

# UNIVERSITAT DE VALÈNCIA

## FACULTAT DE PSICOLOGIA

Departament de Personalitat, Avaluació i Tractaments Psicològics  
Estudios de Doctorado: Psicología Clínica y de la Salud. Código 03150

**Escala de Valencia de actitudes y creencias hacia la hipnosis: una aproximación a la modelización de las relaciones complejas entre las dimensiones de las actitudes hacia la hipnosis**



TESIS DOCTORAL PRESENTADA POR:

**ADELAIDA GONZÁLEZ PÉREZ**

DIRIGIDA POR:

**DR. JESÚS MODESTO SUAREZ RODRÍGUEZ**

**DR. ANTONIO VICENTE CAPAFONS BONET**

*Valencia, mayo 2018*



## **AGRADECIMIENTOS**

*Deseo expresar mi más sincero agradecimiento a mis directores: Dr. Jesús Modesto Suarez Rodríguez y Dr. Antonio Vicente Capafons Bonet, por haberme dado la oportunidad de realizar este trabajo, por haber confiado en mí y por su entusiasmo y dedicación en esta tesis.*

*A la doctora María Luisa Selma Martín por haberme facilitado la extensa muestra de participantes para realizar este trabajo.*

*Al doctor José Antonio Molina del Peral por facilitarme parte de la información referida a la eficacia de la hipnosis.*

*Y a mi amigo, el doctor Bernardo Antonio De La Ossa Pérez, por haberme ayudado a realizar las imágenes de los modelos para la presentación en PowerPoint de esta tesis.*



# ÍNDICE

TÍTULO DEL APARTADO	Página
<b>1. MARCO TEÓRICO.....</b>	<b>1</b>
1.1. OBJETIVOS.....	2
1.2. JUSTIFICACIÓN.....	3
1.2.1. ¿Por qué estudiar la hipnosis?.....	3
1.2.2. ¿Por qué estudiar las creencias y actitudes? .....	3
1.3. DEFINICIONES DE HIPNOSIS.....	5
1.4. ASPECTOS TEÓRICOS DE LA HIPNOSIS.....	12
1.5. ÁREAS DE APLICACIÓN DE LA HIPNOSIS.....	13
1.5.1. Dolor.....	13
1.5.2. Obstetricia.....	14
1.5.3. Depresión.....	15
1.5.4. Ansiedad.....	15
1.5.5. Adicciones.....	15
1.5.6. Trastornos psicósomáticos.....	16
1.5.7. Trauma.....	17
1.5.8. Obesidad.....	17

1.5.9. Hipnosis en medicina.....	17
1.5.10. Pediatría.....	26
1.6. CREENCIAS Y ACTITUDES.....	32
1.6.1. Definiciones y tipos de actitudes.....	33
1.6.2. Funciones de las actitudes.....	35
1.6.3. Evaluación de las actitudes.....	36
1.6.4. Cambio de actitudes.....	37
1.6.5. Actitudes, creencias y expectativas, y su papel modulador en la hipnosis.....	39
1.7. IATROGENIA DE LA HIPNOSIS.....	40
1.8. TIPOS DE ESTUDIOS SOBRE ACTITUDES Y CREENCIAS HACIA LA HIPNOSIS.....	44
1.8.1. Investigaciones sobre las actitudes del público en general.....	45
1.8.2. Investigaciones sobre las actitudes de los estudiantes.....	46
1.8.3. Investigaciones sobre las actitudes de profesionales de la salud....	48
1.8.4. Investigaciones que evalúan el cambio en las actitudes.....	52
1.8.5. Investigaciones que evalúan las fuentes de información en las que se basa el conocimiento de la hipnosis.....	56
1.8.6. Investigaciones sobre las actitudes hacia la hipnosis y otros constructos.....	58

1.9. CREENCIAS Y ACTITUDES HACIA LA HIPNOSIS: INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN.....	59
1.10. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO.....	65
1.11. HIPÓTESIS.....	66
<b>2. MÉTODO.....</b>	<b>69</b>
2.1. PARTICIPANTES.....	70
2.2. INSTRUMENTO.....	70
2.3. PROCEDIMIENTO.....	76
2.4. ANÁLISIS ESTADÍSTICOS.....	77
<b>3. RESULTADOS .....</b>	<b>84</b>
3.1. MODELO 1.....	86
3.2. ANÁLISIS ESCRITO DEL MODELO 1.....	92
3.3. MODELO 2.....	97
3.4. ANÁLISIS ESCRITO DEL MODELO 2.....	103
3.5. MODELO 3.....	108
3.6. ANÁLISIS ESCRITO DEL MODELO 3.....	114
3.7. MODELO 4.....	119
3.8. ANÁLISIS ESCRITO DEL MODELO 4.....	125
3.9. MODELO 5.....	130

3.10. ANÁLISIS ESCRITO DEL MODELO 5.....	136
<b>4. CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN.....</b>	<b>142</b>
4.1. En relación a las ideas principales.....	143
4.2. Relaciones que se repiten en todos los modelos exactamente igual.....	144
4.3. Otras relaciones importantes.....	146
4.4. Relaciones que se repiten en todos los modelos, aunque con diverso tipo de relación.....	147
<b>5. LIMITACIONES DEL ESTUDIO.....</b>	<b>150</b>
<b>6. REFERENCIAS.....</b>	<b>152</b>
<b>7. TABLAS.....</b>	<b>191</b>
<b>8. ANEXO.....</b>	<b>222</b>



## **1. MARCO TEÓRICO**

---

## 1.1. Objetivos

---

Los objetivos de este trabajo son:

1. Realizar una aproximación a la modelización de las relaciones complejas entre las dimensiones de las actitudes hacia la hipnosis, según la de la Escala de Valencia de Actitudes y Creencias hacia la Hipnosis, versión Cliente (EVACH-C).
2. Encontrar el/los modelo/s de ecuaciones estructurales subyacentes que mejor explique/n y se ajuste/n a las relaciones de tipo causal existentes entre los 8 factores (o variables latentes) de la escala: Miedo, Memoria, Ayuda, Control, Colaboración, Interés, Mágica, Marginal.
3. Contribuir al desarrollo de una comprensión más profunda de la EVACH-C, aportando una nueva visión de conjunto con estos modelos de ecuaciones estructurales y de cómo estos factores o variables latentes se vinculan.
4. Ayudar en el avance del entendimiento de las actitudes y creencias hacia la hipnosis.

