anticipatorias que los niños del grupo control. Este estudio, junto con el de Zeltzer et al., (1991), da apoyo a los beneficios de la hipnosis, tanto si se administra en un formato tradicional, como orientado a la imaginación, en el alivio de los efectos secundarios de la quimioterapia en pacientes oncológicos pediátricos (Milling y Constantino, 2000).

Sobre el alivio del dolor, se han realizado varios estudios para evaluar su eficacia en niños. La mayoría de estos trabajos se han enfocado hacia el dolor y el malestar que sufren los niños que necesitan procedimientos médicos dolorosos como son las aspiraciones de médula y las punciones lumbares. Kuttner, Bowman, y Teasdale (1988) compararon el alivio durante aspiraciones de médula, en un grupo de hipnosis con un grupo de distracción y otro de control. Encontraron diferencias significativas en la reducción de dolor y ansiedad evaluados por un observador en los grupos de hipnosis y de distracción de niños de 7 a 10 años, y en el grupo de hipnosis de niños de 3 a 6 años. Sin embargo, no hubo diferencias en las medidas de dolor y ansiedad auto-informados. Aunque estos resultados son un tanto contradictorios, tienden a sugerir que la intervención con hipnosis fue la que produjo más alivio en ambos rangos de

edad.

Zeltzer y LeBaron (1982) compararon la eficacia de la hipnosis centrada en la imaginación, con la distracción para el alivio del malestar producido por aspiraciones de médula y punciones lumbares. Los resultados mostraron que la hipnosis fue significativamente más eficaz que la distracción en reducir el dolor y la ansiedad durante estos procedimientos médicos.

Todos estos estudios sugieren que la hipnosis puede ayudar al alivio de los niños que tienen que someterse a procedimientos médicos dolorosos y estresantes (Milling y Constantino, 2000).

Lobe (2006) evaluó si la hipnosis aplicada antes y después del procedimiento quirúrgico de Nüss (corrección por videotoroscopia) para el *pectus excavatum*, podía reducir el tiempo de estancia en el hospital tras la intervención, así como el uso de analgésicos. El *pectus excavatum* es una deformidad de la caja torácica en la que el pecho queda hundido, posiblemente debido a un excesivo desarrollo de los cartílagos inferiores junto con la fibrosis anterior del diafragma. Los niños con este problema tienen dolor en el pecho, intolerancia al ejercicio físico y dificultades para respirar. Los resultados de este estudio mostraron que los pacientes del grupo de hipnosis estuvieron una media de 2,8 días en el hospital comparados con los 4,6 días que estuvieron los niños del grupo al que no le aplicaron hipnosis. También los niños del grupo de hipnosis utilizaron menos narcóticos y controlaron las molestias post-operatorias sólo con analgésicos orales.

En una revisión de Uman, Chambers, McGrath, y Kisely (2006) para evaluar la eficacia de las intervenciones psicológicas cognitivo-conductuales en los procedimientos relacionados con el uso de agujas que producen malestar y dolor, se concluyó que la hipnosis era muy prometedora en cuanto al tamaño

del efecto en la mejora del tratamiento en las medidas de dolor auto-informadas (Uman et al., 2006).

Lioffi, White, y Hatira (2006) realizaron un estudio clínico aleatorizado con 45 pacientes pediátricos con cáncer que fueron asignados a un grupo de anestésicos locales, anestésicos locales más hipnosis y anestésicos locales más atención. En los resultados se observó que los pacientes del grupo de hipnosis informaron tener menos ansiedad anticipatoria y menos dolor y ansiedad relacionados con el procedimiento. Asimismo, fue este grupo de pacientes el que demostró menos malestar conductual durante el procedimiento médico.

Richardson, Smith, McCall, y Pilkington (2006) en una revisión sistemática sobre la eficacia de la hipnosis en niños con cáncer, mostró en sus resultados que la hipnosis tiene potencial como una intervención clínica valiosa para el alivio del dolor y del malestar producido por los procedimientos médicos. Sin embargo, todavía es necesario contar con más investigación sobre la eficacia.

Un estudio aleatorizado y controlado en el área de la urología pediátrica, es el realizado por Butler, Symons, Henderson, Shortliffe, y Spiegel (2005). La cistouretrografía retrógrada miccional (CUGM) es un procedimiento radiológico esencial para la evaluación de infecciones del tracto urinario y del reflujo vésicoureteral en niños que es experimentado por estos como doloroso y atemorizante. La disminución del malestar y el dolor producido por la prueba ayudan a una mayor adhesión del paciente a la evaluación inicial y a los seguimientos, y, por tanto, aumentan la eficacia del tratamiento. Los autores compararon un grupo de niños tratados de la manera habitual con otro que fue entrenado en auto-hipnosis para prepararse para el procedimiento. En los resultados se encontraron tamaños del efecto de moderados a altos, tanto en medidas objetivas, como subjetivas en el grupo de hipnosis. Asimismo, se

observaron beneficios en el grupo de hipnosis en las siguientes cuatro áreas: los padres informaron que el procedimiento fue significativamente menos traumático que la CUGM previa; los niveles de malestar observados fueron más bajos; el equipo médico informó de una diferencia significativa entre los grupos en cuanto a dificultad para llevar a cabo la prueba siendo más fácil en el grupo de hipnosis; y el tiempo total del procedimiento fue significativamente más corto (casi 14 minutos menos) en el grupo de hipnosis (Butler et al., 2005).

Anbar y Hummell (2005) realizaron un estudio durante tres años en un centro pediátrico para problemas pulmonares, en el que se utilizó la auto-hipnosis para mejorar síntomas de ansiedad, asma, dolor en el pecho, disnea, hábito de toser, hiperventilación y disfunción de las cuerdas vocales. Un 82% de los pacientes informaron de la mejora o resolución de estos problemas.

Vlieger, Menko-Frankenhuis, Wolfkamp, Tromp, y Benninga (2007) realizaron un estudio controlado aleatorizado para analizar la eficacia de la hipnosis para tratar a niños con dolor abdominal funcional o con el síndrome de colon irritable. Los autores compararon a niños que sufrían de estos problemas, un grupo fue tratado con la terapia médica estándar y seis sesiones de terapia de apoyo y el otro con seis sesiones de hipnoterapia como única intervención. Los resultados mostraron que la hipnoterapia fue superior, con una reducción significativamente mayor de las puntuaciones de dolor comparado con el grupo control. En el seguimiento a un año del tratamiento, un 85% de los pacientes del grupo de hipnosis había llevado a cabo el tratamiento con éxito comparado con un 25% de los pacientes del grupo de terapia médica estándar. Los autores concluyeron que la hipnosis es altamente eficaz en el tratamiento de niños que llevan tiempo sufriendo, tanto de dolor abdominal funcional, como del síndrome de colon irritable.

Por último, una revisión de las aplicaciones clínicas de la hipnosis en pediatría (Gold, Kant, Belmont, y Butler, 2007) identificó y evaluó los estudios publicados, sobre el papel de la hipnosis clínica en el manejo de condiciones psicológicas y médicas específicas en niños. A pesar del amplio rango de aplicaciones posibles de la hipnosis pediátrica y de la gran cantidad de buenos resultados existentes en la literatura, la mayoría de la investigación se basa en estudios de caso y de grupos pequeños con diseños no controlados. Así, dado que la hipnosis se considera como una técnica útil en el manejo de una gran variedad de condiciones pediátricas, es necesaria la realización de investigaciones utilizando metodologías controladas y aleatorizadas, así como tamaños de muestra adecuados para establecer su eficacia en esta área.

En definitiva, en sus resúmenes sobre la evidencia empírica sobre la hipnosis clínica, Mendoza y Capafons (2009) y Capafons y Mendoza (2010) concluyeron que la hipnosis como coadyuvante, en intervenciones médicas y psicológicas, se muestra eficaz y eficiente para el tratamiento de una amplia gama de problemas psicológicos y médicos, potenciando la mejora de la calidad de vida de los pacientes. La eficacia de la hipnosis está bien establecida en diversas aplicaciones clínicas, especialmente en el manejo del dolor, así como en otros problemas médicos y psicológicos. La evidencia es menos rigurosa, sin embargo prometedora, de su eficacia en el tratamiento de la depresión, trastornos del sueño, dejar de fumar, obesidad, asma y enuresis infantil. Consecuentemente es justificable la realización de más investigaciones con estudios controlados con muestras de tamaño adecuado. Finalmente, es primordial establecer la eficacia de la hipnosis en otras áreas donde los indicios son prometedores.

2.3.4. DOLOR

Una de las áreas de aplicación de la hipnosis que tiene mayor evidencia empírica de su eficacia es en el manejo del dolor, ya sea crónico o agudo (Jensen, 2011; Lynn, Kirsch, Barabasz, Cardeña, y Patterson, 2000; Martín, 2011; Montgomery, DuHammel, y Redd, 2000). Tanto el reconocimiento por parte del *National Institute of Health Technology Assessment Panel Report* (1996), como el meta-análisis de Montgomery et al., (2000) sobre la eficacia de la hipnosis en el manejo del dolor apoyan su consideración como un tratamiento eficaz, bien establecido y empíricamente validado. En la revisión de Montgomery et al., (2000) de estudios bien controlados, se encontró que la hipnosis puede aliviar a un 75% de la población, incluyendo los diferentes tipos de dolor. De hecho, la sugestionabilidad hipnótica no se relaciona en exceso con la capacidad para beneficiarse de las sugerencias hipnóticas, aunque no perjudica el ser altamente sugestionable (Jensen, 2011). Esto mismo ocurre en otras áreas de aplicación (Lynn, Kirsch, y Rhue, 2010). Los resultados revelaron un efecto de moderado a alto en la reducción de dolor clínico y experimental, lo que apoya la eficacia de los procedimientos hipnóticos en el manejo del dolor. Asimismo, los resultados indican que las técnicas de analgesia hipnótica son superiores a la medicación, el placebo psicológico y otro tratamiento, cumpliendo así los criterios para un tratamiento bien establecido de acuerdo con los criterios de Chambless y Hollon (1998). Posteriormente, Patterson, y Jensen (2003) llevaron a cabo una revisión exhaustiva de los estudios controlados aleatorizados sobre dolor e hipnosis en contextos clínicos, excluyendo los estudios de estudiantes voluntarios incluidos en el meta-análisis de Montgomery et al., (2000). Para la revisión se tuvo en cuenta la definición de hipnosis de Kihlstrom (1985), ya que es lo suficientemente amplia para incluir aquellos estudios que analizan los efectos de la analgesia hipnótica y

al mismo tiempo es específica para incluir el principal componente de la hipnosis, esto es, la sugestión. De esta manera, se excluyeron los estudios que analizaban intervenciones que no se definieron como hipnosis y los estudios considerados se analizaron en función del tipo de dolor (agudo o crónico), el diseño de estudio y el tipo de grupo de control utilizado. Los resultados relacionados con los estudios sobre dolor agudo indicaron que existen efectos clínicos consistentes de la analgesia hipnótica que son superiores a la atención o a las condiciones de control de cuidado estándar, y en numerosas ocasiones, son superiores a otros tratamientos de dolor viables. Respecto al dolor crónico, los estudios muestran que la analgesia hipnótica es consistentemente superior al no tratamiento, aunque aporta los mismos resultados que la relajación y el entrenamiento autógeno. Por tanto, los autores concluyen que los estudios controlados aleatorizados con poblaciones clínicas indican que la hipnosis tiene un impacto significativo y fiable, tanto en dolor agudo, como crónico.

Una revisión de estudios controlados de la eficacia de la hipnosis en el tratamiento del dolor crónico es la llevada a cabo por Elkins, Jensen, y Patterson (2007). Los resultados indicaron que las intervenciones con hipnosis mostraron ser significativamente más eficaces que la condición sin tratamiento a la hora de disminuir el dolor asociado con diversas condiciones de dolor crónico. Asimismo, estas reducciones en dolor percibido, se mantuvieron durante varios meses. En algunos estudios los procedimientos hipnóticos mostraron ser más eficaces que los tratamientos no hipnóticos con los que se compararon, como la terapia física, la atención y el dar información (Elkins et al., 2007).

Hay que señalar que los procedimientos hipnóticos no sólo ayudan a los pacientes con dolor crónico a obtener efectos analgésicos, sino también en el manejo de la ansiedad, y en la mejora del sueño y de la calidad de vida (Jensen et al., 2006).

No obstante, ya que hasta la fecha los estudios llevados a cabo presentan limitaciones metodológicas por haber contado con muestras pequeñas y carecer de controles del placebo o las expectativas y de seguimientos a largo plazo, son necesarias más investigaciones para determinar la eficacia de la hipnosis en el tratamiento del dolor crónico (Elkins et al., 2007).

Cabe destacar la revisión de Hammond (2007) sobre la eficacia de la hipnosis clínica para el tratamiento de los dolores de cabeza y las migrañas. El autor concluye que, según la literatura, la hipnosis cumple los criterios de investigación en psicología clínica para considerarse un tratamiento eficaz y bien establecido que además no tiene efectos secundarios, ni riesgos de reacciones adversas, disminuyendo el gasto en medicación asociado a los tratamientos médicos convencionales (Hammond, 2007).

Stoelb, Molton, Jensen, y Patterson (2009) revisaron la literatura científica sobre el uso de la analgesia hipnótica en el tratamiento del dolor agudo y crónico en adultos. Los resultados indicaron que, en el caso del dolor agudo y crónico, de manera consistente la analgesia hipnótica disminuye bastante diferentes tipos de dolor frente a ningún tratamiento/atención estándar. Por otra parte, las intervenciones en las que se utiliza la hipnosis para disminuir el dolor ofrecen mejores resultados que las intervenciones en las que no se utiliza la hipnosis. Finalmente, la hipnosis funciona de forma parecida a los tratamientos que poseen elementos hipnóticos (por ejemplo, la relajación muscular progresiva), pero siendo la eficacia de la hipnosis mayor. Entre los factores que pueden influir en la eficacia de la hipnosis, se incluyen el grado de sugestionabilidad del paciente, así como la expectativa sobre los resultados del tratamiento y la habilidad del profesional que emplea la técnica.

Dillworth, Jensen, Mendoza, y Capafons (2010) revisaron los resultados de los estudios sobre la eficacia de la hipnosis clínica en el tratamiento del dolor

crónico como un coadyuvante a las intervenciones terapéuticas utilizadas con estos pacientes. Los resultados indicaron que analgesia hipnótica tiene beneficios a corto plazo en la reducción del dolor y esos beneficios se mantienen durante, al menos, 12 meses. Los autores también revisaron los estudios sobre los mecanismos psicológicos y neurofisiológicos de la hipnosis. En el primer caso, aunque identificaron algunos factores psicológicos que pueden relacionarse con los resultados de algunos pacientes, no se halló una variable psicológica predictora sólida de los resultados obtenidos. En el segundo caso, hallaron medidas neurofisiológicas que mostraron que los efectos de la analgesia hipnótica sobre la actividad cortical pueden diferir de acuerdo con las sugerencias específicas dadas.

En su estudio, Castel, Pérez, Sala, Padrol, y Rull (2007), utilizaron la hipnosis para tratar a 55 pacientes con fibromialgia. En un grupo utilizaron la hipnosis con sugerencias de relajación, en otro la hipnosis con sugerencias de analgesia, y en un tercero, sólo relajación. Los resultados mostraron que el mayor efecto en el alivio de la intensidad del dolor y en la dimensión sensorial del dolor lo ofrecía la hipnosis seguida de sugerencias de analgesia, seguida de la hipnosis con sugerencias de relajación. Asimismo, se observó que el efecto de la hipnosis seguida de sugerencias de relajación no fue mayor que el de la relajación sola.

Martínez-Valero et al., (2008) realizaron un estudio piloto de N= 1 línea base múltiple, que comparó la eficacia del tratamiento multicomponente cognitivo-comportamental con y sin hipnosis y el tratamiento farmacológico por sí solo para la fibromialgia. Los resultados mostraron que el mayor efecto en el alivio de la intensidad del dolor y en la dimensión sensorial del dolor lo ofrecía la hipnosis seguida de sugerencias de analgesia, seguida de la hipnosis con sugerencias de

relajación. Asimismo, se observó que el efecto de la hipnosis seguida de sugerencias de relajación no fue mayor que el de la relajación sola.

Posteriormente, Castel, Salvat, y Rul (2009) en otro estudio, examinaron los efectos de la hipnosis como coadyuvante a un tratamiento cognitivo-conductual (TCC) estándar en el tratamiento del dolor en pacientes con fibromialgia. Los resultados señalaron que, tanto los pacientes que recibieron sólo TCC, como los que recibieron TCC junto con hipnosis obtuvieron mejores resultados que los pacientes que recibieron tratamiento estándar (farmacológico). Concretamente, los que recibieron TCC más hipnosis tuvieron mejores resultados que los que solamente recibieron TCC.

Recientemente, Castel, Cascón, Padrol, Sala, y Rull (2012) encontraron de nuevo que la presencia de la hipnosis mejora la eficacia de la TCC multicomponente sin hipnosis; por tanto, la hipnosis contribuye a aumentar la eficacia del resto de las terapias cognitivo conductuales aplicadas en fibromialgia. Los datos reflejan que la incorporación de la hipnosis, no alarga la duración temporal de las intervenciones conjuntas. De hecho, la TCC con hipnosis fue superior que la TCC sola, teniendo en cuenta el mismo número de sesiones, la duración de las sesiones, y el número de participantes. Y por último que los beneficios principales de la incorporación de la hipnosis al resto de intervenciones cognitivo conductuales aplicables en fibromialgia, se concentran en reducción del catastrofismo, angustia, intensidad del dolor, alteraciones del sueño, y aumentos de la funcionalidad vital, con descenso de los niveles de discapacidad.

2.3.5. TRATAMIENTOS COGNITIVO-COMPORTAMENTALES

Ansiedad

La investigación indica que la hipnosis puede contribuir a la eficacia de la terapia cognitivo-comportamental. En su estudio, Schoenberger et al., (1997) compararon una intervención cognitivo-comportamental para la ansiedad de hablar en público con otra que además incluía hipnosis. Los dos tratamientos incluían reestructuración cognitiva y exposición in vivo, y en uno de ellos se utilizó la hipnosis. La inducción hipnótica y sugerencias sustituían a la relajación. Se les pidió a los participantes improvisar un discurso durante el cual tenían que calificar su ansiedad en una escala. Los dos tratamientos dieron como resultado una disminución de la ansiedad, pero en medidas conductuales y subjetivas durante el discurso, sólo el grupo de hipnosis difería de la condición de no-tratamiento. Además, la ansiedad se disipó más rápidamente en los participantes hipnotizados que en los de la condición cognitivo-comportamental. Éste es el único estudio en que la hipnosis como coadyuvante la terapia cognitivo-comportamental ha demostrado su superioridad en el tratamiento de la ansiedad respecto al no-tratamiento (Schoenberger, 2000).

Por otra parte, Van Dyck y Spinhoven (1997) intentaron comprobar si la combinación de la exposición *in vivo* con una técnica hipnótica, resultaba más eficaz que la exposición sola, para el tratamiento del miedo y la evitación en agorafóbicos. Los resultados mostraron que el grupo que recibió el tratamiento combinado de exposición e hipnosis no obtuvo resultados superiores a los del grupo que recibió el tratamiento de exposición solo. Asimismo, el tratamiento combinado, no fue superior al de sólo exposición en la prevención de abandonos. Los autores concluyen que la exposición *in vivo* es un procedimiento terapéutico de alta eficacia que es difícil mejorar y que funciona incluso en pacientes que se

muestran reacios a dicho procedimiento. Las técnicas de relajación hipnótica y la imaginación no lo mejoran en gran medida, pero los resultados indicaron que, aunque el grupo de hipnosis no redujo abandonos, cuando se les preguntaban en el seguimiento por sus preferencias, hubo un cambio estadísticamente significativo en los pacientes, en la dirección de solicitar que se les aplicara hipnosis además de exposición in vivo, hecho que para los autores de la investigación resultó ser realmente sorprendente (Van Dyck y Spinhoven, 1997).

Obesidad

La hipnosis como coadyuvante a la terapia cognitivo-comportamental para el tratamiento de la obesidad se considera como “posiblemente eficaz” (Schoenberger, 2000) basándose en los resultados del estudio de Bolocofsky, Spinler, y Coulthard-Morris (1985). Este estudio es el que ha combinado la mayor muestra con la mejor metodología, llegando por tanto, a resultados más claros. Bolocofsky et al., (1985) compararon dos grupos de participantes, uno que recibió un programa de manejo comportamental (control de estímulos, relajación, diario del peso y reforzamiento del programa) y otro grupo que recibió el mismo programa más hipnosis. Los dos tratamientos consistieron en nueve sesiones a una por semana. Al finalizar el tratamiento ambos grupos habían perdido una media de nueve libras de peso, pero a los ocho meses y dos años de seguimiento, sólo los participantes del grupo de hipnosis había seguido perdiendo peso y eran los que decían cumplir más las reglas del programa, lo que correlacionó con pérdida de peso (Bolocofsky et al., 1985).

Obviamente, son necesarios más estudios con rigor metodológico para conocer la eficacia de la hipnosis en esta área (Schoenberger, 2000).

Depresión

El estudio de Alladin y Alibhai (2007) representa la primera comparación de la función de coadyuvante de la hipnosis en un tratamiento psicológico bien establecido para la depresión: la Terapia Cognitiva para la Depresión de Beck (Beck, Rusch, Shaw, y Emery, 1979). Aunque, tanto los pacientes tratados con hipnoterapia cognitiva (HC), como los tratados con terapia cognitivo-conductual (TCC) mejoraron respecto a sus puntuaciones de línea base, los del grupo HC mostraron cambios significativamente mayores en depresión, ansiedad y desesperanza que los del grupo de TCC, y estos cambios se mantuvieron a los seis y doce meses de seguimiento. Los resultados de este estudio cumplen con los criterios de Chambless y Hollon (1998) que permiten considerar al tratamiento de hipnoterapia cognitiva para la depresión como probablemente eficaz (Alladin y Alibhai, 2007). Asimismo, Shih, Yang, y Koo (2009) realizaron un meta-análisis cuyos resultados sugieren que diversas formas de usar la hipnosis pueden ser útiles para reducir los síntomas depresivos.

Tabaquismo

Según la revisión de Green y Lynn (2000), la hipnosis se puede considerar como un tratamiento “posiblemente eficaz” para dejar de fumar de acuerdo con los criterios de Chambless y Hollon (1998). Las intervenciones hipnóticas se muestran más eficaces que la lista de espera o la condición sin tratamiento. Sin embargo, los procedimientos hipnóticos no han mostrado ser más eficaces que otros tratamientos, y la evidencia de si la hipnosis aporta resultados mejores que los placebos es controvertida. Asimismo, en muchos estudios es difícil separar los efectos específicos de la hipnosis de los de las intervenciones cognitivo-comportamentales y educativas a las que se adjunta (Green y Lynn, 2000). Otra limitación de muchas investigaciones es que basan sus resultados en

los informes verbales de los participantes respecto a su abstinencia, lo cual puede sobrestimar la eficacia del tratamiento. Por tanto, la inclusión de medidas bioquímicas de la abstinencia son esenciales para la obtención de resultados válidos (Green y Lynn, 2000). También conviene destacar que se han encontrado diferencias de género en el éxito de las intervenciones que incluyen la hipnosis para dejar de fumar, teniendo más éxito los hombres que las mujeres, resultado que también se da en intervenciones sin hipnosis (Green, Lynn, y Montgomery, 2008).

Carmody et al., (2008) encontraron que la hipnosis como coadyuvante parece mejorar la eficacia de los parches de nicotina, superando los tratamientos educativos comportamentales. Por otro lado Ayala-Corredor (2010), concluye tras revisar la literatura sobre el tema, que la calidad de los estudios disponibles es limitada y que la mejor estrategia de tratamiento, debe incluir una intervención multidimensional en la que se emplee la suplencia de nicotina, técnicas comportamentales e hipnóticas, y estrategias para mantener la abstinencia a largo plazo. A una conclusión similar llegan es una publicación reciente de Delgado, González-Ordi, y Capilla-Ramírez (2012).

A pesar de estos problemas metodológicos para establecer su eficacia, la hipnosis es un procedimiento breve y económico con menos costos que otras intervenciones, lo que se ve reflejado en su frecuente uso en la práctica clínica (Elkins, Marcus, Bates, Rajab, y Cook, 2006; Elkins y Rajab, 2004; Green, 1996; Lynn, Neufeld, Rhue, y Matorin, 1993; Mendoza, 2000).

Trauma

Aunque existen muchos informes anecdóticos y estudios de caso que afirman que la hipnosis tiene repercusiones en el tratamiento del trauma, sólo un estudio (Brom, Kleber, y Defare, 1989) se acerca a cumplir los criterios de Chambless y Hollon (1998) de acuerdo con la revisión de Cardeña (2000). Brom, Kleber, y Defare (1989) compararon los efectos de la hipnoterapia, la desensibilización sistemática y la psicoterapia psicodinámica en el tratamiento del estrés post-traumático. Las tres intervenciones mostraron ser más eficaces que el grupo control de lista de espera, tanto al final del tratamiento, como a los tres meses de seguimiento, si bien ninguna de las intervenciones fue superior a las demás. No obstante, el grupo de hipnosis necesitó menos sesiones de tratamiento que los otros grupos, siendo, junto con el de desensibilización sistemática, más eficaz que la terapia psicodinámica en el tratamiento de síntomas intrusivos (Brom, et al., 1989).

Un estudio posterior sobre el tratamiento del Trastorno de Estrés Agudo (Bryant, Moulds, Guthrie, y Nixon, 2005) comparó la hipnosis como coadyuvante de la terapia cognitivo-comportamental, con la terapia cognitivo-comportamental sola, y con asesoramiento de apoyo. Al final del tratamiento, la mejor de las tres intervenciones en la mejora de los síntomas de re-experimentación, fue la que incluyó hipnosis, aunque a los tres y seis meses de seguimiento fue equivalente al tratamiento cognitivo-comportamental solo. Ambas intervenciones, fueron mejores que el asesoramiento de apoyo durante las tres veces que se evaluó la mejora en síntomas de estrés post-traumático y depresión.

Teniendo en cuenta que las intervenciones utilizadas para tratar el trauma pueden llevarse a cabo fácilmente con hipnosis, y que los procedimientos hipnóticos pueden ayudar a modular e integrar recuerdos traumáticos (Cardeña, 2000), la hipnosis puede considerarse una intervención prometedora en la mejora

de los síntomas post-traumáticos de las víctimas de trauma. De hecho, existe un modelo heurístico que usa la hipnosis como coadyuvante para tratar ese trastorno (Cardeña, Maldonado, van der Hart, y Spiegel, 2008). Asimismo, en diversos estudios se ha demostrado que las personas que, sufren estrés post traumático son altamente hipnotizables, y por tanto, probablemente, según estos autores, se pueden beneficiar más de la hipnosis que otro tipo de pacientes (Spiegel, Hunt, y Dondershine, 1988; Stutman y Bliss, 1985).

Es necesaria más investigación en este campo, la hipnosis puede ser una intervención eficaz para el tratamiento del trauma, pero todavía no hay apoyo empírico suficiente (Cardeña, 2000).

Trastornos psicosomáticos

Flammer y Alladin (2007) analizaron sistemáticamente diversos estudios clínicos controlados y aleatorizados, sobre los que se realizó un meta-análisis para evaluar la eficacia de la hipnosis como única intervención en el tratamiento de los trastornos psicosomáticos. Los estudios incluidos en el meta-análisis compararon grupos tratados con hipnosis como la única técnica utilizada, excepto el tratamiento médico estándar, con grupos control de lista de espera.

Aunque los autores concluyeron que, según su meta-análisis, la hipnosis es altamente eficaz en el tratamiento de los trastornos psicosomáticos, también indican que estos resultados no son concluyentes y deberían ser valorados con precaución, debido a las limitaciones de este estudio. Los autores señalaron algunas de ellas: en primer lugar, la carencia de una categoría distintiva de trastornos psicosomáticos en las clasificaciones tanto de la CIE-10 como del DSM-IV que afecta a la interpretación del meta-análisis, así como el hecho de que no había estudios disponibles que cumplieran los criterios de evaluación de la eficacia de la hipnosis en el tratamiento del amplio rango de condiciones

consideradas por los autores como trastornos psicosomáticos. Además, no se analizaron los efectos de factores como las diferencias en criterios diagnósticos, edad y gravedad de los síntomas sobre el resultado del tratamiento, porque los estudios seleccionados no aportaban suficiente información (Flammer y Alladin, 2007). Asimismo, los autores también señalaron que en los estudios incluidos en el análisis, la hipnosis fue utilizada para el alivio de los síntomas, dejando de lado otros componentes que pueden ayudar a los pacientes a afrontar los problemas psicosomáticos, como son los factores de mantenimiento, las cogniciones y las emociones (Flammer y Alladin, 2007). Por tanto, debería realizarse más investigación respecto a la eficacia de la hipnosis no sólo en el tratamiento de los síntomas de los trastornos psicosomáticos, sino también en los otros componentes que pueden estar manteniendo este tipo de trastornos. Sin embargo, quizás los aspectos más problemáticos, según Mendoza y Capafons (2009) son que el informe de los datos de seguimiento a largo plazo no fue un criterio de inclusión en el meta-análisis, es decir, la medida de eficacia se circunscribe a los datos post intervención, y que los resultados que muestran los autores del trabajo acerca del tipo de hipnosis más eficaz (ericksoniana, tradicional y mixta) indican una relación inversa entre número de trabajos publicados y eficacia: es decir la menos investigada, la hipnosis ericksoniana aparecía como la más eficaz, seguida de la mixta y de la tradicional, ambas más investigadas y en ese mismo orden inverso a la anterior.

2.4. ACTITUDES

2.4.1. RAZONES DE ESTUDIAR LAS ACTITUDES

Las actitudes han sido objeto de estudio y de investigación de la Psicología Social desde sus orígenes (Thurstone, 1928), y las definiciones que de ellas se han dado han sido muy numerosas (Baron y Byrne, 1998). Son de particular relevancia en el estudio de la conducta desde un modelo psicosocial, ya que sirven como indicadores o predictores de la conducta. Por lo tanto, conocer las actitudes de una persona hacia cierto objeto o fenómeno da una idea de la manera en que ésta se relacionará con el mismo, y de cómo será su conducta ante el objeto de actitud (Stahlberg y Frey, 1990). De esta modo, las actitudes que las personas que hagan uso de la hipnosis, por ejemplo clientes, estudiantes, tengan hacia la hipnosis son importantes pues, según sean positivas, negativas o neutrales, recibirán de forma diferente la información que profesionales de la salud, profesores, etc., proporcionen sobre este conjunto de procedimientos sugestivos. Tener información adecuada sobre un objeto actitudinal y una experiencia directa con el mismo, ayudará a cambiar a una actitud más positiva hacia dicho objeto, si el objeto es positivo, obviamente. En el caso de la hipnosis, los resultados de múltiples investigaciones han mostrado que implica un conjunto de procedimientos sugestivos de una excelente relación costo-eficacia para el tratamiento de diversos trastornos y condiciones médicas, como coadyuvante a otras intervenciones. Sin embargo, mal utilizada puede conllevar efectos iatrogénicos, como por ejemplo la génesis de falsos recuerdos. Más aún, las actitudes hacia la hipnosis parecen tan buen o mejor *predictor* del resultado de los tratamientos que la incluyen que la sugestionabilidad hipnótica, lo que ayuda a la selección de la intervención óptima para cada paciente, algo cada vez más

importante en el terreno de los tratamientos psicológicos (Haynes, Godoy, y Gavino, 2011; Schoenberger, 2000). Además, numerosos estudios han destacado la importancia de las actitudes, las creencias y las expectativas hacia la hipnosis en la activación de las respuestas a las sugerencias hipnóticas, y de los resultados de las intervenciones en las que se incluye ésta (Barber, Spanos, y Chaves, 1974; Chaves, 1999; De Groh, 1989). De acuerdo con Spanos (1982) la estabilidad de la sugestionabilidad hipnótica a través de las pruebas, refleja la estabilidad de las interpretaciones y creencias de las personas acerca de la hipnosis, y no la naturaleza de rasgo de la hipnotizabilidad. Spanos (1982) afirma que tener actitudes positivas hacia la hipnosis y niveles moderados de habilidades de imaginación, son factores importantes en la sugestionabilidad hipnótica. La investigación ha demostrado, de hecho, que son las actitudes y expectativas positivas al inicio del tratamiento, como se ha indicado, las que mejor predicen el cambio terapéutico, incluso mejor que la sugestionabilidad hipnótica del cliente (Schoenberger et al., 1997).

2.4.2. DEFINICIONES, COMPONENTES Y TIPOS

Si las actitudes positivas han demostrado ser fundamentales, cabría esclarecer qué es lo que entendemos por actitud.

El término “actitud social” fue introducido en la psicología social por Thomas y Znaniecki (1918) para explicar las diferencias conductuales observadas en la vida cotidiana entre los campesinos polacos residentes en Polonia y aquellos que residían en los EE.UU. A partir de entonces se han propuesto distintas definiciones para este concepto.

Según Fishbein y Ajzen (1975) una actitud es una predisposición a responder de una manera consistentemente favorable o desfavorable con respecto a un

objeto dado. Petty y Cacioppo (1981) definen actitud como un sentimiento general y permanente positivo o negativo acerca de una persona, objeto o problema. Estas definiciones enfatizan tres características importantes de las actitudes: son aprendidas, predisponen a la acción e implican una evaluación (favorable-desfavorable, positiva-negativa, buena-mala) (Pratkanis, 1989). No obstante, hace ya tiempo, algunos autores han aportado resultados que muestran que algunas actitudes pueden tener una influencia genética, siendo los estudios de gemelos los que aportan los datos más convincentes. En este sentido, los investigadores han hallado un factor de herencia superior a 0.5 en algunas actitudes, lo que indicaría que el 50% de varianza de dichas actitudes entre las personas de una misma población puede ser atribuida a la varianza genética de esa población (Bohner y Wänke, 2002). Serían actitudes como la religiosidad (Waller, Kojetin, Bouchard, Lykken, y Tellegen, 1990), la satisfacción en el trabajo (Arvey, Bouchard, Segal, y Abraham, 1989), actitudes vocacionales e intereses (Keller, Bouchard, Arvey, Segal, y Dawes, 1992; Roberts y Johansson, 1974; Scarr y Weinberg, 1978), autoritarismo (Scarr, 1981), afición al jazz y actitudes hacia la pena capital (Martin et al., 1986), y supremacía blanca y patriotismo (Eaves, Eysenck, y Martín, 1989).

De todas formas, pese a que podría ser posible que existiera un gen o combinación de ellos que favoreciera unas actitudes u otras, existe una explicación más probable, cuyo supuesto básico sería la existencia de variables mediadoras, como diferencias en las estructuras sensoriales, inteligencia, temperamento, nivel de actividad, o condicionabilidad (Tesser, 1993), controladas en parte por los genes y que influyen en las actitudes (Bohner y Wänke, 2002). Así, según estos autores, las personas formarían sus actitudes en función de sus propias disposiciones, como la personalidad o las habilidades, de modo que de existir un componente genético en dichas disposiciones, también se observará un

componente genético en las actitudes relacionadas.

En este sentido, hay dos aspectos que deben ser tenidos en cuenta en relación a la influencia genética; en primer lugar, el factor de herencia no se aplica a individuos, sino a la varianza de una variable dentro de una población, por lo que no estaría expresando el grado en que esa variable particular es consecuencia de un gen particular, sino que algunas de las diferencias que se dan entre las personas en una misma actitud, pueden deberse, parcialmente, a diferencias genéticas; y, en segundo lugar, la influencia que pueda tener un gen sobre una actitud, una conducta o un rasgo, ni es exclusiva, ni es irreversible ni es insensible a la modificación por parte de otros factores (Bohner y Wänke, 2002).

Fuera lo que fuere, a pesar de que, como se ha visto, un reducido número de actitudes pueden verse influidas por factores genéticos, la gran mayoría se aprenden y se adquieren a través de procesos de tipo social, como la exposición, el condicionamiento y el aprendizaje social (Baron y Byrne, 1998; Bohner y Wänke, 2002).

A lo largo de la historia podemos encontrar numerosas definiciones, entre ellas, la propuesta por Rosenberg y Hovland (1960). Según estos autores las actitudes son predisposiciones a responder a un estímulo con estos tres tipos de respuesta: afectivos (concernientes a sentimientos evaluativos de agrado o desagrado), cognitivos (concernientes a creencias, opiniones e ideas acerca del objeto actitudinal) y conativos/conductuales (concernientes a intenciones conductuales o tendencias de acción). Según el modelo de Rosenberg y Hovland (1960), los estímulos actuarían como variables independientes; las actitudes, que corresponderían a las predisposiciones a responder a esos estímulos determinados, funcionarían como variables intervinientes, y, por último, una serie de respuestas específicas o variables dependientes, serían las propias de cada uno de los tipos de respuesta (afectivas, cognitivas y conductuales). Más

que una definición, éste es un modelo de la estructura actitudinal al que se ha denominado modelo de los tres componentes de las actitudes (Stahlberg y Frey, 1990). Sin embargo, la investigación empírica no ha utilizado mucho este modelo, por la dificultad de llegar a un acuerdo respecto al significado de sus términos. Por ejemplo, afecto se ha descrito como una evaluación, como sentimientos subjetivos y como correlatos fisiológicos. Además, aquellos estudios que han intentado validar la estructura de las actitudes de tres componentes no han podido demostrar tener un valor predictivo o explicativo sólido (Pratkanis, 1989).

Otra definición es la de Fazio (1989) quien considera una actitud como una asociación entre un objeto y una evaluación dados, entendiendo por evaluación el afecto que despierta, las emociones que moviliza, el recuerdo emotivo de las experiencias vividas e incluso las creencias acerca de la capacidad del objeto para conseguir las metas adecuadas (Morales, Reboloso y, Moya, 1996).

Eagly y Chaiken (1993), por su parte, entienden que las actitudes son tendencias psicológicas expresadas a través de la evaluación, favorable o desfavorable, de un objeto concreto. Consecuentemente, en función del tipo de objeto actitudinal, se pueden distinguir varios tipos de actitudes: (a) las actitudes negativas, incluyendo opiniones dogmáticas y desfavorables, hacia grupos de minorías y, por extensión, hacia miembros individuales de estos grupos, que son las actitudes denominadas *prejuicios* (Billig, 1984); (b) las actitudes positivas hacia personas individuales, también llamadas *atracción interpersonal*; (c) las actitudes hacia uno mismo que se suelen denominar *auto-estima* (Rosenberg, 1965); y (d) las actitudes hacia metas relativamente abstractas o estados de la existencia humana (por ejemplo, libertad, igualdad, salvación) denominadas *valores* (Eagly y Chaiken, 1993).

Las respuestas evaluativas de tipo cognitivo son pensamientos o ideas sobre el objeto de actitud (Eagly y Chaiken, 1993). Estos pensamientos se suelen conceptualizar como *creencias*, que son entendidas como asociaciones o vínculos que las personas establecen entre el objeto de actitud y varios atributos (Fishbein y Azjen, 1975). Por tanto, una creencia sobre un objeto es una proposición que es aprobada y aceptada como verdadera, y es por tanto un subconjunto de la información que una persona tiene sobre un objeto (Pratkanis, 1989).

Pese a que se utiliza el término creencia para describir todos los pensamientos que las personas tienen sobre los objetos de actitud, las respuestas evaluativas que son de naturaleza cognitiva se han denominado de distintas formas: cogniciones, conocimiento, opiniones, información e inferencias. Estos términos son útiles en algunos contextos pero se solapan considerablemente con el concepto de creencia (Eagly y Chaiken, 1993). Dentro del estudio de la relación entre creencias y actitudes se ha desarrollado el *modelo de expectativa-valor* (Fishbein, 1963, 1967). De acuerdo con este modelo, una actitud de la persona hacia el objeto de actitud es función del valor de los atributos asociados al objeto y de la expectativa, entendida ésta como la probabilidad subjetiva de que el objeto de actitud esté efectivamente caracterizado por estos atributos. Así, una actitud se predice multiplicando los componentes del valor y de la expectativa asociados a cada atributo, y sumando luego estos productos (Stahlberg y Frey, 1990). Este modelo estructural de la actitud lo han comprobado empíricamente en numerosos estudios Fishbein y otros investigadores (Fishbein, 1963; Fishbein y Coombs, 1974; Jaccard y Davidson, 1972). De acuerdo con Fishbein y Azjen (1975), se pueden distinguir tres tipos de creencias en función de su origen. El primer tipo de fuente de conocimiento es la observación directa. Ésta tiene que ver con la experiencia resultante de mantener un contacto personal con los objetos

actitudinales que lleva a adquirir un importante número de creencias que se conservan con certeza máxima (aunque subjetiva), al haber sido validadas continuamente por la experiencia. A las creencias conformadas por este tipo de información, se les llama *creencias descriptivas*, y suelen tener un peso privilegiado en las actitudes de los individuos.

La segunda fuente de información es la que se adquiere, ya sea por relaciones previamente aprendidas, o mediante el uso de sistemas formales de codificación, pero sin haber una observación de la realidad. A estas creencias se les llama *creencias inferenciales*.

Finalmente, el tercer tipo de fuente de información es el de aquella que procede de los demás o es dada a conocer por los medios de difusión externos. A estas creencias se les denomina *creencias informativas* (Fishbein y Azjen, 1975). Un caso particular de tipo de creencia, en este caso atendiendo al objeto de actitud al que se refiere, es el *estereotipo*, que se ha estudiado en detalle por su relevancia social. La definición que más autores comparten sobre estereotipos, es que son constructos cognitivos que hacen referencia a los atributos personales, mayoritariamente rasgos de personalidad, de un grupo social (Morales et al., 1996).

Cuando se parte de un concepto de actitud de tres componentes, el cognitivo, el afectivo y el conductual) (Harding, Kutner, Proshansky, y Chein, 1954; Kiesler, Collins, y Miller, 1969), y en el caso de una actitud negativa hacia un grupo o categoría social, el estereotipo sería el conjunto de creencias acerca de los atributos asignados al grupo, el prejuicio sería el afecto o la evaluación generalmente negativa del grupo, y la discriminación sería la conducta de falta de igualdad en el tratamiento otorgado a las personas en virtud de su pertenencia al

grupo categoría en cuestión (Morales et al., 1996). Así el estereotipo sería el componente cognitivo de las actitudes prejuiciosas (Harding et al., 1954; Harding, Proshansky, Kutner, y Chein, 1969; Secord y Backman, 1964).

Si se parte de un concepto de actitud de un solo componente, al modo de Fishbein y Ajzen (1975), habría que tener en cuenta que el estereotipo equivale a una creencia u opinión y el prejuicio a una actitud por lo general negativa hacia un grupo (Stroebe e Ilnko, 1989). Es importante señalar que, aunque uno pueda tener el conocimiento de un estereotipo, sus creencias personales pueden ser o no congruentes con el estereotipo. La creencia en ese estereotipo variará de una persona a otra. Algunos teóricos dan a entender que los estereotipos son funcionales para las personas, porque les permiten racionalizar sus prejuicios en contra de un determinado grupo (Allport, 1954; LaViolette y Silvert, 1951; Saenger, 1953; Simpson, y Yinger, 1965). Devine (1989), discute en diferentes estudios acerca del funcionamiento automático de los prejuicios y la posibilidad de controlarlos. Finalmente, defiende que las personas, que tienden a emitir juicios, son conocedoras de los estereotipos culturales, lo que conlleva que éstos se activan automáticamente en presencia de un miembro o algún equivalente simbólico (una bandera, un color, etc.) del grupo categorizado. Fazio, Jackson, Dunton, y Williams (1995) han argumentado que, con independencia de las convicciones conscientes, todas las personas albergan actitudes inconscientes hacia los grupos sociales. En síntesis, diferentes autores coinciden en que el mero conocimiento del estereotipo facilita inevitablemente al prejuicio (Devine, 1989; Fazio et al., 1995; Hachette, 2001).

La discriminación no puede ser vista separada de los estereotipos y prejuicios; sin embargo, se ha determinado que hay discriminación sin la existencia clara y evidente de un prejuicio (Billig, 1984). De la misma manera, no

existe un enlace automático entre el prejuicio y la discriminación, el hecho de que una persona exprese prejuicios negativos hacia un grupo exterior determinado, no significa forzosamente que esta persona siempre se comporte de manera hostil hacia cada miembro individual de dicho grupo, es decir, el prejuicio no conduce siempre a la discriminación (Billig, 1984).

De acuerdo a Martínez-Veiga (2001), las personas se cuidan muy mucho de aparecer como prejuiciosas ante los demás e incluso entre ellas mismas, porque el prejuicio está mal visto socialmente, y manifestarlo abiertamente supone una trasgresión de la norma mayoritariamente aceptada. Sin embargo, el rechazo hacia el “otro” diferente y los estereotipos negativos de ciertos grupos siguen coexistiendo con una nueva forma de expresión del prejuicio: el prejuicio sutil.