---

## **1.2. Justificación**

---

### **1.2.1. ¿POR QUÉ ESTUDIAR LA HIPNOSIS?**

Hay varias razones que nos llevan a estudiar empíricamente la hipnosis, especialmente en el entorno universitario. Por una parte, la hipnosis es un campo de estudio en sí misma avalada por una gran cantidad de investigación, tanto teórica como experimental, en áreas como percepción, memoria, conciencia, ciencias forenses, psicopatología, etc., y cuyos resultados han aportado riqueza científica a la propia Psicología Experimental (Kihlstrom, 2007). Este ya sería un motivo suficiente para considerar la hipnosis en un medio universitario. Así mismo, la investigación ha revelado que la hipnosis incluye un conjunto variado y diverso de métodos sugestivos que son eficaces, a veces por sí solos, como en el campo del dolor (Jensen, 2011), si bien son especialmente útiles para incrementar la eficacia y/o eficiencia de otros procedimientos cuando se utilizan como coadyuvante en el tratamiento de numerosas condiciones médicas y psicológicas (Mendoza y Capafons, 2009).

### **1.2.2. ¿POR QUÉ ESTUDIAR LAS CREENCIAS Y ACTITUDES?**

Conocemos que las actitudes sociales nos sirven de predictores o indicadores de la conducta de la persona (Mendoza, 2008). Por lo que los argumentos principales para estudiarlas son, por un lado, que parte del éxito terapéutico de los programas de intervención que incorporan la hipnosis puede pronosticarse mejor a partir de las actitudes hacia ésta, incluso en mayor medida que a partir de la capacidad de las personas para responder a las sugerencias de las escalas psicométricas que evalúan la sugestionabilidad hipnótica (Schoenberger, 2000). Por otro lado las actitudes inadecuadas y las creencias erróneas hacia la hipnosis pueden llevar a que su aplicación resulte iatrogénica, por lo que es fundamental evaluar el conocimiento previo que se tenga sobre los procedimientos hipnóticos por parte del usuario antes de hacer uso de ella.

Es perfectamente conocido que la hipnosis *per se* no muestra ninguna iatrogenia cuando se utiliza adecuadamente. Sin embargo, las creencias sobre ella pueden producir un uso peligroso relacionado con la génesis de falsos recuerdos o el abandono de intervenciones médico-psicológicas, al amparo de una hipnosis “milagrosa”, con las fatídicas consecuencias que ello ocasionaría a la salud mental y física de los pacientes. Por este motivo, es fundamental examinar las creencias sobre la hipnosis que poseen los probables usuarios, para que ello no se traduzca en un método iatrogénico por unas creencias desajustadas. Por último, pero íntimamente relacionado con lo anterior, también se debe resaltar el intrusismo

profesional existente en el campo de la hipnosis, parte del cual se basa en la idea de que la hipnosis no pertenece ni a la Medicina, ni a la Psicología ni a las Ciencias de la Salud, en general, sino a las terapias alternativas. Este criterio fomenta que personas sin titulación académica alguna y con insuficiente formación en hipnosis científica, auto-denominadas “hipoterapeutas”, apliquen lo que denominan hipnosis para tratar todo tipo de problemas, para los cuales no están preparados. Normalmente suelen instruirse haciendo un “cursito sobre hipnosis”, incluso sencillamente pagando para que se les de distintos títulos sin haber obtenido formación alguna.

Dubrow, en 2002, consiguió que su gata Zoe fuera hipnoterapeuta y psicoterapeuta acreditada usando solo su tarjeta de crédito, (como se ve en los diversos enlaces): ([http://www.grupohipnosiscopcv.es/wordpress/informacion-para\\_usuarios/profesionales-no-cualificados/el-doctor-zoe/acreditacion-puede-no-ser-el-maullido-del-gato](http://www.grupohipnosiscopcv.es/wordpress/informacion-para_usuarios/profesionales-no-cualificados/el-doctor-zoe/acreditacion-puede-no-ser-el-maullido-del-gato)).

En 2009, Chris Jackson, presentador de la BBC, hizo lo mismo en Inglaterra con su gato Georges. ([http://news.bbc.co.uk/2/hi/uk\\_news/england/8303126.stm](http://news.bbc.co.uk/2/hi/uk_news/england/8303126.stm)). Y hay información que indica lo sencillo que puede ser acreditar a animales para los profesionales que trabajen con humanos. ([http://en.wikipedia.org/wiki/List\\_of\\_animals\\_with\\_fraudulent\\_diplomas](http://en.wikipedia.org/wiki/List_of_animals_with_fraudulent_diplomas)).

Hemos puntualizado la presunta capacitación de los hipnoterapeutas como “cursito”, que no perciben una formación impartida por profesionales de la salud, expertos, además, en hipnosis clínica, como una suma de duración que sea suficiente para un conocimiento extenso de la hipnosis y sus aplicaciones basadas en la evidencia. La carencia de esta formación académica, y el recibir esos “cursitos” determinan la existencia de los auto-denominados hipnólogos (más conocidos en ámbitos científicos y profesionales como hipnoterapeutas legos).

Por todo ello, la EVACH-C se elaboró para evaluar las actitudes y creencias hacia la hipnosis. Está originalmente inspirada en otros cuestionarios que valoran las actitudes hacia la hipnosis, todos ellos de origen anglosajón, tratando de aportar un instrumento español, y aplicando metodologías más rigurosas para estudiar su fiabilidad y validez. Desde su nacimiento, la EVACH-C ha evolucionado hasta llegar a la versión actual, que ya ha sido adaptada a diversos países (Capafons, Mendoza, et al. 2008), y con estudios factoriales confirmatorios a tres: EEUU, España, y Portugal. Así mismo está en proceso de estudio en Cuba, México, Rumanía, Colombia, etc.

Aunque, como hemos señalado, hay diversos instrumentos asignados para evaluar las creencias y actitudes hacia la hipnosis, publicados en inglés (Eimer y Freeman, 1998; Keller,

1996; McConkey, 1986; Spanos, Brett, Menary, y Cross, 1987; Wilson, Greene, y Loftus, 1986), en la bibliografía revisada en castellano, solamente se pudo encontrar el 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) que dificultan obtener una información adecuada y fiable.

Las Escalas de Valencia de Actitudes y Creencias hacia la Hipnosis, versiones Cliente y Terapeuta (EVACH-C y T), han arrojado resultados satisfactorios a través de los análisis exploratorios y confirmatorios con muestras hispanoparlantes (Capafons et al., 2003; Capafons, Cabañas, Espejo, y Cardeña, 2004; Capafons, Espejo y Mendoza, 2008; Capafons et al., 2015). Y han suscitado interés en otros países, como ya se ha indicado. En ambas versiones se han encontrado resultados factoriales tanto confirmatorios (EEUU), como exploratorios (Portugal, Rumania, etc.) similares a los encontrados en España (Capafons, Espejo et al., 2008; Carvalho et al., 2007), (Capafons, Morales, Espejo, y Cabañas, 2006).

Por lo tanto, en España disponemos de una escala con unos análisis psicométricos adecuados (con dos variaciones, cliente y terapeuta) para evaluar actitudes y creencias hacia la hipnosis.

---

### 1.3. Definiciones de Hipnosis

---

La hipnosis es un campo de investigación muy extenso (Capafons, 2012). Durante más de un siglo ha estado envuelta en un halo de misterio y de mitos que han provocado el recelo y la desconfianza de gran parte de la población, al mismo tiempo que ha llamado la atención de los científicos de la conducta humana más renombrados (Lynn y Kirsch, 2006). Su estudio ha generado diferentes prototipos, surgiendo de ellos multitud de definiciones, cada una de ellas con sus propias particularidades y connotaciones, tanto teóricas como experimentales y clínicas, siendo incluso contradictorias entre sí. Algunas de las más destacadas son las que han ofrecido, entre otros, Hilgard (1965), Spanos y Barber (1976), H. Spiegel y Spiegel (1987), Kihlstrom (1998), las varias definiciones de la División 30 (*Society of Psychological Hypnosis*) de la *American Psychological Association*, última en 2014, <http://www.apadivisions.org/division-30/about/index.aspx> de la que ya se ha suscitado una polémica importante, y la Sociedad Británica de Psicología (2001).

En la mayoría de los textos, se asume que la hipnosis es un estado de trance, como indican **Spiegel y Spiegel (1987, 2004)** en su definición, que concibe la hipnosis como un

estado psicofisiológico de concentración focalizada, atencional y receptivo, con una disminución correspondiente en la conciencia periférica. Además, estos autores 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).

El problema de este tipo de definición es que confunde el hecho (o fenómeno) que se pretende definir con una hipótesis, en este caso la de que la hipnosis sea un estado de trance (o estado de atención focalizada). Esta sería una hipótesis de cómo funciona la hipnosis, que además actualmente cuenta con evidencia controvertida y contradictoria (Capafons, 2001). Es más, los teóricos que aceptan el concepto de trance como demostrado, lo utilizan para describir los fenómenos hipnóticos pero niegan que explique o cause dichos fenómenos (Hilgard, 1969; Kihlstrom, 1985).

La ausencia de consenso entre las concepciones de los distintos autores y sus posturas teóricas, así como su complejidad, hizo que se planteara la necesidad de contar con una definición neutral que no fuera inconsistente con ninguna de las teorías más relevantes y los datos experimentales disponibles.

**En 2014, El Comité Ejecutivo la División 30** preparó las siguientes definiciones oficiales relacionadas con la hipnosis:

Hipnosis: un estado de conciencia que implica la atención focalizada y conciencia periférica reducida, caracterizado por una mayor capacidad de respuesta a la sugestión.

Inducción hipnótica: procedimiento diseñado para inducir la hipnosis.

Hipnotizabilidad: La capacidad de un individuo para experimentar alteraciones sugeridas en fisiología, sensaciones, emociones, pensamientos o comportamiento durante la hipnosis.

Hipnoterapia: El uso de la hipnosis en el tratamiento de un trastorno o preocupación médica o psicológica.

Si bien hay variaciones sustanciales en la comprensión teórica de estos fenómenos, las definiciones anteriores se crearon con el interés de simplificar la comunicación acerca de los fenómenos y procedimientos hipnóticos, dentro y entre los campos de la investigación y la

práctica, y, así mismo, intencionalmente, y en gran medida, son ateóricas. (<http://www.aahea.net/hipnosis/definiciones-de-hipnosis/>).

Esta definición ya ha provocado críticas importantes, pues vuelve a establecer hipótesis disconfirmadas (como la reducción de la consciencia periférica), o controvertidas (concepto de estado) siendo realmente casi una copia de la definición de H. Spiegel y Spiegel (1987; 2004). Además se usa de forma incorrecta terminología como hipnotizabilidad (que no es lo mismo que sugestionabilidad, susceptibilidad o sensibilidad hipnótica), tal como la definió Weitzenhoffer (1980), y fue criticada por Hilgard (1981) por poco práctica y útil científicamente. Aun peor es que ha roto el consenso entre los investigadores, y de ahí la respuesta cuasi inmediata de otros miembros de la División 30 e investigadores de reconocido prestigio internacional, que la perciben como un grave retroceso en la definición de la hipnosis (Lynn et al., en prensa).

**En 2017 la Asociación para el Avance de la Hipnosis Experimental y Aplicada (AAHEA, 2017),** propuso una definición intensional tentativa. Esta definición está basada en las definiciones e ideas de la Sociedad Británica de Psicología (2001), Kihlstrom (1985), Kirsh (1994), Montgomery, Hallquist, Schnur, David, D, Silverstein, & Bovbjerg (2010), y los enfoques teóricos sobre hipnosis propuestos por Gorassini (1999), Hilgard (1965) y Sarbin y Coe (1972), entre otros.