2.4.3. FUNCIONES

Las teorías funcionales de las actitudes comparten la asunción de que las actitudes pueden clasificarse según las necesidades psicológicas que cumplen, y proponen listas de funciones de las actitudes.

Funciones Motivacionales

Katz (1960), Smith, Bruner, y White (1956) y McGuire (1969) proponen grupos similares de funciones y las recogen en sus teorías funcionales de la actitud, que tienen una naturaleza motivacional (Shavitt, 1989). Las funciones propuestas por estos autores asumen que ciertas necesidades o motivos generales fomentan o dirigen el funcionamiento actitudinal (Stahlberg y Frey, 1990).

Katz (1984) define cuatro funciones que pueden desempeñar las actitudes en la personalidad con relación a sus bases motivacionales:

1. **Función instrumental, adaptativa o utilitaria.** Esta función consiste en que las actitudes ayudan a las personas a optimizar los objetivos deseados como las recompensas y a minimizar los objetivos no deseados como el castigo. Esencialmente reconoce el hecho de que las personas tratan de optimizar las gratificaciones del mundo externo y en minimizar lo desagradable.
2. **Función defensiva del yo.** A través de la cual la persona se protege a sí misma de reconocer las verdades básicas sobre sí misma o las duras realidades de su ambiente externo. Este tipo de motivación está dentro de la línea de pensamiento freudiano y neofreudiano. Así, las actitudes funcionarían protegiendo a la persona de sentimientos negativos hacia sí misma o el propio grupo, permitiendo proyecciones de estos sentimientos hacia otras personas, tales como grupos minoritarios
3. **Función expresiva de valores,** en la que el individuo obtiene satisfacciones al expresar actitudes adecuadas a sus valores personales y a su concepto de sí mismo. Las personas obtienen satisfacciones por la expresión de actitudes que reflejan sus más apreciadas creencias y su imagen de sí mismo. Cuando la persona expresa la actitud, confirma la validez del propio concepto de sí misma sin tener intención de influir en los demás (Stahlberg y Frey, 1990). La teoría de esta función se deriva de la psicología del yo y de otras variedades de teoría de la personalidad (Eagly y Chaiken, 1993).
4. **Función cognoscitiva.** Esta función está basada en la necesidad del individuo de dotar de una estructura adecuada a su mundo. Las personas necesitan patrones o marcos de referencia para comprender su mundo y las actitudes ayudan a suministrar tales patrones. Esta función entraría ya dentro del siguiente apartado.

Actitudes que dirigen el procesamiento de la información

De acuerdo a Stahlberg y Frey (1990) para analizar el papel de las actitudes en el procesamiento de la información, hay que tener en cuenta tres aspectos:

a) Búsqueda activa de la información relevante a la actitud (atención selectiva):

Una de las ideas más antiguas en la bibliografía de las actitudes es que prestamos más atención a lo que respalda o coincide con nuestras actitudes (Worchel, Cooper, Goethals, y Olson, 2002). Esta teoría de la atención selectiva recibió su más claro enunciado en la teoría de la disonancia cognitiva (Festinger, 1957; 1964). Festinger propuso dos esquemas de atención motivada con base en el supuesto que buscamos creer que nuestras actitudes son correctas. Primero buscamos o atendemos la información que es congruente con nuestras actitudes. Segundo evitamos e ignoramos (también de manera selectiva) la información incongruente. Ambos componentes forman la hipótesis de la exposición selectiva: los observadores controlan su exposición a la información para orientarse a la congruente y eludir la incongruente (Worchel et al., 2002). Pero hay que señalar, que, para que se produzcan los efectos de la exposición selectiva, debe existir un cierto compromiso con el propio juicio, decisión o actitud. Por el contrario, cuando una persona no se encuentra comprometida con su actitud, puede cambiarla fácilmente y por tanto, no puede esperarse que evoque un efecto significativo de exposición selectiva (Stahlberg y Frey, 1990).

b) Percepción de la información relevante a la actitud (percepción selectiva):

Las actitudes no solo dirigen la atención, sino que también tienen un efecto en nuestra manera de percibir los estímulos. Nuestro procesamiento de la información estará influido por una percepción selectiva. En general, tendemos a interpretar la información en el sentido que apoya nuestras actitudes más de lo que en realidad lo hace. Este efecto es particularmente pronunciado cuando la información es ambigua, ya que las circunstancias permiten mayor flexibilidad en la información (Worchel et al., 2002).

Fazio y Williams (1986) demostraron que las personas procesan selectivamente la información referente a las cualidades de los objetos de actitud de tal manera que sus percepciones sean consonantes con su actitud. Así, si se tiene una actitud positiva hacia algo, se procesará con más facilidad toda aquella información que sea consistente con cualidades positivas del objeto de actitud.

c) Recuerdo de la información relevante a la actitud (memoria selectiva):

Según Worchel et al., (2002) existen varias razones para suponer que la información congruente con las actitudes esté sobre representada en la memoria en proporción con la información incongruente. Primera, la información que es congruente con las actitudes es más fácil de codificar en la memoria a largo plazo porque coincide con las estructuras y esquemas presentes. Segunda, tratamos deliberadamente de reprimir u olvidar la información incongruente, y, tercera, nos valemos de nuestras actitudes como indicadores de búsqueda en la memoria.

Ross (1989) revisó varios estudios que mostraban que aprovechábamos nuestras actitudes como indicadores para buscar en nuestra memoria y reconstruir sucesos del pasado. Judd y Kulik (1980) demostraron que las actitudes facilitan el recuerdo de las afirmaciones de actitud que estuvieron muy de acuerdo o en desacuerdo, en contraposición a las afirmaciones que activan respuestas moderadas en una escala de acuerdo. También los estudios de Fazio, Sanbonmatsu, Powell, y Kardes (1986) confirmaron la hipótesis de que las actitudes pueden ser activadas de manera automática ante la observación o mención del objeto de actitud, y la probabilidad de tal activación depende de la fuerza de la asociación objeto-evaluación en la memoria. Por tanto, estas actitudes accesibles funcionan como un filtro a través del cual se considera la información disponible. Sin esa activación de la actitud desde la memoria, la actitud no guiaría el procesamiento de la información. Los hallazgos de estos estudios convergen en la noción de que la accesibilidad de la actitud gobierna el grado en que se da el procesamiento sesgado en función de la actitud (Fazio, 1989).

Las explicaciones cognitivas del procesamiento de la información no sólo incluyen la idea de que las personas desean reducir inconsistencias entre cogniciones relacionadas, sino también que están motivadas a simplificar y organizar los estímulos (Eagly y Chaiken, 1993). De esta forma, las actitudes pueden tener además la función esquemática y la función de heurísticos.

d) Actitudes con función esquemática

Se entiende el esquema como un conocimiento de elevada abstracción (Hilton y Von Hippel, 1996). En este sentido, según Fiske y Taylor (1984) un

esquema se define como una estructura cognitiva que representa el conocimiento organizado acerca de un concepto dado o clase de estímulos. De acuerdo a Fiske y Morling (1995) los esquemas tienen principalmente dos propiedades:

1. El esquema es un resumen, representando un conocimiento general acerca de un dominio o categoría y enfatizando las similitudes entre los casos especiales, en orden de simplificar la realidad.

2. Un esquema afecta el procesamiento de nueva información estableciendo expectativas, facilitando su codificación y guiando las inferencias, una persona que utiliza un esquema debe “ir más allá de la información dada” en cada situación en particular (Bruner, 1957).

De acuerdo a Bohner y Wänke (2002) aplicando este criterio a las actitudes, se espera que teniendo una actitud, se simplifica y se guía el procesamiento de la información en formas predecibles. Siguiendo a estos autores, en línea con los apoyos motivacionales y cognitivos de los efectos actitudinales del procesamiento, se debe distinguir por un lado, entre consciencia y efectos estratégicos (por ejemplo búsqueda activa y elaboración de información consistente con la actitud) y por otro, los efectos automáticos (por ejemplo, atraer la atención de forma involuntaria hacia el objeto actitudinal)

La consideración de las actitudes como un tipo de esquema pone de manifiesto las implicaciones de las actitudes en el procesamiento de la información. Sin embargo, es importante señalar que ambos conceptos se diferencian porque el término actitud se refiere a evaluación, mientras que el término esquema se ha utilizado de una manera más amplia, incluyendo todos los aspectos de las representaciones mentales. Así, es posible considerar las actitudes como un subtipo del concepto más general de

esquema. La visión de que los esquemas son útiles para permitir a las personas representar y organizar la información de su realidad coincide con la función de *conocimiento* descrita por Katz (1960), en la que las actitudes servirían para organizar y simplificar las experiencias de los individuos (Eagly y Chaiken, 1993).

Se ha presupuesto que los efectos de las actitudes en el pensamiento ocurren en todas las etapas del procesamiento de la información incluyendo (a) atención, codificación y exposición (b) juicios y elaboración, y (c) memoria (Eagly y Chaiken, 1998).

e) Actitudes con función heurística

Un heurístico se define como una estrategia simple para resolver un problema. Un heurístico actitudinal es un heurístico que utiliza la relación evaluativa como una clave en la estrategia de resolución de problemas. Aquí entrarían las concepciones teóricas (Eagly y Chaiken, 1993; Fazio, 1986) que conceptualizan las actitudes como esquemas sociales simples, ligados a factores afectivos y emocionales, que facilitarían la adopción de decisiones y la realización de la conducta a través de mecanismos heurísticos rápidos y con escaso esfuerzo cognitivo. Es decir, de acuerdo a Pratkanis (1989) las actitudes guían los procesos cognitivos conceptuales determinando la estrategia a seguir con respecto a un objeto, las actitudes positivas llevan a una estrategia a favor mientras que las negativas llevan a lo contrario. De acuerdo a este autor, existen cinco condiciones que aumentan la probabilidad de que una actitud se utilice como un heurístico:

1. La actitud debe estar almacenada en la memoria.
2. La actitud debe representar la mejor (o única) estrategia para resolver un problema (por ejemplo, no hay estrategias o teorías

disponibles alternativas en competencia).

3. La actitud debe tener una alta accesibilidad y fuerza.
4. Presión temporal para resolver el problema, sobrecarga de información y presencia en el entorno de mensajes densos.
5. Debe haber un problema a resolver cuya respuesta no es objetiva y clara.

Siguiendo a Pratkanis (1989) en los casos en que la persona es consciente de un sesgo de actitud, puede eliminar el sesgo o intentar compensarlo, siendo reemplazados los efectos automáticos de la actitud como un heurístico por procesos controlados.

Actitudes que guían la conducta

De acuerdo a Eagly y Chaiken (2005) uno de los grandes logros de la investigación en actitudes es el progreso substancial hecho en la predicción del comportamiento mediante las actitudes, que siguió la afirmación de Wicker (1969) según la cual las actitudes eran pobres predictoras de las conductas. A partir de los años 70 se empiezan a encontrar más relaciones entre actitudes y conducta. Se cambia el planteamiento y ahora las preguntas son otras. ¿Cuándo y bajo qué condiciones nuestras actitudes predicen nuestra conducta? y ¿A través de que procesos?

Hay diferentes factores que explican porque no siempre existe una relación directa y lineal entre actitud y conducta:

- *Factores metodológicos*

De acuerdo a Ajzen y Fishbein (1977) el hecho de que no se encontrara relación entre actitud y conducta se debía a la falta de correspondencia en la medida de la actitud y de la conducta, es decir no se medía el mismo nivel de

especificidad, proponen el principio de compatibilidad, en donde tratan de medir la actitud y la conducta de la misma manera (o las dos muy concretas o las dos muy generales). Esto significa que, tanto la actitud, como la conducta se caracterizan por cuatro elementos:

1. El elemento *acción* que se refiere a qué conducta va a llevarse a cabo.
2. El elemento del *objetivo* al que se dirige la conducta.
3. El elemento del *contexto* en el que se ejecuta la conducta.
4. El componente *tiempo* referido al momento en que se realiza la conducta.

Dos indicadores de una disposición son compatibles el uno con el otro hasta el punto en que sus elementos de acción, objetivo, contexto y tiempo se evalúan en niveles idénticos de generalidad y especificidad que, a su vez, dependen de los procedimientos de medida empleados (Ajzen, 1989). Una única observación de una *acción* es un indicador altamente específico de la conducta en que se implica una respuesta dada, dirigida a un *objetivo* particular y ejecutada en un *contexto* dado, y en un momento dado de *tiempo*. Según el principio de compatibilidad, la consistencia entre dos indicadores de una disposición dada, es función del grado en que los indicadores evalúan la disposición al mismo nivel de generalidad o especificidad. Por tanto, cuanto más similares sean los elementos de acción, objetivo, contexto y tiempo de la actitud a esos mismos elementos de una la conducta, más fuerte debería ser la relación estadística entre ellos (Ajzen, 1989).

Muchos estudios no han logrado asegurar una correspondencia íntima entre la especificidad de la actitud y las medidas de la conducta relativas a estos cuatro elementos. Por ejemplo, la medida de la actitud se ha tomado de manera global especificando solamente uno (la mayoría de las veces el objetivo) o dos elementos. Mientras que la medida de la conducta ha

sido con frecuencia muy específica caracterizada por las cuatro dimensiones (Stahlberg y Frey, 1990).

En definitiva, sólo se puede encontrar una relación estrecha cuando ambas medidas se corresponden en su grado de especificidad. Ajzen y Fishbein (1977) encontraron apoyo para esta noción ya que sólo se han obtenido correlaciones notables entre actitudes y conducta cuando ambas medidas mostraban una alta correspondencia. Sin embargo, esto no implica que las actitudes globales (por ejemplo, las expresadas sólo en función de cierto objetivo) no sean útiles para predecir la conducta. En la medida en que la conducta esté conceptualizada de forma también global, puede existir una relación bastante fuerte entre actitudes y acciones conductuales (Stahlberg y Frey, 1990).

- *Factores situacionales*

Son los factores relacionados con el contexto. Muchas veces no se ha tenido en cuenta que, tanto la actitud, como la conducta están sometidas a factores situacionales, a la presión o a la influencia social. Los condicionamientos ambientales pueden debilitar la influencia de las actitudes sobre la conducta. Fishbein y Ajzen (1975) propusieron un modelo de actitudes y conducta que incorpora el componente de las normas sociales como un factor importante. Este modelo, conocido como la teoría de la acción razonada (TAR), se considera el más influyente conocido de la relación actitud-conducta. Según esta teoría, la variable que va a determinar mi intención de realizar una conducta son las actitudes y lo que ellos denominan “norma subjetiva” es el componente social. Las actitudes serían las evaluaciones positivas o negativas. Por una parte Fishbein y Ajzen utilizan el

termino de creencias conductuales (la actitud está determinada por mis creencias conductuales, esto es, la intención de realizar una conducta) y, por otro lado, incluyen la evaluación de esas creencias conductuales (ventajas o desventajas que obtengo de realizar esa conducta). Lo que forma la actitud, es la valoración de las ventajas/desventajas y las consecuencias que obtendría. La norma subjetiva, que sería el componente social, también vendría determinada por dos factores: las creencias normativas (una cosa es lo que yo pienso, pero tengo que tener en cuenta que piensan los demás), la percepción que yo tengo sobre lo que piensan los demás (personas importantes para mí) sobre la realización de la conducta y la motivación para acomodarse a estas expectativas (Stahlberg y Frey, 1990).

Posteriormente, Ajzen (1985, 1991) agregó al modelo una nueva variable, el grado de control percibido sobre la conducta y paso a denominarse "Teoría de Acción Planificada" con la pretensión de que el modelo pudiera predecir conductas sobre las que los individuos tienen un control volitivo incompleto (no depende únicamente de la voluntad de la persona para realizarlas). El control percibido se refiere a la percepción de dos tipos de obstáculos: los que se refieren a la falta de habilidades o competencias de la persona para llevar a cabo la conducta; y los obstáculos situacionales, tales como las oportunidades y los recursos disponibles para ejecutar la conducta. La conducta motivada se ejecutará eficazmente si existe la intención y la posibilidad de realizarla.

Gollwitzer y Sheeran (2006) incluyen dentro del modelo de la Teoría de Acción Planificada "las intenciones de implementación o puesta en práctica". Una vez fijada una meta conductual, el desarrollo de los procesos intencionales necesarios para su consecución puede verse comprometido por una serie de problemas críticos como: (1) las condiciones que pueden propiciar el inicio de las conductas necesarias para su consecución (2) la

aparición de distracciones e interferencias que pueden perjudicar la persistencia de esas conductas (3) la adecuación de las conductas elegidas para la consecución de la meta y (4) disposición de los recursos necesarios para conseguir la meta.

- *Factores de personalidad*

Por último, la posibilidad de que el vínculo entre la actitud y el comportamiento sea más fuerte para unas personas que para otras depende, también, de características de la personalidad. Algunas personas, parece ser que utilizan sus actitudes como una importante guía de comportamiento, y las miran hacia su interior cuando intentan decidir cómo comportarse en una situación dada. Otros, por el contrario, centran su atención hacia el exterior, ven lo que otros dicen o hacen, y tratan de comportarse del modo que será contemplado más favorable por la gente que les rodea. Esta dimensión se conoce como la autovigilancia, y la intensidad del vínculo entre actitud y comportamiento parece diferir para personas situadas en ambos extremos de esta dimensión. Concretamente, parece ser que las actitudes son un mejor predictor del comportamiento para los individuos con un nivel bajo de autovigilancia, los cuales utilizan sus actitudes como guías de comportamiento significantes. Por el contrario, este vínculo es más débil en los individuos con un nivel alto de autovigilancia (Ajzen, Timko, y White, 1982; DeBono y Snyder, 1995).

Finalmente, existen otras características de la actitud que van a tener importancia en la relación actitud-comportamiento, como por ejemplo:

- *Estabilidad (consistencia afectivo-cognitiva) de la actitud*

De acuerdo al modelo propuesto por Rosenberg (1968), cuando las personas perciben inconsistencias en los componentes de su actitud (afectivo o cognitivo) hacia determinados objetos, estarán motivados para cambiar uno o ambos componentes para lograr el re-establecimiento de la consistencia entre afecto y conducta. Según esta autor, aquellas actitudes con una baja consistencia afectiva-cognitiva son inestables en el tiempo, mientras que las actitudes con consistencia afectivo-cognitiva son más estables y tendrán una mayor validez como predictores de la conducta (Stahlberg y Frey, 1990).

Norman (1975) en un estudio en el que diferenciaba entre alta o baja consistencia afectivo-cognitiva actitudinal, encontró las relaciones más elevadas en los participantes con una alta consistencia actitudinal.

Sears (1986) plantea que la limitación puede venir dada por los participantes experimentales utilizados, pues el 70 % de los casos la población del estudio son estudiantes en los que las actitudes no se encuentran plenamente desarrolladas, y no se han formado en base a la experiencia previa, lo que favorece su inconsistencia y su debilidad a la hora de predecir la conducta.

- *Experiencia directa*

Existen muchas pruebas de que las actitudes formadas sobre la base de las experiencias directas a menudo ejercen efectos más fuertes en el comportamiento, que aquellas formadas indirectamente a través de rumores (Kraus, 1995; Regan y Fazio, 1977). De acuerdo con Schlegel (1975), cuanto más experiencia directa tenga una persona con el objeto de actitud, más jerárquica y compleja es la organización de su estructura actitudinal y menos

predecible es por sólo el factor afectivo. Schlegel y DiTecco (1982) afirman que, para las actitudes no basadas en la experiencia, la medida de la respuesta afectiva resume la estructura total de la actitud, y que la predicción de la conducta puede basarse en los componentes afectivos, con actitudes basadas en la experiencia. En este caso, la predicción conductual deberá ser mejorada introduciendo las creencias actitudinales (variables de la estructura cognitiva). En contraposición a estos autores se encuentran Fazio y Zanna (1981) que postulan que las actitudes adquiridas por experiencias directas tienen una mayor claridad (por lo cual pueden ser mejor discriminadas) y una mayor estabilidad temporal, motivo por el que las personas se ven fuertemente influenciadas por estas actitudes. Estos dos últimos autores representan la formación de las actitudes mediante un continuo que va desde la formación a través de la experiencia directa con el objeto, hasta su formación en base a información no conductual (información externa, lecturas, etc.) Así mismo, señalan que los factores diferenciadores entre la fuerza de la actitud basada en la experiencia directa y aquellas basadas en la experiencia indirecta son dobles. Por un lado, la experiencia directa (al estar disponible para la persona) aporta más información sobre el objeto actitudinal. Por otro, que la experiencia directa permite a la persona centrarse en informaciones nuevas que generan sensaciones positivas en ella cuando comprueba que es capaz de tomar decisiones en función de su propia actitud. Fazio y Zanna (1981) concluyen afirmando que las actitudes basadas en experiencia conductual con el objeto de actitud predicen mejor la conducta consecuente que aquellas actitudes basadas en experiencia indirecta no conductual.

- *Intensidad de las actitudes*

De acuerdo con Pettkova, Ajzen, y Driver (1995) las actitudes más fuertes son las que mayor impacto ejercen en el comportamiento de los individuos. La intensidad de las actitudes estaría determinada por tres componentes:

1- Su *importancia*: existen, a su vez, tres factores, que pueden jugar un papel clave en la determinación de la importancia de la actitud (Boringer, Krosnick, y Berent, 1995):

- El interés propio.
- La identificación social: cuanto mayor es la medida en la que una actitud está mantenida por grupos en los que se identifica el individuo, mayor es su importancia.
- La conexión entre actitud y valores: cuanto más estrechamente este conectada una actitud a los valores personales de un individuo, mayor es su importancia.

2- Su *conocimiento*: cuánto sabe la persona sobre el objeto de actitud.

3- La *accesibilidad*: que podría definirse como “la intensidad del vínculo objeto-evaluación de la actitud en la memoria” (Baron y Byrne, 1998) o “la facilidad con la que una actitud viene a la mente” (Worchel, Cooper, Goethals, y Olson, 2002). Cuanto más accesible es la actitud desde la memoria, mayor es la probabilidad de que la actitud inflencie la conducta posterior. La medición de la accesibilidad se realiza a través de la rapidez de respuesta a escalas actitudinales (Fazio, 1990; Fazio, Jackson, Dunton, y Williams, 1995; Fazio y Williams, 1986; Houston y Fazio, 1989).

Diversos estudios (Kraus, 1995; Krosnick, Boninger, Chiang, Berent, y Carnot, 1993) han demostrado que todos estos componentes determinan la intensidad de una actitud. No solo las actitudes intensas ejercen un mayor impacto sobre la conducta, sino que también son más resistentes al cambio, más estables a lo largo del tiempo y tienen un mayor impacto en diversos aspectos de la cognición social.

2.4.4. MEDIDA

Las actitudes en sí mismas no son directamente observables, podrían considerarse como una variable latente que inferimos a través de la conducta o de las declaraciones verbales de las personas, lo cual dificulta el proceso de medida. Otra dificultad de la medida de las actitudes es el hecho de que, si el individuo sabe que se está midiendo una de sus actitudes, es probable que modifique sus respuestas o comportamientos sobre la base de lo que considera socialmente deseable o a lo que cree espera el investigador de él, este fenómeno es conocido como reactividad. A pesar de estas dos grandes limitaciones, son muchos los instrumentos diseñados para la medida y el análisis de las actitudes.

Las técnicas utilizadas en la medida de las actitudes pueden ser clasificadas en directas o indirectas, en función que la persona a la que se van a medir las actitudes, sepa que están siendo medidas o no. En este sentido, son técnicas directas aquellas en las que la persona sabe que su actitud está siendo medida y son técnicas indirectas aquellas que la persona no sabe que su actitud está siendo evaluada. Las técnicas indirectas a su vez pueden ser de dos tipos: técnicas en las cuales el individuo no sabe que está siendo observado y técnicas en que el individuo es consciente de que está siendo observado, pero no de que su actitud está siendo evaluada.

Métodos directos

En estos métodos preguntan directamente a la persona sobre sus actitudes u opiniones, presentando el problema que la persona puede no estar motivada para revelar sus verdaderas actitudes, y tienda a dar respuestas socialmente deseables. Otra desventaja de estos métodos es que puede darse la reactividad del propio procedimiento, ya que, en algunos casos, las personas no mantienen actitudes explícitas o claras respecto a un objeto de actitud. Así, al tener que responder se les obliga a posicionarse, lo que puede originar actitudes espontáneas e inestables, por lo que serán malas predictoras de la conducta (Stahlberg y Frey, 1990). Entre todos los instrumentos directos destacan los siguientes por ser los más utilizados: la Escala de Intervalos Aparentemente Iguales de Thurstone (1928), el Diferencial Semántico (Osgood, Soci, y Tannenbaum, 1957), la Escala de Likert (1932) y el Escalograma de Guttman (1947).

Escala de Intervalos Aparentemente Iguales

El primer intento significativo para medir las actitudes fue realizado por Thurstone en 1928. La técnica propuesta por Thurstone mide la actitud a través de un continuo de ítems escalonados. Para construir una escala de este tipo, inicialmente los investigadores preparan un conjunto de ítems que hagan referencia a la actitud y que cubran el continuo graduado de la actitud. Posteriormente, estos ítems son evaluados por jueces. Cuando los jueces han clasificado y evaluado los ítems se aplican métodos psicométricos para determinar el grado de ambigüedad de los enunciados. Una vez eliminados los enunciados con un valor determinado de ambigüedad se construye la escala definitiva. Esta, como ocurre en las otras escalas, tiene una forma de

presentación distinta a la utilizada inicialmente. En la escala definitiva se presenta una lista de enunciados o ítems, preferentemente mezclados, con dos proposiciones al menos para cada intervalo. La puntuación de la actitud que obtengan los individuos que cumplimenten la escala final es el valor promedio de escala de todas las afirmaciones evaluadas con las que han mostrado acuerdo.

La escala de intervalos aparentemente iguales fue muy importante en el momento en que se desarrolló, pero en la investigación actual se utiliza muy poco, dado que se ha puesto en duda que sea una escala realmente de intervalos, y que la evaluación de favorabilidad sea objetiva. Además, la construcción de una escala de estas características es muy costosa, y hay que hacer una distinta para cada nuevo objeto de actitud (Stahlberg y Frey, 1990).

Diferencial Semántico

La escala de Diferencial Semántico (DS) es otro de instrumento utilizado frecuente para medir las actitudes, fue desarrollada por Osgood, Suci, y Tannenbaum (1957). Para confeccionar una escala de este tipo, una vez elegidos los conceptos o estímulos semánticos sobre los que se desea indagar, se pide a una muestra de participantes que califiquen cada uno de ellos mediante una serie de adjetivos. Se seleccionan los adjetivos utilizados con más frecuencia. Se buscan los opuestos para formar escalas bipolares y tras aplicar un criterio estadístico a los datos, se confecciona la escala definitiva. Osgood, et al., (1957) propusieron la utilización de adjetivos bipolares separados por gradaciones de siete intervalos presentados con o sin valores numéricos o adjetivaciones, pero muchos autores han utilizado el DS con sucesiones de 4, 5, 6 y hasta 10 alternativas de respuesta, con o sin posición central neutra. Una diferencia del DS con respecto a otras escalas es que en el DS no se utilizan

declaraciones de opinión ni preguntas, con el fin de focalizar todas las respuestas hacia el objeto de actitud.

Aunque este tipo de escala es fácil de aplicar a distintos objetos de actitud, su alto grado de abstracción puede ser poco apropiado para describir actitudes conductualmente relevantes. Otra desventaja es que la estructura factorial de determinada escala de diferencial semántico varía según el tipo de concepto evaluado, y por tanto, no se puede dar por supuesta su aplicabilidad universal (Stahlberg y Frey, 1990).

Escala de Likert

Otro tipo de escala, muy utilizada para medir actitudes, cuyo proceso de construcción es más breve y sencillo que la técnica escalar de Thurstone (1928) y que es tan fiable como esta, fue propuesto por Likert, en 1932. Bajo la perspectiva de considerar las actitudes como un *continuum* que va de lo favorable a lo desfavorable, esta técnica, además de situar a cada individuo en un punto determinado, lo que es rasgo común a otras escalas, tiene en cuenta la amplitud y la consistencia de las respuestas actitudinales. Las etapas para su construcción son:

- 1- Definir el objeto actitudinal.
- 2- Redactar los ítems y prever la hipótesis de validación.
- 3- Recoger un gran número de ítems relevantes a la actitud a medir (enunciados favorables o desfavorables, nunca neutros, e intentando que la mitad de los enunciados sean de un tipo y la otra mitad del otro).
- 4- Pedir a una muestra representativa de la población a la que se va a evaluar con posterioridad que responda a los ítems según una escala de clasificación de 5 (también es habitual encontrarse escalas de evaluación de 6 o 7 intervalos. No obstante el estándar asumido es 5, y el acuerdo

generalizado es no pasar de 7) indicando favorabilidad-desfavorabilidad (donde, por lo general, 1 significaría totalmente en desacuerdo y 5 (o 6-7) que está totalmente de acuerdo).

5- Obtener una puntuación preliminar de la actitud y luego hacer un análisis de ítems viendo si están intercorrelacionados y si la escala final, tras haber eliminado los ítems, no correlacionados satisface el criterio de consistencia interna de Likert (altas correlaciones de cada ítem particular con la puntuación suma total).

6- La puntuación final de actitud, se obtiene sumando de nuevo las respuestas dadas a aquellos ítems que quedaron en la escala (a los ítems desfavorables hay que asignarles puntuaciones inversas). De esta forma obtendremos para cada persona una puntuación global que será la suma de sus notas elementales. Esta puntuación global nos permite estimar la posición que el individuo ocupa en el continuum hipotético de actitud.

Escalograma de Guttman

Esta técnica fue desarrollada por Guttman (1944), con la finalidad de medir la moral de los soldados americanos después de la II Guerra Mundial a través de sus opiniones. Para confeccionar un escalograma de Guttman primero se seleccionan un conjunto de ítems sobre la actitud que se quiere medir, luego se administran estos ítems a un grupo de personas para que expresen su grado de acuerdo o desacuerdo con las proposiciones que se presentan, se asignan puntuaciones a estos ítems y, por último, se analizan estadísticamente las puntuaciones dadas a los ítems. Con los resultados se construye el escalograma, el cual se utiliza para confeccionar la escala definitiva. Aunque, a grandes rasgos, puede parecer muy semejante a la escala tipo Thurstone o la escala tipo Likert, el escalograma de Guttman difiere en los principios y postulados de los que se parten para seleccionar los ítems y

en el análisis estadístico utilizado para confeccionar la escala definitiva.

Métodos indirectos

Los métodos indirectos infieren el valor de las actitudes en función de reacciones del individuo (reacciones fisiológicas o neurológicas, tiempos de respuesta, etc.). Este tipo de métodos son capaces de evaluar las emociones o las asociaciones mentales de los individuos sin preguntarles nada, y sin que sean conscientes del procedimiento de medida. Algunos autores consideran que este tipo de métodos miden las actitudes implícitas (subconscientes) de la persona, al contrario que los métodos directos que medirían las actitudes explícitas (que son conscientemente) del individuo. Tienen la ventaja de que son menos susceptibles a la deseabilidad social, y la desventaja de que la validez de las medidas conseguidas es cuestionable y presentan problemas éticos (Stahlberg y Frey, 1990). Los métodos indirectos tienden a basarse en distintos tipos de observaciones, algunas directas por parte de los investigadores y otras mediante aparatos tecnológicos o herramientas. Se suelen medir conductas o respuestas fisiológicas. Se consideran como métodos indirectos las mediciones fisiológicas, la observación de la conducta y las medidas no reactivas.

Medidas fisiológicas

Cuando la persona está ansiosa o excitada se puede manifestar con aumento del sudor, con el incremento o decremento del flujo capilar, y generalmente se manifiesta por una caída en la resistencia eléctrica de la piel. Cooper y Pollock (1959) hallaron que tales respuestas ocurren en individuos altos en prejuicios, cuando se emiten comentarios favorables hacia los objetos de prejuicio. Otras investigaciones como las de Hess, Seltzer, y Shlien (1965), estudiaron la dilatación de la pupila ante un estímulo objeto de actitud, o el

ritmo respiratorio y cardíaco.

Aunque su utilización, para Fishben y Ajzen (1975), como medida de actitud es sumamente cuestionable, dado que las reacciones emocionales se combinan con reacciones fisiológicas (por ejemplo, respuesta electrodérmica, ritmo cardíaco, dilatación de las pupilas, etc.) podrían utilizarse para obtener indicadores más objetivos de la actitud. Sin embargo, estas medidas se utilizan muy poco en la práctica debido a la insensibilidad de la mayoría de los instrumentos hacia la cualidad de una respuesta actitudinal, y la necesidad de disponer de dispositivos técnicos costosos y difíciles de utilizar en contextos de campo (Stahlberg y Frey, 1990).

Observación de la conducta y medidas no reactivas

Estos métodos se basan en patrones observables de conducta relacionados con las actitudes a medir. En unos casos las personas son conscientes de ser observados, mientras que en otros (medición no reactiva) se les observa sin que lo sepan o incluso son analizados de manera indirecta sus patrones de conducta. A estos tipos de medidas se les llama indicadores de conducta (Petty y Cacioppo, 1981), técnicas de observación (Calder y Ross, 1976) y métodos inmunizados de distorsión o medidas no intrusivas (Stroebe, 1980). Las principales desventajas de estos procedimientos son las siguientes: presentan problemas éticos por el engaño a los individuos; es difícil determinar de manera objetiva qué significan estos indicadores con respecto a una actitud; y, dado que todavía la conexión teórica entre actitudes y conducta no está clara, resulta cuestionable si los indicadores conductuales pueden caracterizar de manera inequívoca una actitud (Stahlberg y Frey, 1990).

2.4.5. CAMBIO DE ACTITUDES

De acuerdo a Stroebe y Jonas (1990) pueden cambiarse las actitudes a través de tres mecanismos:

Cambio de actitud por la experiencia directa

Zanjonc (1968) defiende que si se expone repetidamente a un individuo a un estímulo será condición suficiente para conseguir una mejor actitud hacia tal estímulo. El apoyo empírico a esta hipótesis procede de estudios sobre la relación existente entre la frecuencia entre palabras y el agrado hacia una palabra, concluyéndose que la exposición puede llevar al agrado de un estímulo, aun cuando las personas no son conscientes de haber sido expuestas a ese estímulo. Ahora bien, dado que cada exposición sucesiva conduce a incrementos sucesivamente más pequeños del agrado, el papel de la exposición como determinante de la actitud está limitado a los materiales estimulantes novedosos; una vez ya se conoce el objeto, las repeticiones de exposición al objeto no conllevarán un aumento del agrado (Stroebe y Jonas, 1990).

Bornstein (1989) realizó un meta-análisis de 200 investigaciones sobre el efecto de la mera exposición, llegando a la conclusión de que se incrementa en las siguientes condiciones:

- Estímulos complejos.
- Exposiciones de periodos temporales breves, incluso la exposición subliminal.
- En exposiciones que están presentes otros muchos estímulos.
- Cuando el intervalo entre exposición y evaluación es mayor.

Siempre que la exposición a un estímulo se extienda más allá de las

condiciones mínimas de la exposición, la información obtenida de las características del objeto o persona puede convertirse en un poderoso determinante de nuestra actitud. Sin embargo, esa información únicamente producirá un cambio de actitud si discrepa de las expectativas previamente mantenidas acerca del objeto.

Por último, a través del condicionamiento clásico un estímulo neutral, inicialmente incapaz de activar una respuesta particular, adquiere gradualmente capacidad de hacerlo a través de la asociación repetida con un estímulo que antes evocó una respuesta. Se trataría de un aprendizaje por contigüidad de estímulos. Así, el contexto en que se experimenta el objeto actitudinal influiría inconscientemente sobre la actitud. Cuando la relación entre cierto estímulo y su contexto es estable, esta influencia resulta bastante funcional (Stroebe y Jonas, 1990).

Briñol, Sierra, Falces, Becerra, y Froufe (2000) en un estudio donde compararon la eficacia relativa del efecto de la mera exposición y del condicionamiento clásico en la formación de preferencias, concluyeron que tanto la mera exposición como el condicionamiento clásico resultan ser dos procedimientos igual de eficaces para modificar las respuestas afectivas de los participantes hacia estímulos novedosos.

Cambio de actitud por las experiencias socialmente mediadas

Existen dos vías mediante las cuales, a través de la experiencia socialmente mediada, es posible influir en las actitudes y por tanto, de manera indirecta, en nuestras acciones. Una es el modelado y otra la comunicación persuasiva.

El modelado se refiere al aprendizaje resultante de observar a otros y las consecuencias de sus conductas. El estudio del modelado fue desarrollado

intensamente por Bandura (1971). Este autor reconoce que las influencias del modelado pueden fortalecer o debilitar las inhibiciones de la conducta que los individuos han aprendido previamente. El modelado ayuda al observador a aprender, que la conducta en cuestión conduce a consecuencias que él no había asociado previamente a esa conducta (Stroebe y Jonas, 1990).

Las comunicaciones persuasivas, en cambio, representan una estrategia de influencia social mucho más directa que el moldeamiento. En vez de dejar toda la responsabilidad en que el individuo obtenga sus propias conclusiones de la observación de la conducta de un modelo y sus consecuencias, las comunicaciones persuasivas defienden una posición y presentan uno o dos argumentos dirigidos a apoyarla. La ventaja de influir en la conducta a través de la persuasión es que la conducta permanece bajo el control interno y no necesita control externo para su mantenimiento. Además, el cambio es más duradero (Stroebe y Jonas, 1990).

Normalmente, los estudios experimentales llevados a cabo sobre persuasión utilizan comunicaciones contra actitudinales (mensajes que defienden una posición que el receptor normalmente rechazaría). Las teorías de la persuasión explican el cambio de actitud describiendo los procesos o variables que medían el impacto de las comunicaciones en las actitudes y creencias. Así, McGuire (1969) propuso un modelo de procesamiento de la información que sirvió de referencia para la investigación posterior sobre los procesos de persuasión. El modelo se puede reducir a un modelo de dos factores de persuasión, que afirma que la probabilidad que una comunicación dé lugar a un cambio de actitud es el resultado conjunto de la probabilidad de recepción (que incluye las fases de atención y comprensión) y aceptación (condescendencia) del mensaje. Los aspectos determinantes de la recepción son: la motivación para prestar atención a la comunicación, y la capacidad de comprensión del mensaje.

Por otro lado, en cuanto a los determinantes de la aceptación, es necesario tener en cuenta que para tomar la decisión de aceptar o rechazar una posición definida, las personas intentarán formar una opinión de su validez. Así, el modelo de probabilidad de la elaboración (Petty y Cacioppo, 1986) es una teoría que ha aumentado considerablemente nuestra comprensión de los factores determinantes de la aceptación. Según éste modelo, la evaluación del mensaje persuasivo puede realizarse a través de dos modos diferentes de procesar la información: la ruta central hacia la persuasión y la ruta periférica. Según la ruta central, los receptores consumen un considerable tiempo y esfuerzo en evaluar críticamente el contenido del mensaje. Sin embargo, los receptores son incapaces o reacios a comprometerse en este proceso de evaluación del mensaje y, más que procesar la argumentación, basan la decisión de aceptar el mensaje en algún aspecto periférico, tal como la credibilidad de la fuente u otras señales no relacionadas con el contenido. De acuerdo a Briñol, Horcajo, Valle, y De Miguel (2007) los estudios de persuasión se enmarcan dentro de un paradigma muy concreto en el que la influencia se debe a la emisión de un mensaje por parte de un comunicador que intencionadamente trata de formar, reforzar o cambiar las actitudes de una audiencia.

El cambio de actitudes o creencias debe ser funcional antes de que ocurra. Según la terminología funcional de las actitudes, tal cambio de actitud cumple una función *utilitaria* (Katz, 1960), es decir, tiende a optimizar el refuerzo y a evitar el rechazo sociales (Devine, 1989). Teniendo en cuenta, pues, que las personas eligen aquellas acciones que con mayor probabilidad les llevan a consecuencias positivas y/o a evitar consecuencias negativas, el cambio de actitud y de conducta será el resultado de los cambios de la probabilidad subjetiva que asocia una acción dada con ciertas consecuencias, y de los cambios en la evaluación de estas consecuencias.

Efecto sobre las actitudes del cambio de conducta inducido por Incentivo.

Las actitudes hacia un objeto se pueden aprender por refuerzo. Las actitudes aumentan si van seguidas de consecuencias positivas y disminuyen si van seguidas de negativas. Según el modelo expectativa-valor (Fishbein y Ajzen, 1975), todo cambio de conducta inducido por modificaciones en la estructura del incentivo está mediado por cambios de las creencias individuales sobre las consecuencias de esta conducta y de las actitudes hacia la realización de la misma. Así, una persona puede cambiar su conducta por los beneficios que le reporta dicho cambio, y justificar de esta manera el hacer algo que en principio no haría por propia motivación. Sin embargo, este cambio de conducta no conlleva necesariamente un cambio en la actitud, sino que éste se verá influenciado por diversos factores. Asimismo, a la hora de estudiar el impacto actitudinal de la conducta inducida (obediencia), hay que tener en cuenta si esta conducta es consistente o inconsistente con las actitudes de la persona. De esta manera, se distingue entre conducta contra-actitudinal y pro-actitudinal. Cuando se induce a las personas a comportarse de forma contraria a sus actitudes, la magnitud del cambio de actitud dependerá de su libertad de elección, de la magnitud del incentivo ofrecido por la conducta y de la negatividad de las consecuencias de no llevar a cabo la conducta. Con alta elección y consecuencias negativas, el cambio de conducta será mayor cuando el incentivo sea menos importante. Cuando las personas tienen poca libertad de elección, habrá mayor cambio con recompensas importantes (Stroebe y Jonas, 1990).

La teoría del equilibrio de Heider (1958) y la teoría de la congruencia de Osgood y Tannenbaum (1955) plantean el problema de la incoherencia entre diferentes actitudes. En ambas, la hipótesis central es que la falta de consistencia

cognitiva entre actitudes produce un desequilibrio psicológico que tratará de equilibrarse cambiando alguna actitud. La teoría de la disonancia cognitiva de Festinger (1957) se diferencia de las teorías anteriores porque plantea que las personas difícilmente reconocen su inconsistencia, sino que tratan de justificarla. La conducta contra-actitudinal produce disonancia, y por tanto, las personas intentarán reducirla haciendo sus actitudes y conductas más consistentes entre sí. No se busca consistencia sino que se racionaliza la inconsistencia, aunque sea cambiando la conducta. Define la consonancia y disonancia en cuanto a la discrepancia entre conducta y actitud que provoca malestar emocional. La magnitud de la disonancia, así como la motivación para reducirla, van a depender de cuantas cogniciones disonantes se hayan generado y/o de su importancia. Existen varias estrategias para reducir la disonancia, por un lado, se puede aumentar la importancia percibida de las cogniciones consonantes, y, por otro, se puede reducir la importancia de las cogniciones disonantes, convenciéndose así a uno mismo de que la opción elegida es la mejor y reduciendo, por tanto, el estado emocional aversivo producido por la disonancia (Stroebe y Jonas, 1990). También cambiando la conducta que es disonante para hacerla convergente con las actitudes e ideas que le crean disonancia (Brehm, 1966).

Por otro lado, si el individuo no piensa que realizó la acción contraria a la actitud con plena libertad, no sentirá la disonancia. La obtención de beneficios, por haber altos incentivos, produce menos disonancia que la conducta que no se puede justificar de esa forma (Festinger y Carlsmith, 1959).

La Teoría de la autopercepción (Bem, 1967, 1972) cuestiona que la disonancia sea un proceso motivacional. Sostiene que no es que se produzca disonancia, sino que las personas infieren sus actitudes a partir de su conducta. Así, los sujetos, al igual que los observadores, infieren sus actitudes a partir de situaciones relevantes de la conducta pasada, excepto cuando haya causas

obvias no actitudinales para sus acciones (altos incentivos, poca libertad de elección (Stroebe y Jonas, 1990)).

Cooper y Fazio (1984) con la Teoría del *New Look* de la disonancia, aportaron dos condiciones que deben cumplirse para que se experimente disonancia: que la persona crea que su conducta generó consecuencias negativas, y que la persona se sienta responsable de haberla realizado.

De acuerdo a la Teoría de la Consistencia del Yo (Aronson, 1968, 1999), la disonancia se produce cuando la persona realiza un comportamiento que no es coherente con su autoconcepto. Si esa imagen se rompe, se crea la disonancia.

Por su parte, la *Teoría del Manejo de la Impresión* (Schlenker, 1982; Tedeschi y Rosenfeld, 1981; Tedeschi, Schlenker, y Bonoma, 1971) asume que las personas tienen un interés social de parecer consistentes ante los demás. De esta forma, se considera que una puntuación de una persona en una escala de actitud, tras un experimento de obediencia forzada, está más motivada por una necesidad de parecer ser consistente que por la de serlo en realidad. El aparente cambio de actitud de las personas en las condiciones de bajo incentivo es una táctica para fingir consistencia entre la conducta y la expresión subsiguiente de la actitud (Schlenker, 1982).