“Hipnosis” es una construcción social con varias connotaciones que han evolucionado a lo largo del tiempo. El término habitualmente se usa para denotar un rango de interacciones sociales en las que los participantes activan roles basados en diversas formas de influencia social. Por lo tanto, la hipnosis implica un proceso en el que existe un acuerdo explícito o implícito entre las diferentes personas que creen que la situación es hipnótica, y que se utilizará una inducción y de-inducción (ritual o ceremonia). La inducción establece el escenario para la hipnosis, considerándose frecuentemente como un componente del proceder hipnótico. Por ello, las personas hipnotizadas activarán los roles asociados a sus concepciones de la hipnosis. En la actualidad, la construcción social de la hipnosis denota una interacción entre una o varias personas (hipnotizadas) y uno o varios hipnotizadores. En esta interacción, el hipnotizador/es intenta/n influir en los sentimientos, el pensamiento y la conducta de la/s otra/s persona/s pidiéndole/s que se concentre/n en ideas e imágenes que pueden evocar los efectos deseados. Las comunicaciones verbales que el hipnotizador utiliza para lograr estos efectos se denominan sugestiones hipnóticas. Las sugestiones difieren de las instrucciones de la vida cotidiana en que las sugestiones que han tenido “éxito” se experimentan de forma no volitiva, de automaticidad o carencia de esfuerzo. La gente puede

aprender a usar los procedimientos hipnóticos por su cuenta, lo que se denomina “auto-hipnosis”.

La hipnosis no es únicamente un conjunto de procedimientos y modos de usar las sugerencias, sino que también es un campo de investigación básica y aplicada que continuará evolucionando a medida que la ciencia avance en un mayor entendimiento de la construcción social conocida como hipnosis.

Pueden coexistir variaciones en la construcción social de la hipnosis basadas en este marco de referencia, resultando en diferentes formas de entenderla y conceptos para explicarla, así como diferentes procedimientos en sus aplicaciones prácticas.

### **Adenda a la definición de hipnosis**

Según la investigación científica:

1. La persona hipnotizada mantiene su propio control sobre su conducta, respuestas, ideas, decisiones, etc. De hecho puede resistir e ignorar las sugerencias hipnóticas, incluso darse contrasugerencias. Una contrasugerencia es una sugerencia que atenúa o elimina los efectos de una sugerencia previa, y que puede darse la persona a sí misma (sea en hetero o auto-hipnosis) o puede dar el hipnotizador.
2. Quienes hipnotizan no tienen ningún poder especial para poder anular el control personal de quien está siendo hipnotizado.
3. La hipnosis no es en sí misma peligrosa, sino las falsas creencias que se tienen sobre ella, especialmente las de que potencia la memoria generando hipermemoria, la de que la hipnosis abre una vía de acceso al *inconsciente* donde se mantienen intactos los recuerdos pudiendo incluso transportarnos a vidas pasadas y descubrir en ellas las causas de los posibles problemas actuales, y la de que tiene la capacidad para desarrollar aptitudes excepcionales, como la telepatía o la telequinesis o la falsa creencia de que con la hipnosis como única intervención puede subsanarse cuasi cualquier tipo de problema, lo que podría conllevar el abandono de, entre otras, intervenciones médico-psicológicas, y la búsqueda de ayuda en personal no cualificado para tratar los problemas, patologías, etc.
4. Hay diferencias importantes en la habilidad de las personas para responder a las sugerencias hipnóticas, desde quienes casi no responden a ninguna, hasta quienes responden a sugerencias muy difíciles, como olvidar lo que pasó durante la hipnosis,



experimentar amnesia de fuente o criptomnesia, y especialmente, tener alucinaciones positivas y negativas.

5. Existen aplicaciones de la hipnosis en el ámbito experimental, donde puede usarse como una técnica para estudiar otros fenómenos psicológicos no relacionados con ella (como el efecto Stroop, sinestias, etc.).
6. Existen distintas teorías sobre la hipnosis. Unas la entienden como un estado, bien sea de trance, de alteración de conciencia o de focalización de la atención con restricción de la conciencia periférica. Otras entienden la hipnosis como el resultado de variables motivacionales, expectativas, contexto y presión social, control social, etc. Y por último, existen modelos integradores que toman conceptos de ambas posturas.
7. No se ha encontrado todavía ningún referente empírico sea cognitivo, comportamental, subjetivo o fisiológico de un estado hipnótico, por lo que sigue siendo más una creencia que un hecho científicamente comprobado. Por lo tanto, se *infiere* que una persona está hipnotizada, o en ese estado, cuando responde a las sugerencias hipnóticas e indica que se ha sentido hipnotizada. Siempre es la persona hipnotizada quien delimita qué es lo que la hace sentirse hipnotizada o no.
8. Hay multitud de formas de hipnotizar: las que sugieren sueño y aletargamiento, las que sugieren relajación y focalización de la atención con restricción de la conciencia periférica, pero no sueño, las que usan sugerencias para que la persona hipnotizada se sienta alerta, las inducciones activo alerta (se pide a la persona que haga ejercicio físico, y se le dan sugerencias de que su mente se activa), y de hipnosis despierta, donde la persona está activa físicamente y con los ojos abiertos, sugiriéndole que se da una expansión de su campo periférico de atención. Incluso inducciones conversacionales sin un ritual claro de inducción.
9. Como procedimiento, la hipnosis funciona especialmente bien en el ámbito de aplicación clínica cuando se usa como coadyuvante, excepto para algunos casos de dolor donde es eficaz por sí sola.
10. La hipnosis implica muchos modos de proceder clínicos y de aplicaciones prácticas en general, como se indica en la definición, bien se aplique en forma de hetero-hipnosis, o bien en forma de auto-hipnosis.

**Aclaración sobre auto-self-hypnosis:** Cabe entender la auto-hipnosis desde dos perspectivas que se derivan de la terminología de la lengua inglesa: *self-hypnosis* y *auto-*

*hypnosis*. Como *self* significa sí mismo o yo, retomando a Coué (1922) quien aseguró que toda forma de sugestión es una forma de auto-sugestión, se ha defendido que toda forma de hipnosis es una forma de auto-hipnosis puesto que son variables de la persona las que determinan que ésta se hipnotice, no dependiendo de poderes o capacidades especiales del hipnotizador. Por otro lado, también se usa para describir el proceso por el cual la persona se auto-hipnotiza es decir, se aplica el ritual de inducción y des-inducción de la hipnosis, y se aplica a sí misma las sugestiones hipnóticas. En este sentido auto-hipnosis debería entenderse como auto-hypnosis en inglés (de auto -“*avto*” en griego de donde proviene la palabra-, que puede traducirse como “por sí solo” (<http://dle.rae.es/?id=4Quv5F7&o=h>)), y no tanto como *self-hypnosis*. De este modo, la topografía de una *auto-hypnosis* es diferente de una topografía de una *hetero-hypnosis*, pero ambas implican una *self-hypnosis*, al ser la persona, su sí-mismo o yo, quien está hipnotizada, sea de forma autónoma (auto) o dependiente de otra persona o personas (hetero).

**Aclaración sobre construcción social:** Al plantear que la hipnosis es una construcción social, consideramos imprescindible acercarnos para comprender la aportación que realiza el Socioconstruccionismo. Uno de sus autores más relevantes, Gergen (1985), postuló una de las premisas fundamentales: *La realidad es construida socialmente* y por tanto, lo que observamos del mundo no define lo que conocemos, puesto que el conocimiento está determinado por los discursos que se han construido histórica y socialmente en un contexto cultural determinado (Ibáñez, 2003). De este modo, el Socioconstruccionismo considera los discursos que realizamos sobre el mundo no como una reflexión o mapa del mundo, sino como un dispositivo de intercambio social, que van generando y dando sentido a los fenómenos sociales que no los podemos definir como verdades absolutas y estáticas (Henríquez, 2010).

Desde esta aproximación, *la realidad* se establece como consecuencia de un proceso dialéctico entre relaciones sociales, hábitos tipificados y estructuras sociales (Berger y Luckmann, 1968). A nivel individual, hacemos uso de interpretaciones simbólicas, internalizando roles y nuestras identidades se van formando (y recreando continuamente).

En realidad, para tener una comprensión más acertada de este complejo proceso de construcción de la realidad, y de la realidad subjetiva, nos remitimos a Bourdieu (2008), quien retomando a Aristóteles, utiliza el término *habitus* para dar cuenta del conjunto de esquemas generativos a partir de los cuales las personas perciben el mundo y actúan en él. Este autor utiliza el concepto *habitus* junto con el de campo para explicar cómo las prácticas sociales se constituyen por la relación construida entre dos modos de existencia de lo Social:

por un lado, campo hará referencia a las estructuras sociales externas: lo social hecho cosas, es decir, posiciones sociales que se han construido en dinámicas históricas. De este modo, campo será el *sistema escolar*, el *campo económico*, el *campo político*. Por otro lado, *habitus* hará referencia a las estructuras sociales internalizadas, incorporadas en las personas en forma de esquemas de percepción, acción y pensamiento (no pensados por tanto).

El desarrollo teórico de estos términos nos facilita la comprensión y toma de conciencia del carácter continuamente transformador que caracteriza a nuestra realidad, puesto que, al modificarse personal y socialmente las interpretaciones y significaciones que se van otorgando a fenómenos y sucesos, la realidad va acompañándose de esos cambios.

*Cuando afirmamos que la hipnosis es una construcción social* hacemos referencia a que es un proceso que ocurre en el ámbito de una sociedad determinada y que es aceptado como natural por ella, aunque sabemos que es producto de la propia cultura, de las percepciones, interpretaciones y significaciones compartidas de las personas que la integran. Por tanto, al definir la hipnosis como una construcción social, hemos de definirla desde su constitución en la interacción social: como un producto de una construcción histórica social y cultural en permanente cambio y resignificación. Una de las implicaciones que se derivará de esta concepción, es que su carácter de transformación está en función de los cambios que a nivel de instituciones, creencias y significaciones se produzcan en los determinados contextos culturales. Si retomamos los términos que Bourdieu (2008) empleó para explicar su aproximación teórica (*habitus* y *campo*), fácilmente podemos entender que en el fenómeno social de la hipnosis, los individuos han de internalizar los roles, los esquemas y las significaciones necesarias para que pueda llevarse a cabo el proceso de hipnosis. De gran relevancia es por tanto, la constitución de la realidad subjetiva y el carácter de complementariedad de roles, esquemas y *habitus* de las personas que hacen posible el proceso de la hipnosis. En esta definición de la hipnosis el concepto de *role* no es explicativo, sino descriptivo. *En el proceso hipnótico se activa un role (que puede ser diferente en función de la construcción de la hipnosis realizada por la persona y quien le hipnotiza), pero con ello no se indica que es el role el determinante del comportamiento hipnótico. Es un concepto meramente descriptivo inherente al de construcción social.*

<sup>1</sup> Definición intensional es aquella que enuncia las condiciones necesarias y suficientes definitorias que el idioma agrupa en el concepto que se quiere definir.

- Definiciones denotativas e intensionales. (n. d.). En *ciencias filosóficas Filosofía y Lenguaje*. Recuperado 19-04-

2016, <https://esfilosofica.wordpress.com/dimensiones-del-lenguaje/semantica/significado-y-definicion/definiciones-denotativas-y-definiciones-intensionales/>

- Extensional and intensional definitions. (n. d.). En *Wikipedia*. Recuperado 28-01-2017, [https://en.wikipedia.org/wiki/Extensional\\_and\\_intensional\\_definitions](https://en.wikipedia.org/wiki/Extensional_and_intensional_definitions)
- Intensional. (n. d.). En *Dictionary.com*. Recuperado 6-10-2015, <http://www.dictionary.com/browse/intensional?s=t>
- Intensión. (n. d.). En *Wikipedia*. Recuperado 12-06-2016, <https://es.wikipedia.org/wiki/Intensi%C3%B3n>

Además, desde la Sociedad Británica de Psicología (2001/2002), se propuso una definición consensuada. 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 trataría de 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 también se pone 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.

Las definiciones tratan de evitar cualquier alusión que permita posicionarlas en un acercamiento teórico u otro, favoreciendo así el acuerdo entre las múltiples teorías.

Estas definiciones no están exentas de dificultades, y están siendo sometidas nuevamente a un proceso de reconceptualización y revisión paradigmática (Kirsch et al., 2011).

---

## **1.4. Aspectos Teóricos de la Hipnosis**

---

Hilgard delimitó el dominio de la hipnosis (1973) a través de las siguientes tres características: (a) 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; (b) las conductas estudiadas reflejan la existencia de diferencias individuales en la

susceptibilidad a la hipnosis; (c) 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 sugerencias específicas o implícitas. 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 campo de investigación científico y no de una teoría explicativa (Hilgard, 1969).