Stadler y Baron (1998) encontraron diferencias individuales en los modos de reducción de la disonancia. Las personas que tienen una alta complejidad atribucional, al buscar explicaciones abstractas y complejas, parecen reducir la disonancia causada por la defensa contra actitudinal considerando posibles justificaciones externas del acto discrepante con la actitud, antes que cambiar sus actitudes.

En conclusión, las actitudes son uno de los conceptos centrales de la Psicología Social, por lo que se ha investigado y se sigue estudiando en la

actualidad, cómo se forman, sus funciones, por qué cambian, cómo lo hacen, y cuáles son sus relaciones con la conducta de los individuos. Las actitudes sirven como indicadores o predictores de la conducta, y ya que la conducta de un individuo se halla determinada, en gran medida, por sus actitudes se han estudiado aplicadas a todo tipo de áreas. En el siguiente punto se abordará la influencia de las actitudes, creencias y expectativas en las aproximaciones a la hipnosis.

2.5. RELACIÓN ENTRE HIPNOSIS ACTITUDES, EXPECTATIVAS Y CREENCIAS.

Diversas aproximaciones a la hipnosis han destacado la relevancia de las actitudes y creencias sobre la hipnosis para la promoción de las respuestas hipnóticas, para predecir la eficacia de las intervenciones que incluyen a la hipnosis, y para evitar iatrogenia en los usuarios que la reciben. Las actitudes hacia la hipnosis, junto con las expectativas y las creencias han mostrado ser relevantes, tanto para obtener mejores resultados en las intervenciones terapéuticas, como para la promoción de respuestas hipnóticas (Barber, Spanos, y Chaves, 1974; Chaves, 1999). Unas actitudes positivas y adecuadas basadas en información correcta que se asocien a unas expectativas razonables sobre lo esperable del uso de la hipnosis, redundarán en una disminución de los miedos y de las expectativas exageradas de lo que se puede esperar de una intervención con hipnosis, favoreciendo la activación de las respuestas a las sugerencias hipnóticas y la adhesión a la intervención (Capafons, 2012; Hawkins y Bartsch, 2000; Spanos et al., 1987).

La presencia de actitudes positivas, al inicio del tratamiento, es una condición necesaria, aunque no suficiente para alcanzar niveles altos de sugestionabilidad hipnótica (Perry, Nadon, y Button, 1992; Spanos, 1982; Spanos et al., 1987). Dentro de las perspectivas socio-cognitivas, se considera fundamental el papel, tanto de las actitudes, como de las expectativas, ya que ambas explican una proporción de varianza mayor que otras variables (Kirsch y Council, 1992; Kirsch, Silva, Comey, y Reed, 1995; Wickless y Kirsch, 1989). La evidencia sugiere que la relación entre las actitudes y la sugestionabilidad

hipnótica no es lineal, ya que las personas con actitudes negativas obtienen de manera invariable puntuaciones bajas en sugestionabilidad, mientras que aquellas con actitudes positivas muestran una amplia variabilidad en sus puntuaciones en sugestionabilidad hipnótica (Spanos et al., 1987). Estos resultados sugieren un papel modulador de las actitudes, incrementando así los niveles de sugestionabilidad hipnótica en presencia de otras condiciones, como la interpretación activa de las sugerencias (Spanos, Robertson, Menary, y Brett, 1986) o la absorción (Spanos et al., 1987). Si consideramos todo lo expuesto sobre actitudes en el apartado anterior, no es de extrañar que las relaciones entre actitudes y respuesta hipnótica sea compleja.

Las actitudes positivas hacia la hipnosis al inicio del tratamiento predicen mejor el cambio terapéutico que el nivel de sugestionabilidad hipnótica (Schoenberger et al., 1997), que no suele predecir bien el resultado terapéutico cuando se usan procedimientos hipnóticos, particularmente en el campo del dolor (Jensen, 2011), y especialmente si se controla el efecto expectativa, es decir, evaluar la sugestionabilidad hipnótica antes de la intervención (Van Dyck y Spinhoven (1997).

Las razones para evaluar las creencias y actitudes de los clientes se derivan parcialmente de los dos objetivos mencionados, y se relacionan con el establecimiento del *rapport* y la relación terapéutica, especialmente en el caso de intervenciones clínicas. El *rapport* es el primer paso para crear actitudes positivas y expectativas realistas. De acuerdo a Sheehan (1991) el *rapport* es la relación positiva que se da entre el terapeuta y el paciente. Esta relación actúa como factor mediador entre el cliente y el contexto y modula las diferencias entre altos y bajos en sugestionabilidad (Lynn y Rhue, 1991). No obstante, existen pocos trabajos experimentales sobre el estudio del *rapport* como proceso

mediador entre contexto y participante a la hora de determinar las respuestas hipnóticas (Sheehan, 1991). Dentro de la situación hipnótica, el establecimiento del *rapport*, y todo lo que ello conlleva, se verá influido por el modo en que se presente la hipnosis al cliente (Capafons, 2001, 2012). De este modo, la información que el profesional proporcione al paciente debe estar dirigida al fomento de creencias ajustadas sobre las técnicas hipnóticas y a la creación de expectativas realistas sobre los resultados que se espera obtener, lo que en última instancia provocará una mayor adhesión al tratamiento (Capafons, 2001, 2012).

Dentro del campo de la hipnosis, desde la perspectiva socio-cognitiva, tienen una gran importancia las actitudes, las creencias y las expectativas por las siguientes razones: modulan la sugestionabilidad hipnótica, promueven respuestas hipnóticas y cambios terapéuticos, están implicadas en el establecimiento del *rapport* (Capafons et al., 2003; Capafons et al., 2004), y el no evaluarlas y manejarlas de manera eficaz puede llevar a usos iatrogénicos de la hipnosis. A este último punto referimos a continuación.

2.6. RIESGOS DE LA HIPNOSIS

Las creencias inadecuadas sobre la hipnosis, tanto del terapeuta, como del paciente, son los únicos factores de riesgo que ha mostrado generar iatrogenia en su uso, especialmente en el campo clínico (por ejemplo, creación de falsos recuerdos, o el usar la hipnosis como única intervención en dolencias y problemas médicos o psicológicos). La erradicación de ideas como que la hipnosis en sí misma es una terapia potente y que no exige esfuerzo al usuario, o que favorece la hipermnesia por encima de otros métodos al uso para mejorar la precisión y cantidad del recuerdo, o que la persona hipnotizada siempre recuerda y dice la verdad, se considera imprescindible para una intervención eficaz y segura de la hipnosis (Capafons, 2012; Capafons y Mazzoni, 2005). Aunque la hipnosis *per se*, no es una técnica peligrosa para la persona hipnotizada, su uso por parte de terapeutas o hipnólogos legos sí puede resultar nocivo para la salud de aquellos que se ponen en sus manos. El peligro radica en que los pseudoprofesionales y los terapeutas mal informados transmiten, ya sea de manera intencional o no, creencias erróneas o mitos sobre la hipnosis a los clientes (Capafons, 1998; 2001; 2012; Frauman, Lynn, y Brentar, 2000).

El concepto mito tiene distintas acepciones, las que mejor reflejan el sentido que aquí se plantea son dos: “Relato o asunto inventado o que da una falsa apariencia a una cosa” (“Mito”, 1996), y “Conjunto de creencias y de imágenes idealizadas que se forman alrededor de un personaje, un fenómeno, un acontecimiento histórico o una técnica y que les otorgan una fuerza y una importancia particulares” (“Mito”, 1997). Es decir, tomamos como referente una definición que muestra el mito como una forma de desvirtuar y exagerar la realidad, como una creencia que no se ajusta a la evidencia, pero que aún así

las personas las asimilan y las mantienen en el tiempo.

De acuerdo con la investigación, las creencias erróneas sobre la hipnosis son compartidas, tanto por profesionales como por la población en general. Capafons (1998, 2001, 2012) recoge las principales falsas creencias en siete mitos.

- 1- La hipnosis no pertenece al campo de la psicología científica. Quienes la practican suelen ser charlatanes, curanderos u hombres del espectáculo. Las personas que mejoran con ella, son crédulos, ignorantes y “dependientes”.
- 2- La hipnosis puede dejar a la persona “enganchada” en un trance, de forma que, al no poder “salir del estado hipnótico”, quedaría mermada en su volición o devendría en un demente.
- 3- La hipnosis puede explicitar o agravar psicopatologías “latentes” de la persona. Incluso puede desarrollar alteraciones psíquicas en los individuos sanos. Los individuos con problemas psicopatológicos, puede empeorar con la hipnosis.
- 4- La hipnosis provoca un “estado” similar al del sueño, en el que la persona muestra unas características especiales. Si no se alcanzan tales características, la persona no está hipnotizada. Sólo se puede estar en esa situación especial, si se ha recibido un método de inducción hipnótica.
- 5- La hipnosis elimina y anula el control voluntario de la persona. Ésta deviene en un autómata en manos del hipnotizador, por lo que puede cometer actos delictivos, antisociales, inmorales o que le llevan al ridículo social.

- 6- La hipnosis provoca reacciones inusuales, excepcionales y cuasi mágicas en las personas. Lo que se recuerda bajo hipnosis siempre es verdad.
- 7- La hipnosis es una terapia (hipnoterapia), sumamente útil, rápida y eficaz, que no exige ningún esfuerzo por parte del cliente para cambiar de comportamiento. Sólo las personas muy susceptibles, sin embargo, pueden beneficiarse de ella.

Estos mitos tienen efectos negativos sobre la persona. Por un lado, asustan tanto a terapeutas como a clientes, llevándoles a no utilizar un procedimiento que ha demostrado empíricamente su eficacia y eficiencia en el tratamiento de ciertos problemas. Además, animan a ciertos clientes y terapeutas a usar la hipnosis de manera iatrogénica (Capafons, 1998, 2009, 2012)

Antes de iniciar una intervención clínica que use los procedimientos hipnóticos como coadyuvantes es muy importante que se planteen los usuarios hacia la hipnosis, y, en segundo lugar, ofrecer información científica dirigida a eliminar los posibles prejuicios y concepciones erróneas (Capafons, 2012; Capafons, Mendoza et al., 2008; Spanos et al., 1987). Unas actitudes positivas y adecuadas basadas en información correcta que se asocien a unas expectativas razonables sobre lo esperable del uso de la hipnosis, redundarán en una disminución de los miedos y de las expectativas exageradas de lo que se puede esperar de una intervención con hipnosis, favoreciendo la activación de las respuestas a las sugerencias hipnóticas y la adhesión a la intervención (Capafons, 2012; Hawkins y Bartsch, 2000; Spanos et al., 1987). De este modo se estaría contrarrestando la imagen que da la hipnosis de espectáculo (Echterling y Whalen, 1995), y se estaría fomentando, desde una perspectiva de la Psicología Social, elementos como el *priming*, la conducta planificada y las percepciones del usuario

de una manera positiva, lo que ayuda a incrementar los efectos de la intervención, efecto placebo incluido (Sliwinskiand y Elkins, 2013).

Diversos autores (Capafons, 2001; Kirsch, 1994, 1999), desde la perspectiva socio-cognitiva, han resaltado la importancia de no plantearle al cliente la hipnosis como un trance o un estado alterado. El estado de falta de consciencia producido por las inducciones hipnóticas típicas, no parece ser diferente a aquel producido por el entrenamiento en relajación no hipnótico, por lo que la hipótesis del estado-alterado no ha podido ser demostrada (Edmonston, 1981 y Kirsh et al., 1992), y sigue sin estarlo, por lo que está justificado considerarlo otro mito que debe eliminarse. Esta aclaración al cliente puede aumentar los efectos de la hipnosis, ya que muchas personas sin experiencia previa en hipnosis temen la idea de entrar en un “trance” y por otro lado, las personas que creen que la hipnosis es un estado alterado es menos probable que experimenten los efectos que esperan (McConkey, 1986; Lynn, Vanderhoff, Shindler, y Stafford, 2002). Aunque las personas se mostrasen deseosas y no temerosas de experimentar un trance, la idea de un estado alterado las lleva a mantener altos estándares irrealistas para evaluar que han estado hipnotizados. Cuando concluyen que no están en un trance, sus expectativas de respuesta, y a partir de ahí sus respuestas posteriores disminuyen (Kirsch, 1990). Sin embargo si se procede con la desmitificación del estado alterado, se le permite al cliente interpretar su implicación como evidencia de que la inducción ha tenido éxito y facilita, por tanto, la respuesta a las sugerencias (Kirsch, 1999). Por otro lado, un estudio de Capafons, Selma, Cabañas, Mendoza, y Nitkin-Kaner (2006) mostró que presentar la hipnosis como un estado alterado de conciencia, en un contexto de heterohipnosis, producía más abandonos y menor disminución del miedo a ser hipnotizado, en comparación con cualquier otra presentación que no incluyera términos como trance, estado alterado de conciencia o similares.

Otra de las creencias erróneas iatrógenas que las personas mantienen sobre la hipnosis es que produce incremento de la memoria y su precisión (Capafons, 2002, Capafons, Alarcón, Cabañas, y Espejo, 2003; Capafons et al., 2004; Capafons y Mazzoni, 2005; McConkey, 2001). La hipnosis en sí misma no genera mayor confianza en lo erróneo o mayor imprecisión en lo que se recuerda (Kebbell y Wagstaff, 1997) si no que son, en parte, las creencias sobre las capacidades de la hipnosis las que parecen determinar este efecto en la persona hipnotizada. Si se usa la hipnosis como una herramienta encaminada a recuperar información olvidada o, más aún, oculta en el inconsciente, no digamos acaecida en vidas pasadas, pueden generarse falsos recuerdos, o distorsiones de recuerdos verdaderos que casi los convierten en falsos. Aunque es cierto que las técnicas de hipnosis se usan con frecuencia para recuperar recuerdos, no hay evidencia científica convincente que apoye el hecho de que la regresión hipnótica pueda ayudar a recordar hechos y episodios autobiográficos que el individuo no es capaz de recordar fuera de hipnosis (Capafons y Mazzoni, 2005). Tampoco hay evidencia científica de que las sugerencias de hipermnesia provoquen más recuerdos en estado de hipnosis que fuera de ella, ni siquiera que provoquen más recuerdos que cuando no se sugiere nada (Larra, Valero, y Abascal, 2003). Diversos estudios científicos han demostrado que las sugerencias hipnóticas generan en realidad, y como mínimo, tantos recuerdos falsos como verdaderos (Dinges et al., 1992), y que producen un incremento en la confianza de todo aquello que la persona es capaz de recuperar (Scoboria, Mazzoni, Kirsch, y Milling, 2002), aunque las creencias sobre las capacidades de la hipnosis para mejorar la memoria parecen ser entre otras variables, las responsables de este efecto en la persona hipnotizada (Capafons y Mazzoni, 2005). El hecho de que la hipnosis facilite la génesis de falsos recuerdos, no es porque se genere un estado especial

de vulnerabilidad cognitiva, sino por las creencias asociadas a su uso y por las preguntas tendenciosas (*leading questions*) que se hacen a la persona hipnotizada (Kebbell y Wagstaff, 1997). En un estudio de Wagstaff, Brunas-Wagstaff, Cole, Knapton, Winterbottom, Crean, y Wheatcroft (2004) concluyeron que cambiando el nombre de “hipnosis” por el de “estado de atención focalizada” los efectos sobre la imprecisión de la memoria se redujeron drásticamente, si bien el incremento de recuerdo correcto no fue especialmente significativo. Por lo tanto, el uso de técnicas hipnóticas para la recuperación de recuerdos pasados está estrechamente ligado al estudio de los falsos recuerdos.

Por otro lado, utilizar la hipnosis con fines diagnósticos y/o terapéuticos intentando recuperar un suceso patógeno (cuyo recuerdo está disociado en el inconsciente) facilita cierta iatrogenia relacionada con las creencias y mitos indicados sobre la hipnosis. Pueden producirse recuerdos tales como haber sufrido abusos sexuales que no se dieron, haber sido sometido a rituales satánicos inexistentes o haber sido objeto de abducciones extraterrestres, incluso el desarrollo de personalidades múltiples. El uso de las regresiones de edad en hipnosis para acceder a material disociado es muy poco fiable. Además, cuando estas regresiones pretenden redescubrir el pasado y resolver traumas disociados cuyas emociones se han reprimido, o incluso volver a vidas pasadas, se basan en una teoría sobre la disociación y la amnesia psicógena carente de evidencia científica (Piper, Pope, y Borowiecki, 2000). Muchos autores consideran la represión como un constructo impreciso y difícil de evaluar, sobre el que no existe evidencia experimental (Court y Court, 2001; Holmes, 1990). Sin embargo, aun cuando se pudiera haber dado un proceso de represión o disociación, éste no sería prueba de que el recuerdo haya permanecido inalterado y no se haya modificado por los procesos reconstructivos y constructivos de la

memoria, tal y como sucede con otros tipos de recuerdos (Piper et al., 2000).

De acuerdo a Spanos (1996) las experiencias de vidas pasadas inducidas mediante la hipnosis son fantasías elaboradas a partir de la cultura popular disponible sobre las vidas pasadas y hechos conocidos o supuestos respecto a períodos históricos específicos, así como de claves presentes en la situación hipnótica.

Tras la revisión de más de un centenar de estudios de los efectos de la regresión de edad sobre el recuerdo autobiográfico, se ha demostrado que, aunque los recuerdos recuperados mediante la regresión de edad sean claros, vívidos y aparentemente convincentes, no hay evidencia de que la experiencia de los adultos hipnotizados corresponda a la experiencia real infantil (Nash, 1987).

Por lo tanto, el uso de la hipnosis para aumentar o recuperar recuerdos no está justificada (Capafons y Mazzoni, 2005; Lynn y Kirsch, 2006; McConkey y Sheehan, 1995). Distintas asociaciones profesionales han puesto de manifiesto su recomendación de que la hipnosis no se utilice para la recuperación de recuerdos ni en contextos forenses a menos que sean casos excepcionales de investigación en los que dichos recuerdos puedan ser corroborados, y cuando se utilicen procedimientos estrictos para asegurar un uso apropiado de investigación que no dirija las respuestas de la persona (*American Psychological Association*, 1995; *Canadian Psychiatric Association*, 1996; *American Medical Association*, 1995). Asimismo, la Sociedad Británica de Psicología (*The British Psychological Society*, 2001) advierte que la hipnosis no debería utilizarse basándose en la idea de que con ella se pueden recuperar recuerdos de sucesos de los que la persona no se acuerda, pero que se supone que son la causa de su problema actual.

Ligada a la regresión hipnótica y las creencias erróneas asociadas a ella y sus posibilidades, existe otra manera de generar falsos recuerdos mediante la

realización de preguntas tendenciosas y engañosas, ya esté la persona hipnotizada o no. Desde hace décadas se sabe cómo modificar el informe verbal de la persona a través del refuerzo diferencial de la conducta verbal. Greenspoon en 1951 demostró experimentalmente que el profesional puede influir sobre el lenguaje de la persona entrevistada, además de resaltar la directividad del profesional, incluso cuando no pretende ser directivo. Desde esta perspectiva, una forma de generar el informe de un recuerdo es el de ir moldeando el lenguaje del cliente a través del refuerzo diferencial verbal y no verbal (lenguaje no verbal) de sus aproximaciones sucesivas al recuerdo "previsto". De este modo, también se puede moldear un recuerdo de algo inexistente. Además, de acuerdo con Capafons y Mazzoni (2005), son las preguntas tendenciosas y la información errónea obtenida con ellas, en buena medida las responsables de que cambie el recuerdo del suceso original, o se genere otro completamente nuevo y falso.

Se ha constatado que no hay criterios válidos para distinguir si un recuerdo es falso o verdadero cuando la persona ya lo ha generado, salvo pruebas independientes. Asimismo, los profesionales tienden a aceptar como ciertas las expresiones de los clientes sobre la recuperación de recuerdos disociados cuando se dan alguna de estas condiciones resumidas por Capafons y Mazzoni (2005): las respuestas emocionales son fuertes; los clientes presentan recuerdos detallados y coherentes y son recuerdos corporales que reflejan experiencias actuales del cliente; cuando el recuerdo suele acompañarse de dolor psicológico y el cliente tiene el convencimiento de que lo recordado es cierto (posiblemente porque tiene la creencia de que todo lo que se recuerda bajo hipnosis es cierto). Estos no son criterios válidos para afirmar que un recuerdo sea verdadero y que el episodio que recuerda el cliente haya ocurrido en realidad, por eso, el principal problema de usar la hipnosis sigue siendo la falta de certeza en lo que se obtiene con ella, nos recuerdan esot sutores.

A pesar de todo lo expuesto, sigue habiendo autores que defienden que la hipnosis regresiva puede ser útil para encontrar evidencia sobre recuerdos de traumas “disociados”, pero a todo lo más que se puede llegar es a aceptar que lo recordado es, como máximo, una hipótesis o pista a confirmar (Wester y Hammond, 2011).

Finalmente, los hipnoterapeutas con creencias erróneas sobre la hipnosis provocan al menos tres tipos de riesgos para las personas hipnotizadas: en primer lugar pueden ser ineficaces al tratar el problema, pudiendo así agravarlo, aumentando la frustración, la desesperación y el efecto nocebo en el cliente que confió en el terapeuta (Capafons y Mazzoni, 2005). En segundo lugar, pueden aplicar tratamientos con hipnosis que están contraindicados para la persona, como aquellos que incluyen prácticas de hipnosis regresiva, confrontación con imágenes altamente ansiógenas, y de asociación libre, todo ello utilizando un estilo coercitivo y presionando al cliente a revivir las experiencias reales o imaginarias traumáticas (Heap, 1996). Y por último, las prácticas de estos terapeutas pueden generar falsos recuerdos en el cliente, al usar la hipnosis como una herramienta encaminada a recuperar información olvidada o incluso disociada del consciente, y al utilizar de sea de manera intencionada, o no, preguntas tendenciosas (Capafons y Mazzoni, 2005).

En conclusión, las creencias hacia la hipnosis es lo único que realmente se ha mostrado iatrogénica, cuando son inadecuadas, y de ahí la importancia de evaluarlas, bien sea para evitar un uso inadecuado de la hipnosis, o bien para que pueda aplicarse cuando pueda ser útil sin que el profesional o el usuario la rechacen.

A continuación se describen los estudios llevados a cabo sobre las creencias y las actitudes hacia la hipnosis desde distintas perspectivas.

2.7. TENDENCIAS DE LA INVESTIGACIÓN SOBRE LAS CREENCIAS Y LAS ACTITUDES HACIA LA HIPNOSIS

La investigación sobre las creencias y actitudes hacia la hipnosis puede dividirse en tres-grandes áreas: (1) los estudios que han elaborado y validado instrumentos para medir las actitudes hacia la hipnosis en distintos tipos de poblaciones-público en general, pacientes, estudiantes y profesionales de la salud- así como las fuentes de información que les han llevado a tener esas creencias y actitudes; (2) los estudios de los cambios que se producen en las actitudes tras tener experiencias con la hipnosis o recibir distintos tipos de información y (3) el área que estudia la relación de las actitudes con otros constructos como la absorción y la sugestionabilidad.

2.7.1. PÚBLICO EN GENERAL

Large y James (1991) entrevistaron dos muestras de personas, una seleccionada de la población de Auckland (Nueva Zelanda) y otra de los pacientes de una clínica de dolor en esa misma ciudad. Los autores concluyeron que aquellos pacientes que habían visto espectáculos de hipnosis en la televisión o en vivo eran más reacios al uso de la hipnosis y se habían creado una impresión negativa de esta técnica. Por lo tanto, estos autores advierten de las posibles consecuencias de usar la hipnosis como un entretenimiento, ya que la imagen de la hipnosis transmitida normalmente fomenta los mitos y concepciones erróneas de la hipnosis que llevan a las personas a temer una técnica que puede ser de gran ayuda clínica (Molina y Mendoza, 2006).

Molina y Mendoza (2006) mencionan el estudio de Johnson y Hauck (1999) sobre las actitudes hacia la hipnosis y las fuentes a partir de las cuales se habían formado estas actitudes, de cuatro muestras de diferentes edades, intereses, niveles socio-económicos y localizaciones geográficas dentro de EE.UU. Los resultados mostraron que, aunque los participantes habían obtenido información de diferentes fuentes, sus ideas y creencias sobre la hipnosis eran bastante consistentes en todas las muestras. Las principales concepciones erróneas halladas fueron: 98% de los sujetos pensaba que la hipnosis es un estado especial de consciencia, 86% de los participantes pensaba que el éxito de la hipnosis dependía de las habilidades del hipnotizador; 78% creía que la persona hipnotizada no se da cuenta de lo que ocurre a su alrededor; y por último que la hipnosis es una herramienta poderosa para recordar con precisión eventos que tuvieron lugar en el momento de nacer (74% de la muestra) o incluso en vidas pasadas (58% de los participantes).

Barling y De Lucchi (2004) compararon el conocimiento, las actitudes, creencias y motivación hacia la hipnosis clínica de dos grupos de participantes, los que tenían experiencia previa con la hipnosis y los que no la tenían. Los resultados mostraron que el grupo con experiencia previa con hipnosis tenía un conocimiento más preciso, creencias más ajustadas y actitudes más positivas sobre la hipnosis y una mayor intención de usar la hipnosis clínica. Además, los participantes que habían obtenido la información de la hipnosis a partir de su experiencia personal tenían significativamente un conocimiento más preciso, actitudes más positivas y mostraban menos miedo en comparación con los participantes que habían obtenido la información a partir de programas de televisión.

2.7.2. ESTUDIANTES

McConkey y Jupp (1985-86) replicaron con estudiantes australianos el estudio realizado por McConkey (1986) con población de estados unidos. Los resultados mostraron que los estudiantes consideran la hipnosis como un estado alterado de conciencia, que las sugerencias hipnóticas pueden mejorar la memoria, que la hipnosis puede hacer a las personas decir la verdad sobre lo que en condiciones normales mentirían, y que también puede hacer olvidar todo lo que ha tenido lugar durante la sesión hipnótica. Los mismos resultados se encontraron en un estudio posterior realizado en Escocia por Darglish y Wright (1991), aunque con algunas diferencias que indican que los estudiantes australianos estaban mejor informados que los escoceses. Por ejemplo, los australianos sabían que la persona hipnotizada puede ignorar cualquier sugerencia que no le guste, mientras que los estudiantes de Escocia no sabían responder a esta pregunta.

Channon (1984) estudió las creencias y el posible uso médico de la hipnosis de 372 estudiantes australianos. Emergieron todo tipo de falsas creencias y mitos de los estudiantes (la hipnosis es un estado pasivo, hay diferencias de sexo en cuanto a hipnotizabilidad, la amnesia post-hipnótica es inevitable, y existe una obediencia automática al hipnoterapeuta, entre otros). Además, sólo un pequeño porcentaje de esos estudiantes de Medicina consideraba de utilidad clínica la hipnosis, siendo pocos los problemas que consideraban válidos para ser tratados con esta técnica (Channon, 1984).

En Japón, Koizumi (2001) realizó un estudio para conocer los pensamientos, sentimientos e impresiones en una muestra de estudiantes japoneses universitarios. Koizumi obtuvo los siguientes resultados: 29% de los participantes pensaban que

la hipnosis es una técnica para controlar a otros; 26% de los participantes pensaba que su uso podía tener efectos psicológicos; 15% declararon que sus ideas estaban influenciadas por los medios de comunicación; 11% manifestaron pensamientos negativos hacia la hipnosis y por último el 19% reportaron otro tipo de ideas. Los resultados siguen la línea de los trabajos anteriores situando la hipnoterapia en algún lugar entre los tratamientos psicológicos científicos y los fenómenos paranormales (Koizumi, 2001).

Yu (2004) realizó un estudio sobre las actitudes hacia la hipnosis, encontrando las mismas creencias erróneas en los estudiantes chinos de Hong Kong que las encontradas previamente en los estudiantes americanos, australianos y británicos. Un número significativo de estudiantes chinos consideraba que la hipnosis mejoraba la memoria, incluso si se refería al momento del nacimiento o vidas anteriores. También los participantes más hipnotizables mostraban actitudes más positivas y menos escépticas hacia la hipnosis. Sin embargo, los estudiantes chinos considerados como medios y bajos en hipnotizabilidad parecían adoptar puntos de vista más escépticos hacia la hipnosis. Estos participantes tendían menos a creer, por ejemplo, que la experiencia de hipnosis depende de la capacidad del hipnotizador y no del hipnotizado. Por otra parte, las personas que se consideraban altos en hipnotizabilidad parecían tener actitudes hacia la utilización de la hipnosis mucho más positivas (Yu, 2004a).

Capafons, Cabañas, y Espejo (2005) compararon las actitudes hacia la hipnosis de una muestra de estudiantes de medicina cubanos con las de muestras de estudiantes españoles, hondureños, argentinos y chilenos. Se observó que los cubanos consideran la hipnosis una técnica útil y que tienen menos miedo que los otros latinos estudiados, pero creen más que fomenta la

memoria y que la persona hipnotizada pierde el control sobre su conducta. Dado que los cubanos consideraban que la hipnosis está al margen de la investigación científica, no corrigen estas creencias. Esto podría llevar a que se use la hipnosis de forma poco útil e iatrogénica, y priva los pacientes de los beneficios de la hipnosis como adjunto a los tratamientos médico-psicológicos (Capafons, Cabañas, et al., 2005), si bien tras una labor de difusión de la hipnosis científica en aquel país las cosas están cambiando a gran velocidad (Martín et al., 2010).

Green, Page, Rasekhy, Johnson, y Bernhardt (2006) realizaron un estudio con muestras de estudiantes de cuatro países: Australia, Alemania, EE.UU. e Irán. Los participantes cumplimentaron tres cuestionarios sobre creencias y actitudes hacia la hipnosis y, aunque las respuestas variaban en función del país (por ejemplo, los estudiantes estadounidenses mostraban actitudes más positivas hacia la hipnosis en comparación con los estudiantes australianos, los estudiantes iraníes asociaban con mayor frecuencia la hipnosis con "debilidad mental" y mostraban más miedo que los estudiantes estadounidenses y alemanes, los estudiantes alemanes veían la hipnosis como un estado alterado de consciencia en menor grado que los estudiantes estadounidenses e iraníes) hubo una notable similitud entre gran cantidad de los ítems, lo cual lleva a los autores a concluir que ciertas creencias y actitudes hacia la hipnosis no son específicas de la cultura.

Recientemente Shimizu (2014) ha desarrollado una nueva escala (*Beliefs about Hypnotic State Questionnaire*, BHSQ) que mide las creencias sobre "estados hipnóticos" y que utilizó en una muestra de estudiantes de pregrado japoneses para medir la influencia de tales creencias y actitudes sobre las

sensibilidad hipnótica. El análisis factorial exploratorio de la BHSQ examinó las creencias acerca de los estados hipnóticos que mostró cuatro factores: Experiencia Disociada o Despersonalizada, Pérdida de Autocontrol, Expectativas Terapéuticas y Desarrollo de Capacidades Extraordinarias. Los resultados mostraron que los factores Expectativa Terapéutica y Desarrollo de Capacidades Extraordinaria influyen en la “hipnotizabilidad” a través de las actitudes hacia la hipnosis, mientras también afectaron directamente las experiencias subjetivas sin que mediaran las actitudes. Los resultados sugieren para el autor que es más eficaz mejorar las expectativas terapéuticas, que corregir las concepciones equívocas sobre los estados hipnóticos en la modificación de las creencias del paciente antes de iniciar el tratamiento, lo que no deja de ser altamente peligroso por lo comentado anteriormente. Que incremente la sugestionabilidad hipnótica no indica nada sobre la posible iatrogenia indicada.

2.7.3. PSICOLOGÍA FORENSE

De acuerdo a Greene, Wilson, y Loftus (1989) la hipnosis ha sido utilizada en el pasado para mejorar la memoria de víctimas, testigos y acusados rodeada de una gran controversia. Estos autores estudiaron mediante una técnica de simulación de jurado el impacto de un testimonio obtenido mediante hipnosis sobre la decisión tomada por el jurado. Encontraron que la mayor parte del jurado tomaba el testimonio obtenido mediante hipnosis con escepticismo. En cierta manera dicho testimonio era comparable al obtenido mediante recuerdo diferido, y rara vez tenía el impacto del informe inmediato. Además, los juicios de los miembros del jurado sobre el testimonio obtenido a través de hipnosis afectaron la manera en la que evaluaban otras pruebas en el juicio: los miembros del jurado

que supieron que un testigo de la acusación había sido hipnotizada creían menos a otros testigos de la acusación que habían jurado y no habían sido expuestas al testimonio hipnótico. En un estudio de 1986 de estos tres mismos autores, estudiaron las creencias de estudiantes y personas con derecho a voto que pueden ser llamadas como miembros de un jurado. Encontraron que una gran parte de los participantes tenía creencias erróneas sobre la hipnosis, como que una persona hipnotizada puede hacer cosas en contra de su voluntad, que la hipnosis produce amnesia espontánea de lo ocurrido bajo hipnosis, y que las personas hipnotizadas no pueden mentir. Un 70% de estudiantes frente a un 50% de los otros participantes se mostraron favorables al uso de la hipnosis por parte de la policía para aumentar la memoria. Sin embargo, tanto los estudiantes como los otros participantes, dijeron que confiarían menos en un testimonio de alguien que hubiera sido hipnotizado que en el de alguien que no (Wilson, Greene, y Loftus, 1986).

2.7.4. PROFESIONALES DE LA SALUD

Vingoe en 1982 publicó un estudio sobre las actitudes hacia la hipnosis de los profesionales de la salud británicos. En este estudio se administró un cuestionario sobre actitudes a Psicólogos Clínicos y Psicólogos Educativos y se compararon sus respuestas. El cuestionario se centraba en las actitudes hacia el uso de la hipnosis, así como en su eficacia percibida. En general, los resultados mostraron que, tanto los psicólogos clínicos como los educativos, tenían una actitud favorable hacia el uso de la hipnosis, considerándola una técnica eficaz en el tratamiento de ciertos problemas emocionales, que puede acortar el tratamiento con beneficios más duraderos. Sin embargo, los psicólogos educativos se mostraron más favorables con su uso, y tendían a considerarla más eficaz y

como un tratamiento de elección, mientras que los psicólogos clínicos se mostraban más inseguros al respecto. El autor sugiere que esta diferencia podría deberse a que cada grupo de psicólogos atiende una clase diferente de pacientes. Por último, ambos grupos consideraron que no tenían la formación suficiente para utilizar la hipnosis en su práctica y que debería haber más cursos disponibles para su aprendizaje (Vingoe, 1982).

Yapko (1994) desarrolló y administró un cuestionario de actitudes hacia la hipnosis a una muestra de 869 psicoterapeutas estadounidenses, encontrando que la mayoría de ellos tenían una actitud favorable hacia la hipnosis. Sin embargo, esta actitud estaba basada en creencias erróneas sobre esta técnica, como, por ejemplo, creer que mediante la hipnosis se pueden recuperar recuerdos precisos de épocas tempranas de la vida de la persona.

Yu, también en el 2004, realizó otro estudio sobre actitudes pero esta vez aplicando el cuestionario a profesionales de la salud de Hong Kong. Se observó que los profesionales tenían las mismas creencias erróneas que los estudiantes acerca de la hipnosis y sus aplicaciones. Sin embargo, los profesionales mantenían una actitud más escéptica. Esto puede ser considerado como positivo ya que así se evitaría un mal uso de esta técnica, pero por otro lado, también impediría que los pacientes se beneficiaran de las ventajas que la hipnosis podría ofrecerles. Por último, este estudio mostró la existencia de gran déficit de formación sobre hipnosis en las universidades de Hong Kong lo que hace que se perpetúen, tanto las creencias erróneas, como el mal uso de esta técnica (Yu, 2004b).

Chaves (2004) evaluó las actitudes de tres muestras de participantes diferentes pertenecientes a la Facultad de Odontología de la Universidad de Indiana (EE.UU.) Una de alumnos de licenciatura (pre-doctoral), otra de los

profesores y una tercera de los pacientes que acudían a la clínica dental. Los resultados mostraron que todos los grupos encuestados tenían una actitud positiva hacia la hipnosis, aunque los profesores eran más favorables que los estudiantes y los pacientes. También se observó que aquellos participantes que habían tenido alguna experiencia con hipnosis se mostraban más favorables, así como que los profesores que habían hecho algún curso sobre hipnosis tenían una actitud mucho más positiva (Chaves, 2004).

Coldrey y Cyna (2004) enviaron un cuestionario a 317 anestesiistas colegiados residentes en Australia del Sur para determinar el uso, el conocimiento, las actitudes hacia la sugestión positiva, la hipnosis y la hipnoterapia y su uso en la práctica anestésica. Respondieron 218 anestesiistas (69%). La mayoría de los que respondieron (63%) calificaron su nivel de conocimiento de la hipnosis como por debajo de la media. Casi la mitad de ellos indicaron que consideraban la hipnosis de utilidad en la anestesia clínica, sobre todo en áreas como dolor y estados de ansiedad. Así mismo, apoyaban el uso de la hipnosis y las sugestiones positivas junto con la anestesia. Aquellos participantes que habían tenido experiencia previa con la hipnosis eran los que más apoyaban la formación de hipnosis, tanto en la licenciatura, como en estudios de post-grado.

Eng y Cyna (2005) también en Australia, compararon el conocimiento y las actitudes hacia la hipnosis de las matronas de hospitales que ofrecían servicio de hipnosis con los que no tenían este servicio. Los resultados mostraron que las matronas que trabajaban en hospitales con servicio de hipnoterapia apoyaban el uso de la hipnosis clínica por considerarla de ayuda durante el parto y recomendaban la hipnosis como un analgésico adjunto durante la concepción. También estas matronas expresaban más interés en que se impartiera formación en hipnosis durante los estudios universitarios para matrona. Aquellas

matronas que no habían tenido experiencias con la hipnosis clínica tenían más falsas creencias sobre la misma, debidas a su conocimiento de la hipnosis sólo mediante los programas que la usan como entretenimiento. Una gran mayoría de las matronas (83%) de ambos hospitales, se mostraban de acuerdo en que las técnicas de sugestión positiva debían ser impartidas como parte de su formación (Eng y Cyna, 2005).

Roggiani (2002) realizó un estudio para evaluar el grado del interés y el conocimiento de los médicos e internos hacia la hipnosis en el Cantón Ginebra (Suiza). Sólo un 10% de los profesionales respondieron al cuestionario y los resultados mostraron que un 50% de ellos considera la hipnosis importante como un coadyuvante en los tratamientos médicos, sobre todo para el tratamiento del dolor, del tabaquismo, de los trastornos psiquiátricos y gastroenterológicos. También, dos tercios de ellos dijeron haber derivado pacientes a hipnoterapeutas y haber solicitado información sobre hipnosis. A pesar del elevado interés mostrado, los profesionales dijeron tener conocimientos reducidos sobre hipnosis, habiendo sólo un 20% que decía poder definir la hipnosis a sus pacientes o sus indicaciones. Además, 7 de cada 10 mostraron interés en aprender más sobre hipnosis. El cuestionario incluía algunos de los mitos frecuentes sobre la hipnosis y en los resultados se observó que sólo un porcentaje muy bajo de los profesionales mantenía concepciones erróneas sobre la hipnosis. Asimismo, se incluyó una pregunta sobre la fuente de la que los médicos tenían información sobre hipnosis y la mayoría tenía conocimientos mediante sus colegas, seguido por artículos y seminarios sobre el tema (Roggiani, 2002).

Mendoza, Capafons, Espejo, y Montalvo (2009) analizaron las creencias y actitudes hacia la hipnosis de los psicólogos colegiados españoles mediante la Escala de Valencia de Actitudes y Creencias hacia la Hipnosis-Versión Terapeuta

(EVACH-T.) Los psicólogos que conformaron la muestra de la investigación fueron, en general, los que estaban interesados sobre la hipnosis lo suficiente como para responder a las sucesivas llamadas a la colaboración. Este sesgo dificultó que los resultados fueran representativos y extrapolables a la población de psicólogos y psicólogas colegiadas en aquella época. Sin embargo, se confirmó que los participantes que poseían información científica sobre la hipnosis mantenían creencias ajustadas y una actitud más positiva hacia ella. Los participantes en el estudio presentaban pocas actitudes negativas hacia la hipnosis, probablemente debido a que más de un 50% indicaban tener conocimientos sobre la hipnosis de fuentes fiables como la universidad. No se encontraron diferencias entre los distintos Colegios Oficiales de Psicólogos en cuanto a creencias y actitudes hacia la hipnosis.

Más recientemente, Meyerson, Gelkopf, Golan, y Shahamorov (2013) diseñaron y validaron un cuestionario de evaluación de las diversas posibles motivaciones para el aprendizaje y el uso de la hipnosis y fue administrado a 125 psicólogos, médicos y dentistas israelíes que estudiaban y/o utilizaban la hipnosis en su práctica clínica. Los resultados sugirieron que la mayoría de los profesionales estaban motivados por el deseo de mejorar su desempeño profesional y que la mayoría de los profesionales querían aprender la hipnosis a través de sus colegas dentro de un contexto académico o clínico.

2.7.5. CAMBIO DE ACTITUDES

McConkey en 1986 desarrolló un cuestionario sobre opiniones acerca de la hipnosis y lo administró a una muestra de estudiantes australianos antes y después de que experimentaran hipnosis para evaluar las diferencias entre el pre y el post-test. McConkey concluyó que el haber tenido una experiencia personal con hipnosis podía reducir las creencias erróneas sobre esta técnica. Posteriormente, Green (2003) señaló que en el estudio de McConkey no se había tenido en cuenta los posibles cambios de actitudes debidos a la repetición del test o el paso del tiempo. Por esta razón, realizó otro estudio utilizando el mismo cuestionario y aplicándose a una muestra de estudiantes americanos antes y después de la administración de una escala estandarizada de sugestionabilidad. Otro grupo de sujetos cumplimentó el cuestionario, pero no tuvo ninguna experiencia con la hipnosis. Los resultados mostraron que la experiencia de ser hipnotizado modificaba las creencias erróneas que mostraban los participantes en el pre-test. La inclusión del grupo control estableció la fiabilidad test-retest del cuestionario y demostró que los cambios en las opiniones del grupo experimental estaban en función de la experiencia personal con la hipnosis.

Thomson (2003) llevó a cabo un proyecto diseñado para cambiar las creencias, actitudes y prácticas de los profesionales de la salud en relación a la hipnosis, 300 profesionales de la salud asistieron a una conferencia sobre la naturaleza de la hipnosis y sus utilidades terapéuticas, incluyendo transparencias, vídeos y material por escrito seguido por un turno de preguntas. También aquellos participantes dispuestos a experimentar hipnosis fueron hipnotizados con sugerencias de relajación. Las actitudes hacia la hipnosis se evaluaron antes de la conferencia, después y tres meses más tarde. La autora concluyó que las actitudes de los participantes cambiaban después de haber recibido información

adecuada sobre hipnosis, y que este cambio se mantenía durante el período de seguimiento. Asimismo, el hecho de tener información más precisa apoyada en la investigación científica, hacía más probable que dichos profesionales de la salud incorporaran técnicas de hipnosis en sus prácticas clínicas. Aun considerando la limitación de no haber incluido un grupo control en este trabajo, los resultados apoyan los de otros estudios que también afirman que el tener información adecuada y experimentar hipnosis fomenta una actitud positiva hacia ella. Otra posible limitación sería que los participantes ya tenían una predisposición positiva hacia la hipnosis ya que asistieron voluntariamente a las conferencias, lo que significa que tenían cierto interés en saber más sobre el tema.

Esta es una limitación común de muchos estudios que evalúan el cambio de actitudes (excepto para Green, 2003), los participantes ya tenían una predisposición positiva hacia la hipnosis desde que habían asistido tanto a las conferencias como a ser hipnotizados voluntariamente. En contraposición, un estudio de investigación, llevado a cabo en España, utilizó una muestra de participantes que mostraron una actitud negativa hacia la hipnosis (Capafons, Cabañas et al., 2005). Los investigadores utilizaron la Escala de Valencia de Actitudes y Creencias hacia la Hipnosis, Versión Cliente (EVACH-C) para medir las actitudes de estudiantes de primer año de psicología. Los participantes que habían mostrado una actitud negativa hacia ser hipnotizados fueron elegidos para participar en la segunda parte del estudio. Se les dieron diferentes explicaciones acerca de la hipnosis: el grupo de control recibió la mínima información, otro grupo recibió una explicación socio-cognitiva de la hipnosis, y el tercer grupo experimental recibía una presentación en la que la hipnosis se definía como un estado alterado de conciencia o trance. A todos los participantes se les ofreció aprender un método de auto-hipnosis, para luego y pasarles la Escala de

Sugestionabilidad de Barber (BSS) (Barber, 1965; Barber y Wilson, 1978). De los resultados, se concluyó que, tanto la presentación control como la socio-cognitiva y la basada en trance, en un contexto de auto-hipnosis, tenían un impacto significativo en las actitudes hacia la hipnosis, mejoraron sus actitudes hacia la hipnosis, y de hecho las personas se auto-hipnotizaron. Recordemos que fueron seleccionados precisamente porque no querían hipnotizarse (Capafons, Cabañas et al., 2005). La explicación *post hoc* a esta falta de diferencia predicha en perjuicio de las explicaciones control y de trance, fue que al ofrecerse aprender auto-hipnosis, los participantes no tenían miedo a perder el control. Esta explicación sirvió también para justificar las no diferencias en las puntuaciones de la BSS de los tres grupos.

En una investigación llevada a cabo el año siguiente (Capafons et al., 2006), se utilizó la misma escala y el mismo diseño experimental, pero a los participantes, en lugar de ofrecérseles una técnica de auto-hipnosis, se indicaba que sería hipnotizados para aplicarles la BSS tras una técnica de hetero-hipnosis. Los autores opusieron a prueba la explicación *post hoc* indicada, y predijeron lo siguiente: la explicación socio-cognitiva provocaría un mayor cambio positivo de las actitudes hacia la hipnosis al no incluir conceptos como trance o disociación, mientras que las explicaciones de trance dificultarán tal cambio, siendo éste menor que el que provocarían las explicaciones en las que no se indicaba si es trance u otra cosa, en un contexto de hetero-hipnosis (donde implícitamente la persona reacia a ser hipnotizada cree que puede perder el control). En segundo lugar, si estas predicciones se cumplieran, las respuestas a las sugerencias de prueba serían mayores si se recibe una explicación socio-cognitiva, seguidas de explicaciones no específicas y, finalmente, de la explicación de trance. La predicción de que las explicaciones socio-cognitivas reducían más las actitudes negativas hacia la hipnosis se cumplió sólo parcialmente, ya que únicamente

incrementaba el cambio de actitudes en lo referido a creer que la hipnosis no anulaba el control de la persona. Respecto de las sugerencias hipnóticas, no se cumplió la predicción de una mayor puntuación del grupo socio-cognitivo, ya que se produjo un cambio importante en los tres tipos de explicaciones. En este estudio se replicaron los resultados del estudio anterior, pero surgió además una diferencia entre las presentaciones socio-cognitiva, mínima y trance, en el sentido de que la presentación de trance provocó significativamente más abandonos que las otras dos. En este sentido, se comprende también que quienes permanecieron en el estudio redujeron su miedo a perder el control, y de ahí la falta de diferencias en las respuestas a las BSS (Capafons et al., 2006). La conclusión más importante de este estudio es que cuando la hipnosis se presenta como un estado alterado de conciencia o disociación y en formato de hetero-hipnosis, será más probable que el cliente abandone la terapia. Sin embargo, el presentar la hipnosis desde una perspectiva socio-cognitiva puede llevar a una mayor aceptación de la terapia con hipnosis, a mejorar el *rapport* y a una mayor adhesión al tratamiento.

Estos resultados también coinciden con los obtenidos en el estudio de Lynn et al., (2002) en el que se presentó la hipnosis en uno de los grupos como un estado alterado de conciencia o trance versus cooperación, y se concluyó que los participantes del grupo de trance estimaron que respondían a menos sugerencias que los del grupo de cooperación, y que estos últimos mostraban una mayor respuesta a las sugerencias. Si bien en este estudio, no se seleccionaron a personas reacias a ser hipnotizadas

Molina y Mendoza (2006) evaluaron el cambio de actitudes según la metodología del diferencial semántico de Osgood, Suci, y Tannenbaum (1957). Elaboraron una lista de adjetivos y se administró a una muestra de estudiantes

de Psicología y de licenciados para evaluar cómo afectaba el haber hecho un curso sobre hipnosis sobre sus creencias y actitudes hacia la hipnosis. En el curso, los participantes recibían información sobre cómo funciona la hipnosis desde una perspectiva socio-cognitiva, se aclaraban los mitos populares y tenían la oportunidad de ser hipnotizados e hipnotizarse unos a otros bajo supervisión. Los resultados mostraron que, después de haber hecho el curso, disminuyeron las actitudes negativas hacia la hipnosis mientras que aquellas actitudes positivas que había antes se reforzaban y se creaban nuevas relacionadas con el contenido del curso. Pese a que este estudio presenta la limitación de no haber contado con un grupo control, se concluyó que la formación teórico-práctica junto con la experiencia personal de estar hipnotizado ayudó a mejorar las actitudes hacia la hipnosis y a disipar las creencias erróneas, así como a fomentar un apropiado uso de la hipnosis en profesionales de la salud (Molina y Mendoza, 2006).

Mendoza, Capafons, y Espejo (2009) buscaron conocer la influencia de recibir información científica referida a la hipnosis sobre las creencias y actitudes hacia la misma de los psicólogos colegiados españoles. Aplicaron la Escala de Valencia de Actitudes y Creencias hacia la Hipnosis (Versión Terapeuta, EVACH-T) a una muestra de colegiados en dos ocasiones, y una tercera más, ésta última tras publicarse un monográfico sobre hipnosis en la revista *Papeles del Psicólogo*, recibida por todos los colegiados. Los resultados indicaron que aquellos psicólogos que dijeron leer dicho monográfico cambiaron, en general, sus creencias erróneas por otras más ajustadas, y sus actitudes negativas por otras más positivas hacia la hipnosis. También se demostró que la EVACH-T es sensible a los cambios en las actitudes y creencias de los psicólogos hacia la hipnosis.

Dufresne et al., (2009) en un estudio clínico aleatorizado con mujeres evaluó el efecto de la experiencia hipnoanalgésica sobre la hipnotizabilidad y sus opiniones sobre la hipnosis, tras la intervención hipnótica para el dolor/ansiedad frente a la atención estándar prestada durante la interrupción del embarazo. Los resultados indicaron que las opiniones acerca de la hipnosis cambiaron con la experiencia hipnótica en comparación con la atención estándar, pero se no se asociaron con la hipnotizabilidad. La exposición hipnoanalgésica no influyó de manera significativa en la hipnotizabilidad pero sí en las opiniones acerca de la hipnosis. De acuerdo con resultados anteriores, la percepción de automaticidad parece predecir mejor la hipnotizabilidad.

Martín et al., (2010) realizaron una investigación con profesionales de la salud de Cuba en la que se pretendía examinar si recibir información sobre hipnosis a través de una conferencia podía modificar las actitudes y las creencias erróneas sobre la hipnosis. Se administró la EVACH-T a dos grupos, antes y después de recibir una conferencia. El primer grupo recibió una conferencia sobre hipnosis y el segundo una conferencia sobre urología. Los resultados mostraron que hubo diferencias significativas entre los grupos, en el sentido que el primer grupo mostró una actitud más positiva hacia la hipnosis tras recibir la conferencia, aunque en el pretest, ambos grupos mostraron creencias erróneas similares acerca de la hipnosis y la memoria. Las ideas sobre la influencia de la hipnosis en la memoria cambiaron de manera significativa en el primer grupo después de recibir la conferencia sobre la hipnosis que se centraba mucho en informar sobre los riesgos de los falsos recuerdos provocados en situaciones hipnóticas, pero no en el segundo grupo. Consecuentemente, la conferencia acerca de la hipnosis tuvo un impacto

significativo en el ajuste de las creencias erróneas de los participantes acerca de la memoria y la hipnosis.

2.7.6. FUENTES DE INFORMACIÓN

Este grupo de estudios tienen como objetivo específico el analizar estas fuentes y ver su influencia sobre las creencias y las actitudes. Barling y De Lucchi (2004) estudiaron los conocimientos, actitudes, creencias y motivaciones sobre la hipnosis clínica realizando una comparación entre dos grupos de participantes: los que tenían experiencia previa con la hipnosis y las personas que no tenían experiencia previa con la hipnosis. Los resultados indicaron que la experiencia previa con la hipnosis se asoció significativamente con un conocimiento más preciso, actitudes y creencias más positivas acerca de la hipnosis y una mayor intención de utilizar la hipnosis clínica. Los participantes que obtuvieron su información acerca de la hipnosis de las experiencias personales tenían un conocimiento mucho más preciso acerca de la hipnosis, creencias significativamente más positivas y menos temor a la hipnosis en comparación con los participantes que obtuvieron la información de presentaciones de televisión o espectáculos (Barling y De Lucchi, 2004).

Gow et al., (2006) analizaron las fuentes de influencia, sobre las actitudes y las concepciones erróneas de la hipnosis, en 279 miembros adultos del público general en Australia que fueron reclutados a través del puerta a puerta. Los resultados revelaron un apoyo de moderado a fuerte de algunas concepciones erróneas sobre la hipnosis, como que la hipnosis es una herramienta utilizada por un hipnotizador controlador, y una forma de entretenimiento en el que las personas son llevadas a actuar de forma no habitual en ellas. Se encontró, asimismo, que las fuentes de influencia más comunes fueron la

televisión, los hipnotizadores de espectáculo y las películas. Por otro lado, hubo una tendencia general de respuestas de actitud moderada y parecía que la mayoría de la población había tenido pocas fuentes de influencia en las que basar su conocimiento sobre hipnosis.

Yu, utilizando las muestras de sus estudios con profesionales (2004a) y estudiantes (2004b; 2006) analizó las fuentes de información de las que los ciudadanos chinos de Hong Kong obtienen sus conocimientos sobre la hipnosis y sus aplicaciones, y su influencia en las actitudes de las dos muestras. Los resultados indicaron que los profesionales y los estudiantes obtienen la información de las mismas fuentes y éstas no influyen ni moderan sus creencias hacia la hipnosis. Esto no es debido a que esas fuentes no sean eficaces para modificar creencias y actitudes hacia la hipnosis, sino a que existe una carencia de experiencia directa e indirecta de la hipnosis entre los chinos y la poca que hay es inadecuada. Así la mayoría del material que los participantes mencionaron como su fuente de información era el relacionado con la hipnosis en medios de entretenimiento, lo cual puede explicar su reactancia a ser hipnotizados.

McIntosh y Hawney (1983) estudiaron las fuentes de información y su impacto en la aceptación de la hipnosis en el tratamiento médico. Aplicaron un cuestionario a una muestra aleatoria de 884 adultos usuarios de un centro médico, la muestra era representativa de 10% de la población total centro médico. El 80% había oído con anterioridad la utilización de la hipnosis en la medicina, el 36,6% aceptaría hipnoterapia si se lo recomendara su médico, el 5,5% rechazaría el tratamiento de hipnosis y el porcentaje restante solicitaría más información antes de tomar una decisión. Se observó una asociación significativa entre el pre conocimiento de la hipnosis médica y la aceptación de la hipnoterapia y entre la

fuentes de información y la actitud al tratamiento. Los participantes rechazaban el uso clínico de la hipnosis cuando sus conocimientos estaban basados en información proporcionada por la televisión o espectáculos.

Con respecto al impacto de espectáculos en las actitudes hacia la hipnosis, destacan los estudios de Echterling y Whalen (1995) por un lado, y Mackillop, Lynn, y Meyer (2004) por otro. Echterling y Whalen (1995) estudiaron las diferencias entre la audiencia de un espectáculo de hipnosis y la de una conferencia de hipnosis clínica. Este estudio examinó cómo las actitudes y creencias se ven afectadas por estas dos experiencias diferentes. 205 estudiantes universitarios completaron medidas pretest antes de ver un programa de hipnosis, asistir a una conferencia sobre la hipnosis o participar en un grupo de control. Los participantes completaron medidas posttest entre una y tres semanas más tarde. Tanto el programa de hipnosis, como la conferencia, aumentaron la motivación de los asistentes a utilizar la hipnosis como tratamiento, y redujeron la creencia de que la hipnotizabilidad refleja poca inteligencia. Además, la conferencia también fomentó la creencia de que la hipnotizabilidad implica creatividad y auto-control. Sin embargo, mientras la conferencia ayudó a reducir la creencia de que la persona hipnotizada actúa como un autómatas y obedece a todas las sugerencias, el espectáculo de hipnosis aumentó esta creencia entre su audiencia.

Por otra parte, Mackillop, Lynn, y Meyer (2004) estudiaron las actitudes hacia la hipnosis antes y después de presenciar un espectáculo de hipnosis de 67 personas del público y 6 participantes en el espectáculo y no encontraron un cambio a actitudes negativas después del espectáculo. Sin embargo, los autores indican que los participantes ya tenían actitudes muy positivas antes de asistir al espectáculo, lo cual pudo dificultar encontrar diferencias.

2.7.7. RELACIÓN CON OTROS CONSTRUCTOS

Spanos y McPeake (1975) evaluaron la absorción entendida como la implicación en actividades imaginativas de la vida cotidiana, las actitudes hacia la hipnosis y la sugestionabilidad hipnótica en una muestra de 183 participantes. Se encontraron relaciones entre estos tres aspectos. De esta manera, los participantes que puntuaron alto en absorción, tendían a tener actitudes positivas hacia la hipnosis, mientras que los que puntuaron bajo tendían a mantener actitudes menos positivas. Una posible explicación de esta tendencia puede ser que las personas a las que les gustan las actividades imaginativas no se sienten amenazadas por actividades psicológicas no tan habituales como puede ser la situación hipnótica. Este resultado fue replicado por Spanos, Brett, Menary, y Cruz (1987) con la particularidad que en este estudio, teniendo en cuenta la correlación entre las actitudes positivas y absorción, la combinación de las actitudes y de absorción predijo mejor la capacidad de respuesta hipnótica que sólo actitudes y la absorción por sí solos (Molina y Mendoza, 2006).

2.8. CREENCIAS Y ACTITUDES HACIA LA HIPNOSIS: INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

Con el fin de conocer las creencias y actitudes hacia la hipnosis se han elaborado distintos tipos de instrumentos, fundamentalmente de “lápiz y papel” (Mendoza, Capafons, y Flores, 2009) la mayoría de ellos publicados en inglés. McConkey en 1986 publicó *Opinions About Hypnosis Scale (OAHS)* de 40 ítems referidos a ideas populares sobre la naturaleza, experiencia y efectos de la hipnosis y la auto-hipnosis, en la que los participantes tienen que decantarse por el acuerdo o el desacuerdo. Esta escala ha sido utilizada posteriormente en diversos estudios, ya sea sola, o combinando sus ítems con los de otras escalas (Capafons et al., 2003; Capafons et al., 2004; Capafons, et al., 2006; Chaves, 2004; Gow et al., 2006; Johnson y Hauck, 1999; Yu, 2004ab, 2006). También, en algunos casos, se ha utilizado cambiando el formato de respuesta. Por ejemplo, Green et al., (2006) lo cambiaron a una escala tipo Likert de 7 puntos donde 1 era “nada cierto” y 7 “muy cierto”, y Darghly y Wright (1991) la usaron con un formato de respuesta de 4 puntos entre el acuerdo y el desacuerdo.

Spanos et al., (1987) elaboraron la escala de *Attitudes Toward Hypnosis Scale (ATHS)*, que consta de 14 ítems con un formato de respuesta tipo Likert. Los autores encontraron tres factores: uno referido a creencias positivas sobre hipnosis, otro referido a creencias acerca de la estabilidad mental de las personas hipnotizables y un tercero relativo a la ausencia de miedo respecto a la hipnosis. Cada ítem es puntuado en una escala de 5 puntos desde “totalmente de acuerdo” a “totalmente en desacuerdo”. Las puntuaciones altas indican: (a) predisposición a la idea de ser hipnotizado (b) la percepción de

la hipnosis como una técnica que no provoca miedo y (c) la noción que aquellas personas hipnotizables no son influenciables ni mentalmente inestables. También los ítems de esta escala se han utilizado combinados con otros en diversas investigaciones para evaluar creencias y actitudes hacia la hipnosis (Barling y De Lucchi, 2004; Capafons et al., 2003; Capafons et al., 2004; Capafons et al., 2006; Chaves, 2004; Gow et al., 2006; Green et al., 2006; Yu, 2004 b; 2006).

Otra escala bastante utilizada, sola o combinando sus ítems con los de otras, es la *Beliefs About Forensic Hypnosis Scale (BAFHS)* de Wilson, Greene, y Loftus (1986). Consta de 13 ítems sobre hipnosis particularmente en situaciones forenses, siendo su formato de respuesta de 4 puntos, desde acuerdo a desacuerdo.

La *Hypnosis Survey Beliefs (HSB)* desarrollada por Keller en 1996 consta de 25 ítems relacionados con las creencias populares de la hipnosis, y evalúa el grado de acuerdo del paciente con algunos mitos y creencias erróneas acerca de ella. Su formato de respuesta es de tipo Likert de 5 puntos, que van del acuerdo al desacuerdo, con la peculiaridad de que 1 es desacuerdo y el 2 ya implica grado de acuerdo.

Otros cuestionarios elaborados por Yapko (1994) pretenden evaluar el conocimiento y las creencias sobre memoria e hipnosis de los psicoterapeutas. El *Memory Attitude Questionnaire (MAQ)* fue creado para evaluar el alcance y la profundidad de la comprensión de los terapeutas del funcionamiento de la memoria humana, especialmente en relación con aspectos clínicos y tratamiento. Considera la memoria como un componente fundamental de cualquier terapia, ya que, según este autor, son los recuerdos del cliente acerca de su historia los que sirven como base para la creación y la comprensión de su situación actual. Este

cuestionario tiene un formato de respuesta tipo Likert de 4 puntos de acuerdo o desacuerdo. Otro instrumento creado por Yapko es el *Hypnosis Attitude Questionnaire (HAQ)* este instrumento fue creado para evaluar has qué punto los psicoterapeutas pueden ver la hipnosis como una técnica para recuperar recuerdos, y el grado en el que la sugestionabilidad afecta al proceso de terapia. Este cuestionario también tiene un formato de respuesta tipo Likert de 4 puntos de acuerdo o desacuerdo (Yapko, 1994).

Nickisson (1997) desarrolló un cuestionario de dos partes: la primera referida a los conocimientos sobre la hipnosis dividida en distintos temas (hipnosis en general, la experiencia de la hipnosis, cómo se comportan las personas hipnotizables durante la hipnosis, las sugerencias y lo que ocurre tras la sesión de hipnosis). La segunda parte contiene 14 ítems que evalúan actitudes hacia la hipnosis.

Hawkins y Bartsch (2000) elaboraron un cuestionario de 7 ítems con formato de respuesta verdadero o falso de creencias sobre hipnosis y usaron una escala tipo Likert de 12 puntos para evaluar el interés por la hipnosis, la susceptibilidad hipnótica percibida y preferida. Añaden una última cuestión sobre la experiencia de los sujetos en espectáculos de hipnosis ya fuera como asistente o como participante.

Barling y De Lucchi (2004) utilizaron este cuestionario para evaluar el conocimiento acerca de la hipnosis de los participantes en un estudio que incluyó a 84 personas con experiencia en hipnosis, y 102 sin experiencia. Así mismo aplicó la *ATHS*, y una escala desarrollada por ellos mismos para medir la intencionalidad de usar la hipnosis en el futuro con propósitos clínicos. Esta última escala consta de 9 ítems y recoge los usos más comunes de la hipnosis clínica. Encontraron que aquellos participantes que obtienen información a cerca de la

hipnosis por experiencias personales tienen significativamente un conocimiento más exacto, más creencias positivas y menos miedo acerca de la hipnosis que aquellos que la obtienen mediante presentaciones televisivas.

Thomson (2003) utilizó en su estudio tres cuestionarios: uno pre-intervención, otro post intervención y un tercero que administraban a los participantes de su estudio tres meses después de la intervención (la intervención consistía en formación sobre hipnosis a un grupo de 300 profesionales de la salud). Cada cuestionario está formado por seis preguntas con formato de respuesta tipo Likert respecto a las actitudes, la práctica y las creencias sobre la hipnosis y su relevancia en medicina.

Gwynn y Mohan (2006) elaboraron en Canadá un cuestionario específico para terapeutas que utilizan la hipnosis en su práctica clínica. Este cuestionario no solo explora las creencias erróneas que los terapeutas y sus clientes puedan tener sobre la hipnosis, sino que también recoge la información que los terapeutas proporcionan a sus clientes para disipar esas falsas creencias. Los primeros 39 ítems se refieren a las creencias sobre la hipnosis que los terapeutas observan en sus clientes o en los participantes de las investigaciones. Los siguientes 38 evalúan en qué grado el terapeuta tiene cada una de esas mismas creencias. Las dos últimas cuestiones hacen referencia a las cinco concepciones erróneas que el terapeuta encuentra en su práctica con más frecuencia y que cree que son falsas, y a qué información proporciona a sus clientes para aclararlas.

Roggiani (2002) elaboró el primer cuestionario en francés para evaluar las creencias y actitudes hacia la hipnosis de los médicos e internos de los hospitales de Ginebra. El cuestionario estaba constituido por 19 preguntas divididas en cuatro categorías: características de los profesionales, lugar de la

hipnosis en la práctica médica, interés por la hipnosis y conocimiento acerca la hipnosis.

Cangas y Rojas en 1999 elaboraron en castellano el Cuestionario de Creencias Hipnóticas. Es un cuestionario que consta de 12 ítems, de respuesta tipo Likert, agrupados en pares de preguntas. La mitad de ellas hace referencia a la creencia de que la hipnosis es un proceso especial, diferente a cualquier experiencia ordinaria, donde el hipnotizador tiene un poder especial sobre la persona hipnotizada, la persona no puede controlar lo que hace, etc. Los otros diez ítems equivalen a alternativas contrarias, es decir, plantean que la hipnosis es un fenómeno natural, parecido a la relajación o ejercicios de relajación, donde la persona se da cuenta de todo lo que sucede a su alrededor (Cangas y Rojas, 1999). El instrumento que a pesar de sus índices de fiabilidad y validez aceptables, presenta algunas limitaciones metodológicas en cuanto a lo reducido de la muestra (58 participantes), pocos ítems, y la redundancia entre los mismos (Capafons et al., 2003).

Dada la relevancia de conocer las actitudes y creencias hacia la hipnosis desde una perspectiva socio-cognitiva y la carencia de instrumentos de evaluación de las mismas validados en castellano, y a que muy pocos de los instrumentos mencionados habían sido sometidos a análisis factoriales y estudios psicométricos de fiabilidad y validez, se elaboraron las Escalas de Valencia de Actitudes y Creencias hacia la Hipnosis tomado elementos de otras escalas ya publicadas, y aportando otros nuevos. Básicamente son escalas genuinamente españolas y redactadas en castellano (Capafons et al., 2003; Capafons et al., 2004; Capafons et al., 2006), con dos versiones: cliente y terapeuta. Como la versión cliente es el objeto de estudio de esta tesis doctoral, describiremos su evolución en el apartado de instrumentos utilizados. En primer lugar, se elaboró la Escala de Valencia de Actitudes y Creencias hacia la Hipnosis versión-Cliente

(EVACH-C) (Capafons, et al., 2003). La escala recogía los principales mitos resumidos por Capafons (1998, 2009), y de los que se habla habitualmente en la literatura científica sobre la hipnosis. Asimismo, puesto que la versión Terapeuta se basa en la de cliente, también aportaremos información sucinta sobre ella en ese mismo apartado.

2.9. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Tal y como hemos desarrollado en puntos anteriores, la hipnosis ha demostrado su utilidad como coadyuvante de otros procedimientos terapéuticos en el tratamiento de numerosas condiciones médicas y psicológicas. Pero para que esto sea una realidad, y para evitar iatrogenia en la aplicación de la hipnosis, antes de iniciar una intervención clínica que use los procedimientos hipnóticos como coadyuvantes, se deben evaluar las creencias y actitudes que tengan los usuarios hacia la hipnosis, así como ofrecer información científica dirigida a eliminar los posibles prejuicios y concepciones erróneas (Capafons, 2012; Capafons, Mendoza et al., 2008; Spanos et al., 1987). De ello se derivan razones sustantivas para evaluar las creencias y actitudes de los clientes, ya que de su conocimiento se ayudará al establecimiento del *rapport* y la relación terapéutica, especialmente en el caso de intervenciones clínicas. De no establecerse, se puede provocar abandono de la intervención, lo que implica un uso iatrogénico de la hipnosis, pues el paciente no recibe una intervención que podría ayudarle. Así mismo, las actitudes positivas hacia la hipnosis al inicio del tratamiento predicen mejor el cambio terapéutico que el nivel de sugestionabilidad hipnótica (Schoenberger et al., 1997). También lo contrario, de establecer una *rapport* basados en ideas fantasiosas sobre la hipnosis se podría aplicar una intervención que podrá ser ineficaz, incluso abocar a un posible efecto nocebo en el usuario. Y, finalmente, las creencias inadecuadas sobre la hipnosis, tanto del terapeuta, como del paciente, son los únicos factores de riesgo demostrados que pueden generar iatrogenia en su uso particularmente el clínico (Capafons, 2012; Capafons y Mazzoni, 2005), especialmente en el caso de génesis de falsos recuerdos, o de

abandono de tratamiento eficaces por un uso único e inerte de la hipnosis, con todos los riesgos que ello podría comportar especialmente en el caso en el campo de la medicina.

2.10. HIPÓTESIS

Como ya hemos mencionado, los objetivos del presente estudio son los siguientes:

1. Analizar la estructura factorial de la Escala de Valencia de Actitudes y Creencias hacia la Hipnosis (Versión Cliente revisada, EVACH-C) en muestra española con metodología confirmatoria, partiendo de los análisis exploratorios y confirmatorios comentados con muestras de diferentes países (Capafons, Mendoza et al., 2008).
2. Establecer la fiabilidad test re-test (estabilidad temporal), y ver si se confirma la consistencia interna de los diferentes factores, desde esta perspectiva factorial confirmatoria.
3. Analizar las creencias que tienen los estudiantes universitarios españoles sobre la hipnosis clínica.
4. Comprobar la influencia de algunas variables personales-contextuales como el sexo, el curso, haber sido hipnotizado o no y la información recibida respecto a la hipnosis sobre las actitudes y creencias hacia la hipnosis.

Hipótesis y predicciones:

- 1- Teniendo en cuenta que diversos estudios internacionales exploratorios y confirmatorios proporcionan resultados muy similares en cuanto a la estructura factorial y fiabilidad de la escala, parece claro que el conocimiento que se tiene de la hipnosis por parte de los “clientes” generan unas actitudes y creencias hacia ella que se aglutinan de forma similar, al menos en las culturas que las han investigado, por lo que esperamos replicar la estructura de 8 factores mencionada anteriormente: Miedo, Mágica, Marginal, Memoria,

Ayuda, Colaboración, e Interés, con una distribución similar de los ítems en esos factores

- 2- En relación a la hipótesis anterior, parece que la escala recoge adecuadamente esas formas de estructuración, y que las opiniones y actitudes hacia la hipnosis son relativamente estables y se modifican en función de actuaciones similares, lo que hemos indicado previamente, también desde una perspectiva transcultural, aunque con pequeñas variaciones. Por ello, se esperan unos valores de test re-test y consistencia interna variables en función de los factores, pero similares a los encontrados en los análisis exploratorios multiculturales (Capafons, Mendoza et al., 2008), portugueses (Carvalho et al., 2007) y factoriales estadounidenses (Green et al., 2012), así como de la EVACH-T (Capafons, Espejo et al., 2008).
- 3- Según estudios previos, las personas obtienen la información que poseen sobre hipnosis principalmente de los medios de entretenimiento y los espectáculos, o documentales televisivos-radiofónicos no muy ajustados a la evidencia científica disponible, y de ahí conforman sus actitudes hacia esta la hipnosis. Se ha comprobado que estas fuentes de información fomentan creencias erróneas sobre la hipnosis y generan rechazo a ser hipnotizado. Por lo tanto, se predice que, si las fuentes de información en las que se basa el conocimiento de la hipnosis no se sustentan en información científica, los participantes mostraran actitudes más negativas hacia la hipnosis y creencias más irracionales.
- 4- En relación con la hipótesis anterior, y por lo desarrollado en el apartado de génesis y cambio de actitudes, que indica que tener experiencia directa con el objeto actitudinal, o tener conocimientos precisos sobre él, puede ajustar las creencias a la realidad del hecho, y favorecer unas actitudes convergentes

con ellas, se predice que el haber sido hipnotizado y tener conocimientos y experiencia sobre hipnosis, así como estudiar Psicología, sobre todo en cursos superiores, supondrá unas actitudes más ajustadas y positivas hacia la hipnosis.

3. METODOLOGÍA

3.1. PARTICIPANTES

Se realizaron dos pases de la EVACH-C (test y retest) en los que participaron 1.678 estudiantes universitarios españoles respondiendo la escala. Un 65,75% de los mismos estudiaban en instituciones universitarias y educativas de la Comunidad Valenciana (Universitat d'Alacant, Universitat Jaume I, Universitat de València E.G. y Universidad Politécnica de Valencia). Un 23,76% lo hacían en instituciones de estos ámbitos en Cataluña (Instituto Superior de Estudios Psicológicos (ISEP), Universitat de Barcelona y Universitat Rovira i Virgili), y un 11,16% en el resto del Estado Español (Universidad de A Coruña, Universidad Nacional a Distancia, Universidad de la Laguna y Universidad de Valladolid). De ellos, el 81,6% eran mujeres y el 18,4% hombres, con un promedio de edad de 21,1 años (DT= 5,528; rango 17-74). El 3,04% de los participantes había sido hipnotizado previamente, el 52% había recibido información previa acerca de la hipnosis (el 29,4% han recibido información en la universidad, el 10,5 % a través de revistas científicas, el 2,7 % en cursos, el 9,5 % a través de otro tipo de lecturas, el 29% a través de la televisión y el 6 % a través de otro tipo de medios (por ejemplo, conversaciones con amigos, en el colegio o en el instituto, Internet, psicólogos, etc.).

En cuanto al tipo de estudios que estaban cursando los estudiantes, mayoritariamente eran de Psicología (Tabla 1), y de los primeros cursos (Tabla 2).

3.2. INSTRUMENTO UTILIZADO

Se usó, lógicamente, la EVACH-C en la variación de 37 ítems (Carvalho et al., 2007; Capafons, Mendoza et al., 2008), escrita en castellano de España (ya que existe versión para Cuba), con escala de respuesta tipo Likert de seis puntos que oscila entre “1. Completamente en desacuerdo” y “6. Completamente de acuerdo”.

Además de esos 37 ítems, la escala incluye unas preguntas previas que recogen información acerca de los datos de identificación, sexo, nivel de formación universitaria, si han sido hipnotizados previamente, conocimientos sobre hipnosis y medios a través de los que se han obtenido, etc. Puede encontrarse un ejemplar de la EVACH-C en el Anexo.

Esta escala comenzó siendo un instrumento con 28 ítems y un formato de respuesta tomado de la escala de Keller (1996) tipo Likert desde 1 (desacuerdo) a 5 (completamente de acuerdo), pero donde del 2 ya indicaba acuerdo. La primera versión de la EVACH-C fue analizada con metodología factorial exploratoria en un estudio realizado por Capafons et al., (2003) en el que se obtuvieron un total de seis factores: Autómata, Ayuda, Control Personal, Interés, Solución Mágica y Colaboración. La consistencia interna de la escala mostró ser satisfactoria, aunque las correlaciones test-retest de los factores Solución Mágica y Colaboración necesitaban ser mejoradas ($r_{x,x'} = 0.54$, $p < 0.01$; $r_{x,x'} = 0.39$, $p < 0.01$, respectivamente). No obstante, la escala fue sensible a los cambios en creencias y actitudes hacia la hipnosis provocados por un conjunto de intervenciones destinadas a modificarlas ya mencionadas (Capafons et al., 2005; Capafons et al., 2006). Precisamente debido a ello, y porque la estructura factorial exploratoria era satisfactoria, ya que reflejó los principales mitos y creencias erróneas hacia la

hipnosis, se estudió si se mantenía en un análisis factorial confirmatorio (Capafons et al., 2004). La estructura factorial obtenida con el análisis factorial confirmatorio se adecuó a la obtenida en el estudio exploratorio anterior. No obstante, la redacción de algunos ítems se mostró inadecuada, así como el formato de respuesta, ya que, como hemos indicado, una puntuación de 2 indicaba acuerdo. Por ello, se decidió modificarla añadiendo varios ítems que muestrearan algunas creencias que se habían obviado en esa versión, pero que la literatura de la época indicaba que eran altamente iatrogénicas, como la supuesta capacidad de la hipnosis para generar hipermnesia y exactitud en el recuerdo. Así surgió la versión modificada de la EVACH-C. Esta variación consta de 37 ítems, con escala de respuesta tipo Likert de seis puntos que oscila entre 1 (completamente en desacuerdo) y 6 (completamente de acuerdo), sin punto medio de indiferencia.

Carvalho et al., (2007) analizaron con metodología factorial exploratoria las propiedades psicométricas y la estructura factorial de la nueva versión de la EVACH-C con muestra portuguesa. El análisis factorial exploratorio mostró una estructura de 8 factores: Interés/Atracción (deseo de ser hipnotizado y de ser muy hipnotizable), Memoria/Mágica (las sugerencias hipnóticas permiten mejorar o solucionar un problema sin necesidad de esfuerzo por parte de la persona, y la persona hipnotizada puede acceder a recuerdos de sucesos pasados que no recuerda y que le impide mentir sobre lo que mentiría en condiciones normales), Ayuda (la hipnosis es un técnica que facilita los resultados terapéuticos y mejora las intervenciones médicas y psicológicas a las que se adjunta), Control (la persona hipnotizada mantiene el control en sus acciones y es capaz de resistir a las sugerencias si lo desea), Colaboración (se refiere al esfuerzo y la colaboración necesarios por parte de la persona hipnotizada para experimentar las sugerencias hipnóticas), Marginal (creencias relacionadas con considerar la hipnosis al margen de la investigación científica, y a la persona hipnotizada como

crédula, mentalmente vulnerable, dependiente, etc.), Miedo (la hipnosis es peligrosa y la gente puede quedarse atrapada en ella) y Autómata (la persona actúa sin control sobre sus actos cuando está hipnotizada).

Capafons, Mendoza et al., (2008) realizaron un estudio multicultural usando esta misma versión de la EVACH-C en castellano y traducciones al portugués, rumano e inglés. La muestra fue obtenida en España, Portugal, Estados Unidos de Norteamérica y Rumania. Los resultados mostraron de nuevo una solución factorial de 8 factores, con ligeras variaciones, pues desaparece Autómata, y Memoria no se asocia a Mágica, si no a estar en un estado de trance. En concreto los factores fueron: Ayuda, Control, Mágica, Interés, Colaboración, Miedo, Memoria/Trance y Marginal.

Recientemente, Green et al., (2012) han estudiado las propiedades psicométricas y la estructura factorial de la EVACH-C con una muestra de 1.141 estudiantes norteamericanos usando análisis factorial confirmatorio. Estos autores han obtenido de nuevo una solución de 8 factores similar a lo hallado por Carvalho et al., (2007) y Capafons, Mendoza et al., (2008) con muestra portuguesa y muestra internacional respectivamente. La EVACH-C en el estudio de Green et al., (2012) también ha obtenido que los factores se muestran consistentes internamente y temporalmente estables.

La EVACH-C modificada sirvió de base para otra versión, la Escala de Valencia de Actitudes y Creencias hacia la Hipnosis, versión Terapeuta (EVACH-T), con el mismo formato de respuesta, misma cantidad de ítems que la versión Cliente objeto de este estudio, pero algunos de ellos fueron modificados para adaptarse a ser respondidos desde la perspectiva de un/a terapeuta (escala que puede encontrarse en castellano en Capafons, 2012). Capafons, Morales, Espejo, y Cabañas (2006) obtuvieron con el análisis exploratorio de la EVACH-T una estructura factorial similar a EVACH-C obtenida por Carvalho et al., (2007) y

por Capafons, Mendoza et al., (2008) con la variación de 37 ítems de la EVACH-C. En concreto, los factores fueron ocho: Miedo, Memoria/Trance, Ayuda, Control, Colaboración, Interés, Mágica y Marginal. Así mismo, las propiedades psicométricas fueron satisfactorias. Análisis factoriales confirmatorios posteriores con la EVACH-T replicaron estos resultados (Capafons, Espejo et al., 2008).

3.3. PROCEDIMIENTO

Los pases se realizaron en grupos por la autora de esta tesis doctoral, por otro profesorado en la Universitat de València, y por el profesorado del resto de las universidades e institutos mencionados. A cada persona que debía aplicar la escala se le enviaba una carta con instrucciones muy específicas acerca de cómo presentarla, qué se debía verbalizar, además de proporcionar aclaraciones a través del teléfono y otros medios disponibles. En este sentido, al aplicar la escala, se informaba a los participantes de que se trataba de un estudio para validar una escala que evaluaba las creencias y actitudes acerca de la hipnosis. Se enfatizó que no existían respuestas buenas o malas, pidiéndose que se respondiera a todos los ítems, señalando la alternativa que mejor reflejara su opinión sobre cada cuestión concreta. Asimismo, se les decía que las respuestas eran anónimas, garantizándose la confidencialidad de la identidad de los participantes, pero que escribieran las 4 últimas cifras y letra del DNI para poder organizar los ejemplares). Sobre el pase del retest, que se realizó un mes más tarde, quienes aplicaban la prueba debían decir al alumnado que se hacía un segundo pase porque se habían perdido parte de los datos del primero, y que se centraran en lo que pensaban en ese momento, y no en lo que pudieran haber respondido en el pase anterior. Finalmente, se les comunicaba que la participación en el estudio era voluntaria sin contraprestación económica ni académica alguna.

3.4. ANÁLISIS ESTADÍSTICOS

Mediante el programa SPSS 19.0 se obtuvieron estadísticos descriptivos, tanto del test, como del re-test. Además, se hicieron análisis correlacionales entre los elementos de la prueba en el primer momento de medida (test), sobre el que se ha contrastado el modelo de medida. A estos efectos, se llevó a cabo un Análisis Factorial Confirmatorio (AFC) mediante el programa LISREL 8.80 (Jöreskog, Sörbom, Du Toit, y Du Toit, 1999). En cuanto a las estimaciones del modelo para confirmar la dimensionalidad de la escala, se realizó mediante el procedimiento de Máxima Verosimilitud Robusto (RML), dada la no normalidad de las dimensiones que se utilizan - Tabla 4-. Para la evaluación del ajuste del modelo, debido al procedimiento elegido, se utilizó la χ^2_{S-B} , ajustada mediante la propuesta de Satorra-Bentler (Satorra y Bentler, 1994), y otros indicadores de acuerdo con las recomendaciones al respecto (Byrne, 2006; Kline, 2005; Hair, Black, Babib, y Anderson, 2010). A partir de estas recomendaciones, se seleccionó el error cuadrático medio de aproximación (RMSEA), en el que se considera un buen ajuste un valor menor de 0.05, considerado junto con su intervalo de confianza al 90%. Además, se obtuvieron los índices de ajuste incremental Índice de Ajuste Comparativo (CFI) e Índice No Normalizado de Ajuste (NNFI), en los que se considera un buen ajuste valores iguales o superiores a 0.95. También se incluye el Residuo Cuadrático Medio Estandarizado (SRMR), cuyos valores iguales o menores a 0.08 indican un ajuste aceptable. Para valorar la fiabilidad de las dimensiones se utilizaron el indicador propuesto por Raykov (2001, 2004) en el caso del modelo de Análisis Factorial Confirmatorio (AFC), y se añadió información respecto al coeficiente alfa de Cronbach (1951). Además, se comprobó la estabilidad de las dimensiones mediante fiabilidad test-retest a partir de AFC.

Se llevaron a cabo análisis de varianza (ANOVA) para hallar: (a) posibles diferencias en cuanto haber sido hipnotizado (si el participante ha sido hipnotizado y por quien) –a este respecto se ha utilizado un análisis de agrupamiento (K-means cluster) para determinar los agrupamientos o conjuntos de sujetos- y ANOVA de los grupos obtenidos como variable independiente sobre las dimensiones de la EVACH-C en el test y el re-test (b) posibles diferencias debidas a las diferencias en la información recibida sobre la hipnosis (si han recibido información y por qué medio). Para este propósito se ha utilizado un análisis de agrupamiento (K-means cluster) para determinar los agrupamientos o conjuntos de participantes al respecto. Se utilizó de apoyo de un Análisis de Componentes Principales Categórico (CATPCA) para ver su coherencia con toda la estructura en el espacio definido por las dos primeras dimensiones y ver la situación de las variables personales y contextuales arriba enumeradas – a partir de sus centroides- en dicho plano, tanto en el test y como en el re-test.

4. RESULTADOS

4.1. ANÁLISIS DESCRIPTIVOS

Los estadísticos descriptivos para cada ítem, tanto del test como del re-test se encontraron los resultados mostrados en la Tabla 3.

4.2. ANÁLISIS FACTORIAL CONFIRMATORIO

Los índices de bondad de ajuste (LISREL) indicaron un buen ajuste del modelo propuesto de ocho factores, eliminando el ítem 11 (“La persona hipnotizada es pasiva”) debido a su comportamiento poco consistente. La estructura factorial encontrada en la situación inicial (test) al poner a prueba el modelo AFC con los 8 factores predichos por la construcción de la misma y las experiencias anteriores: Miedo, Memoria, Ayuda, Control, Colaboración, Interés, Mágica y Marginal se muestra en la Tabla 4.

En la Tabla 5 se muestran los valores obtenidos en este estudio para los indicadores de ajuste seleccionados, junto a los que se han obtenido en otros estudios ya mencionados. Los indicadores de ajuste muestran un buen resultado en general y aceptable en el caso de SRMR. Así, se ha obtenido para el modelo un valor χ^2_{S-B} , como la mejor opción para la situación de no normalidad comentada. Aunque su significación es inferior a 0.05 como proponen Hair, Black, Babin, y Anderson (2010), éste es un resultado esperable con el número de participantes y variables que incluye el modelo. No obstante, seguimos la recomendación de informar sobre ello. Entre los indicadores orientados a residuos se aprecia un buen ajuste en el RMSEA -con un intervalo de confianza al 90% de rango muy estrecho y situado entre 0.049 y 0.052- y un ajuste satisfactorio en el caso del SRMR, al encontrarse por debajo de 0.08. Los indicadores de ajuste relativo NNFI y CFI muestran un ajuste excelente.

En la Tabla 6 se muestran los resultados correlacionales entre los elementos de la prueba en el primer momento de medida (test) sobre el que se ha contrastado el modelo de medida.

En base a los índices obtenidos mediante LISREL, se confirma la consistencia en la muestra de universitarios españoles del modelo propuesto basado en ocho factores: Ayuda (la hipnosis es un técnica que facilita los resultados terapéuticos y mejora las intervenciones médicas y psicológicas a las que se adjunta), Control (la persona hipnotizada mantiene el control en sus acciones y es capaz de resistir a las sugerencias si lo desea), Mágica (las sugerencias hipnóticas permiten mejorar o solucionar un problema sin necesidad de esfuerzo por parte de la persona), Interés (deseo de ser hipnotizado y de ser muy hipnotizable), Colaboración (se refiere al esfuerzo y la colaboración necesarios por parte de la persona hipnotizada para experimentar las sugerencias hipnóticas), Miedo (la Hipnosis es peligrosa y la gente puede quedarse atrapada), Memoria / Trance (la persona hipnotizada está en un estado de trance que le permite acceder a recuerdos de sucesos pasados que no recuerda y que le impide mentir sobre lo que mentiría en condiciones normales) y Marginal (creencias relacionadas con considerar la hipnosis al margen de la investigación científica, y a la persona hipnotizada al margen de la normalidad).

4.3. FIABILIDAD

La fiabilidad a partir del AFC (ρ_{xx}) y la consistencia interna (α) (Tabla 7) son aceptables, oscilando entre 0.58 en Control, y 0.87 en Memoria, siendo el resto superiores a 0.60. Los coeficientes alfa muestran niveles similares con sobreestimaciones e infraestimaciones en las diferentes dimensiones respecto a ρ_{xx} aproximadamente equilibradas en el conjunto de las ocho dimensiones. En este caso, el valor más reducido se da en la dimensión Marginal (0.50), existiendo cuatro dimensiones por encima de 0.75. La estabilidad de los factores resulta excelente, situándose en la gran mayoría de los casos por encima de 0.90, salvo en el caso de las dimensiones Miedo (0.87) y Marginal (0.75).

4.4. ANÁLISIS DE CREENCIAS

En la Tabla 8 aportamos los resultados descriptivos de los distintos factores de la escala (Media y DT) en el test y en el retest, que dan una idea general de las opiniones concretas de esta muestra. Los factores Ayuda, Control, Colaboración e Interés son factores positivos (en general, a más puntuación mejor actitud y mayor conocimiento de la investigación científica sobre la hipnosis), y el resto de factores, todos empezados curiosamente con la M (Miedo, Memoria, Mágica y Marginal) son negativos, por lo que puntuaciones elevadas, también en general, indicarían un pobre conocimiento de la hipnosis científica así como actitudes no muy adecuadas, sean o no positivas, hacia la hipnosis.