---

## **1. 5. Áreas de Aplicación de la Hipnosis**

---

Como ya se ha especificado, la hipnosis es un campo de investigación experimental científica. No obstante, es asimismo un conjunto de formas heterogéneas de proceder para promover cambios, generalmente en el ámbito de la salud, pero también en otros como el forense, deportivo o educativo. Dado que la hipnosis clínica es la que tiene más evidencia acumulada, es en la que nos centraremos en el presente apartado y lo que más se evidencia en la escala EVACH-C.

Nos basamos en los resúmenes de Mendoza y Capafons (2009), y Capafons y Mendoza (2010), en la medida en que estas dos últimas recogen las anteriores, relatando, a continuación, las principales conclusiones, realizando aportaciones que permiten actualizar o completar lo detallado por los anteriores autores, en función de la literatura publicada en estos años.

### **1.5.1. DOLOR**

Ésta es una de las áreas de aplicación de la hipnosis donde hay mayor evidencia empírica sobre su eficacia, ya sea en el dolor crónico o agudo (Adachi, Fujino, Nakae, Mashimo, y Sasaki, 2014; Dillworth, Mendoza, y Jensen, 2011; Jensen, 2011; Lynn, Kirsch, Barabasz, Cardeña, y Patterson, 2000; Martín, 2011; Montgomery, DuHamel, 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), con estudios bien controlados, se encontró que la hipnosis puede aliviar a un 75% de la población incluyendo los diferentes tipos de dolor.

En general, los resultados de la investigación revelan 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 otros tratamientos, cumpliendo así los requisitos para un tratamiento bien establecido de acuerdo con los criterios de Chambless y Hollon (1998).

Así se puede concluir que existe evidencia de que la hipnosis es una efectiva y eficiente técnica en el tratamiento del dolor agudo y crónico (Jensen, 2009; 2011; Jensen y Patterson, 2006).

Además es importante destacar la revisión de Mendoza (2013), en la cual concluye que existe evidencia científica sobre la eficacia de la inclusión de hipnosis en intervenciones para el dolor, ya sea en adultos o niños. Añade que existen áreas en la que los resultados son controvertidos, como en el dolor durante el parto, y que se necesitan más estudios en fibromialgia e intervenciones odontológicas con hipnosis (Mendoza, 2013).

### **1.5.2 OBSTETRICIA**

La hipnosis se ha utilizado en obstetricia para facilitar el parto.

Según la revisión de Pinnell y Covino (2000), los estudios al respecto indican que las mujeres que utilizaron hipnosis tuvieron una mayor satisfacción con la experiencia de dar a luz (Freeman, MacCauley, Eve, Chamberlain, y Bhat, 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).

En una reciente revisión Lorenzo-Ruíz y González-Ordi (2014) se concluye que la investigación sobre la utilización de la hipnosis durante el parto es prometedora, pero que existen limitaciones metodológicas que muestran la necesidad de realizar más estudios con un buen diseño experimental para dotar a la hipnosis de la suficiente evidencia para extender y generalizar su aplicación práctica y clínica.

### **1.5.3. DEPRESIÓN**

Los resultados del estudio de Alladin y Alibhai (2007) 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.

McCann y Landes (2010) afirmaron que existen argumentos convincentes para la inclusión de la hipnosis en el conjunto de estrategias para el tratamiento de la depresión. Yapko (2010) también afirma que existen excelentes razones para utilizar la hipnosis en el tratamiento de pacientes con depresión.

Por último, Kirsch y Low (2013) afirman que el mejor predictor de la eficacia para el tratamiento de la depresión es la respuesta al placebo. Afirman que la sugestión es un factor fundamental para el tratamiento de la depresión. De esta forma, concluyen que, dado que la hipnosis se basa en la utilización de la sugestión, es esperable que la utilización de la hipnosis como un adjunto del tratamiento produzca mejoras en éste (Kirsch y Low, 2013).

### **1.5.4. ANSIEDAD**

La evidencia empírica con la que contamos nos indica que la hipnosis puede contribuir a la eficacia de la TCC (Terapia Cognitivo Conductual).

Por ejemplo, Baker, Ainsworth, Torgerson, y Torgerson (2009) realizaron una revisión sistemática y los resultados del metaanálisis sugieren que la hipnosis es moderadamente eficaz en la reducción de la ansiedad ante los exámenes.

No obstante, como conclusión, Mellinger (2010) afirma que hay pocos estudios que hayan evaluado la eficacia de la hipnosis como un adjunto para la terapia cognitivo conductual en los tratamientos para la ansiedad.

### **1.5.5. ADICCIONES**

Molina (2001), en su estudio, propuso que la hipnosis se puede incorporar a las estrategias cognitivo conductuales más comúnmente utilizadas en el campo de las adicciones, de este modo, homogeneizar el tipo de intervención que debe aplicarse, y crear un modelo general de inserción de la hipnosis en este tipo de tratamientos.

Aunque, en su revisión, Gil-Delgado, González-Ordi, y Capilla-Ramírez (2012) señalan que hay poca evidencia de la eficacia de la hipnosis en el tratamiento de los trastornos por consumo de sustancias. Destacan la necesidad de realizar más estudios con un mayor rigor metodológico.

### **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).

Es importante señalar que la inclusión de medidas bioquímicas de la abstinencia son esenciales para la obtención de resultados válidos (Green y Lynn, 2000).

En definitiva, la hipnosis se considera un procedimiento igual de eficaz que los existentes actualmente, con la ventaja de su eficiencia 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; Kraft, 2012; Lynn, Neufeld, Rhue, y Matorin, 1993; Mendoza, 2000; Molina y González-Ordi, 2001; Riegel y Tönnies, 2011). Así, la hipnosis continua siendo uno de los métodos más populares para conseguir dejar de fumar (Lynn y Kirsch, 2006).

### **1.5.6. TRASTORNOS PSICOSOMÁTICOS**

Flammer y Alladin (2007) realizaron un meta-análisis para evaluar la eficacia de la hipnosis como única intervención en el tratamiento de los trastornos psicósomáticos. Los estudios incluidos en dicho 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 la hipnosis es altamente eficaz en el tratamiento de los trastornos psicósomáticos, también indican que estos resultados no son concluyentes, y deberían ser valorados con precaución debido a las limitaciones de este estudio. 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 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.



### **1.5.7. TRAUMA**

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 eventos traumáticos. De hecho, existe un modelo heurístico que usa la hipnosis como coadyuvante para tratar ese trastorno (Cardeña, Maldonado, Van Der Hart, y Spiegel, 2008).

Por ejemplo, en uno de los estudios de caso que recientemente se ha publicado, Horley (2013), aparece el hecho de que al adjuntar hipnosis al tratamiento cognitivo conductual se produjeron mejoras en el paciente una vez completadas 7 sesiones.

Según los estudios en esta área, se puede concluir que la hipnosis puede ser un coadyuvante interesante en este tipo de trastornos, pero hace falta mucha más investigación, y bien controlada, de la que existe.

### **1.5.8. OBESIDAD**

Cuando la hipnosis se utiliza como coadyuvante de la TCC 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).

Byom (2010) evaluó la eficacia de la hipnosis como un adjunto de un programa cognitivo comportamental para el tratamiento de la obesidad y los resultados indican que el uso de la hipnosis mejora el TCC para la pérdida de peso. Así, concluye que una forma de aumentar la eficacia del TCC para la pérdida de peso es combinarlo con hipnosis, lo cual mejora la motivación y adhesión al tratamiento.

Aunque los resultados son alentadores, se reconoce la necesidad de realizar más estudios con un alto rigor metodológico para conocer la eficacia de la hipnosis en esta área de intervención (Schoenberger, 2000).

### **1.5.9. HIPNOSIS EN MEDICINA**

#### **Trastornos gastrointestinales**

Siguiendo con la revisión de Mendoza y Capafons (2009) y de Capafons y Mendoza (2010), el síndrome de colon irritable es el trastorno funcional crónico más común en gastroenterología. Diversos estudios han mostrado que el tratamiento con hipnosis tiene un impacto importante que dura años en la mayoría de los pacientes con 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).

Recientemente Schaefer, Klose, Moser y Häuser (2014) han realizado un metaanálisis sobre la eficacia de la hipnosis en el síndrome de colon irritable y concluyen que la hipnosis es un método seguro para el alivio adecuado de los síntomas a largo plazo de los pacientes con síndrome de intestino irritable refractario a la terapia convencional (Schaefer et al., 2014). En definitiva, los tratamientos con hipnosis muestran unos resultados prometedores en la reducción de los síntomas del síndrome de colon irritable, por ello, es necesario más investigaciones que apoyen el uso de la hipnosis en este campo (Pajak, Lackner, y Kamboj, 2013).

### **Diabetes**

La hipnosis utilizada como un coadyuvante al asesoramiento para reducir el estrés puede ser útil en el manejo de la ansiedad relacionada con la diabetes y el estrés de la vida cotidiana, y, por tanto, en la mejora del control metabólico en estos pacientes (Diment, 1991).

El estudio de Xu y Cardeña (2007) presenta una revisión de la literatura empírica sobre la eficacia de la hipnosis en el manejo de la diabetes y plantea el desarrollo de un protocolo multimodal con hipnosis para ayudar a los pacientes, tanto con los factores psicológicos, como fisiológicos, de este problema de salud. Xu y Cardeña (2007) incluyen sugerencias hipnóticas para aumentar la adhesión con los programas de ejercicio físico, de dieta y de cuidados médicos, para disminuir el estrés y favorecer la relajación, y para la regulación vascular térmica de los miembros distales, pero se debe insistir en el no conocimiento de investigación controlada sobre la eficacia de la hipnosis en esta temática, aun cuando la literatura científica muestra resultados prometedores, a pesar de las limitaciones metodológicas existentes (Xu y Cardeña, 2007).

### **Preparación a la cirugía**

Muchos pacientes consideran las intervenciones quirúrgicas como una fuente de estrés. La hipnosis se ha utilizado como coadyuvante a las intervenciones psicológicas para aliviar la ansiedad de los pacientes, como técnica adjunta a la analgesia farmacológica y para enseñar a los pacientes las estrategias de afrontamiento ante la cirugía. También 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 (Pinnell y Covino, 2000).

Montgomery, David, Winkel, Silverstein, y Bovbjerg (2002) llevaron a cabo un meta-análisis y 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).

Según los estudios en este ámbito, la hipnosis es un procedimiento coadyuvante eficaz para un rango amplio de pacientes de cirugía (Montgomery et al., 2002).

Recientemente, Tefikow et al. (2013) realizaron un estudio meta-analítico para determinar la eficacia de la hipnosis en adultos sometidos a procedimientos quirúrgicos o médicos, en comparación con grupos de atención estándar o grupo control. En dicho estudio se concluye que la hipnosis produce beneficios sobre diversos resultados relacionados con la cirugía.

### **Oncología**

La hipnosis se ha utilizado con pacientes de cáncer para ayudarles a manejar el dolor, disminuir la ansiedad relacionada con los procedimientos médicos y reducir la emesis e hiperemesis posterior a la quimioterapia (Pinnell y Covino, 2000; Néron y Stephenson, 2007).

Los estudios realizados por Montgomery et al. (2009) y Schnur et al. (2009) sugieren que en pacientes sometidos a radioterapia, la fatiga relacionada se estabilizó en el grupo que incluía hipnosis en el TCC, mientras que el grupo control incrementó linealmente la fatiga, a medida que avanzaba la intervención médica. Más aun, las pacientes con cáncer de mama sometidas a radioterapia, y atendidas con hipnosis en el TCC, redujeron el afecto negativo, y, además, incrementaron notablemente el positivo, respecto del grupo de sólo atención médica.

Snow et al. (2012) concluyen que la hipnosis administrada simultáneamente durante los aspirados y biopsias de médula ósea reduce la ansiedad del paciente, pero no puede controlar adecuadamente el dolor, aunque, en relación a este hallazgo, indican que el componente sensorial de la experiencia del dolor de un paciente puede ser de menor importancia que el componente afectivo (Snow et al., 2012).