Los perfiles promedio de los factores de la prueba resultan marcadamente semejantes en el test y el re-test. Asimismo, las bandas de error de las medias son estrechas en todos los casos. Esto resulta concordante con los datos ofrecidos más adelante respecto a la estabilidad de las dimensiones (Figura 1)

4.4.1. MIEDO

En este factor, la media de las puntuaciones en el test es de 3.37 con los ítems del factor, y la desviación típica es 0.94 (en el re-test la media es del 3.21 y la desviación típica de 0.86), lo que implica una variación de casi un punto, variación que en los casos por encima de la media implica el cambio al acuerdo con los ítems del factor.

Por tanto, los participantes perciben la hipnosis como una técnica segura y no le tienen miedo.

4.4.2. MEMORIA

La media de puntuaciones en este factor es de 3.70 que indica desacuerdo general con los ítems pertenecientes al factor. La desviación típica es de 0.82, variación que en los casos por encima de la media implica el cambio al acuerdo con los ítems del factor. En el re-test la media es de 3.59 y la desviación típica de 0.68

En general, por tanto, la muestra tiende a estar en desacuerdo con creencias relacionadas con la capacidad de la hipnosis para recordar eventos con precisión o para hacer que una persona diga la verdad sobre lo que se le pregunte.

4.4.3. AYUDA

La media del factor Ayuda es de 3.76 lo que indica, como en los factores anteriores, desacuerdo con los ítems del factor. La desviación típica es de 0.74, variación que en los casos por encima de la media implica el cambio al acuerdo con los ítems del factor. En el re-test la media es de 3.84 y la desviación típica de 0.70.

Según estos resultados se puede afirmar que los participantes tienden a estar en desacuerdo respecto al considerar la hipnosis como una técnica adjunta que facilita los resultados terapéuticos y mejora las intervenciones médicas y psicológicas a las que se adjunta.

4.4.4. CONTROL

La media de este factor es 3.12 que indica desacuerdo con los ítems relacionados con el control que mantiene la persona hipnotizada sobre sí misma. La desviación típica es de 0.81, variación que en los casos por encima de la media implica, de nuevo, el cambio al acuerdo con los ítems del factor. En el re-test la media es de 3.26 y la desviación típica de 0.75.

En general, los participantes piensan que las personas hipnotizadas no mantienen el control sobre sí mismas para aceptar sugerencias y no pueden salir de la hipnosis cuando así lo deseen. Asimismo, creen que bajo hipnosis no conservan su voluntad para actuar y podrían ser obligadas a hacer cosas en contra de su voluntad.

4.4.5. COLABORACIÓN

Este factor es el que tiene la media más alta (4.73) de acuerdo con los ítems que lo componen y la segunda desviación típica más baja (0.78). Así, incluso aquellos casos que están por debajo de la media casi se mantienen en el acuerdo con los ítems. En el re-test la media es de 4.64 y la desviación típica de 0.68.

Por tanto, los participantes consideran que un aspecto esencial de la hipnosis es la colaboración y cooperación de la persona hipnotizada.

4.4.6. INTERÉS

La media de este factor es de 3.45 que indica desacuerdo con los ítems que lo conforman. La desviación típica es la más alta de todos los factores, 1.41, e indica una variación amplia en la posición de los sujetos, de tal manera que los casos en su mayor parte oscilan entre Bastante en Desacuerdo y Bastante de Acuerdo con una apreciable heterogeneidad en las respuestas. En el caso del re-test la media es de 3.43 y la desviación típica 1.31, lo que confirma el nivel y la variabilidad encontrada en el pre-test.

Según estos resultados, en general, los participantes no muestran interés por la hipnosis y tienen una actitud negativa hacia el hecho de ser hipnotizados.

4.4.7. MÁGICA

La media de este factor es de 2.39, la más baja de todos los factores e indica desacuerdo con los ítems que componen el factor. La desviación típica es 0.89 indicando que en los casos que están por encima y por debajo de la media que se mantienen en el desacuerdo con los ítems de este factor. En el re-test la media es de 2.40 y la desviación típica de 0.74

Estos resultados indican que los participantes no tienen una visión mágica de la hipnosis y, por tanto, no creen que funcione por sí misma y sin el esfuerzo de las personas hipnotizadas.

4.4.8. MARGINAL

La media de este factor es de 3.02 que indica desacuerdo con los ítems del factor. La desviación típica es 0.85 e indica que incluso aquellos casos que están por encima de la media se mantienen en desacuerdo con los ítems del factor. En el re-test la media es de 2.94 y la desviación típica de 0.71

Por lo tanto los participantes consideran que la hipnosis no se desarrolla al margen de la investigación científica y también se muestran en desacuerdo en considerar a las personas hipnotizables como crédulas, ignorantes o dependientes psicológicamente

En general, según estos resultados, se puede afirmar que los participantes que respondieron a la escala no consideran la hipnosis como una técnica adjunta que pueda facilitar los resultados de los tratamientos psicológicos o médicos. Asimismo, creen que bajo hipnosis no se mantiene

el control sobre sí mismo pero por el contrario, consideran que la cooperación y colaboración de la persona hipnotizada como factores imprescindibles para que se den sus efectos, y la consideran una técnica segura. Consideran que la hipnosis no ayuda al recuerdo y a la confirmación de la ocurrencia de eventos que la persona no recuerda, ni de que todo lo que se recuerde bajo hipnosis es verdad.

Por tanto, se puede afirmar, que la muestra salvo en los factores: Ayuda (la hipnosis es un técnica que facilita los resultados terapéuticos y mejora las intervenciones médicas y psicológicas a las que se adjunta), Control (la persona hipnotizada mantiene el control en sus acciones y es capaz de resistir a las sugerencias si lo desea) e Interés (deseo de ser hipnotizado y de ser muy hipnotizable), muestran creencias ajustadas sobre la hipnosis.

:

4.5. DETERMINACIÓN DE LA INFLUENCIA DE LAS PRINCIPALES VARIABLES PERSONALES Y CONTEXTUALES RESPECTO A LA HIPNOSIS Y SÍNTESIS DEL ESPACIO DIMENSIONAL EN LA SITUACIÓN PRETEST.

Con el fin de ahondar en el significado de las diferencias encontradas, se exploraron las ocho dimensiones de la Escala (factores) para las distintas variables personales – contextuales: sexo, curso, hipnosis e información recibida respecto a ella.

Para finalizar, se realizó a modo de síntesis desde una perspectiva multivariada un Análisis de Componentes Principales Categóricos (CATPCA) respecto del conjunto de dimensiones de la EVACH, lo que nos permite profundizar en este marco respecto a su relación con las dimensiones personales y contextuales consideradas.

4.5.1. DIFERENCIAS EN DIMENSIONES TEST Y RETEST EN FUNCIÓN DEL SEXO

Se encuentran diferencias en el perfil multivariado de las dimensiones de la prueba en función deL SEXO del estudiante. Se obtienen diferencias altamente significativas (λ de Wilks $F_{8,1667}=8,479$ con $p \leq 0,001$), lo que explica un 3,9% de las diferencias observadas entre los sujetos ($\eta^2_{PARC} = 0,039$) e indica un tamaño del efecto pequeño (Cohen, 1977).

A nivel univariado (Tabla 10) se aprecia un cumplimiento bastante generalizado de la homoscedasticidad, salvo en el caso de la dimensión Colaboración. En cualquier caso, las significaciones obtenidas que se mencionan a continuación no se verán afectadas decisivamente. Se observan diferencias significativas en Miedo, Memoria, Control, Colaboración y Mágica ($p \leq 0,01$ en todos los casos) (Tabla 11). Los tamaños del efecto en las dimensiones son pequeños (Cohen, 1977), explicando las diferencias observadas en la dimensión en un rango entre 0,4% de en el caso de Control a un máximo de 1,4% en el caso de Miedo.

4.5.2. DIFERENCIAS EN DIMENSIONES TEST Y RETEST EN FUNCIÓN DEL CURSO

Se encuentran diferencias en el perfil multivariado de las dimensiones de la prueba en función del CURSO en que se encuentra el estudiante. Se obtienen diferencias altamente significativas (λ de Wilks $F_{40,7191}=8,479$ con $p \leq 0,001$), lo que explica un 4% de las diferencias observadas entre los sujetos ($\eta^2_{PARC}=0,040$) e indica un tamaño del efecto pequeño (Cohen, 1977).

A nivel univariado (Tabla 13) se aprecia un cumplimiento bastante generalizado de la homoscedasticidad, salvo en el caso de las dimensiones Miedo, Ayuda y Control. En cualquier caso las significaciones obtenidas que se mencionan a continuación no se verán afectadas decisivamente. Se observan diferencias altamente significativas en todas las dimensiones ($p \leq 0,001$ en todos los casos) (Tabla 14). Los tamaños del efecto en las dimensiones son medios (Cohen, 1977) en Memoria, Control y Mágica, y pequeños en las restantes, explicando las diferencias observadas en la dimensión en un rango entre 1,4% de en el caso de Interés a un máximo de 8,5% en el caso de Memoria.

Por lo que respecta a las comparaciones post hoc en cada una de las dimensiones (gráficos 2 a 5) se aprecian tendencias de clara evolución con la carrera. Así, por lo que se refiere a la dimensión Miedo parte de valores elevados en los dos primeros cursos y luego se va reduciendo hasta la finalización de la carrera, particularmente desde el tercer curso. Los estudiantes de máster muestran un nivel similar a los que inician la carrera (Cuadro 1).

En la dimensión de Memoria sus valores van decreciendo a lo largo de los tres primeros cursos de la carrera, produciéndose una suavización de la tendencia –casi un estancamiento- en la parte final. Los estudiantes del máster tienen un nivel similar a los de primero de carrera.

En la dimensión Ayuda, hay una tendencia decreciente de primer a segundo curso que seguidamente cambia a creciente hasta el final de la carrera. Los estudiantes del máster tiene un nivel similar a los de cuarto curso.

En la dimensión Control se da una tendencia creciente a lo largo de toda la carrera. Los estudiantes del máster muestran niveles similares a los de primer curso.

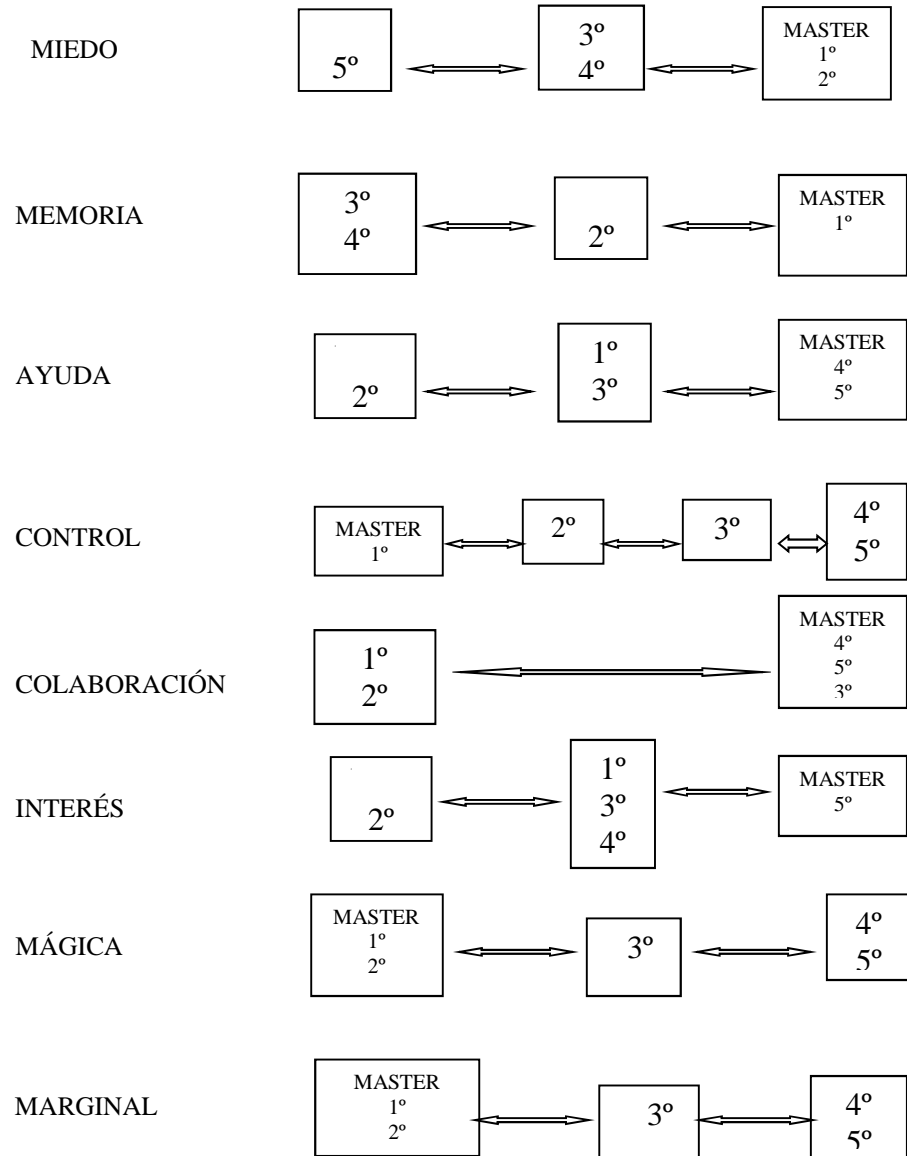
En la dimensión Colaboración se aprecia una tendencia global muy similar a la la dimensión de Ayuda, aunque los niveles globales son inferiores. Además la tendencia creciente de la mitad al final de la carrera muestra menor intensidad. Los estudiantes del máster presentan niveles similares a los del tercer curso.

En la dimensión de Interés. De nuevo se encuentra un patrón muy similar a los descritos para las dimensiones de Ayuda y Colaboración. Los niveles generales son más parecidos a la primera de ambas dimensiones. Los estudiantes del master muestran aquí un nivel similar a los del último curso de carrera.

En la dimensión Mágica se aprecia un claro decrecimiento a lo largo de la carrera, particularmente a partir del tercer curso. Los estudiantes del master se encuentran en un nivel similar a los de los dos primeros cursos.

Finalmente, en la dimensión de Marginal se aprecia un patrón de evolución muy similar al que se acaba de describir en el caso de la dimensión Mágica, con niveles generales un tanto más elevados. De nuevo se produce una clara ruptura en el tercer curso y los estudiantes del máster muestran niveles similares a los de los dos primeros cursos de la carrera.

DIMENSIÓN

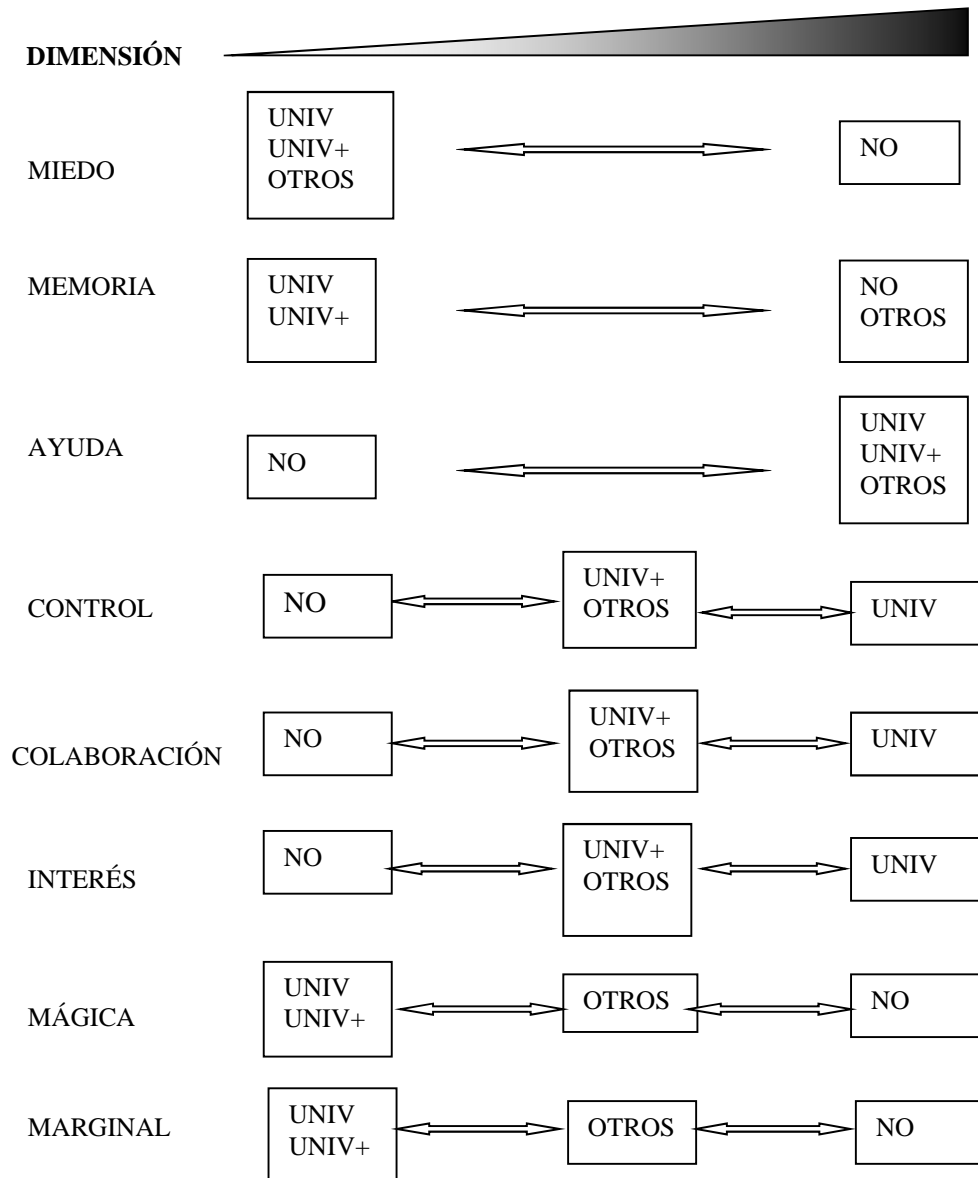


Cuadro 1. Agrupaciones homogéneas de acuerdo a los resultados de las pruebas de comparaciones post hoc. Curso en la Universidad (1°, 2°, 3°, 4°, 5° y Máster)

4.5.3. DIFERENCIAS EN DIMENSIONES TEST Y RETEST RESPECTO A SI SE HA RECIBIDO INFORMACIÓN SOBRE HIPNOSIS Y A PARTIR DE QUÉ FUENTES.

Se encuentran diferencias en el perfil multivariado de las dimensiones de la prueba en función de si ha recibido información sobre la hipnosis y mediante qué vía (No -56,9%-, Solo Universidad -14,4%-, Universidad y otros -13,1%, Otros no Universidad -15,6%). Las diferencias entre los agrupamiento por tipo de fuente de información respecto a la hipnosis (Tabla 15) son altamente significativas $-\lambda$ de Wilks ($F_{24,1294}=6007,53$ con $p \leq 0,001$)-, lo que explica un 6,2% ($\eta^2_{PARC} = 0,062$) de las diferencias observadas entre los sujetos en el conjunto del perfil de las ocho dimensiones e indica un tamaño del efecto mediano (Cohen, 1977).

A nivel univariado (Tabla 16) se aprecia un cumplimiento bastante generalizado de la homoscedasticidad. En cualquier caso las significaciones obtenidas que se mencionan a continuación no se verán afectadas decisivamente. Se observan diferencias significativas en todas las dimensiones del cuestionario ($p < 0,001$ en todos los casos) (Tabla 17). Los tamaños del efecto en las dimensiones explican las diferencias observadas en la dimensión en un rango entre 1,3% de en el caso de Interés a un máximo de 11,6% en el caso de Miedo. Alcanzan un tamaño del efecto medio (Cohen, 1977) las dimensiones de Miedo y Control (6%).



Cuadro 2. Agrupaciones homogéneas de acuerdo a los resultados de las pruebas de comparaciones post hoc. Sin información (NO), información a partir de la Universidad (UNIV), información a partir de la Universidad y otras fuentes (UNIV+) e información a partir de otras fuentes distintas de la Universidad (OTROS).

A partir de las comparaciones post hoc realizadas, se aprecia que la ausencia de información sobre la hipnosis conlleva más Miedo, más Memoria, más Mágica y más Marginal. Por su parte, la información recibida a través de la institución universitaria produce menos intensidad en todas estas dimensiones. Las informaciones provenientes de otras fuentes, especialmente, e incluso las provenientes de la universidad junto con otras fuentes muestran un comportamiento irregular a través de las distintas dimensiones. En el otro extremo, la información recibida a partir de la universidad incrementa las dimensiones de Ayuda, Control, Colaboración e Interés (Cuadro 2).

4.5.4. ESPACIO DIMENCIONAL REDUCIDO DE LAS DIMENSIONES EN EL PRE-TEST Y SU RELACIÓN CON LAS PRINCIPALES VARIABLES PERSONALES Y CONTEXTUALES.

Se ha procedido a obtener, dadas las características métricas de la dimensiones consideradas, un análisis factorial de Componentes principales categórico (CATPCA) a partir de las ocho dimensiones de la EVACH-C en el que se ha retenido el espacio bidimensional definido por los dos primeros componentes en el pretest. Esta solución es de utilidad en buena parte de las situaciones ya que suele retener características fundamentales de las relaciones entre las mismas, aún es situaciones complejas. Además, en la presente situación con un total de ocho dimensiones originales no parece precisar, a priori, de mayor complejidad. Sobre estas dos dimensiones se han situado los centroides correspondientes a las modalidades de las variables personales-contextuales que se han presentado previamente en los apartados anteriores: sexo, curso, titulación, hipnosis (si la ha recibido), información sobre la hipnosis (fuentes que la han aportado).

La primera dimensión tiene un valor propio de 2,403 ($\alpha= 0,667$) y la segunda de 1,808 ($\alpha=0,511$), de manera que el conjunto de ambas dimensiones tiene un $\alpha=0,871$. Todo esto señala la existencia de dos dimensiones bastante equilibradas en cuanto a la información que aglutinan, aún siendo más relevante la primera por definición.

Saturaciones en las componentes y centroides

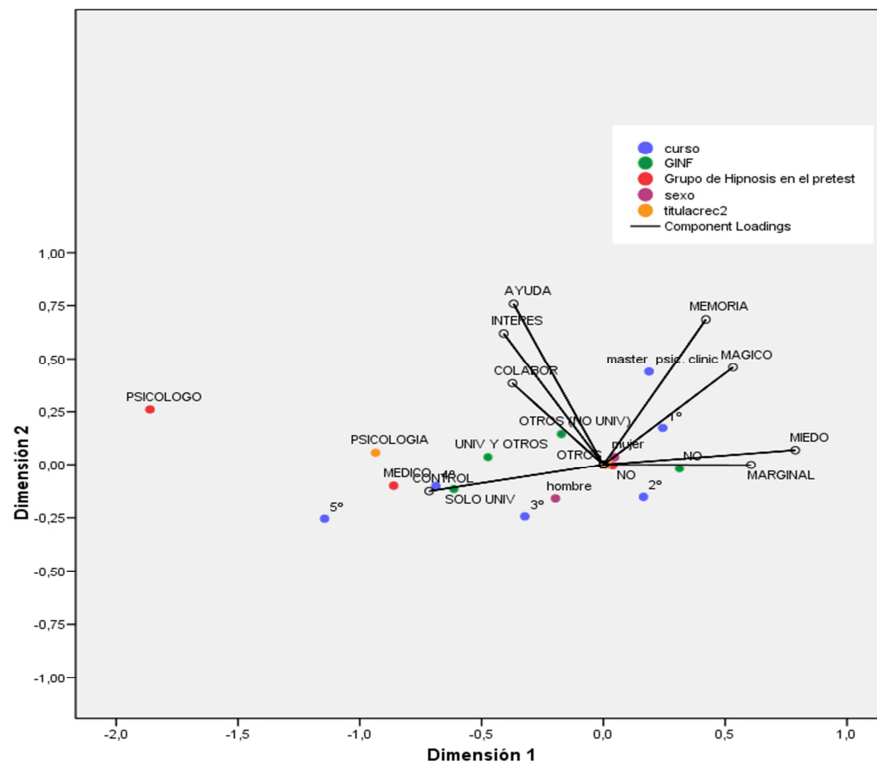


Gráfico 1. Representación bidimensional de las dos dimensiones obtenidas en el Análisis de Componentes Principales Categórico sobre las dimensiones de la escala EVACH-C, superponiendo los centroides de correspondientes a las modalidades de las variables personales y contextuales (Sexo, Curso, Titulación, Hipnosis e Información).

A partir del Figura anterior (Gráfico 1) podemos observar que la primera dimensión se define en el eje horizontal respecto a la presencia de dimensiones relacionadas con creencias poco ajustadas respecto a la hipnosis. Así puede apreciarse que en su parte derecha –cuadrante superior derecho- se sitúan las

ya mencionadas dimensiones "M" (Memoria, Mágica, Miedo y Marginal). Por su parte, en el cuadrante superior izquierdo del plano se contraponen a las anteriores aquellas dimensiones que reflejan creencias más ajustadas respecto a la hipnosis (Ayuda, Interés, Colaboración y Control). Particularmente el la dimensión de Control la que muestra mayor polarización respecto al conjunto anterior en la parte negativa del componente.

Respecto al segundo componente extraído, se puede observar que esta segunda dimensión del plano muestra una definición esencialmente en la parte positiva de la misma, separando las dimensiones que marcan de manera esencial la polaridad recogida por el primer componente (Miedo y Marginal en su parte positiva, respecto a Control en su parte negativa) de las restantes dimensiones de la EVACH-C. De este modo, en el espacio bidimensional se definen cuatro conjunto de dimensiones de la EVACH-C. Desde la parte más a la derecha con dimensiones *inmaduras* de Marginal y Miedo, seguimos en el mismo cuadrante –parte superior derecha- con las dimensiones de Mágica y Memoria- asimismo en la parte positiva y por tanto de menor madurez en este componente. Al pasar al cuadrante superior izquierdo se hallan las dimensiones de Ayuda, Interés y Colaboración, en esta secuencia de valores crecientes en la parte negativa del primer componente –por tanto, creencias de *madurez* creciente-. Finalmente al pasar ligeramente al cuadrante inferior izquierdo de este plano hallamos la dimensión de Control bien diferenciada espacialmente del resto y en contraposición completa con las creencias de Miedo y Marginal que hemos mencionado con anterioridad.

Dentro de este espacio, se han situado, como ya hemos señalado, los centroides correspondientes a las modalidades de las variables clave

personales y contextuales cuyos resultados a nivel univariado y multivariado ya hemos presentado en los apartados anteriores.

Apreciamos que los hombres, respecto al efecto de género (color fucsia), se sitúan claramente en la parte izquierda –ligeramente dentro del cuadrante inferior izquierdo-, mientras las mujeres se hayan prácticamente en el origen de ambos ejes dimensionales. En este sentido, los hombres se inclinan por la creencia de Control respecto a la hipnosis y, además se oponen a las creencias más inmaduras, muy particularmente a las de Mágica y Memoria. Se aprecia, pues, que los hombres tienen una posición más definida que las mujeres en esta estructura de creencias respecto a la hipnosis.

Por lo que respecta al curso se aprecia que los centroides (color azul) parte del cuadrante superior izquierdo en los primeros cursos y se van desplazando progresivamente hacia el cuadrante inferior derecho en los últimos cursos de la carrera. De este modo se puede visualizar unos procesos de maduración o consolidación del conjunto de creencias sobre la hipnosis conforme avanza el proceso de su formación universitaria. En cambio, los estudiantes del Master se ven situados más claramente en el cuadrante superior derecho en una zona de mayor inmadurez, mayor incluso que los de primer curso, de creencias respecto a la hipnosis (particularmente Memoria y Mágica). Estos resultados son concordantes con los anteriormente expuesto en los perfiles univariados y multivariados de estos grupos, aunque evidencian de forma más nítida esta situación.

Por lo que se refiere a la titulación cursada (color anaranjado) –recordemos recodificada en dos posibilidades: Psicología y otros estudios- nos encontramos que el conjunto de estudiantes de otros estudios se haya prácticamente en el

centro de ambos ejes, lo que supone una posición indiferenciada respecto a las relaciones entre las creencias reflejadas en este espacio dimensional. Por su parte, aquellos con estudios de Psicología se hayan en el cuadrante superior izquierdo aunque muy cerca del eje de la primera dimensión. Esto indica que lo más importante es oposición a las creencias más inmaduras respecto a la hipnosis, fundamentalmente las de Miedo y Marginal. También su vinculación las creencias más maduras respecto a la hipnosis, especialmente la de Control. La vinculación con la creencia de Control y su contraposición con las creencias de Miedo y Marginal es el elemento más central en esta contraposición para los estudiantes de Psicología.

Respecto a haber sido hipnotizado (color rojo) se aprecia también un claro impacto en sus creencias. Así, aquellos estudiantes que no han recibido hipnosis se hallan en una posición indiferenciada, prácticamente en cruzamiento de ambos ejes. Por su parte, los que sí han recibido hipnosis se sitúan en la parte negativa de la primera dimensión y, por tanto, opuestos a las creencias más inmaduras respecto a la misma. Se aprecian asimismo diferencias entre quienes han seguido la hipnosis con un profesional de la Medicina y con un profesional de la Psicología.

En el primer caso se encuentran en el cuadrante inferior izquierdo (aunque ligeramente en negativo en cuanto a la segunda dimensión), lo que los vincula con la creencia de Control fundamentalmente. No obstante, son más proclives a las creencias de Colaboración, Interés y Ayuda que al resto (respecto a las cuales demuestran una clara contraposición).

Por lo que respecta a aquellos que han sido hipnotizados por un profesional de la Psicología ocupan una posición situada en el cuadrante

superior izquierdo lo que demuestra, además de la oposición general a las creencias más inmaduras sobre la misma, una posición más favorable a todo en conjunto de creencias más maduras sobre la misma. Esto incluye a todas de manera más equilibrada y no tan centrada en la dimensión de Control, como en el caso del grupo anterior.

Finalmente, consideramos el valor de la fuente(s) a partir de las que ha obtenido información sobre la hipnosis (color verde). Se aprecia que no haber recibido información se sitúa en la parte derecha de la primera dimensión, vinculándose con las creencias más inmaduras, muy particularmente con Miedo y Marginal. En cambio, aquellos que han recibido la información solamente a través de la universidad se sitúan en la parte positiva del primer eje, claramente vinculados a las creencias maduras y muy especialmente a la de Control. Los restantes conjuntos de fuentes de información ocupan posiciones intermedias en esta contraposición. Así, aquellos que reciben la información a partir de la universidad y también de otras fuentes se sitúan en una posición intermedia entre las creencias de control y las de Colaboración, Interés y Ayuda, abarcando una panoplia más extensa en sus creencias. Finalmente, los que han recibido la información de fuentes externas a la universidad solamente se centran mucho más en las creencias de Colaboración, Interés y Ayuda, considerando menos el Control.

5. CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN

El primer objetivo de este trabajo era analizar la estructura factorial de la Escala de Valencia de Actitudes y Creencias hacia la Hipnosis (Versión Cliente revisada, EVACH-C) con metodología confirmatoria, partiendo de los análisis exploratorios y confirmatorios con muestras de diferentes países (Capafons, Mendoza et al., 2008). Podemos afirmar que se cumple con la primera predicción, pues la solución factorial alcanzada se corresponde con las soluciones factoriales de los análisis factoriales exploratorios realizados con muestras multiculturales (Capafons, Mendoza et al., 2008), y es muy similar a la solución factorial exploratoria obtenida con la escala por Carvalho et al., (2007), en la que también aparecieron los mismos ocho factores (Miedo, Memoria, Ayuda, Control, Colaboración, Interés, Mágica y Marginal), aunque con aglutinaciones de ítems ligeramente distintas. Si bien algunos de los ítems se redistribuyeron de una manera ligeramente diferente a lo encontrado en los estudios con muestras portuguesas y españolas, pero, en todo caso, siempre manteniendo la consistencia teórica y lógica de la ubicación de los ítems. Asimismo es similar a la estructura factorial confirmatoria obtenida por Green et al., (2012) con muestra norteamericana, además es consistente con la solución factorial confirmatoria alcanzada con la versión EVACH-T (Capafons, Espejo et al., 2008). Por lo tanto, la estructura encontrada ratifica y confirma los resultados de otras investigaciones con análisis exploratorios y confirmatorios, además de con la escala gemela destinada a terapeutas. Y lo que no es menos importante, con muestras de, al menos, tres países. Resultados con AFC en proceso de redacción obtenidos con muestras portuguesas (Capafons et al., 2010) también están ofreciendo resultados prácticamente idénticos.

El segundo objetivo de este trabajo era establecer la fiabilidad test re-test (estabilidad temporal) desde esta perspectiva factorial, y confirmar la alta consistencia interna obtenida con metodología confirmatoria en anteriores

investigaciones. Con respecto a este objetivo, en cuanto a la calidad de los resultados, la escala alcanza ajustes satisfactorios ligeramente mejores que en la muestra norteamericana. Su fiabilidad más robusta es la de test-retest, luego Raykov, y, por último, α , esta última menor que en la muestra portuguesa (metodología factorial exploratoria) y que en la muestra norteamericana. En general, se replican también los resultados lo que indica la robustez de la escala. Aún así, conviene indicar que los datos de algunas escalas (concretamente, Control y Colaboración) presentan limitaciones para decisiones individuales en cuanto a fiabilidad de las dimensiones, aunque sus niveles de estabilidad permiten avalar en las condiciones actuales la consistencia de la información que ofrecen.

En relación al tercer objetivo, conocer las características de la muestra de estudiantes universitarios que respondieron a la escala. Se observa que la mayoría de participantes que respondieron a la escala eran mujeres. La proporción fue de un 81,6 % de mujeres frente a un 18,4% de hombres. Este dato prácticamente coincide con los datos de la población universitaria española, ya que a día de hoy, ya hay más de un setenta por ciento de universitarias en estudios de salud, más de un sesenta por ciento de mujeres que serán futuras juristas y más de un sesenta por ciento de mujeres con estudios de Artes y Humanidades. El promedio de edad de los participantes fue de 21 años y mayoritariamente estudiantes de Psicología de los primeros cursos. Tan solo el 3% de los participantes había sido hipnotizado previamente y, aunque la mitad de participantes había recibido información previa acerca de la hipnosis, la fuente de dicha información se repartía en partes iguales entre fuentes científicas como la universidad o revistas especializadas y otras menos fiables, como los medios de entretenimiento o los espectáculos

El cuarto de los objetivos de este estudio consistía en analizar las creencias que tienen los estudiantes universitarios españoles sobre la hipnosis clínica. Estos consideran que la cooperación y colaboración de la persona hipnotizada son factores imprescindibles para que se den los efectos de la hipnosis, y consideran la hipnosis como una técnica segura. Consideran además, que la hipnosis no ayuda al recuerdo y a la confirmación de la ocurrencia de eventos que la persona no recuerda, ni de que todo lo que se recuerde bajo hipnosis es verdad. Podemos afirmar que los resultados obtenidos son similares a los obtenidos con EVACH-T (Capafons, Espejo et al., 2008) y con estudiantes de otros países. En la muestra de este estudio se observa que los factores positivos no alcanzan puntuaciones muy altas, siendo la mayor puntuación la obtenida en el factor Colaboración, pero asimismo es interesante observar que los factores negativos tampoco destacan por sus valores elevados, siendo el más alto el de Memoria. Es decir, ni grandes filias ni grandes fobias hacia la hipnosis, y una aparente sensatez en cuanto a lo que podría generar iatrogenia. Algo destacable teniendo en cuenta que son estudiantes de primeros cursos, aunque la mayoría sean de Psicología.

Con respecto al último de los objetivos, comprobar algunas hipótesis referidas a la influencia de algunas variables contextuales -personales (sexo, curso, experiencia con hipnosis y fuente de información), alguna de ellas (haber sido hipnotizado y tener conocimientos y experiencia sobre hipnosis) ya confirmadas con la versión española y usando muestra hispano parlante, los resultados muestran diferencias en cuanto al sexo. Se han encontrado diferencias significativas en el caso de Miedo, Memoria, Control, Colaboración y Mágica, estas diferencias son mínimas en el caso de Control y máximas en el caso de Miedo.

En cuanto los resultados obtenidos en la EVACH-C y el curso en el que se encuentran los participantes, se haya una tendencia de clara evolución con la carrera, se parte de creencias poco ajustadas que van evolucionado a creencias más ajustadas a medida que el participante va pasando de curso. Así, por lo que se refiere a la dimensión Miedo parte de valores elevados en los dos primeros cursos y luego se va reduciendo hasta la finalización de la carrera, particularmente desde el tercer curso. En la dimensión de Memoria sus valores van decreciendo a lo largo de los tres primeros cursos de la carrera, produciéndose una suavización de la tendencia -casi un estancamiento- en la parte final. En la dimensión Ayuda, hay una tendencia decreciente de primer a segundo curso que seguidamente cambia a creciente hasta el final de la carrera. En la dimensión Control se da una tendencia creciente a lo largo de toda la carrera. En la dimensión Colaboración se aprecia una tendencia global muy similar a la la dimensión de Ayuda, aunque los niveles globales son inferiores. Además la tendencia creciente de la mitad al final de la carrera muestra menor intensidad. En la dimensión de Interés de nuevo se encuentra un patrón muy similar a los descritos para las dimensiones de Ayuda y Colaboración. Los niveles generales son más parecidos a la primera de ambas dimensiones. En la dimensión Mágica se aprecia un claro decrecimiento a lo largo de la carrera, particularmente a partir del tercer curso. Finalmente, en la dimensión de Marginal se aprecia un patrón de evolución muy similar al que se acaba de describir en el caso de la dimensión Mágica, con niveles generales un tanto más elevados, de nuevo se produce una clara ruptura en el tercer curso.

En cuanto a los estudiantes de máster muestran un patrón más peculiar ya que obtienen puntuaciones similares en Miedo, Memoria, Mágica, Marginal y Control similares a los estudiantes de primeros cursos. En la dimensión

Colaboración obtienen resultados similares a los de tercer curso, en la dimensión Ayuda se equiparan a los de cuarto curso, eso sí en la dimensión Interés se equiparan a los de último curso.

Los resultados con respecto al haber sido o no hipnotizado y los resultados obtenidos en la EVAC-C arrojan que el haber sido hipnotizado produce un claro impacto en las creencias. Así, aquellos estudiantes que no han recibido hipnosis se hallan en una posición indiferenciada. Por otra parte, quienes sí han recibido hipnosis muestran unas creencias mucho más ajustadas. Se encuentran diferencias asimismo, entre quienes fueron hipnotizados por un profesional de la Medicina o por un profesional de la Psicología. Los participantes que han sido hipnotizados por un profesional de la Psicología muestran una posición más favorable a todo en conjunto de creencias más ajustadas sobre la hipnosis.

En el caso de la variable haber recibido información o no acerca de la hipnosis los resultados muestran que la ausencia de información sobre la hipnosis conlleva más Miedo (la hipnosis es peligrosa y la gente puede quedarse atrapada en ella), más Memoria (la persona hipnotizada puede acceder a recuerdos de sucesos pasados que no recuerda y que le impide mentir sobre lo que mentiría en condiciones normales), más Mágica (las sugerencias hipnóticas permiten mejorar o solucionar un problema sin necesidad de esfuerzo por parte de la persona) y más Marginal (creencias relacionadas con considerar la hipnosis al margen de la investigación científica, y a la persona hipnotizada como crédula, mentalmente vulnerable, dependiente, etc.). Por su parte, la información recibida a través de la institución universitaria produce menos intensidad en todas estas dimensiones. Las informaciones provenientes de otras fuentes, especialmente, e incluso las provenientes de la universidad junto con otras fuentes muestran un comportamiento irregular a

través de las distintas dimensiones. En el otro extremo, la información recibida a partir de la universidad incrementa las dimensiones de Ayuda (la hipnosis es un técnica que facilita los resultados terapéuticos y mejora las intervenciones médicas y psicológicas a las que se adjunta), Control (la persona hipnotizada mantiene el control en sus acciones y es capaz de resistir a las sugerencias si lo desea), Colaboración (se refiere al esfuerzo y la colaboración necesarios por parte de la persona hipnotizada para experimentar las sugerencias hipnóticas) e Interés (deseo de ser hipnotizado y de ser muy hipnotizable). Por lo que queda demostrada la importancia de la Universidad, en el caso de estudiantes de psicología y carreras afines, como vehículo de transmisión de información seria y científica, dirigido a eliminar prejuicios y falsas concepciones sobre la Hipnosis.

En investigaciones futuras sería interesante seguir adaptando la escala a otros países, como nos consta que se está haciendo en Australia, Colombia, Cuba, Nueva Zelanda y Venezuela y se están iniciando procesos de investigación en esta dirección en Perú y Chile. En este sentido, es importante también utilizar muestras clínicas, ya que en el presente estudio se han incluido fundamentalmente estudiantes de Psicología, lo que podría distorsionar los resultados.

En la medida en que las actitudes y creencias hacia la hipnosis predicen el resultado terapéutico cuando se inserta la hipnosis en una intervención, es perentorio realizar investigaciones que estudien la capacidad predictiva la EVACH-C en este ámbito, y compararla con otras variables como sugestionabilidad hipnótica, motivación, etc., incluso buscando combinaciones de esas variables para encontrar conjuntos de predictores que puedan ayudar a dirimir la conveniencia, o no, de insertar la hipnosis dentro de una intervención.

De este modo, se ayudaría al profesional a seleccionar los instrumentos que le sugieran qué pacientes presentan una mayor probabilidad de beneficiarse de los tratamientos que incluyen la hipnosis, o que, por el contrario, necesitan información más precisa sobre la hipnosis para no desarrollar iatrogenia, incluso si deben recibir una mínima intervención para incrementar su sugestionabilidad hipnótica y así mejorar el rendimiento del tratamiento (Capafons y Mendoza, 2010; Gfeller y Gorassini, 2010).

Teniendo en cuenta los resultados de este trabajo y la investigación previa que indican que el tener conocimientos sobre la hipnosis y pasar por la experiencia de estar hipnotizado conlleva el tener actitudes positivas y creencias adecuadas sobre la hipnosis, sería muy positivo incluir formación tanto teórica como práctica en las universidades.

Deberían replicarse las investigaciones que se realizaron con la versión anterior de la EVACH-C para observar si la variación actual detecta cambios en las actitudes y creencias una vez se ha intervención sobre ellas, tal como lo hizo la variación anterior (Capafons et al., 2005; Capafons et al., 2006), y la EVACH-T (Martín et al., 2010; Mendoza, Capafons, y Espejo, 2009) lo que aportaría información valiosa para la validez de constructo de la escala.

Según los resultados de este estudio, se confirman las hipótesis planteadas. Tal como se predijo, la *Escala de Valencia de Actitudes y Creencias hacia la Hipnosis – Versión Cliente Revisada* es un instrumento válido y fiable para evaluar las creencias y actitudes hacia la hipnosis.

6. REFERENCIAS

- Ajzen, I. (1985). From intention to action: A theory of planned behavior. In J. Kuhl y J. Beckmann (Eds.), *Action control: From cognition to behavior* (pp. 11-40). New York:Springer-Verlag.
- Ajzen, I. (1989). Attitudes structure and Behavior. En Pratkanis, S.J., en S.J. Breckler y A.G. Greenwald (Eds.): *Attitude structure and function* (pp. 241-274). Hillsdales, N.J: L. Erlbaum.
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behaviour. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50, 179-211.
- Ajzen, I., y Fishbein, M. (1977). Attitude-behavior relations: a theoretical analysis and review of empirical research. *Psychological Bulletin*, 84, 888-918. doi:10.1037/0033-2909.84.5.888
- Ajzen, I., Timko, C., y White, J. B. (1982). Self monitoring and the Attitude-Behavior Relation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 42, 426-435.
- Alarcón, A., y Capafons, A. (2006). El modelo de Valencia de hipnosis despierta: técnicas nuevas o técnicas innovadoras? *Papeles del Psicólogo*, 27, 70-78.
- Alladin, A., y Alibhai, A. (2007). Cognitive hypnotherapy for depression: An empirical investigation. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 55, 147-166. doi:10.1080/00207140601177897
- Allport, G.W. (1954). *The nature of prejudice*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- American Medical Association, Council on Scientific Affairs. (1995). Memories of childhood abuse (CSA Report 5-A-94). *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis* 43, 114-115. doi:10.1080/00207149508409955
- American Psychological Association (Society of Psychological Hypnosis) (2004). Division 30' new definition of hypnosis. *Psychological bulletin*, 13, 13.

- American Psychological Association, Division 17 Committee on Women, Division 42 Trauma and Gender Issues Committee. (1995, 25 de Julio). *Psychotherapy guidelines for working with clients who may have and abuse or trauma history*. Washington, DC: Autor.
- American Psychological Association, Division of Psychological Hypnosis. (1993). Hypnosis. *Psychological Hypnosis* 2, 3.
- American Psychological Association, Division of Psychological Hypnosis (1985). *A general definition of hypnosis and a statement concerning its application and efficacy* [Report]. Washington, DC: Autor.
- Anbar, R.D., y Hummell, K.E. (2005). Teamwork approach to clinical hypnosis at a pediatric pulmonary center. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 48, 45-49. doi:10.1080/00029157.2005.10401489
- Aronson, E. (1968). Dissonance theory: Progress and problems. En R. P. Ableson, E. Aronson, W. J. McGuire, T. M. Newcomb, M. J. Rosenberg, y P.H. Tannenbaum (Eds.), *Theories of Cognitive Consistency: A Sourcebook*. Chicago: Rand McNally.
- Aronson, E. (1999). Dissonance, hypocrisy, and the self - concept. En E. Harmon-Jones, y J. Mills (Eds.), *Cognitive dissonance: progress on a pivotal theory in social psychology* (pp. 103 - 126). Washington, DC: American Psychological Association.
- Arvey, R.D., Bouchard, T.J., Segal, N.L., y Abraham, L.M. (1989). Job satisfaction: Environmental and genetic components. *Journal of Applied Psychology*, 74, 187-192. doi:10.1037//0021-9010.74.2.187
- Attias, J., Shemesh, Z., Shomer, H., Shulman, H., y Shahar, A. (1990). Efficacy of self-hypnosis for tinnitus relief. *Scandinavian Audiology*, 19, 245-249 doi:10.3109/01050399009070779

- Attias, J., Shemesh, Z., Sohmer, H., Gold, S., Shoham, C., y Faraggi, D. (1993). A comparison between self-hypnosis, masking and attentiveness for alleviation of chronic tinnitus. *Audiology*, 2 , 205-212. doi:10.3109/00206099309072936
- Ayala-Corredor, C. (2010). La hipnosis como intervención para la cesación del consumo de tabaco. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 39, 224-234.
- Baglini, R., Sesana, M., Capuano, C., Gneccchi- Ruscone, T., Ugo, L., y Danzi, G. (2004). Effect of hypnotic sedation during percutaneous transluminal coronary angioplasty on myocardial ischemia and cardiac sympathetic drive. *American Journal of Cardiology*, 93, 1035-1038.
- Bandura, A. (Ed.) (1971). *Psychological modeling: Conflicting theories*. Chicago, IL: Aldine-Atherton Press.
- Barber, T.X. (1965). Measuring “hypnotic-like” suggestibility with and without “hypnotic induction”; psychometrics properties, norms and variables influencing response to the Barber Suggestibility Scale. *Psychological Reports*, 16, 809-844. doi:10.2466/pr0.1965.16.3.809
- Barber, T.X. (1969). *Hypnosis: A scientific approach*. New York: Van Nostrand Reinhold.
- Barber, T.X., Spanos, N.P., y Chaves, J.F. (1974). *Hypnotism: Imagination and human potentialities*. Nueva York: Pergamon.
- Barber, T.X., y Wilson, S.C. (1978). The Barber suggestibility scale and the creative imagination scale: Experimental and clinical applications. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 21, 84-108. doi:10.1080/00029157.1978.10403966

- Barling, N.R., y De Lucchi, D.G. (2004). Knowledge, attitudes, and beliefs about clinical hypnosis. *Australian Journal of Clinical & Experimental Hypnosis*, 32, 36-52. Recuperado de http://www.hypnosisaustralia.org.au/wp-content/uploads/journal/AJCEH_Vol32_No1_MAY04.pdf
- Baron, R. A., y Byrne, D. (1998). *Psicología social (8ª ed)*. Madrid: Prentice Hall Iberia.
- Beck, A. T., Rusch, A., Shaw, B., y Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford.
- Belsky, J., y Khanna, P. (1994). The effects of self- hypnosis for children with cystic fibrosis: A pilot study. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 36, 282-292. doi:10.1080/00029157.1994.10403088
- Bem, D. J. (1967). Self-Perception: An alternative interpretation of cognitive dissonance phenomena. *Psychological Review*, 74, 183-200.
- Bem, D. J. (1972). Self-Perception Theory. En Berkowitz, L. (Ed.), *Advances in Experimental Social Psychology* (Vol. 6, pp.1-62). New York: Academic Press.
- Ben-Zvi, Z., Spohn, W.A., Young, S.H., y Kattan, M. (1982). Hypnosis for exercise-induced asthma. *The American Review of Respiratory Disease*, 125, 392–395.
- Bertrand, L.D. (1989). The assessment and modification of hypnotic susceptibility. En Spanos, N.P. y Chaves, J.F. (Eds.), *Hypnosis: The cognitive-behavioral perspective* (pp. 18-31). New York, NY: Prometheus Books.
- Billig, M. (1984). Racismo, prejuicios y discriminación. En S. Moscovici, (Ed.), *Psicología Social II. Pensamiento y vida social. Psicología social y problemas sociales*. (pp. 575-600). Barcelona: Paidós.

- Bornstein, R. F. (1989). Exposure and affect: Overview and meta-analysis of research, 1968-1987. *Psychological Bulletin*, 106(2), 265–289. doi:10.1037/0033-2909.106.2.265
- Bowers, K.S. (1992). Imagination and dissociation in hypnotic responding. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 40, 253-275. doi:10.1080/00207149208409661
- Bragado, C. (2009). Funcionamiento psicosocial e intervenciones psicológicas en niños con cáncer. *Psicooncología*, 6, 327-341.
- Brann, L., y Guzvica, S. (1987). Comparison of hypnosis with conventional relaxation for antenatal and intrapartum use: A feasibility study in general practice. *Journal of Royal College of General Practitioners*, 37, 437-440.
- Briñol, P., Horcajo, J., Valle, C., y DeMiguel, J. (2007). Cambio de actitudes. En J. F. Morales, C. Huici, M. Moya y E. Gaviria (Eds.), *Psicología Social* (pp. 491-516). Madrid: McGraw-Hill.
- Briñol, P., Sierra, B., Becerra, A., Falces, C., y Froufe, M. (2000). La eficacia relativa de la mera exposición y el condicionamiento clásico en la formación de preferencias. *Psicothema*, 12, 586-593.
- British Psychological Society (2001/2002). The nature of hypnosis. Leicester (RU): British Psychological Society. Traducción: Valencia: Promolibro.
- Brom, D., Kleber, R.J., y Defare, P.B. (1989). Brief psychotherapy for post-traumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 87, 607-612.
- Brown, D. (2007). Evidence-Based hypnotherapy for asthma: A critical review. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 55, 220 – 249. doi:10.1080/00207140601177947

- Brown, D., y Hammond, D.C. (2007). Evidence-based clinical hypnosis in obstetrics, labor and deliver, and preterm labor. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 55, 355-371. doi:10.1080/00207140701338654
- Bruner, J. S. (1957). *Going beyond the information given*. New York: Norton.
- Bryant, R.A., Moulds, M.L., Guthrie, R.M., y Nixon, R.V.(2005).The additive benefit of hypnosis and cognitive behavior therapy in treating acute stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 334-340.
- Butler, L.D., Symons, B.K., Henderson, S.L., Shortliffe, L.D., y Spiegel, D. (2005). Hypnosis reduces distress and duration of an invasive medical procedure for children. *Pediatrics*, 115, 77-85. Recuperado de <http://pediatrics.aappublications.org/content/115/1/e77.full.pdf+html?sid=5552eefe-6980-4d3f-91f6-b10e17384030>
- Calder, B.J., y Ross, M. (1976). Attitudes: Theories and issues. En J.W. Thibaut, J.T. Spence y R.C. Carlson (Eds.), *Contemporary Topics in Social Psychology* (pp. 1 - 36). Morristown, NJ: General Learning Press.
- Canadian Psychiatric Association. (1996). Position statement: Adult recovered memories of childhood sexual abuse. *Canadian Journal of Psychiatry*, 41, 305-306.
- Cangas, A., y Rojas, A.J. (1999). Análisis y valoración del cuestionario de creencias hipnóticas: Repercusiones clínicas y sociales. *Revista Electrónica de Metodología Aplicada*, 4, 9-18. Recuperado de <http://www.unioviado.es/reunido/index.php/Rema/article/view/9741/94>

- Capafons, A. (1998). Hipnosis clínica: Una visión cognitivo-comportamental. *Papeles del Psicólogo*, 69, 71-88. Recuperado de <http://www.papelesdelpsicologo.es/vernumero.asp?id=779>
- Capafons, A. (2001). *Hipnosis*. Madrid: Síntesis.
- Capafons, A. (2002): Dissemination of hypnosis: Don't change the name, change the perspective. *Hypnosis International Monographs*, 6, 225-236.
- Capafons, A. (2009). Diez años después de "hipnosis clínica: una visión cognitivo comportamental". En C.M. Lopes Pires y E. Santos (Eds.), *Hipnose clínica: Fundamentos e aplicações em psicologia e saúde* (pp. 49-57). Viseu (Portugal): Psicossoma.
- Capafons, A. (2012). *Hipnosis. Segunda edición ampliada y revisada*. Madrid: Síntesis.
- Capafons, A., Alarcón, A., Cabañas, S., y Espejo, B. (2003). Análisis factorial exploratorio y propiedades psicométricas del cuestionario de creencias y actitudes hacia la hipnosis-cliente. *Psicothema*, 15, 143-147. Recuperado de <http://www.psicothema.com/pdf/1036.pdf>
- Capafons, A., Cabañas, S., Espejo, B., y Cardeña, E. (2004). Confirmatory factor analysis of the Valencia scale on attitudes and beliefs toward hypnosis: an international study. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 52, 413-433. doi:10.1080/00207140490888432
- Capafons, A., Cabañas, S., Alarcón, A. Espejo, B., Mendoza, M.E., Chaves, J.F., y Monje, A. (2005). Effects of different types of preparatory information on attitudes toward hypnosis. *Contemporary Hypnosis*, 22, 67-76. doi:10.1002/ch.25

- Capafons, A., Espejo, B., y Cabañas, S. (2005). Creencias que pueden impedir que la hipnosis sea una técnica útil para la salud: un estudio exploratorio con muestra cubana. *Revista del Hospital Psiquiátrico de la Habana*, 2. Recuperado de <http://www.revistahph.sld.cu/hph0205/hph020105.htm>
- Capafons, A., Espejo, B., y Mendoza, E. (2008). Confirmatory factor analysis of the Valencia scale on attitudes and beliefs toward Hypnosis, therapist version. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 56(3), 281-294. doi:10.1080/00207140802039748
- Capafons, A., Flores, D., Suárez-Rodríguez, J. M., y Lopes-Pires, C. (2010, julio). Análisis factorial confirmatorio con muestra portuguesa de la escala de Valencia de actitudes y creencias hacia la hipnosis-cliente. En A. Capafons (Chair): *Avances en hipnosis experimental y aplicada*. Simposio celebrado en el VII Congreso Iberoamericano de Psicología 2010, Oviedo (España).
- Capafons, A., y Mazzoni, G. (2005). ¿Es lo peligroso de la hipnosis el Hipnoterapeuta?: Hipnosis y Falsos Recuerdos. *Papeles del Psicólogo*, 89,27-38. Recuperado de <http://www.papelesdel psicologo.es/vernumero.asp?id=1183>
- Capafons, A., Mendoza, M. E., Espejo, B., Green, J.P, Lopes-Pires, C., Selma, M., Flores, D., Morariu, M., Cristea, I., David, D., Pestana, J., y Carvallho, C. (2008). Attitudes and beliefs about hypnosis: A multicultural study. *Contemporary Hypnosis*, 25, 141-155.

- Capafons, A., y Mendoza, M.E. (2010). Waking hypnosis in clinical practice. En S.J. Lynn, Capafons, A., Morales, C., Espejo, B. y Cabañas, S. (2006). Análisis factorial exploratorio y propiedades psicométricas de la escala de Valencia de actitudes y creencias hacia la hipnosis, versión terapeuta. *Psicothema*, 18, 810-815.
- Capafons, A., Lamas, J.R., y Lopes-Pires, C. (2008). Hipnosis. En F.J. Labrador (Ed.), *Técnicas de modificación de conducta* (pp. 593-614). Madrid: Pirámide.
- Capafons, A., Selma, M., Cabañas, S., Espejo, B., Alarcón, A., Mendoza, M.E., y Nitkin-Kaner, Y. (2006). Change of attitudes toward hypnosis: Effects of cognitive-behavioral and trance explanations in a setting of heterohypnosis. *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 34, 119-134. Recuperado de http://www.hypnosisaustralia.org.au/wp-content/uploads/journal/AJCEH_Vol34_No2_NOV06.pdf
- Capafons, A., Selma, M., Suárez, J., y Espejo, B. (2010). Análisis factorial confirmatorio con muestra española de la escala de Valencia de actitudes y creencias hacia la hipnosis-cliente. En A. Capafons (moderador), *Avances en hipnosis experimental y aplicada*. Simposio celebrado en el VII Congreso Iberoamericano de Psicología, Oviedo, España.
- Cardeña, E. (2000). Hypnosis in the treatment of trauma: A promising, but not fully supported, efficacious intervention. *The International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 48, 225-238. doi:10.1080/00207140008410049
- Cardeña, E., Maldonado, J., van der Hart, O., y Spiegel, D. (2008). Hypnosis. En E. Foa, T. Keane y M. Friedman (Eds.), *Effective treatments for PTSD* (pp. 427-457). New York: Guilford.

- Carmody, T. P., Duncan, C., Simon, J. A., Solkowitz, S., Huggins, J., Lee, S., y Delucchi, K. (2008). Hypnosis for smoking cessation: A randomized trial. *Nicotine & Tobacco Research*, *10*, 811-818. doi: 10.1080/14622200802023833
- Carvalho, C., Capafons, A., Kirsch, I., Espejo, B., Mazzoni, G., y Leal, I. (2007). Factorial analysis and psychometric properties of the revised Valencia Scale of Attitudes and Beliefs Towards Hypnosis-Client Version. *Contemporary Hypnosis*, *24*, 76–85. doi:10.1002/ch.332
- Castel, A., Cascón, R., Padrol, A., Sala, J., y Rull, M. (2012). Multicomponent cognitive-behavioral group therapy with hypnosis for the treatment of fibromyalgia: Long-term outcome. *Journal of Pain*, *13*, 255-265. doi:10.1016/j.jpain.2011.11.005
- Castel, A., Perez, M., Sala, J., Padrol, A., y Rull, M. (2007). Effect of hypnotic suggestion on fibromyalgic pain: comparison between hypnosis and relaxation. *European Journal of Pain*, *11*, 463-468. doi:10.1016/j.jpain.2011.11.005
- Castel A., Salvat M., Sala J., y Rull M. (2009). Cognitive-behavioural group treatment with hypnosis: A randomized pilot trail in fibromyalgia. *Contemporary Hypnosis*, *26*, 48–59.
- Chambless, D.L., y Hollon, S.D. (1998). Defining empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *66*, 7-18. doi:10.1037/0022-006X.66.1.7
- Channon, L.D. (1984). Some preconceptions about hypnosis among pre-clinical students. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, *32*, 356-361. doi:10.1080/00207148408416026
- Chaves, J.F. (1997). Hypnosis in dentistry: Historical overview and critical appraisal. *Hypnosis International Monographs*, *3*, 5-23

- Chaves, J.F. (1999). Applying hypnosis in pain management: Implications of alternative theoretical perspectives. En I. Kirsch, A. Capafons, E. Cardeña-Buelna, S. Amigó (Eds), *Clinical hypnosis and self-regulation: Cognitive-behavioral perspectives. Dissociation, trauma, memory, and hypnosis book series* (pp. 227-247). Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Cheek, D.B., y Lecron, L.M. (1968). *Clinical hypnotherapy*. New York, NY: Grune & Stratton.
- Clark, G.T., Lanham, F., y Flack, V.F. (1988). Treatment outcome results for consecutive TMJ patients. *Journal of Craniomandibular Disorders Facial Oral Pain* 2, 87-95.
- Coe, W.C., y Sarbin, T.R. (1991). Role theory: Hypnosis from a dramaturgical and narrational perspective. En S.J. Lynn y J.W. Rhue (Eds.), *Theories of hypnosis. Current models and perspectives* (pp.303-323). New York, NY: The Guilford Press.
- Cohen, J. (1977). *Statistical power analysis for behavioral sciences*. New York: Academic Press.
- Cooper, J. B., y Pollock, D. (1959). The identification of prejudicial attitudes by the galvanic skin response. *The Journal of Social Psychology*, 50, 241–245.
- Cooper, J., y Fazio, R.H. (1984). A new look at dissonance theory. En L. Berkowitz (Ed.), *Advances in experimental social psychology* (Vol. 17) (pp. 229-266). New York, NY: Academic Press.
- Coldrey, J.C., y Cyna, A.M. (2004). Suggestion, hypnosis and hypnotherapy: A survey of use, knowledge and attitudes of anaesthetists. *Anaesthesia and Intensive Care*, 32, 676-680.

- Court, J.H., y Court, P.C. (2001). Repression: R.I.P. *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 29, 8-16. Recuperado de http://www.hypnosisaustralia.org.au/wp-content/uploads/journal/AJCEH_Vol29_No1_MAY01.pdf
- Crasilneck, H.B., y Hall, J.A. (1985). *Clinical hypnosis: Principles and applications*. New York: Grune & Stratton.
- Crawford, H.J., Knebel, T., Vendemia, J.M.C., Horton, J.E., y Lamas, J.R. (1999). La naturaleza de la analgesia hipnótica: Bases y evidencias neurofisiológicas. *Anales de Psicología*, 15, 133-146.
- Cronbach, L.J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 22, 297-334.
- Cyna, A.M., McAuliffe, G.L., y Andrew, M.I. (2004). Hypnosis for pain relief in labour and childbirth: A systematic review. *British Journal of Anaesthesia*, 93, 505-11. doi:10.1093/bja/ae225
- Daglish, M.R.C., y Wright, P. (1991). Opinions about Hypnosis among Medical and Psychology Students. *Contemporary Hypnosis*, 8, 51-55.
- DeBono, K. G., y Snyder, M. (1995). Acting on one's attitudes: The role of a history of choosing situations. *Personality & Social Psychology Bulletin*, 21, 620-628.
- De Groh, M. (1989). Correlates of hypnotic susceptibility. En N.P. Spanos y J.F. Chaves (Eds.), *Hypnosis: The cognitive-behavioral perspective* (pp. 32-63). New York, NY: Prometheus Books.
- Delgado, I., González-Ordi, H., y Capilla-Ramírez, P. (2012). Eficacia de la hipnosis en el tratamiento de los trastornos por consumo de sustancias. *Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia*, 2, 1-29.

- Devine, P.G. (1989). Automatic and controlled processes in prejudice: The role of stereotypes and personal beliefs. En A.R. Pratkanis, S.J. Breckler y A.G. Greenwald (Eds.), *Attitude structure and function* (pp. 181-212). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Dillworth, T., Jensen, M.P., Mendoza, M.E., y Capafons, A. (2010). Mechanisms and outcomes of hypnosis for chronic pain: A review of the literature. *Cuadernos de Valoración*, 10, 13-31.
- Dinges, D.F., Whitehouse, W.G., Orne, E.C., Powell, J.W., Orne, M.T., y Erderlyi, M.H. (1992). Evaluating hypnotic memory enhancement (hypermnesia and reminiscence) using multitrial forced recall. *Journal of Experimental Psychology: Learning, Memory and Cognition*, 18, 1139-1147.
- Dixon, M., y Laurence, J. (1992). Two hundred years of hypnosis research: questions resolved? Questions unanswered! En E. Fromm y M. Nash (Eds.), *Contemporary hypnosis research* (pp. 34-66). Nueva York, NY: Guilford Press.
- Dufresne A., Rainville P., Dodin S., Barre P., Masse B., Verreault R., y Marc I. (2009). Hypnotizability and opinions about hypnosis in a clinical trial for the hypnotic control of pain and anxiety during pregnancy termination. *The International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 58(1), 82–101. doi:10.1080/00207140903310865
- Dworkin, S.F. (1997). Behavioral and educational modalities. *Oral surgery, oral medicine, oral pathology, oral radiology, and endodontics*, 83, 128-33. doi:10.1016/s1079-2104(97)90103-7
- Eagly, A.H., y Chaiken, S. (1993). *The psychology of attitudes*. San Diego, CA: Harcourt Brace Jovanovich.

- Eagly, A.H., y Chaiken, S. (1998). Attitude structure and function. En D. T. Gilbert, S.T. Fiske y G. Lindzey (eds), *The Handbook of Social Psychology* (pp. 269-322). New York:McGraw-Hill
- Eagly, A. H., y Chaiken, S. (2005). Attitude research in the 21st century: The current state of knowledge. En D. Albarracín, B. T. Johnson, y M. P. Zanna (Eds.), *The handbook of attitudes* (pp. 743-767). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Eaves, L.J., Eysenck, H.J., y Martín, N.G. (1989). *Genes, culture and personality: An empirical approach*. Londres: Academic Press.
- Echterling, L.G., y Whalen, J. (1995). Stage hypnosis and public lecture effects on attitudes and beliefs regarding hypnosis. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 38, 13-21. doi:10.1080/00029157.1995.10403173
- Edmonston, W.E., Jr. (1981). *Hypnosis and Relaxation. Modern verification of an old equation* . New York: Wiley & Sons.
- Edmonston, W.E., Jr. (1986). *The induction of hypnosis*. New York: John Wiley & Sons.
- Edwards, S.D., y Van Der Spuy, H.I. (1985). Hypnotherapy as a treatment for enuresis. *Journal of Child Clinical Psychology, Psychiatry and Allied Health Disciplines*, 26, 161-170. . doi:10.1111/j.1469-7610.1985.tb01635.x
- Eimer, B.N., y Freeman, A. (1998). *Pain management psychotherapy: A practical guide*. Nueva York: John Wiley & Sons.
- Eitner, S., Wichmann, M., Schultze-Mosgau, S., Schlegel, A., Leher, A., Heckmann, J.,...Holst, S. (2006). Neurophysiologic and long-term effects of clinical hypnosis in oral and maxillofacial treatment: A comparative interdisciplinary clinical study. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 54, 457-479. doi: 10.1080/00207140600856897

- Elkins, G., Jensen, M.P., y Patterson, D.R. (2007). Hypnotherapy for the management of chronic pain. *The International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 55, 275-287. doi:10.1080/00207140701338621
- Elkins, G., Marcus, J., Bates, J., Rajab, M.H., y Cook, T. (2006). Intensive Hypnotherapy for Smoking Cessation: A Prospective Study. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 54, 303-315. doi:10.1080/00207140600689512
- Elkins, G., y Rajab, M.H. (2004). Clinical Hypnosis For Smoking Cessation: Preliminary Results of a Three-Session Intervention. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 52, 73-81. doi:10.1076/iceh.52.1.73.23921
- Eng, Y.H., y Cyna, A.M. (2005). A comparison of midwives' knowledge of, and attitudes to, hypnosis in hospitals with and without a hypnotherapy service. *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 33, 17-26. Recuperado de http://www.hypnosisaustralia.org.au/wp-content/uploads/journal/AJCEH_Vol34_No1_MAY06.pdf
- Erickson, M. H. (1941) Concerning the nature and character of post-hypnotic behavior. *Journal of General Psychology*, 24, 95-133 .
- Erickson, M.H. (1980). Hypnosis: A general review. En E.L. Rossi (Ed.), *The collected papers of Milton H. Erickson on hypnosis* (pp. 13-20). Nueva York: Irvington.
- Ewer, T.C., y Stewart, D.E. (1986). Improvement in bronchial hyper-responsiveness in patients with moderate asthma after treatment with a hypnotic technique: A randomized controlled trial. *British Medical Journal*, 293,1129-1132. doi:10.1136/bmj.293.6555.1129

- Ewin, D.M. (1992). Hypnotherapy for warts (*Verruca Vulgaris*): 41 consecutive cases with 33 cures. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 35, 1-10. doi:10.1080/00029157.1992.10402977
- Fabian, T.K. (1995). Hypnosis in dentistry. I. Comparative evaluation of 45 cases of hypnosis. *Fogorvosi szemle*, 88, 111-115.
- Faymonville, M.E., Meurisse, M., y Fissette, J. (1999). Hypnosedation: A valuable alternative to traditional anaesthetic techniques. *Acta Chirurgica Belgica*, 99, 141–146.
- Fazio, R.H. (1986). How do attitudes guide behavior? En R. Sorrentino y E.T. Higgins (Eds.), *Handbook of motivation and cognition: Foundations of social behavior* (pp. 204-243). Nueva York: Guilford Press.
- Fazio, R.H. (1989). On the power and functionality of attitudes: The role of attitude accessibility. En A.R. Pratkanis, S.J. Breckler y A.G. Greenwald (Eds.), *Attitude structure and function* (pp. 153-179). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Fazio, R. H. (1990). Multiple processes by which attitudes guide behavior: The MODE Model as an integrative framework. En M. P. Zanna (Ed.), *Advances in experimental social psychology* (pp. 75-107). New York: Academic Press.
- Fazio, R. H., Jackson, J. R., Dunton, B. C., y Williams, C. J. (1995). Variability in automatic activation as an unobtrusive measure of racial attitudes: A bona fide pipeline? *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 1013-1027.
- Fazio, R.H., Sanbonmatsu, D.M., Powell, M.C. y Kardes, F.R. (1986). On the automatic activation of attitudes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 229-238. doi:10.1037/0022-3514.50.2.229

- Fazio, R.H., y Williams, C.J. (1986). Attitude accessibility as a moderator of the attitude-perception and attitude-behavior relations: An investigation of the 1984 presidential election. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 505-514. doi: 10.1037/0022-3514.51.3.505
- Fazio, R.H., y Zanna, M.P. (1981). Direct experience and attitude-behavior consistency. En L. Berkowitz (ed.), *Advances in Experimental Social Psychology*. Nueva York: Academic Press.
- Fernández, C., Pérez, J.A., y Méndez, B.F. (2000). Hipnosis clínica en un caso de enfermedad inflamatoria intestinal. *Clínica y Salud*, 11, 59-79.
- Festinger, L. (1957). *A theory of cognitive dissonance*. Stanford, CA: Stanford University Press.
- Festinger, L. (1964). *Conflict, decision, and dissonance*. Stanford: CA: Stanford University Press.
- Festinger, L., y Carlsmith, J.M. (1959). Cognitive consequences of forced compliance. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 58, 203-210. doi:10.1037/h0041593
- Fishbein, M. (1963). An investigation of the relationships between beliefs about an object and the attitudes toward that object. *Human Relations*, 16, 233-240. doi:10.1177/001872676301600302
- Fishbein, M. (1967). A behavior theory approach to the relations between beliefs about an object and the attitude toward the object. En M. Fishbein (Ed.), *Readings in Attitude Theory and Measurement*, Nueva York: Wiley.
- Fishbein, M., y Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude, intention and behaviour: An introduction to theory and research*. Reading: Addison Wesley.

- Fishbein, M., y Coombs, F.S. (1974). Basis for decision: An attitudinal analysis of voting behavior. *Journal of Applied Social Psychology*, 4, 95-124. doi:10.1111/j.1559-1816.1974.tb00662.x
- Fiske, S.T., y Linville, P.W. (1980). What does the schema concept buy us?. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 6, 543-557. doi:10.1177/014616728064006
- Fiske, S. T., y Morling, B. A. (1995). Accessibility; Associative networks; Attention; Automaticity; Categorization; Encoding; Memory; Person memory; Priming; Prototypes; Saliency; Schemas; Scripts; Self - schemas; Top - of -the head phenomena; Unconscious processing; Vividness. En A. S. R. Manstead y M. Hewstone (Eds.), *Blackwell encyclopedia of social psychology* . Oxford: Blackwell
- Flammer, E., y Alladin, A. (2007). The efficacy of hypnotherapy in the treatment of psychosomatic disorders: Meta-analytic evidence. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 55, 251-274. doi:10.1080/00207140701338696
- Frauman, D.C., Lynn, S.J., y Brentar, J.P. (2000). Prevention and therapeutic management of “Negative effects” in hypnotherapy. En J.W. Rhue, S.J. Lynn y I. Kirsch (Eds.), *Handbook of ClinicalHypnosis*. (pp. 95-120). Washington,D.C.: American Psychological Association.
- Freeman, R.M., MacCauley, A.J., Eve, L., y Chamberlain, G.V.P. (1986). Randomized trial of self-hypnosis for analgesia in labour. *British Medical Journal*, 292, 657-658. doi:10.1136/bmj.292.6521.657
- Fromm, E. (1992). An ego-psychological theory of hypnosis. En E. Fromm y M. Nash (Eds.), *Contemporary hypnosis research* (pp. 131-148). Nueva York: Guilford Press.

- Gay, M.C. (2007). Effectiveness of hypnosis in reducing mild essential hypertension: a one- year follow-up. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 55, 67-83. doi:10.1080/00207140600995893
- Gfeller, J. D., y Gorassini, D. R. (2010). Enhancing hypnotizability and treatment response. En S.J. Lynn, J.W. Rhue, y I. Kirsch (Eds.), *Handbook of clinical hypnosis* (pp. 339-355). Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Gold, J.I., Kant, A.J., Belmont, K.A., y Butler, L. (2007). Practitioner review: Applications of pediatric hypnosis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48, 744-754. doi:10.1111/j.1469-7610.2007.01759.x
- Gollwitzer, P. M., y Sheeran, P. (2006). Implementation intentions and goal achievement: A meta-analysis of effects and processes. *Advances in Experimental Social Psychology*, 38, 69-119.
- Gonsalkorale, W.M. (2006). Gut-directed hypnotherapy: the Manchester approach for treatment of irritable bowel syndrome. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 54, 27-50. doi:10.1080/00207140500323030
- Gonsalkorale W.M., Houghton, L.A., y Whorwell, P.J. (2002). Hypnotherapy in irritable bowel syndrome: A large-scale audit of a clinical service with examination of factors influencing responsiveness. *American Journal of Gastroenterology*, 97, 954-61. doi:10.1111/j.1572-0241.2002.05615.x
- Gonsalkorale, W.M., y Whorwell, P.J. (2005). Hypnotherapy in the treatment of irritable bowelsyndrome. *European Journal of Gastroenterology and Hepatology*, 17, 15-20. doi:10.1097/00042737-200501000-00004

- González-María, E., Fuentelsaz-Gallego, C., Moreno-Casbas, T., Gil-Rubio, P., y Herreros-López, P. (2013). *Guía de Práctica Clínica para el manejo del dolor en niños con cáncer*. Recuperado de <http://www.isfie.org/documentos/gpc.pdf>
- Gow, K.M., Mackie, C., Clohessy, D., Cowling, T., Maloney, R., y Chant, D. (2006). Attitudes and opinions about hypnosis in an Australian city. *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 34, 162-186. Recuperado de http://www.hypnosisaustralia.org.au/wp-content/uploads/journal/AJCEH_Vol34_No2_NOV06.pdf
- Green, J.P. (1996). Cognitive behavioral hypnotherapy for smoking cessation: a case study in a group setting. En S.J. Lynn, I. Kirsch, y J.W. Rhue (Eds.): *Casebook of Clinical Hypnosis*. Washington, D.C.: American Psychological Association. doi: 10.1037/11090-011
- Green, J.P. (2003). Beliefs about hypnosis: Popular beliefs, misconceptions, and the importance of experience. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 51, 369-381. doi:10.1076/iceh.51.4.369.16408
- Green, J.P., Houts, C.R., y Capafons, A. (2012). Attitudes about hypnosis: Factor analyzing the VSABTH-C with an American Sample. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 54, 167-178. doi:10.1080/00029157.2011.616823
- Green, J.P., y 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. doi:10.1080/00207140008410048
- Green, J.P., Lynn, S.J., y Montgomery, G.H. (2008). Gender-Related Differences in Hypnosis-Based Treatments for Smoking: A Follow-up Meta-Analysis. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 50, 259-271. doi:10.1080/00029157.2008.10401628

- Green, J.P., Lynn, S.J., Weekes, J.R., Carlson, B.W., Brentar, J., Latham, L., y Kurtzhals, R. (1990). Literalism as a marker of hypnotic "trance": Disconfirming evidence. *Journal of Abnormal Psychology*, 99, 16-21. doi:10.1037/0021-843x.99.1.16
- Green, J.P., Page, R.A., Rasekhy, R., Johnson, L.K., y Bernhardt, S.E. (2006). Cultural views and attitudes about hypnosis: A survey of college students across four countries. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 54, 263-280. doi:10.1080/00207140600689439
- Greene, E., Wilson, L., y Loftus, E. F.(1989). Impact of hypnotic testimony on the jury. *Law and Human Behavior*, 13, 61-78.
- Greenspoon, J. (1951). The effect of verbal and nonverbal stimuli in the frequency of members of two verbal responses classes. Tesis doctoral no publicada. Universidad de Indiana, EE.UU.
- Guttman, L. (1947). The Cornell technique for scale and intensity analysis. *Educational and Psychological Measurement*, 7, 274-279.
- Gwynn, M.I., y Mohan, M. (2006). *Survey of hypnosis professionals concerning clients' beliefs and misconceptions about hypnosis: Initial findings*. Manuscrito sin publicar, Wilfrid Laurier University, Waterloo, Ontario, Canada.
- Hair, J., Black, W., Babin, B., y Anderson, R. (2010). *Multivariate data analysis (7th ed.)*: Prentice-Hall, Inc. Upper Saddle River, NJ, USA.
- Hammond, D.C. (2007). Review of the Efficacy of Clinical Hypnosis with Headaches and Migraines. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 55, 207 – 219. doi:10.1080/00207140601177921
- Harding, J., Kutner, B., Proshansky, H., y Chein, I. (1954). Prejudice and ethnic relations. En G. Lindzey (Ed.), *Handbook of social psychology* (pp. 1021-1061). Cambridge, MA: Addison-Wesley.

- Harding, J., Proshansky, H., Kutner, B., y Chein, I. (1969). Prejudice and ethnic relations. En G. Lindzey y E. Aronson (Eds.), *Handbook of social psychology* (pp. 1-76). Reading, MA: Addison-Wesley.
- Hatchette, V.C. (2001). Prejudice as an object of evaluation: Automatic arousal of an antiprejudice attitude. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 61, 67-59.
- Hawkins, R., y Bartsch, J. (2000). The effects of an educational lecture about hypnosis. *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 28, 82-99. Recuperado de http://www.hypnosisaustralia.org.au/wp-content/uploads/journal/AJCEH_Vol28_No1_MAY00.pdf
- Haynes, S.N, Godoy, A., y Gavino, A. (2011). *Cómo elegir el mejor tratamiento psicológico. Formulación de casos clínicos en terapia del comportamiento*. Madrid: Pirámide.
- Heap, M. (1996). The case of a woman claiming damages from a therapist trained in hypnosis by a correspondence course. *Contemporary Hypnosis*, 13, 89-93. doi:10.1002/ch.54
- Heider, F. (1958). *The psychology of interpersonal relations*. New York: John Wiley & Sons.
- Hess E. H., Seltzer A.L., y Shlien J.M. (1965). Pupil response of heterosexual and homosexual males to pictures of men and women: A pilot study. *Journal of Abnormal Psychology*, 70, 165-168.
- Hilgard, E.R. (1965). *Hypnotic susceptibility*. Nueva York: Harcourt, Brace & World.
- Hilgard, E.R. (1969). Altered states of awareness. *Journal of nervous and Mental Disease*, 149, 68-79. doi:10.1097/00005053-196907000-00010

- Hilgard, E.R. (1973). The domain of hypnosis: With some comments on alternate paradigms. *American Psychologist*, 28, 972-982. doi:10.1037/h0035452
- Hilgard, E.R. (1977). *Divided consciousness: Multiple controls in human thought and action*. Nueva York: Wiley-Interscience
- Hilgard, E.R. (1979). *Divided consciousness in hypnosis: The implications of the hidden observer*. En E. Fromm y R.E. Shor (Eds.), *Hypnosis: Developments in research and new perspectives* (pp.45-79). Chicago: Aldine.
- Hilgard, E.R. (1986). *Divided consciousness: Multiple controls in human thought and action* (expanded ed.). Nueva York: Wiley.
- Hilgard, E.R. (1987). *Psychology in America: A historical survey*. San Diego: Harcourt Brace Jovanovich.
- Hilton, J. L., y von Hippel, W. (1996). Stereotypes. *Annual Review of Psychology*, 47, 237–271.
- Holmes, D.S. (1990). The evidence for repression: An examination of sixty years of research. En J.L. Singer (Ed.), *Repression and dissociation: Implications for personality theory, psychotherapy, and health* (pp. 85-102). Chicago: University of Chicago Press.
- Houston D.A., y Fazio R.H (1989). Biased Processing as a Function of Attitude Accessibility: Making Objective Judgments Subjectively. *Social Cognition*, 7, 51-66.
- Jaccard, J.J., y Davidson, A.R. (1972). Toward an understanding of family planning behaviors: an initial investigation. *Journal of Applied Social Psychology*, 2, 228-235. doi:10.1111/j.1559-1816.1972.tb01274.x

- Jacknow, D.S., Tschann, J.M., Link, M.P., y Boyce, W.T. (1994). Hypnosis in the prevention of chemotherapy-related nausea and vomiting in children: A prospective study. *Developmental and Behavioral Pediatrics*, 15, 258-264. doi:10.1097/00004703-199408000-00007
- James, W. (1890). *Principles of psychology*. Nueva York: Holt, Rinehart & Winston.
- Jenkins, M.W., y Pritchard, M.H. (1993). Hypnosis: Practical applications and theoretical considerations in normal labour. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 100, 221-226. doi:10.1111/j.1471-0528.1993.tb15234.x
- Jensen, M.J. (2011). *Hypnosis for chronic pain management. Workbook*. New York. Oxford University Press.
- Johnson, L.S., Johnson, D.L., Olson, M.R., y Newman, J.P. (1981). The uses of hypnotherapy with learning-disabled children. *Journal of Clinical Psychology*, 37, 291-299. doi:10.1002/1097-4679(198104)37:2<291::aid-jclp2270370211>3.0.co;2-d
- Jöreskog, K.G., Sörbom, D., Du Toit, S., y Du Toit, M. (1999). *LISREL 8: New statistical features*. Chicago, IL: Scientific Software International, Inc.
- Judd, C.M., y Kulik, J.A. (1980). Schematic effects of social attitudes on information processing and recall. *Journal of Personality and Social Psychology*, 38, 569-579. doi:10.1037/0022-3514.38.4.569
- Katz, D. (1960). The functional approach to the study of attitudes. *Public Opinion Quarterly*, 24, 163-204. doi:10.1086/266945
- Katz, D. (1984) El enfoque funcional en el estudio de las actitudes. En *Estudios Básicos de Ciencias Sociales (pp 261 -298)*. Barcelona: Hora, S.A.

- Kebbell, M.R., y Wagstaff, G.F. (1997). An investigation on the confidence and accuracy of eyewitness recall. *Contemporary Hypnosis*, 14, 157-166.
- Keller, L.M., Bouchard, T.J., Arvey, R.D., Segal, N.L., y Dawes, R.N. (1992). Work values: Genetic and enviromental influences. *Journal of Applied Psychology*, 77, 79-88. doi:10.1037/0021-9010.77.1.79
- Keller, F. (1996). Hypnosis belief survey. *Psychological Hypnosis*, 5, 8-9. doi:10.1037/e300322004-006
- Kiecolt-Glaser, J.K., Marucha, P.T., Atkinson, C., y Glaser, R. (2001). Hypnosis as a modulator of cellular immune dysregulation during acute stress. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 674-682. doi:10.1037/0022-006x.69.4.674
- Kiesler, C.A., Collins, B., y Miller, N. (1969). *Attitude change: A critical analysis of theoretical approaches*, Nueva York, Wiley.
- Kihlstrom, J.F. (1985). Hypnosis. *Annual Review of Psychology*, 36, pp.385-418. doi:10.1146/annurev.psych.36.1.385
- Kihlstrom, J. F. (1998). Exhumed memory. En S.J. Lynn y K.M. McConkey, (Eds.), *Truth in memory* (pp. 3-31). Nueva York, Guilford Press.
- Kihlstrom, J.F. (2011, Julio). *What Hypnosis Does for Experimental Psychology?*. Recuperado de <http://socrates.berkeley.edu/~kihlstrm/APAHypnosis07.htm>
- Kirsch, I. (1990). *Changing expectations: A key to effective psychotherapy*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- Kirsch, I. (1991). The social learning theory of hypnosis. En S.J. Lynn y J.W. Rhue (Eds.), *Theories of hypnosis. Current models and perspectives* (pp.439-466). Nueva York: The Guilford Press.
- Kirsch, I. (1992). The state of the altered state debate. *Contemporary Hypnosis*, 9, 1-6.

- Kirsch, I. (1993). Professional opinions about hypnosis: Results of the APA Division 30 survey. *Psychological Hypnosis*, 3, 4-5.
- Kirsch, I. (1994). Clinical hypnosis as a non deceptive placebo: Empirically derived techniques. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 37, 95-106. doi:10.1080/00029157.1994.10403122
- Kirsch, I. (1999). Clinical hypnosis as a nondeceptive placebo. En I. Kirsch, A. Capafons, E. Cardeña y S. Amigó (Eds.), *Clinical Hypnosis and self-regulation: Cognitive-behavioral perspectives* (pp. 211-225). Washington, DC: American Psychological Association.
- Kirsch, I., y Council, J.R. (1989). Response expectancy as a determinant of hypnotic behavior. En N.P. Spanos y J.F. Chaves (Eds.), *Hypnosis: The cognitive-behavioral perspective* (pp. 360-379). Buffalo, NY: Prometheus Press.
- Kirsch, I., y Council, J.R. (1992). Situational and personality correlates of hypnotic responsiveness. En E. Fromm y M.R. Nash (Eds.), *Contemporary hypnosis research* (pp. 267-291). Nueva York: The Guildford Press.
- Kirsch, I., y Lynn, S.J. (1995). The altered state of hypnosis: Changes in the theoretical landscape. *American Psychologist*, 50, 846-858. doi:10.1037/0003-066x.50.10.846
- Kirsch, I., Mobayed, C.P., Council, J.R., y Kenny, D.A. (1992). Expert judgments of hypnosis from subjective state reports. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 657-662. doi:10.1037/0021-843x.101.4.657
- Kirsch, I., Silva, C.E., Comey, G., y Reed, S. (1995). A spectral analysis of cognitive and personality variables in hypnosis: Empirical disconfirmation of the two factor model of hypnotic responding. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 167-175. doi:10.1037/0022-3514.69.1.167

- Koizumi, S. (2001). Investigation into university students' views towards the notion of 'hypnosis'. *Japanese Journal of Hypnosis*, 46, 40-46.
- Kraus, S. J. (1995). Attitudes and the prediction of behavior: A meta-analysis of the empirical literature. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 21, 58 - 75
- Krosnick, J. A., Boninger, D. S., Chuang, Y. C., Berent M. K., y Carnot, C. (1993). Attitude strength: One construct or many related constructs? *Journal of Personality and Social Psychology*, 65, 1132-1151.
- Kuttner, L., Bowman, M., y Teasdale, M. (1988). Psychological treatment of distress, pain, and anxiety for young children with cancer. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 9, 374-381. doi:10.1097/00004703-198812000-00010
- Lamas, J. (2007, marzo). Una década de estudios de neuroimagen. Conferencia impartida en el Ciclo de Conferencias: Hipnose: Factos e Mitos, organizado por el Centro de Psicopedagogía, Universidad de Coimbra, Coimbra, Portugal.
- Lang, E.V., Benotsch, E.G., Fick, L.J., Lutgendorf, S., Berbaum, M.L., Berbaum, K.S.,... Spiegel, D. (2000). Adjunctive non-pharmacological analgesia for invasive medical procedures: A randomised trial. *Lancet*, 355, 1486–1490. doi:10.1016/s0140-6736(00)02162-0
- Lang, E.V., Berbaum, K.S., Faintuch, S., Hasiopoulou, O., Halsey, N., Li, X., Berbaum, M.L., Laser, E., y Baum, J. (2006). Adjunctive self-hypnotic relaxation for outpatient medical procedures: A prospective randomized trial with women undergoing large core breast biopsy. *Pain*, 126, 3 - 4. doi:10.1016/j.pain.2006.06.035

- Lang, E.V., Joyce, J.S., Spiegel, D., Hamilton, D., y Lee, K.K. (1996). Self-hypnotic relaxation during interventional radiological procedure: Effects on pain perception and intravenous drug use. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 44, 106-119. doi:10.1080/00207149608416074
- Lang, E.V., y Rosen, M. (2002). Cost analysis of adjunct hypnosis for sedation during outpatient interventional procedures. *Radiology*, 222, 375 - 382. doi:10.1148/radiol.2222010528
- Large, R.G., y James, F.R. (1991). Public Expectations of Hypnosis. *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 19, 103-106. Recuperado de <http://www.hypnosisaustralia.org.au/wp-content/uploads/AJCEH-Vol-19-No2a.pdf>
- Larra, F.J., Valero, L., y Abascal, J. (2003). Hipermnesia bajo condiciones de vigilia e hipnosis. *Clínica y Salud*, 14, 203-220.
- LaViolette, F., y Silvert, K.H. (1951). A theory of stereotypes. *Social Forces*, 29, 237-257. doi:10.2307/2572414
- Levitas, E., Parmet, A., Lunenfeld, E., Bentov, Y., Burstein, E., Friger, M., y Potashnik, G. (2006). Impact of hypnosis during embryo transfer on the outcome of in vitro fertilization–embryo transfer: A case-control study. *Fertility and Sterility*, 85, 1404 -1408. doi:10.1016/j.fertnstert.2005.10.035
- Likert, R. (1932). A technique for the measurement of attitudes. *Archives of Psychology*, 140, 44-53.
- Lioffi, C., White, P., y Hatira, P. (2006). Randomized clinical trial of local anesthetic versus a combination of local anesthetic with self-hypnosis in the management of pediatric procedure-related pain. *Health psychology: Official journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, 25, 307-315. doi:10.1037/0278-6133.25.3.307

- Lobe, T.E. (2006). Perioperative hypnosis reduces hospitalization in patients undergoing the Nuss procedure for pectus excavatum. *Journal of laparoendoscopic & advanced surgical techniques*, 16, 639-642.
- Lynn S.J., y Kirsch, I. (2005). Teorías de hipnosis. *Papeles del Psicólogo*, 89, 9-15.
- Lynn, S.J., y Kirsch, I. (2006). *Essentials of clinical hypnosis. An evidence-based approach*. Washington D.C.: American Psychological Association.
- Lynn, S.J., Kirsch, I., y Rhue, J.W. (2010). An introduction to clinical hypnosis. En S.J. Lynn, J.W. Rhue, y I. Kirsch (Eds.), *Handbook of clinical hypnosis* (pp. 3-18). Washington, D.C: American Psychological Association.
- Lynn, S.J., Kirsch, I., Barabasz, A., Cardeña, E., y Patterson, D. (2000). Hypnosis as an empirically supported clinical intervention: The state of the evidence and a look to the future. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 48, 239-259. doi:10.1080/00207140008410050
- Lynn, S.J., Neufeld, V., Rhue, J.W., y Matorin, A. (1993). Hypnosis and smoking cessation: A cognitive-behavioral treatment. En J.W. Rhue, S.J. Lynn e I. Kirsch (Eds.), *Handbook of clinical hypnosis* (pp. 555-586). Washington, DC: American Psychological Association.
- Lynn, S.J., y Rhue, J.W. (1991a). Theories of hypnosis: An introduction. En S.J. Lynn y J.W. Rhue (Eds.), *Theories of hypnosis. Current models and perspectives* (pp.1-15). Nueva York: The Guilford Press.
- Lynn, S.J., y Rhue, J.W. (1991b). Hypnosis theories: Themes, variations, and research directions. En S.J. Lynn y J.W. Rhue (Eds.), *Theories of hypnosis. Current models and perspectives* (pp.601-626). Nueva York: The Guilford Press.