Los resultados de Jensen et al. (2012) proporcionan un apoyo inicial para el uso de la hipnosis para controlar síntomas en las mujeres con cáncer de mama, aunque afirman que se

necesitan ensayos clínicos que evalúen la eficacia de la hipnosis por encima de otros tratamientos (Jensen et al., 2012).

Montgomery, Schnur, y Kravits (2012) concluyen que en el tratamiento del cáncer la hipnosis reduce el dolor, la ansiedad y la medicación durante las incisiones percutáneas en tratamientos tumorales (Montgomery et al., 2012).

Tefikow et al. (2013) refieren que están demostrados los beneficios en la utilización de la hipnosis para pacientes adultos con cáncer que son sometidos a intervenciones quirúrgicas u otros procedimientos médicos.

Por último, Snow (2014) analizó si una breve intervención con hipnosis producía una reducción en el dolor y menor sintomatología ansiosa en pacientes adultos sometidos a intervenciones de médula ósea (biopsia o aspiración). Los resultados mostraron unas puntuaciones significativamente menores en el grupo con hipnosis, sin embargo no se redujo la ansiedad asociada al procedimiento en el grupo de hipnosis.

### **Trastornos dermatológicos**

Existen diversos estudios anecdóticos sobre intervenciones hipnóticas que han tratado con éxito diferentes condiciones dermatológicas como eczema, ictiosis, verrugas y psoriasis (Ewin, 1992; Zachariae, Øster, Bjerring, y Kragballe, 1996). De éstas condiciones, las más estudiadas han sido las intervenciones para la psoriasis y las verrugas.

La imaginación 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. Además, los participantes que eliminaron 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 adecuados analizando costo-eficacia para reducir o eliminar verrugas (Lynn y Kirsch, 2006).

La utilización de la hipnosis como un adjunto a otras estrategias psicológicas resulta útil para pacientes con acné y otros problemas dermatológicos (Shenefelt, 2004; Zachariae, et al., 1996).

A. Barabasz, Higley, Christensen y M. Barabasz (2009) investigaron el efecto de la hipnosis sobre la inmunidad y su relación con el mecanismo fundamental para la infección genital causada por el virus del papiloma humano (VPH). A. Barabasz et al. (2009)

contrastaron la utilización de hipnosis frente a tratamiento médico. Ambas condiciones produjeron una reducción estadísticamente significativa ( $p < 0,04$ ) en superficies y en número de lesiones, sin embargo, a las 12 semanas de seguimiento, los resultados son mejores para el grupo de hipnosis (5 a 1 a favor de la hipnosis) (A. Barabasz et al., 2009).

Willemsen, Haentjens, Roseeuw, y Vanderlinden (2011) trataron de comprobar la eficacia de la utilización de la hipnosis en pacientes con alopecia areata refractaria. Concluyen que la hipnoterapia puede ser eficaz para mejorar y mantener el bienestar psicológico y la calidad de vida en pacientes con alopecia areata refractaria, aun cuando también señalan como limitación la no inclusión de grupo control, el reducido número de la muestra y la alta motivación hacia el tratamiento de los participantes (Willemsen, et al., 2011).

Por último, Shenefelt (2013) afirma que una inducción hipnótica en vivo seguida de imaginería autoguiada puede ayudar a reducir la ansiedad experimentada por muchos pacientes durante los procedimientos dermatológicos.

## **Asma**

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 auto-informe de reducción de síntomas, utilización de los servicios médicos, y vuelta al trabajo (Pinnell y Covino, 2000).

Se ha observado que los pacientes más hipnotizables son más propensos a mostrar una mejora en la función pulmonar (Leigh, MacQueen, Tougas, Hargreave, y Bienenstock, 2003), aun cuando la mejora con hipnosis va más en línea de los resultados que autoinforman, que de la propia mejora de la función pulmonar que suele resultar muy pequeña (Hackman, Stern, y Gershwin, 2000; Wechsler et al., 2011).

Brown (2007), afirma que la hipnosis es “posiblemente eficaz” para el tratamiento de 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 cuestiones respecto a la contribución de las expectativas, la hipnotizabilidad, la inducción hipnótica y las sugerencias específicas (Brown, 2007).

Zobeiri, Moghimi, Attaran, Fathi, y Ashari (2009) concluyen que la auto-hipnosis es una técnica efectiva para mejorar síntomas del asma, pero no muestra mejoras significativas en la función pulmonar, al menos a corto plazo (Zobeiri et al., 2009).

En la reciente revisión de Ritz, Meuret, Trueba, Fritzsche, y von Leupoldt (2013) afirman que una alta hipnotizabilidad del paciente, junto con terapeutas más experimentados, y el uso adicional de técnicas de auto-hipnosis parecen mostrar mejores resultados, aun cuando añaden que el potencial de las técnicas sugestivas para este tipo de intervenciones no se ha explorado completamente todavía.

## **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 et al., 2003). Puesto que se ha utilizado un reducido número de participantes y pocos parámetros de inmunología, habría que replicar y ampliar estos resultados. De igual forma, 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 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, 2005).

## **Hipertensión**

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, y los resultados sugirieron 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, como a medio y largo plazo (seguimiento de un año) (Gay, 2007).

## **Otorrinolaringología**

Según la literatura, la hipnosis puede ser de ayuda en el alivio del tinnitus, aunque es necesario realizar más investigación para establecer su eficacia.

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 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) aplicaron una intervención hipnótica a 49 pacientes con tinnitus crónico. Como resultado de la intervención, todos los pacientes informaron sobre su capacidad para modular su tinnitus mediante 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, indican que la hipnosis es una técnica prometedora en el tratamiento del tinnitus.

## **Odontología**

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 su revisión, Chaves (1997) indicó que, además de ayudar a los pacientes a relajarse, a afrontar los procedimientos dentales estresantes, a reducir la ansiedad fóbica a las inyecciones y otras intervenciones, la hipnosis puede ser importante en las siguientes áreas odontológicas: mejora de la tolerancia de las prótesis ortodónticas 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 del sangrado; intervención terapéutica en síndromes de dolor facial crónico, como los trastornos temporo-mandibulares; como complemento al uso del óxido nítrico; y aumento de la adhesión a las recomendaciones de higiene personal (Chaves, 1997).

Para cada una de estas áreas existen estudios empíricos y anecdóticos que apoyan los beneficios de