- Lynn, S.J., Vanderhoff, H., Shindler, K., y Stafford, J. (2002). Defining hypnosis as a trance vs. cooperation: Hypnotic inductions, suggestibility, and performance standards. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 44, 231-240. doi:10.1080/00029157.2002.10403483
- MacKillop, J., Lynn, S.J., y Meyer, E. (2004). The Impact of Stage Hypnosis on Audience Members and Participants. *The International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 52, 313-329. . doi:10.1080/0020714049052353
- Malinoski, P.T., y Lynn, S.J. (1999). The plasticity of very early memory reports: Social pressure, hypnotizability, compliance and interrogative suggestibility. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 47, 320-345.
- Maudoux, A., Bonnet, S., Lhonneux-Ledoux, F., y Lefebvre, P. (2007). Ericksonian hypnosis in tinnitus therapy. *B-ENT*, 3, 75-77
- Martín, M. (2011) *La hipnosis en el alivio y tratamiento del dolor*. Valencia: Promolibro.
- Martín M., Capafons A., Espejo B., Mendoza M.E., Guerra M., Enríquez Santos J.A., ... Castilla C.D. (2010). Impact of a Lecture About Empirical Bases of Hypnosis on Beliefs and Attitudes Toward Hypnosis Among Cuban Health Professionals. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 58, 476-496. doi:10.1080/00207144.2010.499351
- Martin, N.G., Eaves, L.J., Heath, A.R., Jardine, R., Feingold, L.M., y Eysenck, H.J. (1986). Transmission of social attitudes. *Proceedings of the National Academy of Science*, 83, 4364-4368. doi:10.1073/pnas.83.12.4364

- Martínez-Valero, C., Castel, A., Capafons, A., Sala, J., Espejo, B., y Cardeña, E. (2008). Hypnotic treatment synergizes the psychological treatment of fibromyalgia: A single pilot study. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 50, 311-321.
- Martínez-Veiga, U. (2001). El Ejido, discriminación, exclusión social y racismo. Madrid: Asociación Los Libros de la Catarata.
- McConkey, K.M. (1986). Opinions about hypnosis and self-hypnosis before and after hypnotic testing. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 34, 311-319. doi:10.1080/00207148608406996
- McConkey, K.M. (1991). The construction and resolution of experience and behavior in hypnosis. En S.J. Lynn y J.W. Rhue (Eds.), *Theories of hypnosis. Current models and perspectives* (pp.542-563). Nueva York: The Guilford Press.
- McConkey, K.M. (2001). Hypnosis and recovered memory: Evidence based practice. En G.D. Burrows, R.O. Stanley, y P.B. Bloom (Eds.), *International handbook of clinical hypnosis* (pp. 97-112). Chichester (RU): John Wiley & Sons.
- McConkey, K.M., y Jupp, J.J. (1985-86). A Survey of Opinions about Hypnosis. *British Journal of Experimental Hypnosis*, 3, 87-93.
- McConkey, K. M., y Sheehan, P.W. (1995). *Hypnosis, memory, and behavior in criminal investigation*. New York: Guildford Press.
- McGuire, W.J. (1969). The nature of attitudes and attitude change. En G. Lindzey y E. Aronson (eds.), *Handbook of Social Psychology* (pp 136-314), Reading, Mass.: Addison-Wesley.
- McIntosh, I.B., y Hawney, M. (1983). Patients attitudes to hypnotherapy in a general medical practice: A brief communication. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 31, 219-223. doi:10.1080/00207148308406614

- Mendoza, M.E. (2000). La hipnosis como adjunto en el tratamiento del hábito de fumar: Estudio de caso. *Psicothema*, 12, 330-338. Recuperado de <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=339>
- Mendoza, M.E., y Capafons, A. (2009). Eficacia de la hipnosis clínica: resumen de su evidencia empírica. *Papeles del Psicólogo*, 30, 98-116. Recuperado de <http://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/1699.pdf>
- Mendoza, M.E., Capafons, A., y Flores, D. (2009). Instrumentos psicométricos para la evaluación de las creencias y actitudes hacia la hipnosis. En C.M. Lopes Pires y E. Santos (Eds.), *Hipnose clínica: Fundamentos e aplicações em psicologia e saúde* (pp. 59-75). Viseu (Portugal): Psicossoma.
- Meyerson, J., Gelkopf, M., Golan, G., y Sahamorov, E. (2013). What motivates to professionals to learn and use hypnosis in clinical practice? *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 61, 71-80.
- Milling, L.S., y Constantino, C.A. (2000). Clinical hypnosis with children: First steps toward empirical support. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 48, 113-137. doi:10.1080/00207140008410044
- Mito (1996). Gran diccionario de la lengua española (p.1126). Barcelona: Larousse Planeta, S.A.
- Mito (1997). Gran enciclopedia Larousse (pp. 7363). Barcelona: Planeta, S.A.

- Molina, J.A., y Mendoza, M.E. (2006). Change of attitudes towards hypnosis after a training course. *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 34, 146-161. Recuperado de http://www.hypnosisaustralia.org.au/wp-content/uploads/journal/AJCEH_Vol34_No2_NOV06.pdf
- Montgomery, G.H., David, D., Winkel, G., Silverstein, J., y Bovbjerg, D. (2002). The effectiveness of adjunctive hypnosis with surgical patients: A meta-analysis. *Anesthesia and Analgesia*, 94, 1639-1645. doi:10.1213/00000539-200206000-00052
- Montgomery, G.H., DuHamel, K.N., y Reed, W.H. (2000). A meta-analysis of hypnotically induced analgesia: How effective is hypnosis?. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 48, 138-153. doi:10.1080/00207140008410045
- Montgomery, G.H., y Schnur, J.B. (2004). Eficacia y aplicación de la hipnosis clínica. *Papeles del psicólogo*, 89, 3-8. Recuperado de <http://www.papelesdelpsicologo.es/vernumero.asp?id=1180>
- Morales, J.F., Reboloso, E., y Moya, M. (1996). Actitudes. En J.F. Morales (Coord.), *Psicología Social* (pp. 495-524). Madrid: McGraw-Hill / Interamericana de España, S.A.
- Nadon, R., Laurence, J.R., y Perry, C. (1991). The two disciplines of scientific hypnosis: A synergistic model. En S.J. Lynn y J.W. Rhue (Eds.), *Theories of hypnosis. Current models and perspectives* (pp. 485-519). Nueva York: The Guilford Press.
- Nash, M.R. (1987). What, if anything, is age regressed about age regression? A review of empirical literature. *Psychological Bulletin*, 102, 42-52. doi:10.1037/0033-2909.102.1.42

- Nash, M.R. (1991). Hypnosis as a special case of psychological regression. En S.J. Lynn y J.W. Rhue (Eds.), *Theories of hypnosis. Current models and perspectives* (pp. 171-194). Nueva York: The Guilford Press.
- Neumann, P. (2005). The use of hypnosis in modifying immune system response. *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 33, 140-159. Recuperado de http://www.hypnosisaustralia.org.au/wp-content/uploads/journal/AJCEH_Vol33_No2_NOV05.pdf
- Nickisson, J.W. (1997). *Hypnosis: attitudes, knowledge and prior experience among psychology and nursing students*. Tesis publicada, University of Northern Colorado, Co. USA.
- Norman, R. (1975). Affective-Cognitive Consistency, Attitudes, Conformity, and Behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 32, 83-91.
- Oakley, D.A., y Halligan, P.W. (2010). Psychophysiological foundations of hypnosis. En S.J. Lynn, J.W. Rhue, y I. Kirsch (Eds.), *Handbook of clinical hypnosis* (pp. 79-117). Washington, D.C: American Psychological Association.
- Olness, K., Culbert, T., y Uden, D. (1989). Self- regulation of salivary immunoglobulin A by children. *Pediatrics*, 83, 66-71.
- Orgilés, M., Méndez, F.X. y Espada, J.P. (2009). Procedimientos psicológicos para el afrontamiento del dolor en niños con cáncer. *Psicooncología*, 6, 343-356.
- Orne, M.T. (1959). The nature of hypnosis: Artifact and essence. *Journal of Abnormal Psychology*, 58, 277-299. doi:10.1037/h0046128
- Osgood, C.E., Soci, G.J., y Tannenbaum, P.H. (1957). *The measurement of meaning*. Urbana: University of Illinois Press.

- Osgood, C. E., y Tannenbaum, P. H. (1955). The principle of congruity in the prediction of attitude change. *Psychological Review*, 62, 42-55.
- Palanca Sánchez I (Dir.), Puig Riera de Conías MM (Coord. Cient.), Elola Somoza J (Dir.), Bernal Sobrino JL (Comit. Redac.), Paniagua Caparrós JL (Comit. Redac.), Grupo de Expertos. *Unidad de tratamiento de dolor: estándares y recomendaciones*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Recuperado de [http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/EERR/Unidad de tratamiento del dolor.pdf](http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/EERR/Unidad_de_tratamiento_del_dolor.pdf)
- Palsson, O.S. (2006). Standardized hypnosis treatment for irritable bowel syndrome: the North Carolina protocol. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 54, 51-64. doi:10.1080/00207140500322933
- Patterson, D.R., y Jensen, M.P. (2003). Hypnosis and clinical pain. *Psychological Bulletin*, 129, 495-521. doi: 10.1037/0033-2909.129.4.495
- Perry, C. (1977). Is hypnotizability modifiable? *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 25, 217-221. doi:10.1080/00207147708415974
- Perry, C. (1992). Theorizing about hypnosis in either/or terms. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 50, 238-252. doi:10.1080/00207149208409660
- Perry, C., Nadon, R., y Button, J. (1992). The measurement of hypnotic ability. En E. Fromm y M.R. Nash (Eds.), *Contemporary hypnosis research* (pp. 457-480). Nueva York: The Guildford Press.

- Petkova, K. G., Ajzen, I., y Driver, B. L. (1995). Saliente of anti-abortion beliefs and commitment to an attitudinal position: On the strength, structure, and predictive validity of anti-abortion attitudes. *Journal of Applied Social Psychology, 25*(6), 463-483.
- Petty, R.E., y Cacioppo, J.T. (1981). *Attitudes and persuasión: Classic and contemporary approaches*. Dubuque, IA: Wm. C. Brown.
- Petty, R. E., y Cacioppo, J. T. (1986). *Communication and persuasion: Central and peripheral routes to attitude change*. New York: Springer-Verlag.
- Pinnell, C.M. y Covino, N.A. (2000). Empirical findings on the use of hypnosis in medicine: A critical review. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 48*, 170-194. doi:10.1080/00207140008410047
- Piper, A., Pope, H.G., y Borowiecki, J.J. (2000). Custer's last stand: Brown, cheflin' and Whitfild's latest attempt to salvage "dissociative amnesia". *The Journal of Psychiatry and Law, 28*, 149-213. Recuperado de <http://heinonline.org/HOL/LandingPage?handle=hein.journals/jpsych28&div=18&id=&page=>
- Pratkanis, A.R. (1989). The cognitive Representation of Attitudes. En A.R. Pratkanis, S.J. Breckler y A.G. Greenwald (Eds.), *Attitude structure and function* (pp. 71 - 98). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Raykov T. (2001). Estimation of congeneric scale reliability using covariance structure analysis with nonlinear constraints. *British Journal of Mathematical and Statistical Psychology, 54*, 315–323.
- Raykov, T. (2004). Point and Interval Estimation of Reliability for Multiple-Component Measuring Instruments via Linear Constraint Covariance Structure Modeling. *Structural Equation Modeling, 11*, 342-356.

- Raskin, R., Raps, C., Luskin, F., Carlson, R., y Cristal, R. (1999). Pilot study of the effect of self-hypnosis on the medical management of essential hypertension. *Stress and Health*, 15, 243-247. doi: 10.1002/(SICI)1099-1700(199910)15:4<243::AID-SMI820>3.0.CO;2-O
- Regan, D. T., y Fazio, R. H. (1977). On the consistency between attitudes and behavior: Look to the method of attitude formation. *Journal of Experimental Social Psychology*, 13, 28-45.
- Research Committee of the British Tuberculosis Society (1968). Hypnosis for asthma - a controlled trial. A report to the Research Committee of the British Tuberculosis Association. *British Medical Journal*, 4, 71-76. . doi:10.1136/bmj.4.5623.71
- Richardson, J., Smith, J.E., McCall, G., y Pilkington, K. (2006). Hypnosis for procedure-related pain and distress in pediatric cancer patients: a systematic review of effectiveness and methodology related to hypnosis interventions. *Journal of Pain and Symptom Management*, 31, 70-84. doi:10.1016/j.jpainsymman.2005.06.010
- Rhue, J. W. (2010). Clinical hypnosis with children. En S. J. Lynn, J. W. Rhue, y I. Kirsch (Eds.), *Handbook of clinical hypnosis* (pp. 467- 495). Washington, D.C: American Psychological Association.
- Roberts, C.A., y Johansson, C.B. (1974). The inheritance of cognitive interest styles among twins. *Journal of Vocational Behavior*, 4, 237-243. doi:10.1016/0001-8791(74)90107-9
- Roggiani, W. (2002). *Intérêt et connaissances des médecins généralists et internists du canton de Genève pour l'hypnose médicale*. Tesis no publicada, Universidad de Ginebra, Suiza.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.

- Rosenberg, M.J. (1968). Hedonism, inauthenticity, and other goals toward expansion of a consistency theory. En R.P. Abelson, E. Aronson, W.J. McGuire, T.M. Newcomb, M.J. Rosenberg y P.H. Tannenbaum (eds.), *Theories of Cognitive Consistency: A sourcebook*, Chicago: Rand McNally.
- Rosenberg, M.J., y Hovland, C.I. (1960). Cognitive affective, and behavioral components of attitudes. En C.I. Hovland y M.J. Rosenberg (Eds.), *Attitude organization and change* (pp. 1-14). New Haven, CT: Yale University Press.
- Ross, M. (1989). Relation of implicit theories to the construction of histories personal. *Psychological Review*, 96 (2), 341-357.
- Ross, U.H., Lange, O., Unterrainer, J., y Laszig, R. (2007). Ericksonian hypnosis in tinnitus therapy: Effects of a 28-day inpatient multimodal treatment concept measured by Tinnitus-Questionnaire and Health Survey SF-36. *European Archives of Otorhinolaryngology*, 264 , 483-488. doi:10.1007/s00405-006-0221-9
- Saadat, H., Drummond-Lewis, J., Maranets, I., Kaplan, D., Saadat, A., Wang, S.M., y Kain, Z.N. (2006). Hypnosis reduces preoperative anxiety in adult patients. *Anesthesia & Analgesia*, 102, 1394–1396. doi:10.1213/01.ane.0000204355.36015.54
- Saenger, G. (1953). *The social psychology of prejudice*. Nueva York: Harper & Row.
- Sarbin, T.R. (1993). Whither hypnosis? A rhetorical analysis. *Contemporary Hypnosis*, 10, 1-9.
- Sarbin, T.R. (1999). Whiter hypnosis? A rhetorical analysis. En I. Kirsch, A. Capafons, E. Cardeña, y S. Amigó (Eds.), *Clinical hypnosis and self-regulation: Cognitive - behavioral perspectives* (pp. 105-116). Washington , D.C.: American Psychological Association.

- Scarr, S. (1981). The transmission of authoritarian attitudes in families: Genetic resemblance in social political attitudes? En S. Scarr (Ed.), *Race, social class and individual differences* (pp. 399-427). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates Inc.
- Scarr, S., y Weinberg, R.A. (1978). Attitudes interest an IQ. *Human Nature*, 1, 29-36.
- Schlegel, R.P. (1975). Multidimensional measurement of attitude towards smoking marijuana. *Canadian Journal of Behavioral Science*, 7, 387-396. doi:10.1037/h0081923
- Schlegel, R.P., y DiTecco, D. (1982). Attitudinal structures and the attitude-behavior relation. En M.P. Zanna, E.T. Higgins y C.P. Herman (eds.), *Consistency in Social Behavior: The Ontario symposium*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Schlenker, B.R. (1982). Translating actions into attitudes: an identity-analytic approach to the explanation of social conduct. En L. Berkowitz (ed.), *Advances in Experimental Social Psychology*. Nueva York: Academic Press.
- Schoenberger, N.E. (2000). Research on hypnosis as an adjunct to cognitive-behavioral psychotherapy. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 48, 154- 169.
- Schnur, J.B., Kafer, I., Marcus, C., y Montgomery, G.H. (2008). Hypnosis to manage distress related to medical procedures: A meta-analysis. *Contemporary Hypnosis*, 25, 114-128. doi:10.1002/ch.364
- Schoenberger, N.E., Kirsch, I., Gearan, P., Montgomery, G., y Pastyrnak, S.L. (1997). Hypnotic enhancement of a cognitive behavioral treatment for public speaking anxiety. *Behavior Therapy*, 28, 127-140. doi:10.1016/s0005-7894(97)80038-x

- Scoboria, A., Mazzoni, G., Kirsch, I., y Milling, L.S. (2002). Immediate and persisting effects of misleading questions and hypnosis on memory reports. *Journal of Experimental Psychology: Applied*, 8, 26-32. doi:10.1037/1076-898x.8.1.26
- Sears, D. O. (1986). College Sophomores in the Laboratory: Influences of a Narrow Data Base on Social Psychology's View of Human Nature. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51 (3), 515-530.
- Secord, P.F. y Backman, C.W. (1964). *Social psychology*. Nueva York: Mcgraw-Hill.
- Shavitt, S. (1989). Operationalizing functional theories of attitude. En A.R. Pratkanis, S.J. Breckler y A.G. Greenwald (Eds.), *Attitude structure and function* (pp. 311-337). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Sheehan, P.W. (1991). Hypnosis, context, and commitment. En S.J. Lynn y J.W. Rhue (Eds.), *Theories of hypnosis. Current models and perspectives* (pp. 520-541). Nueva York: The Guilford Press.
- Sheehan, P.W., y Perry, C.W. (1976). *Methodologies of hypnosis*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Shih, M., Yang, Y.H., y Koo, M. (2009). A meta-analysis of hypnosis in the treatment of depressive symptoms: A brief communication. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 57, 431-442. doi:10.1080/00207140903099039
- Shimizu, T (2014). A Causal Model Explaining the Relationships Governing Beliefs, Attitudes, and Hypnotic Responsiveness The relation between notions of hypnotic states and attitudes toward hypnosis. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 62:2, 231-250. doi:10.1080/00207144.2014.869142

- Simon, E.P., y Lewis, D.M. (2000). Medical hypnosis for temporomandibular disorders treatment efficacy and medical utilization outcome. *Oral surgery, oral medicine, oral pathology, oral radiology, and endodontics*, 90, 54-63. doi:10.1067/moe.2000.106692
- Simpson, G.E., y Yinger, J.M. (1965). *Racial and cultural minorities*. Nueva York: Harper & Row.
- Simren, M. (2006). Hypnosis for irritable bowel syndrome: the quest for the mechanism of action. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 54, 65-84. doi:10.1080/00207140500327239
- Sliwinskiand, J.G., y Elkins R. (2013). Enhancing placebo effects: Insights from social psychology. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 55, 236-248.
- Smith, M.B., Bruner, J.S., y White, R.W. (1956). *Opinions and Personality*. Nueva York: Wiley.
- Snyder, M. (1974). The self-monitoring of expressive behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 30, 526-537.
- Spanos, N.P. (1982). Hypnotic behavior: A cognitive social psychological perspective. *Research Communications in Psychology, Psychiatry and Behavior*, 7, 199-213.
- Spanos, N.P. (1986). Hypnotic behavior: A social-psychological interpretation of amnesia, analgesia, and "trance logic." *Behavioral and Brain Sciences*, 9, 499-502. doi:10.1017/s0140525x00046537
- Spanos, N.P. (1991). A sociocognitive approach to hypnosis. En S.J. Lynn y J.W. Rhue (Eds.), *Theories of hypnosis: Current models and perspectives* (pp. 324-361). Nueva York: Guilford Press
- Spanos, N.P. (1996). *Multiple identities y false memories*. Washington, D.C.: American Psychological Association.

- Spanos, N.P., y Barber, T.X. (1976). Behavior modification and hypnosis. En M. Hersen, R.M. Eisler y P.M. Miller (Eds.), *Progress in behavior modification* (pp. 1 - 43). New York: Academic Press Inc.
- Spanos, N.P., Brett, P., Menary, E., y Cross, W. (1987). A measure of attitudes toward hypnosis: Relationships with absorption and hypnotic susceptibility. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 30, 139-150. doi:10.1080/00029157.1987.10404174
- Spanos, N.P., y McPeake, J.D. (1975). Involvement in Everyday Imaginative Activities, Attitudes Toward Hypnosis, and Hypnotic Suggestibility. *Journal of Personality and Social Psychology*, 31, 594-598. doi:10.1037/h0076509
- Spanos, N.P., Robertson, L., Menary, E.P., y Brett, P. (1986). Component analysis of a cognitive skill training package for the enhancement of hypnotic susceptibility. *Journal of Abnormal Psychology*, 95, 350-357. doi:10.1037/0021-843x.95.4.350
- Spanos, N.P., Stenstrom, R.J., y Johnston, J.C. (1988). Hypnosis, placebo, and suggestion in the treatment of warts. *Psychosomatic Medicine*, 50, 245-260. doi:10.1097/00006842-198805000-00003
- Spiegel, D., Hunt, T., y Dondershine, H.E. (1988). Dissociation and hypnotizability in post-traumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry*, 145, 301-305. Recuperado de <http://ajp.psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/ajp.145.3.301>
- Spiegel, H., y Spiegel, D. (1987). *Trance and treatment: clinical uses of hypnosis*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Stadler, D. R., y Baron, R. S. (1998). Attributional complexity as a moderator of dissonance produced attitude change. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75, 449 – 455. doi:10.1037/0022-3514.75.2.449

- Stahlberg, D., y Frey, D. (1990). Actitudes I: estructura, medida y funciones. En M. Hewstone, W. Stroebe, J.P. Codol y G.M. Stephenson (dir. y coord.) *Introducción a la psicología social. Una perspectiva europea* (pp. 149-170). Barcelona: Ariel Psicología.
- Stanton, H.E. (1994). Self-hypnosis: One path to reduced test anxiety. *Contemporary Hypnosis*, 11, 14-18.
- Stoelb, B.L., Molton, I. R., Jensen, M.P., y Patterson, D.R. (2009). The efficacy of hypnotic analgesia in adults: A review of the literature. *Contemporary Hypnosis* 26, 24-39. doi:10.1002/ch.370
- Stroebe, W. (1980). *Grundlagen der Sozialpsychologie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Stroebe, W., e Insko, C.A. (1989). Stereotype, prejudice and discrimination: Changing conceptions in theory and research. En D. Bar-Tal, C.F. Graumann, A.W. Kruglanski y W. Stroebe (eds.), *Stereotyping and prejudice: Changing conceptions*, Nueva York: Springer-Verlag. doi:10.1007/978-1-4612-3582-8_1
- Stroebe, W., y Jonas, K. (1990). Actitudes II: estrategias de cambio de actitud. En M. Hewstone, W. Stroebe, J.P. Codol y G.M. Stephenson (dir. y coord.) *Introducción a la psicología social. Una perspectiva europea* (pp. 171-197). Barcelona: Ariel Psicología.
- Stutman, R.K., y Bliss, E.L. (1985). Posttraumatic stress disorder, hypnotizability, and imagery. *American Journal of Psychiatry*, 142, 741-743. doi: 10.1176/ajp.142.6.741
- Tedeschi, J.T., y Rosenfeld, P. (1981). Impression management theory and the forced compliance situation. En J.T. Tedeschi (ed.), *Impression Management Theory and Social Psychological Research*, Nueva York: Academic Press.

- Tedeschi, J.T., Schlenker, B.R. y Bonoma, T.V. (1971). Cognitive dissonance: private ratiocination or public spectacle? *American Psychologist*, 26, 685-695. doi:10.1037/h0032110
- Tesser, A. (1993). The importance of heritability in psychological research: The case of attitudes. *Psychological Review*, 100, 129-142. doi:10.1037/0033-295x.100.1.129
- Thomas, W.I., y Znaniecki, F. (1918). *The Polish Peasant in Europe and America*. Boston: Badger.
- Thomson, L. (2003). A Project to Change the Attitudes, Beliefs and Practices of Health Professionals Concerning Hypnosis. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 46, 31-41. doi:10.1080/00029157.2003.10403563
- Thurstone, L.L. (1928). Attitudes can be measured. *American Journal of Sociology*, 33, 529-554. doi:10.1086/214483
- Truyols-Taberner, M.M., Pérez-Pareja, J., Palmer-Pol, A., y Sesé-Abad, A. (2008). Aspectos psicológicos relevantes en el estudio y tratamiento del dolor crónico. *Clínica y Salud*, 19, 295-320.
- Uman, L. S., Chambers, C. T., McGrath, P. J., y Kisely, S. (2006). Psychological interventions for needle-related procedural pain and distress in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 18(4) doi: 10.1002/14651858.CD005179.pub2
- Usher, J.A., y Neisser, U. (1993). Childhood amnesia and the beginning of memory for four early life events. *Journal of Experimental Psychology: General*, 122, 155-165.

- Van Dyck, R., y Spinhoven, P. (1997). Does preference for type of treatment matter? A study of exposure in vivo with or without hypnosis in the treatment of panic disorder with agoraphobia. *Behavior Modification*, 21, 172-186. doi:10.1177/01454455970212003
- Vingoe, F.J. (1982). Attitudes of Clinical and Educational Psychologists towards Hypnosis Training and Treatment. *Bulletin of the British Society of Experimental and Clinical Hypnosis*, 5, 37-41.
- Vlieger, A.M., Menko-Frankenhuis, C., Wolfkamp, S.C., Tromp, E., y Benninga, M.A. (2007). Hypnotherapy for children with functional abdominal pain or irritable bowel syndrome: A randomized controlled trial. *Gastroenterology*, 133, 1430-1436.
- Wagstaff G.F., Brunas-Wagstaff J., Cole J., Knapton L., Winterbottom J., Crean V., y Wheatcroft J. (2004). Facilitating memory with hypnosis, focused meditation and eye closure. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 52, 434-455. doi:10.1080/00207140490889062
- Waller, N. G., Kojetin, B. A., Bouchard, T. J. Jr., Lykken, D. T., y Tellegen, A. (1990). Genetic and environmental influences on religious interest, attitudes, and values: A study of twins reared apart and together. *Psychological Science*, 1, 138-142. doi:10.1111/j.1467-9280.1990.tb00083.x
- Walters, C. y Havens, R.A. (1993). *Hypnotherapy for health, harmony, and peak performance: Expanding the goals of psychotherapy*. Nueva York: Brunner/Mazel.
- Wark, D. M. (2008). What we can do with hypnosis: A brief note. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 51, 29-36. doi:10.1080/00029157.2008.10401640

- Wester, W.C., y Hammond, C. (2011). Solving Crimes with Hypnosis. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 53, 249-263.
- Whitehead, W.E. (2006). Hypnosis for irritable bowel syndrome: the empirical evidence of therapeutic effects. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 54, 7-20. doi:10.1080/00207140500328708
- Whorwell, P.J. (2006). Effective management of irritable bowel syndrome: The Manchester Model. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 54, 21-6. doi:10.1080/00207140500323006
- Wicker, A. W. (1969). Attitudes versus actions: The relationship of verbal and overt behavioral responses to attitude objects. *Journal of Social Issues*, 25(4), 41–78.
- Wickless, C., y Kirsch, I. (1989). The effects of verbal and experiential expectancy manipulations on hypnotic susceptibility. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 762-768.
- Wilson, L., Greene, E., y Loftus, E.F. (1986). Beliefs about forensic hypnosis. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 34, 110-121.
- Winchell, S.A., y Watts, R.A. (1988). Relaxation therapies in the treatment of psoriasis and possible pathophysiologic mechanisms. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 18, 101-104. doi:10.1016/s0190-9622(88)70015-8
- Wood, G.J., Bughi, S., Morrison, J., Tanavoli, S., y Zadeh, H.H. (2003). Hypnosis, differential expression of cytokines by T-cell subsets, and the hypothalamo-pituitary-adrenal axis. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 45, 179-196. doi:10.1080/00029157.2003.10403525

- Woody, E.Z., y Bowers, K.S. (1994). A frontal assault on dissociated control. En S.J. Lynn y J.W. Rhue, (Eds.), *Dissociation : Clinical theoretical and research perspectives* (pp. 52-79). Nueva York: The Guilford Press.
- Worchel, S., Cooper, J., Goethals, G. R., y Olson, J. M. (2002). *Psicología Social*. México: Thompson.
- Yapko, M. (1994). Suggestibility and repressed memories of abuse: A survey of psychotherapists' beliefs. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 36, 163-171. doi: 10.1080/00029157.1994.10403066
- Young, J., y Cooper, L.M. (1972). Hypnotic recall amnesia as a function of manipulated expectancy. *Proceedings of the 80th Annual Convention of the American Psychological Association*, 7, 857-858. doi:10.1037/e611312012-177
- Yu, C.K-c. (2004a). Beliefs and Attitudes of Chinese Regarding Hypnosis and its Applications. *Contemporary Hypnosis*, 21, 93-106. doi:10.1002/ch.295
- Yu, C.K-c. (2004b). Beliefs and Opinions Regarding Hypnosis and its Applications among Chinese Professionals in Medical Settings. *Contemporary Hypnosis*, 21, 177-186. doi:10.1002/ch.305
- Yu, C.K-c. (2006). Sources of information about hypnosis and attitudes towards being hypnotised in Hong Kong. *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 34, 135-145. Recuperado de http://www.hypnosisaustralia.org.au/wp-content/uploads/journal/AJCEH_Vol34_No2_NOV06.pdf
- Zachariae, R., Øster, H., Bjerring, P., y Kragballe, K. (1996). Effects of psychological intervention on psoriasis. A preliminary report. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 34, 1008-1015. doi:10.1016/s0190-9622(96)90280-7

- Zajonc, R.B. (1968). Attitudinal effects of mere exposure, *Journal of Personality and Social Psychology*, 9, 1-27. doi:10.1037/h0025848
- Zeig, J.K., y Rennick, P.J. (1991). Ericksonian hypnotherapy: A communications approach to hypnosis. En S.J. Lynn y J.W. Rhue (Eds.), *Theories of hypnosis: Current models and perspectives* (pp. 274-302). Nueva York: Guilford Press.
- Zeltzer, L.K., Dolgin, M.J., LeBaron, S., y LeBaron, C. (1991). A randomized, controlled study of behavioral intervention for chemotherapy distress in children with cancer. *Pediatrics*, 88, 34-42.
- Zeltzer, L.K., y LeBaron, S.M. (1982). Hypnosis and non hypnotic techniques for reduction of pain and anxiety during painful procedures in children and adolescents with cancer. *Journal of Pediatrics*, 101, 1032-1035. doi: 10.1016/S0022-3476(82)80040-1

7. TABLAS

Tabla 1:**Titulaciones donde se aplicó la EVACH-C**

Titulación	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Licenciatura en Psicología	1.217	72.7	72.8
Licenciatura de Psicopedagogía	2	0.1	72.9
Máster en Psicología Clínica	13	0.8	73.7
Licenciatura de Pedagogía	136	8.1	81.8
Diplomatura de Magisterio	77	4.6	86.4
Licenciatura de Derecho	27	1.6	88.0
Licenciatura de Sociología	55	3.3	91.3
Licenciatura de Periodismo	2	0.1	91.5
Diplomatura de Logopedia	82	4.9	96.4
Ingeniería en Telecomunicaciones	1	0.1	96.4
Licenciatura de Administración y Dirección de Empresas- Economía	60	3.6	100.00
Total	1.678	100.0	100.00

Tabla 2:**Distribución de los estudiantes por cursos de licenciatura o máster**

Curso	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
1º	567	33.8	42.3
2º	498	29.7	72.0
3º	263	15.7	87.7
4º	166	9.9	97.6
5º	28	1.7	99.3
Máster en Psicología Clínica	142	8.5	8.5
Total	1678	100.0	

Tabla 3:

Estadísticos descriptivos y pruebas de normalidad univariada en los ítems del test y el retest

Variable	Media	DT	Asimetría		Curtosis		Asimetría y Curtosis	
			Z	Prob.	Z	Prob.	χ^2	Prob.
Ítem 1	4.18	1.00	-6.40	0.000	8.93	0.000	120.58	0.000
Ítem 2	4.95	0.98	-11.62	0.000	5.99	0.000	170.91	0.000
Ítem 3	3.86	1.32	-6.54	0.000	-1.82	0.069	46.03	0.000
Ítem 4	3.12	1.58	3.45	0.001	-8.42	0.000	82.83	0.000
Ítem 5	2.70	1.24	6.99	0.000	-1.11	0.268	50.07	0.000
Ítem 6	2.33	1.25	9.62	0.000	-2.65	0.008	99.62	0.000
Ítem 7	3.40	1.38	-2.33	0.020	-5.18	0.000	32.29	0.000
Ítem 8	4.24	1.13	-7.91	0.000	4.54	0.000	83.25	0.000
Ítem 9	2.14	1.13	14.22	0.000	10.00	0.000	302.12	0.000
Ítem 10	3.89	1.12	-6.92	0.000	3.37	0.001	59.28	0.000
Ítem 11	2.91	1.20	5.47	0.000	0.63	0.523	30.38	0.000
Ítem 12	4.29	1.07	-8.72	0.000	8.26	0.000	144.50	0.000
Ítem 13	5.03	0.10	-12.98	0.000	7.87	0.000	230.43	0.000
Ítem14	2.76	1.24	8.16	0.000	1.54	0.123	68.89	0.000

TABLAS

Ítem 15	2.79	1.21	7.68	0.000	1.89	0.059	62.49	0.000
Ítem 16	3.25	1.10	0.88	0.379	2.04	0.041	4.950	0.084
Ítem 17	3.20	1.06	0.86	0.393	3.68	0.000	14.28	0.001
Ítem 18	3.14	1.49	2.32	0.020	-6.87	0.000	52.62	0.000
Ítem 19	3.50	1.28	-3.26	0.001	-2.65	0.008	17.61	0.000
Ítem 20	3.32	1.28	-1.15	0.249	-3.38	0.001	12.77	0.002
Ítem 21	3.04	1.12	4.55	0.000	2.55	0.011	27.24	0.000
Ítem 22	3.51	1.31	-4.12	0.000	-2.30	0.021	22.28	0.000
Ítem 23	3.92	1.02	-6.53	0.000	8.04	0.000	107.33	0.000
Ítem 24	3.64	1.24	0.74	0.457	-1.50	0.131	2.83	0.243
Ítem 25	3.03	1.18	5.46	0.000	3.16	0.002	39.84	0.000
Ítem 26	3.68	1.68	-3.88	0.000	-8.82	0.000	92.96	0.000
Ítem 27	3.85	1.56	-6.28	0.000	-6.02	0.000	75.70	0.000
Ítem 28	2.82	1.44	6.81	0.000	-4.13	0.000	63.41	0.000
Ítem 29	2.76	1.13	4.862	0.000	2.90	0.004	32.08	0.000
Ítem 30	3.27	1.26	0.04	0.970	-1.43	0.152	2.05	0.358
Ítem 31	3.55	1.26	-2.84	0.005	-0.96	0.333	8.98	0.011
Ítem 32	3.70	1.27	-5.56	0.000	-1.17	0.240	32.26	0.000
Ítem 33	4.13	1.07	-6.63	0.000	8.01	0.000	108.13	0.000
Ítem 34	3.19	1.21	1.86	0.063	0.28	0.777	3.54	0.170
Ítem 35	2.85	1.27	4.70	0.000	-1.99	0.046	26.02	0.000
Ítem 36	3.04	1.12	0.73	0.465	2.51	0.012	6.84	0.033
Ítem 37	4.10	1.17	-6.85	0.000	3.60	0.000	59.94	0.000
Ítemr 1	4.17	0.90	-3.78	0.000	7.31	0.000	67.81	0.000

Ítemr 2	4.78	0.79	-6.80	0.000	7.60	0.000	103.97	0.000
Ítemr 3	3.78	0.97	-5.41	0.000	8.93	0.000	108.92	0.000
Ítemr 4	3.06	1.22	4.54	0.000	-2.60	0.011	27.16	0.000
Ítemr 5	2.60	0.98	7.86	0.000	7.56	0.000	118.94	0.000
Ítemr 6	2.33	1.02	8.62	0.000	1.86	0.063	77.67	0.000
Ítemr 7	3.08	1.17	-0.92	0.356	-2.45	0.014	6.83	0.033
Ítemr 8	4.27	0.86	-2.65	0.008	7.36	0.000	61.16	0.000
Ítemr 9	2.28	0.83	10.69	0.000	15.09	0.000	342.03	0.000
Ítemr 10	3.40	0.97	-3.70	0.000	5.89	0.000	48.41	0.000
Ítemr 11	2.96	0.95	1.89	0.059	6.45	0.000	45.17	0.000
Ítemr 12	4.29	0.94	-5.02	0.000	6.85	0.000	72.09	0.000
Ítemr 13	4.87	0.82	-9.43	0.000	11.56	0.000	222.53	0.000
Ítemr 14	3.01	1.06	7.11	0.000	4.87	0.000	74.19	0.000
Ítemr 15	3.02	1.01	7.94	0.000	8.65	0.000	137.95	0.000
Ítemr 16	3.42	0.92	0.96	0.336	7.25	0.000	53.51	0.000
Ítemr 17	3.32	0.88	6.09	0.000	10.71	0.000	151.74	0.000
Ítemr 18	2.96	1.22	3.72	0.000	-3.05	0.002	23.16	0.000
Ítemr 19	3.27	1.05	-3.20	0.001	1.53	0.125	12.58	0.002
Ítemr 20	3.14	1.12	0.58	0.565	-0.33	0.742	0.44	0.803
Ítemr 21	3.16	0.84	6.40	0.000	17.79	0.000	357.37	0.000
Ítemr 22	3.29	1.10	-3.82	0.000	0.21	0.834	14.65	0.001
Ítemr 23	4.06	0.87	-3.54	0.000	10.53	0.000	123.50	0.000
Ítemr 24	3.75	0.95	1.59	0.112	6.37	0.000	43.13	0.000
Ítemr 25	3.18	1.00	6.83	0.000	6.95	0.000	94.88	0.000

Ítemr 26	3.59	1.45	-3.19	0.001	-6.41	0.000	51.24	0.000
Ítemr 27	3.74	1.41	-4.46	0.000	-5.01	0.000	44.96	0.000
Ítemr 28	2.88	1.25	5.43	0.000	-1.46	0.146	31.64	0.000
Ítemr 29	2.81	0.86	4.20	0.000	11.63	0.000	152.83	0.000
Ítemr 30	3.25	0.95	2.04	0.042	7.32	0.000	57.75	0.000
Ítemr 31	3.39	1.01	-0.28	0.778	4.65	0.000	21.73	0.000
Ítemr 32	3.52	1.01	-3.44	0.001	4.09	0.000	28.61	0.000
Ítemr 33	4.03	0.84	-7.84	0.000	23.04	0.000	592.32	0.000
Ítemr 34	3.13	0.96	1.43	0.154	7.18	0.000	53.60	0.000
Ítemr 35	2.71	1.00	3.16	0.002	2.63	0.008	16.91	0.000
Ítemr 36	2.98	0.91	1.79	0.074	10.83	0.000	120.40	0.000
Ítemr 37	4.23	1.00	-4.27	0.000	4.09	0.000	34.89	0.000

Nota: ítemr= ítem en el retest; DT= Desviación Típica; Prob.= Probabilidad.

Tabla 4:

Saturaciones de los ítems en los factores en la muestra española a partir del modelo AFC.

Ítem	Factor							
	Factor 1: Miedo	Factor 2: Memoria	Factor 3: Ayuda	Factor 4: Control	Factor 5: Colaboración	Factor 6: Interés	Factor 7: Mágica	Factor 8: Marginal
1			.60					
2					.65			
3		.32						
4	.61							
5							.51	
6							.73	
7	.53							
8					.51			
9							.48	
10			.73					
11								
12			.76					
13					.64			
14				.68				
15				.79				
16	-.53							

17		.43	
18	.68		
19	.65		
20	.76		
21			.28
22			-.62
23		.71	
24			.40
25			.75
26			.93
27			.92
28			.70
29		.42	
30	.59		
31	.71		
32	.74		
33	.40		
34			.41
35			.63
36			.50
37		.74	

Nota. La redacción de los ítems se encuentra en el Anexo.

Tabla 5:

Índices de ajuste del Modelo del AFC y otros modelos ya publicados.

Indicador	Capafons, Mendoza, et al., (2008)	Carvalho et al., (2007)	Green et al., (2012)	Modelo actual
RMSEA	.069	.061	.058	.050
NNFI	.933	.947	.954	.95
SRMR	.131	.104	.104	.078
CFI	.939	.950	.958	.95
χ^2 ajustada de Satorra-Bentler	2009.02	1714.07	1500.10	2972.02
Grados de libertad	602	601	566	566

Tabla 6: Matriz de correlaciones entre los ítems del test.

	Ítem 4	Ítem 7	Ítem16	Ítem18	Ítem19	Ítem 20	Ítem 3	Ítem 30	Ítem 31	Ítem 32	Ítem 33	Ítem 1
Ítem 4	1.00											
Ítem 7	0.25	1.00										
Ítem 16	-0.32	-0.24	1.00									
Ítem 18	0.57	0.35	-0.32	1.00								
Ítem 19	0.36	0.45	-0.30	0.48	1.00							
Ítem 20	0.52	0.35	-0.54	0.59	0.53	1.00						
Ítem 3	0.09	0.19	0.03	0.14	0.13	0.07	1.00					
Ítem 30	0.02	0.19	0.12	0.09	0.13	0.00	0.14	1.00				
Ítem 31	0.14	0.35	-0.02	0.21	0.28	0.13	0.20	0.49	1.00			
Ítem 32	0.07	0.30	0.01	0.14	0.20	0.08	0.23	0.50	0.57	1.00		
Ítem 33	0.09	0.26	-0.07	0.14	0.22	0.13	0.26	0.19	0.27	0.32	1.00	
Ítem 1	-0.11	0.00	0.21	-0.07	-0.02	-0.17	0.19	0.19	0.16	0.22	0.11	1.00
Ítem 10	-0.16	-0.03	0.29	-0.08	-0.04	-0.22	0.07	0.19	0.09	0.17	0.09	0.49
Ítem 12	-0.15	-0.01	0.30	-0.08	0.00	-0.19	0.11	0.23	0.14	0.23	0.20	0.51
Ítem 17	-0.15	-0.14	0.43	-0.11	-0.22	-0.26	0.07	0.11	-0.03	0.03	0.00	0.22
Ítem 23	-0.15	-0.04	0.32	-0.06	-0.05	-0.18	0.07	0.23	0.10	0.18	0.13	0.43
Ítem 29	-0.06	0.08	0.21	0.04	0.05	-0.08	0.14	0.29	0.15	0.20	0.10	0.29
Ítem 37	-0.17	-0.04	0.30	-0.07	-0.06	-0.20	0.08	0.22	0.14	0.23	0.17	0.47
Ítem 14	-0.15	-0.36	0.30	-0.22	-0.32	-0.25	-0.13	-0.13	-0.30	-0.28	-0.21	-0.02
Ítem 15	-0.21	-0.48	0.39	-0.23	-0.41	-0.30	-0.16	-0.09	-0.32	-0.25	-0.18	0.06
Ítem 21	0.00	-0.12	0.13	-0.03	-0.07	-0.01	-0.03	0.01	-0.07	-0.03	-0.08	-0.06
Ítem 22	0.27	0.56	-0.34	0.38	0.48	0.43	0.15	0.13	0.31	0.27	0.20	-0.01
Ítem 24	-0.13	-0.22	0.24	-0.15	-0.18	-0.16	-0.08	-0.04	-0.17	-0.10	0.02	0.09
Ítem 25	-0.22	-0.47	0.35	-0.26	-0.39	-0.30	-0.18	-0.12	-0.32	-0.26	-0.21	0.05
Ítem 2	-0.08	-0.02	0.15	-0.05	-0.01	-0.09	0.16	0.11	0.09	0.15	0.14	0.40
Ítem 8	0.00	-0.10	0.04	-0.01	-0.01	-0.04	0.07	0.00	-0.06	0.01	0.02	0.17
Ítem 13	-0.03	-0.03	0.08	-0.03	0.01	-0.07	0.13	0.03	0.03	0.09	0.13	0.24
Ítem 26	-0.45	-0.09	0.28	-0.26	-0.15	-0.35	0.08	0.13	0.03	0.17	0.11	0.38
Ítem 27	-0.47	-0.12	0.29	-0.31	-0.17	-0.37	0.06	0.13	0.04	0.17	0.08	0.36
Ítem 28	-0.31	-0.02	0.28	-0.16	-0.10	-0.28	0.09	0.21	0.08	0.18	0.10	0.32
Ítem 5	0.14	0.32	-0.01	0.19	0.18	0.13	0.11	0.13	0.19	0.16	0.11	-0.04

	Ítem 4	Ítem 7	Ítem16	Ítem18	Ítem19	Ítem 20	Ítem 3	Ítem 30	Ítem 31	Ítem 32	Ítem 33	Ítem 1
Ítem 6	0.14	0.39	-0.01	0.25	0.22	0.13	0.22	0.28	0.33	0.26	0.13	0.12
Ítem 9	0.05	0.19	0.09	0.18	0.11	0.04	0.20	0.25	0.24	0.20	0.10	0.17
Ítem 34	0.14	0.16	-0.13	0.15	0.10	0.19	0.08	-0.01	0.08	0.04	0.13	-0.17
Ítem 35	0.15	0.20	-0.19	0.18	0.21	0.23	0.03	0.03	0.06	0.06	0.05	-0.18
Ítem 36	0.16	0.22	-0.17	0.19	0.23	0.25	0.13	0.15	0.19	0.13	0.20	-0.05

Tabla 6: Matriz de correlaciones entre los ítems del test (continuada)

	item10	item12	item17	item23	item29	item37	item14	item15	item21	item22	item24	item25
Item10	1.00											
Item12	0.61	1.00										
Item17	0.33	0.30	1.00									
Item23	0.58	0.58	0.36	1.00								
Item29	0.33	0.29	0.34	0.36	1.00							
Item37	0.57	0.65	0.33	0.60	0.29	1.00						
Item14	0.06	0.01	0.27	0.11	0.06	0.05	1.00					
Item15	0.14	0.08	0.35	0.13	0.13	0.11	0.65	1.00				
Item21	-0.03	-0.05	0.16	0.03	0.08	0.00	0.27	0.25	1.00			
Item22	-0.04	-0.04	-0.20	-0.08	0.05	-0.08	-0.38	-0.50	-0.11	1.00		
Item24	0.12	0.11	0.20	0.14	0.03	0.12	0.27	0.35	0.11	-0.24	1.00	
Item25	0.10	0.06	0.33	0.15	0.09	0.11	0.53	0.65	0.29	-0.52	0.35	1.00
Item2	0.32	0.33	0.17	0.27	0.14	0.32	-0.01	0.05	0.02	-0.01	0.14	0.08
Item8	0.18	0.21	0.12	0.15	0.01	0.14	0.07	0.11	0.08	-0.08	0.13	0.13
Item13	0.24	0.34	0.11	0.22	0.02	0.23	0.02	0.06	0.01	-0.03	0.14	0.05
Item26	0.36	0.36	0.24	0.31	0.32	0.34	0.09	0.14	0.00	-0.15	0.06	0.16
Item27	0.36	0.36	0.23	0.30	0.30	0.32	0.10	0.15	0.02	-0.16	0.07	0.16
Item28	0.34	0.28	0.26	0.27	0.43	0.28	0.08	0.17	0.04	-0.07	0.05	0.12
Item5	-0.03	-0.07	-0.02	-0.05	0.15	-0.03	-0.09	-0.12	0.04	0.26	-0.10	-0.16
Item6	0.07	0.09	0.06	0.10	0.25	0.10	-0.15	-0.18	0.04	0.28	-0.16	-0.20
Item9	0.18	0.13	0.18	0.16	0.29	0.19	-0.05	-0.02	0.07	0.16	-0.11	-0.09
Item34	-0.23	-0.19	-0.11	-0.18	-0.03	-0.19	-0.05	-0.07	0.07	0.13	-0.02	-0.11
Item35	-0.25	-0.20	-0.13	-0.16	0.00	-0.15	-0.05	-0.11	0.09	0.21	-0.02	-0.11
Item36	-0.10	-0.05	-0.08	-0.03	0.08	-0.03	-0.11	-0.18	-0.01	0.27	-0.04	-0.16

Tabla 6: Matriz de correlaciones entre los ítems del test (continuada)

	item2	item8	item13	item26	item27	item28	item5	item6	item9	item34	item35	item36
Item2	1.00											
Item8	0.39	1.00										
Item13	0.49	0.44	1.00									
Item26	0.26	0.08	0.15	1.00								
Item27	0.27	0.13	0.17	0.90	1.00							
Item28	0.18	0.03	0.06	0.72	0.69	1.00						
Item5	-0.15	-0.29	-0.23	-0.07	-0.08	0.05	1.00					
Item6	-0.03	-0.07	-0.15	0.02	0.00	0.13	0.44	1.00				
Item9	-0.01	-0.03	-0.09	0.10	0.05	0.22	0.23	0.44	1.00			
Item34	-0.10	-0.09	-0.09	-0.15	-0.15	-0.08	0.16	0.13	0.05	1.00		
Item35	-0.15	-0.09	-0.17	-0.16	-0.21	-0.14	0.20	0.18	0.12	0.29	1.00	
Item36	-0.05	-0.07	-0.11	-0.11	-0.14	-0.02	0.14	0.17	0.09	0.15	0.39	1.00

Tabla 7:

Fiabilidad de las dimensiones obtenidas a partir del modelo de medida estructural (Raykov), α de Cronbach y test re-test.

	Miedo	Memoria	Ayuda	Control	Colaboración	Interés	Mágica	Marginal
ρ_{xx}	0.64	0.87	0.67	0.58	0.62	0.80	0.70	0.71
α	0.79	0.67	0.82	0.76	0.63	0.88	0.58	0.50
TRT-AFC	0.87	0.86	0.97	0.93	0.98	0.95	0.96	0.75

Nota. TRT-AFC= Test-retest a partir de AFC

Figura 1:
Promedios y bandas de error (95%) de los factores de la EVACH-C como perfiles en el test y en el retest

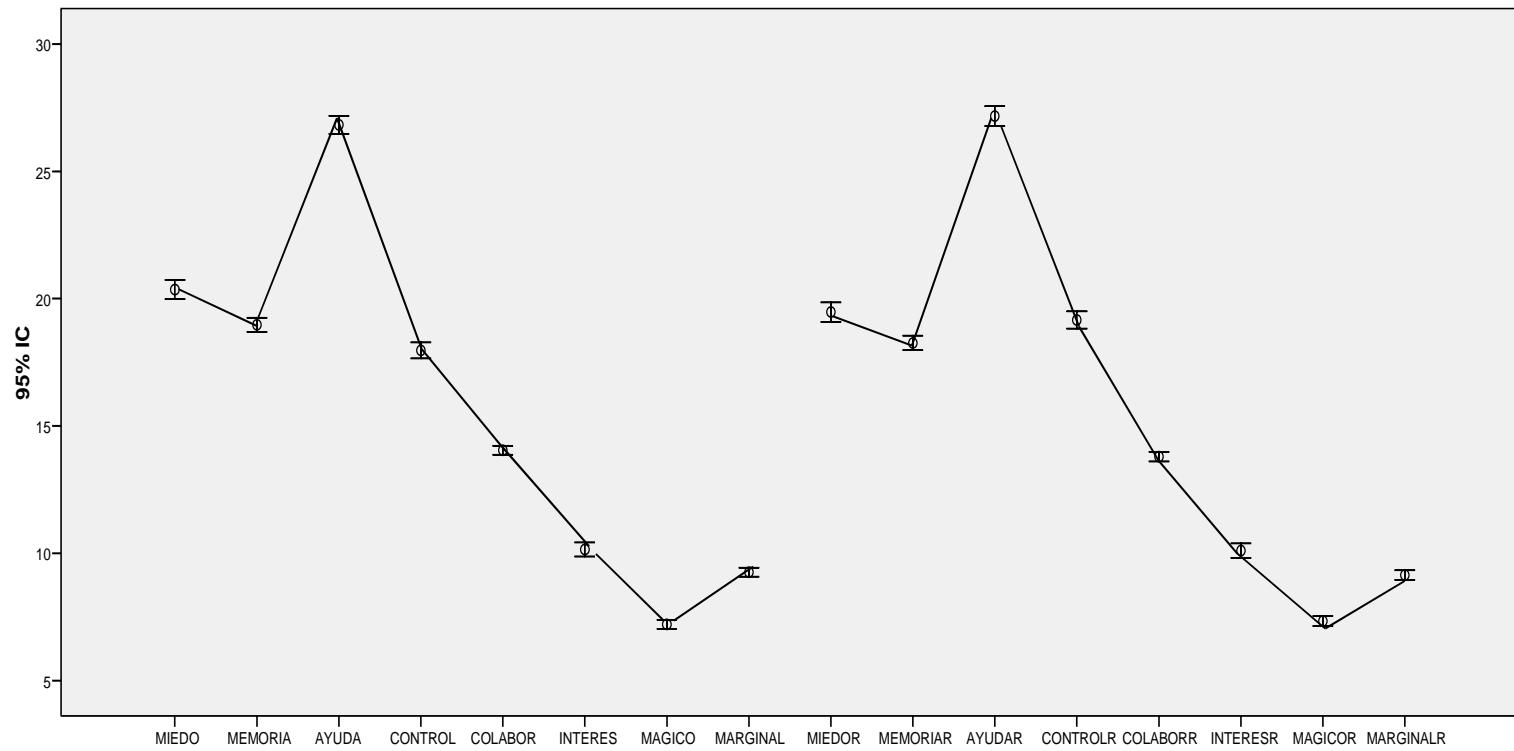


Tabla 8:**Datos descriptivos de los factores de la EVACH-C en el test y en el retest**

	Test		Retest	
	Media	D.T.	Media	D.T.
Miedo	3.37	.94	3.21	.86
Memoria	3.70	.82	3.59	.68
Ayuda	3.76	.74	3.84	.70
Control	3.12	.81	3.26	.75
Colaboración	4.73	.78	4.64	.68
Interés	3.45	1.41	3.43	1.31
Mágica	2.39	.89	2.40	.74
Marginal	3.02	.85	2.94	.71

Nota. D.T.= Desviación típica

Tabla 9:
Contrastes multivariados del perfil de dimensiones de hipnosis respecto a los grupos de sexo del estudiante.

Contrastes multivariados^b

Efecto		Valor	F	Gl de la hipótesis	Gl del error	Significación	Eta al cuadrado parcial
Intersección	Traza de Pillai	,987	16260,081 ^a	8,000	1667,000	,000	,987
	Lambda de Wilks	,013	16260,081 ^a	8,000	1667,000	,000	,987
	Traza de Hotelling	78,033	16260,081 ^a	8,000	1667,000	,000	,987
	Raíz mayor de Roy	78,033	16260,081 ^a	8,000	1667,000	,000	,987
sexo	Traza de Pillai	,039	8,479 ^a	8,000	1667,000	,000	,039
	Lambda de Wilks	,961	8,479 ^a	8,000	1667,000	,000	,039
	Traza de Hotelling	,041	8,479 ^a	8,000	1667,000	,000	,039
	Raíz mayor de Roy	,041	8,479 ^a	8,000	1667,000	,000	,039

a. Estadístico exacto

b. Diseño: Intersección+sexo

Tabla 10:
Pruebas de Levene sobre la homogeneidad de las varianzas de las dimensiones respecto a los grupos de sexo del estudiante.

Contraste de Levene sobre la igualdad de las varianzas error ^a

	F	gl1	gl2	Significación
MIEDO	3,984	1	1674	,046
MEMORIA	,112	1	1674	,738
AYUDA	3,643	1	1674	,056
CONTROL	3,912	1	1674	,048
COLABOR	8,059	1	1674	,005
INTERES	1,346	1	1674	,246
MAGICO	,361	1	1674	,548
MARGINAL	5,306	1	1674	,021

Contrasta la hipótesis nula de que la varianza error de la variable dependiente es igual a lo largo de todos los grupos.

a. Diseño: Intersección+sexo

Tabla 11:
Contrastes univariados de las dimensiones con respecto al sexo.

Pruebas de los efectos inter-sujetos							
Fuente	Variable dependiente	Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Significación	Eta al cuadrado parcial
Modelo corregido	MIEDO	20,375 ^a	1	20,375	23,368	,000	,014
	MEMORIA	14,569 ^b	1	14,569	22,206	,000	,013
	AYUDA	,032 ^c	1	,032	,058	,810	,000
	CONTROL	4,315 ^d	1	4,315	6,652	,010	,004
	COLABOR	6,808 ^e	1	6,808	11,120	,001	,007
	INTERES	,211 ^f	1	,211	,107	,744	,000
	MAGICO	9,756 ^g	1	9,756	12,491	,000	,007
	MARGINAL	,484 ^g	1	,484	,674	,412	,000
Intersección	MIEDO	10850,952	1	10850,952	12444,971	,000	,881
	MEMORIA	13247,846	1	13247,846	20192,575	,000	,923
	AYUDA	14276,653	1	14276,653	25752,478	,000	,939
	CONTROL	10091,005	1	10091,005	15557,410	,000	,903
	COLABOR	22129,353	1	22129,353	36145,092	,000	,956
	INTERES	12055,029	1	12055,029	6086,560	,000	,784
	MAGICO	5474,418	1	5474,418	7009,485	,000	,807
	MARGINAL	9307,439	1	9307,439	12952,135	,000	,886
sexo	MIEDO	20,375	1	20,375	23,368	,000	,014
	MEMORIA	14,569	1	14,569	22,206	,000	,013
	AYUDA	,032	1	,032	,058	,810	,000
	CONTROL	4,315	1	4,315	6,652	,010	,004
	COLABOR	6,808	1	6,808	11,120	,001	,007
	INTERES	,211	1	,211	,107	,744	,000
	MAGICO	9,756	1	9,756	12,491	,000	,007
	MARGINAL	,484	1	,484	,674	,412	,000
Error	MIEDO	1459,585	1674	,872			
	MEMORIA	1098,270	1674	,656			
	AYUDA	928,032	1674	,554			
	CONTROL	1085,807	1674	,649			
	COLABOR	1024,884	1674	,612			
	INTERES	3315,521	1674	1,981			
	MAGICO	1307,396	1674	,781			
	MARGINAL	1202,941	1674	,719			
Total	MIEDO	20520,056	1676				
	MEMORIA	24069,120	1676				
	AYUDA	24618,041	1676				
	CONTROL	17431,278	1676				
	COLABOR	38640,889	1676				
	INTERES	23251,444	1676				
	MAGICO	10909,889	1676				
	MARGINAL	16536,444	1676				
Total corregida	MIEDO	1479,959	1675				
	MEMORIA	1112,838	1675				
	AYUDA	928,064	1675				
	CONTROL	1090,122	1675				
	COLABOR	1031,692	1675				
	INTERES	3315,732	1675				
	MAGICO	1317,152	1675				
	MARGINAL	1203,425	1675				

- a. R cuadrado = ,014 (R cuadrado corregida = ,013)
- b. R cuadrado = ,013 (R cuadrado corregida = ,013)
- c. R cuadrado = ,000 (R cuadrado corregida = ,001)
- d. R cuadrado = ,004 (R cuadrado corregida = ,003)
- e. R cuadrado = ,007 (R cuadrado corregida = ,006)
- f. R cuadrado = ,007 (R cuadrado corregida = ,007)
- g. R cuadrado = ,000 (R cuadrado corregida = ,000)

Tabla 12:

Contrastes multivariados del perfil de dimensiones de hipnosis respecto a los grupos de curso del estudiante.

Contrastes multivariados^c

Efecto		Valor	F	Gl de la hipótesis	Gl del error	Significación	Eta al cuadrado parcial
Intersección	Traza de Pillai	,981	10432,769 ^a	8,000	1649,000	,000	,981
	Lambda de Wilks	,019	10432,769 ^a	8,000	1649,000	,000	,981
	Traza de Hotelling	50,614	10432,769 ^a	8,000	1649,000	,000	,981
	Raíz mayor de Roy	50,614	10432,769 ^a	8,000	1649,000	,000	,981
curso	Traza de Pillai	,193	8,314	40,000	8265,000	,000	,039
	Lambda de Wilks	,813	8,722	40,000	7190,619	,000	,040
	Traza de Hotelling	,221	9,104	40,000	8237,000	,000	,042
	Raíz mayor de Roy	,175	36,190 ^b	8,000	1653,000	,000	,149

a. Estadístico exacto

b. El estadístico es un límite superior para la F el cual ofrece un límite inferior para el nivel de significación.

c. Diseño: Intersección+curso

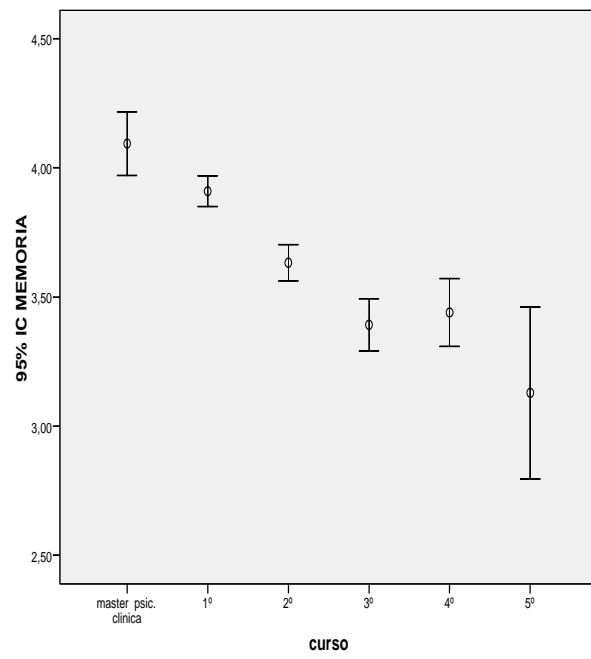
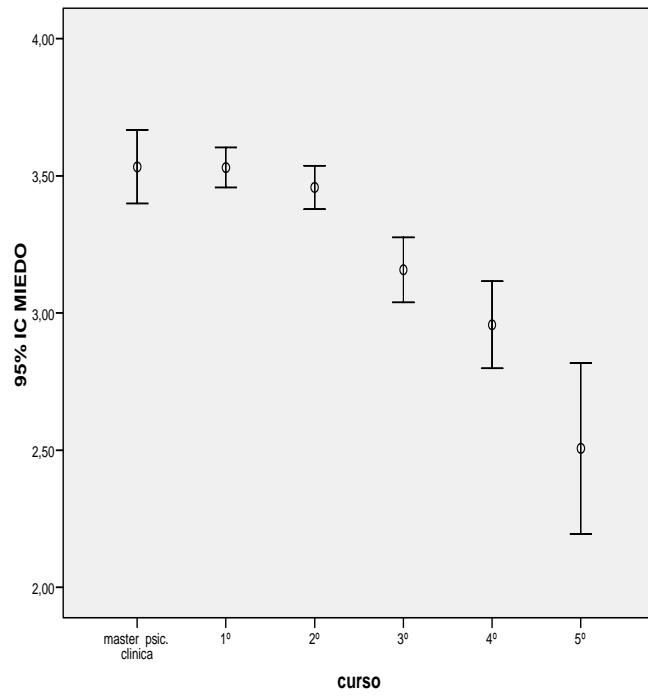
Tabla 13:
Pruebas de Levene sobre la homogeneidad de las varianzas de las dimensiones en los cursos.

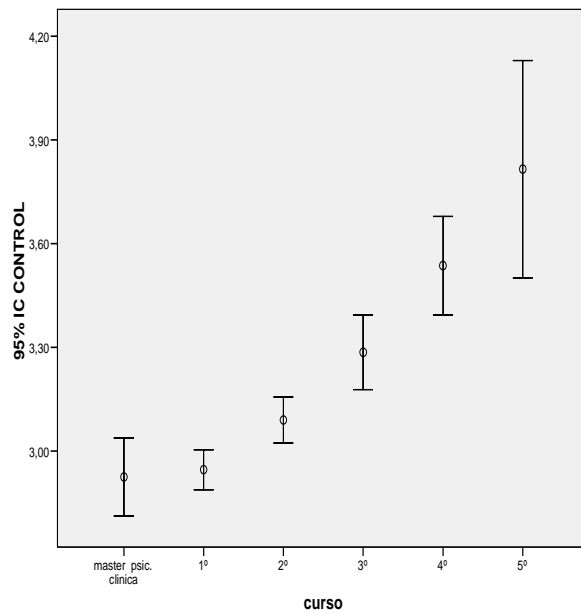
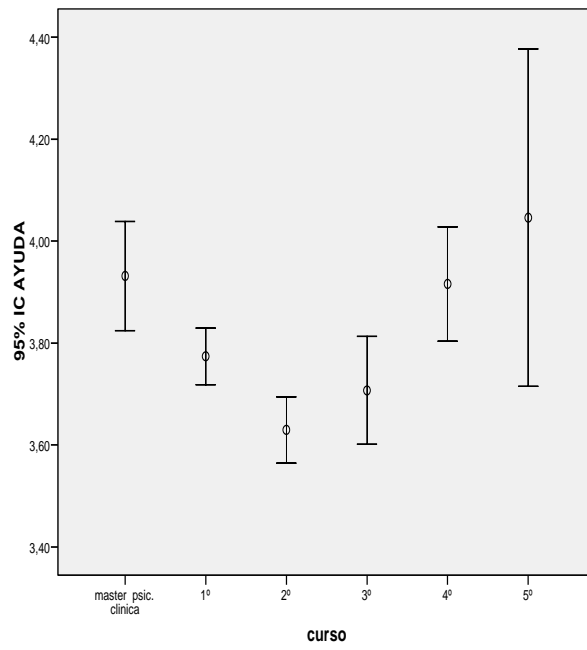
Contraste de Levene sobre la igualdad de las varianzas error

	F	gl1	gl2	Significación
MIEDO	4,088	5	1656	,001
MEMORIA	1,774	5	1656	,115
AYUDA	3,569	5	1656	,003
CONTROL	5,582	5	1656	,000
COLABOR	1,535	5	1656	,176
INTERES	1,620	5	1656	,151
MAGICO	1,890	5	1656	,093
MARGINAL	1,611	5	1656	,154

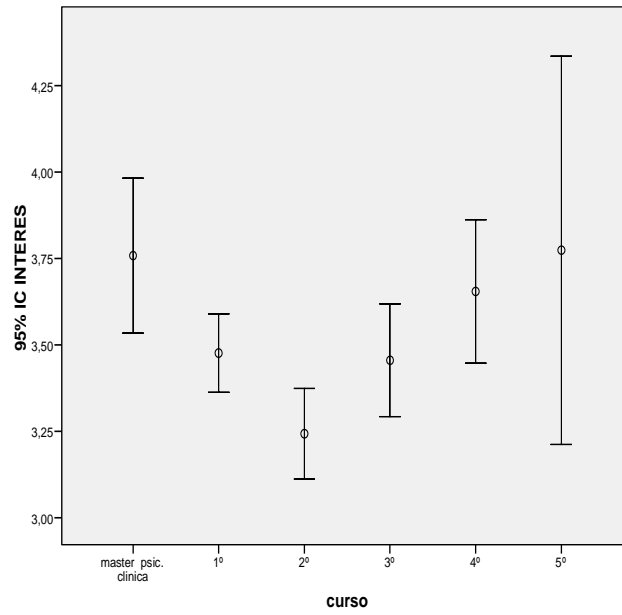
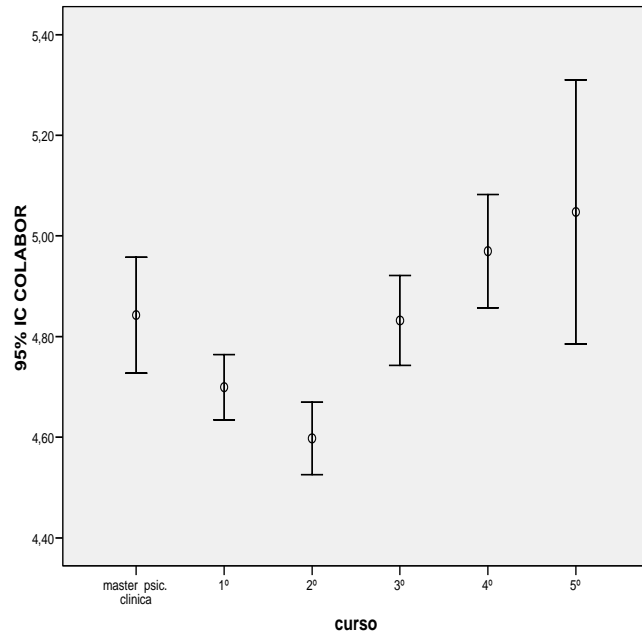
Contrasta la hipótesis nula de que la varianza error de la variable dependiente es igual a lo largo de todos los grupos.

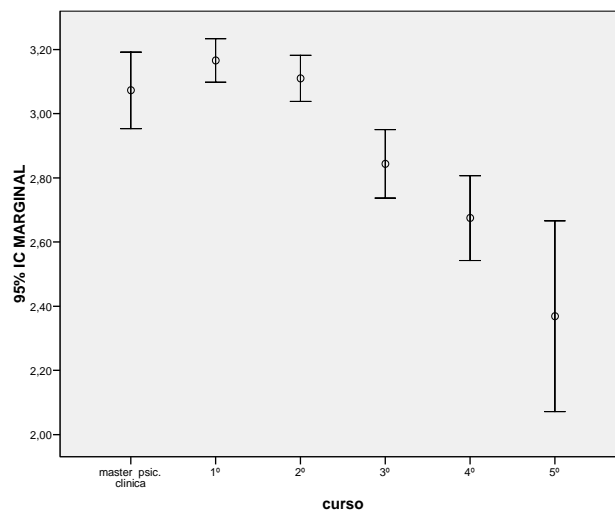
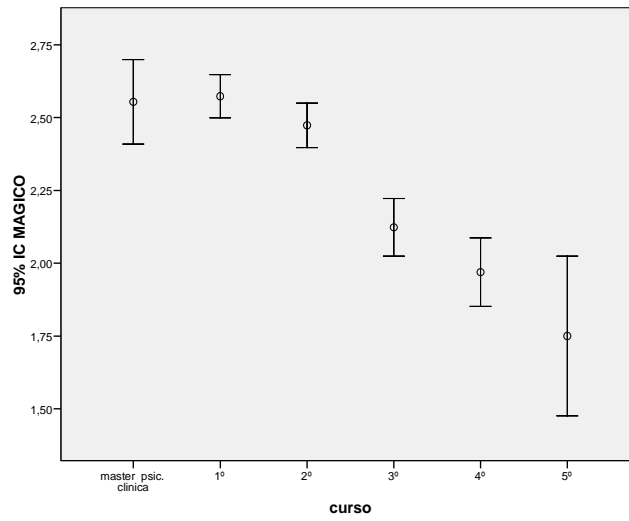
a. Diseño: Intersección+curso





Figuras 2-5:
Gráficos de promedios con bandas de error para las dimensiones Miedo, Memoria, Ayuda y Control en los diferentes cursos.





Figuras 6-9:
Gráficos de promedios con bandas de error para las dimensiones Colaboración, Interés, Mágica y Marginal en los diferentes cursos.

Tabla 14: Contrastes univariados de las dimensiones en los cursos.

Pruebas de los efectos inter-sujetos							
Fuente	Variable dependiente	Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Significación	Eta al cuadrado parcial
Modelo corregido	MIEDO	83,047 ^a	5	16,609	19,945	,000	,057
	MEMORIA	94,348 ^b	5	18,870	30,855	,000	,085
	AYUDA	19,691 ^c	5	3,938	7,310	,000	,022
	CONTROL	72,322 ^d	5	14,464	24,066	,000	,068
	COLABOR	26,037 ^e	5	5,207	8,705	,000	,026
	INTERES	45,070 ^f	5	9,014	4,589	,000	,014
	MAGICO	85,454 ^g	5	17,091	23,196	,000	,065
	MARGINAL	56,044 ^h	5	11,209	16,453	,000	,047
Intersección	MIEDO	6494,951	1	6494,951	7799,412	,000	,825
	MEMORIA	8269,933	1	8269,933	13522,596	,000	,891
	AYUDA	9382,069	1	9382,069	17415,417	,000	,913
	CONTROL	6809,243	1	6809,243	11329,110	,000	,872
	COLABOR	14898,972	1	14898,972	24904,826	,000	,938
	INTERES	8089,635	1	8089,635	4118,282	,000	,713
	MAGICO	3204,079	1	3204,079	4348,569	,000	,724
	MARGINAL	5266,620	1	5266,620	7730,470	,000	,824
curso	MIEDO	83,047	5	16,609	19,945	,000	,057
	MEMORIA	94,348	5	18,870	30,855	,000	,085
	AYUDA	19,691	5	3,938	7,310	,000	,022
	CONTROL	72,322	5	14,464	24,066	,000	,068
	COLABOR	26,037	5	5,207	8,705	,000	,026
	INTERES	45,070	5	9,014	4,589	,000	,014
	MAGICO	85,454	5	17,091	23,196	,000	,065
	MARGINAL	56,044	5	11,209	16,453	,000	,047
Error	MIEDO	1379,032	1656	,833			
	MEMORIA	1012,750	1656	,612			
	AYUDA	892,124	1656	,539			
	CONTROL	995,321	1656	,601			
	COLABOR	990,679	1656	,598			
	INTERES	3252,918	1656	1,964			
	MAGICO	1220,161	1656	,737			
	MARGINAL	1128,201	1656	,681			
Total	MIEDO	20400,611	1662				
	MEMORIA	23874,680	1662				
	AYUDA	24313,163	1662				
	CONTROL	17184,250	1662				
	COLABOR	38276,889	1662				
	INTERES	23078,333	1662				
	MAGICO	10854,111	1662				
	MARGINAL	16423,556	1662				
Total corregida	MIEDO	1462,079	1661				
	MEMORIA	1107,098	1661				
	AYUDA	911,815	1661				
	CONTROL	1067,643	1661				
	COLABOR	1016,716	1661				
	INTERES	3297,988	1661				
	MAGICO	1305,615	1661				
	MARGINAL	1184,245	1661				

- a. R cuadrado = ,057 (R cuadrado corregida = ,054)
- b. R cuadrado = ,085 (R cuadrado corregida = ,082)
- c. R cuadrado = ,022 (R cuadrado corregida = ,019)
- d. R cuadrado = ,068 (R cuadrado corregida = ,065)
- e. R cuadrado = ,026 (R cuadrado corregida = ,023)
- f. R cuadrado = ,014 (R cuadrado corregida = ,011)
- g. R cuadrado = ,065 (R cuadrado corregida = ,063)
- h. R cuadrado = ,047 (R cuadrado corregida = ,044)

Tabla15: Contrastes multivariados del perfil de dimensiones de hipnosis respecto a los grupos de Información recibida sobre la misma.

Contrastes multivariados^o

Efecto		Valor	F	Gl de la hipótesis	Gl del error	Significación	Eta al cuadrado parcial
Intersección	Traza de Pillai	,991	6007,513 ^a	8,000	446,000	,000	,991
	Lambda de Wilks	,009	6007,513 ^a	8,000	446,000	,000	,991
	Traza de Hotelling	107,758	6007,513 ^a	8,000	446,000	,000	,991
	Raíz mayor de Roy	107,758	6007,513 ^a	8,000	446,000	,000	,991
GINF	Traza de Pillai	,179	3,557	24,000	1344,000	,000	,060
	Lambda de Wilks	,827	3,660	24,000	1294,137	,000	,062
	Traza de Hotelling	,203	3,759	24,000	1334,000	,000	,063
	Raíz mayor de Roy	,163	9,113 ^b	8,000	448,000	,000	,140

a. Estadístico exacto

b. El estadístico es un límite superior para la F el cual ofrece un límite inferior para el nivel de significación.

c. Diseño: Intersección+GINF

Tabla 16:
Pruebas de Levene sobre la homogeneidad de las varianzas de las dimensiones en los grupos de Información recibida respecto a la Hipnosis.

Contraste de Levene sobre la igualdad de las varianzas error^o

	F	gl1	gl2	Significación
MIEDO	2,151	3	453	,093
MEMORIA	,803	3	453	,493
AYUDA	,665	3	453	,574
CONTROL	3,296	3	453	,020
COLABOR	,900	3	453	,441
INTERES	1,807	3	453	,145
MAGICO	,538	3	453	,657
MARGINAL	2,818	3	453	,039

Contrasta la hipótesis nula de que la varianza error de la variable dependiente es igual a lo largo de todos los grupos.

a. Diseño: Intersección+GINF

Tabla 17: Contrastes univariados de las dimensiones de hipnosis respecto a los grupos de Información recibida sobre la misma.

Pruebas de los efectos inter-sujetos

Fuente	Variable dependiente	Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Significación	Eta al cuadrado parcial
Modelo corregido	MIEDO	52,637 ^a	3	17,546	19,829	,000	,116
	MEMORIA	11,977 ^b	3	3,992	5,773	,001	,037
	AYUDA	5,436 ^c	3	1,812	2,681	,046	,017
	CONTROL	26,042 ^d	3	8,681	11,122	,000	,069
	COLABOR	5,010 ^e	3	1,670	3,170	,024	,021
	INTERES	10,904 ^f	3	3,635	1,999	,113	,013
	MAGICO	11,944 ^g	3	3,981	6,590	,000	,042
	MARGINAL	9,878 ^h	3	3,293	4,436	,004	,029
Intersección	MIEDO	3546,056	1	3546,056	4007,523	,000	,898
	MEMORIA	4554,995	1	4554,995	6585,830	,000	,936
	AYUDA	5815,536	1	5815,536	8604,904	,000	,950
	CONTROL	4636,081	1	4636,081	5939,976	,000	,929
	COLABOR	9449,199	1	9449,199	17938,856	,000	,975
	INTERES	4985,851	1	4985,851	2741,479	,000	,858
	MAGICO	1633,618	1	1633,618	2703,965	,000	,857
	MARGINAL	2963,990	1	2963,990	3993,376	,000	,898
GINF	MIEDO	52,637	3	17,546	19,829	,000	,116
	MEMORIA	11,977	3	3,992	5,773	,001	,037
	AYUDA	5,436	3	1,812	2,681	,046	,017
	CONTROL	26,042	3	8,681	11,122	,000	,069
	COLABOR	5,010	3	1,670	3,170	,024	,021
	INTERES	10,904	3	3,635	1,999	,113	,013
	MAGICO	11,944	3	3,981	6,590	,000	,042
	MARGINAL	9,878	3	3,293	4,436	,004	,029
Error	MIEDO	400,837	453	,885			
	MEMORIA	313,311	453	,692			
	AYUDA	306,155	453	,676			
	CONTROL	353,561	453	,780			
	COLABOR	238,615	453	,527			
	INTERES	823,858	453	1,819			
	MAGICO	273,683	453	,604			
	MARGINAL	336,229	453	,742			
Total	MIEDO	4680,250	457				
	MEMORIA	5582,400	457				
	AYUDA	6935,449	457				
	CONTROL	5696,806	457				
	COLABOR	11193,667	457				
	INTERES	6586,889	457				
	MAGICO	2191,778	457				
	MARGINAL	3814,556	457				
Total corregida	MIEDO	453,474	456				
	MEMORIA	325,288	456				
	AYUDA	311,591	456				
	CONTROL	379,603	456				
	COLABOR	243,625	456				
	INTERES	834,762	456				
	MAGICO	285,627	456				
	MARGINAL	346,107	456				

- a. R cuadrado = ,116 (R cuadrado corregida = ,110)
- b. R cuadrado = ,037 (R cuadrado corregida = ,030)
- c. R cuadrado = ,017 (R cuadrado corregida = ,011)
- d. R cuadrado = ,069 (R cuadrado corregida = ,062)
- e. R cuadrado = ,021 (R cuadrado corregida = ,014)
- f. R cuadrado = ,013 (R cuadrado corregida = ,007)
- g. R cuadrado = ,042 (R cuadrado corregida = ,035)
- h. R cuadrado = ,029 (R cuadrado corregida = ,022)

8. ANEXO

**LA DE VALENCIA DE ACTITUDES Y CREENCIAS HACIA LA
HIPNOSIS VERSIÓN CLIENTE REVISADA**

Todos los datos personales recogidos en esta escala están sometidos al secreto profesional, por lo que no podrán hacerse públicos sin su autorización expresa

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

NOMBRE **APELLIDOS**

PAÍS **EDAD**

TELÉFONO (opcional) **CIUDAD**

FECHA.....

1. Indique su Estado Civil (rodee lo que proceda):

1. Soltero/a 2. Casado/a 3. Viudo/a 4. Separado/a o divorciado/a

2. Indique su sexo: 1. Hombre 2. Mujer

3. ¿Trabaja actualmente? 1. Sí 2. No

4. En caso de que sí, indique su trabajo

5. ¿Ha sido hipnotizado alguna vez? 1. Sí 2. No

6. En caso de que sí, ¿por quién o quiénes? (marcar todas las opciones que procedan)

1. Psicólogo 2. Médico 3. Otros (especificar)

7. ¿Ha recibido alguna información acerca de la hipnosis?

1. Sí 2. No

8. En caso de que sí, indique la fuente de la que ha obtenido dicha información (marcar todas las opciones que procedan):

- 1. Universidad
- 2. Cursos
- 3. Lecturas científicas
- 4. Otro tipo de lecturas
- 5. Televisión
- 6. Otras (indicar cuál)

9. Si además es estudiante:

- 1. Indique la titulación que está cursando.....
- 2. Indique el curso
- 3. Indique la Universidad donde cursa sus estudios
- 4. Indique el nombre de la población y país en la que cursa sus estudios

10. Indique otras titulaciones que posea

A continuación encontrará algunas cuestiones que nos ayudarán a conocer su **opinión sobre la hipnosis**. No hace falta que haya pasado por la experiencia sobre la que se le pregunta, sólo que **indique lo que considera que podría ocurrir en tales situaciones**. Por favor, indique su grado de acuerdo o desacuerdo con las afirmaciones que se le presentan más abajo, **rodeando el número que mejor refleje su opinión**, según la siguiente escala:

- 1. Completamente en desacuerdo
- 2. Bastante en desacuerdo
- 3. En desacuerdo
- 4. De acuerdo
- 5. Bastante de acuerdo
- 6. Completamente de acuerdo

RECUERDE QUE NO HAY RESPUESTAS BUENAS O MALAS,
ÚNICAMENTE SE TRATA DE CONOCER SU OPINIÓN

1. La hipnosis puede ser de gran ayuda para otros 1 2 3 4 5 6
2. La hipnosis implica un esfuerzo de cooperación entre el hipnotizador y
el cliente 1 2 3 4 5 6
3. Se necesita estar en un trance hipnótico para conseguir las metas de la
intervención 1 2 3 4 5 6
4. La hipnosis me da miedo 1 2 3 4 5 6
5. Bajo hipnosis se consiguen cosas *sin* ningún esfuerzo por parte de la persona 1 2 3 4 5 6
6. La hipnosis puede ser una solución mágica a los problemas de la persona
hipnotizada 1 2 3 4 5 6
7. Creo que bajo hipnosis la persona es un autómatas a merced del hipnotizador 1 2 3 4 5 6
8. La hipnosis requiere esfuerzo por parte de la persona hipnotizada 1 2 3 4 5 6
9. La hipnosis es todo lo que se necesitaría para tratar la mayoría de problemas 1 2 3 4 5 6
10. La hipnosis puede ser de gran ayuda para mejorar los efectos de los tratamientos a los
que se adjunta 1 2 3 4 5 6
11. La persona hipnotizada es pasiva 1 2 3 4 5 6
12. La hipnosis es un complemento o herramienta para ayudar a las terapias
psicológicas 1 2 3 4 5 6
13. Para hipnotizar a alguien es necesaria su colaboración 1 2 3 4 5 6
14. La persona hipnotizada puede "salir" de hipnosis cuando lo desee 1 2 3 4 5 6

CONTINÚE, POR FAVOR

1. **Completamente en desacuerdo**
2. **Bastante en desacuerdo**
3. **En desacuerdo**
4. **De acuerdo**
5. **Bastante de acuerdo**
6. **Completamente de acuerdo**

15. Bajo hipnosis la persona conserva su voluntad para hacer lo que quiera 1 2 3 4 5 6
16. La hipnosis es una técnica segura, con pocos riesgos 1 2 3 4 5 6
17. La hipnosis fomenta la capacidad de auto-control 1 2 3 4 5 6
18. Tengo miedo de quedarme "enganchado" en un trance hipnótico 1 2 3 4 5 6
19. Creo que bajo hipnosis se puede llegar a perder el control sobre uno mismo 1 2 3 4 5 6
20. Creo que la hipnosis puede resultar peligrosa 1 2 3 4 5 6
21. Todo lo que ocurre bajo hipnosis lo provoca la persona hipnotizada 1 2 3 4 5 6
22. Bajo hipnosis pueden obligar a la persona a hacer cosas que no desee 1 2 3 4 5 6
23. La hipnosis es un facilitador de los resultados terapéuticos 1 2 3 4 5 6
24. Si la persona está en contra de una sugestión puede ignorarla completamente 1 2 3 4 5 6
25. La persona hipnotizada mantiene el control sobre sí misma 1 2 3 4 5 6
26. Me gustaría ser hipnotizado 1 2 3 4 5 6
27. Me dejaría hipnotizar si se diera el caso 1 2 3 4 5 6
28. Me gustaría ser muy hipnotizable 1 2 3 4 5 6
29. Se aprende más deprisa bajo hipnosis 1 2 3 4 5 6
30. Lo que se recuerda bajo hipnosis es la verdad 1 2 3 4 5 6

31. Es imposible mentir bajo hipnosis, aunque la persona hipnotizada lo desee 1 2 3 4 5 6
32. Una forma de confirmar que un suceso ocurrió es que la persona lo recuerde
bajo hipnosis 1 2 3 4 5 6
33. La hipnosis es un estado de trance 1 2 3 4 5 6
34. La hipnosis se desarrolla al margen de la investigación científica 1 2 3 4 5 6
35. En general, algunas de las características fundamentales de las personas
muy hipnotizables serían: credulidad, ignorancia y dependencia psicológica 1 2 3 4 5 6
36. La persona hipnotizada se encuentra disociada 1 2 3 4 5 6
37. La hipnosis es un complemento o herramienta para ayudar a las terapias
médicas 1 2 3 4 5 6

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN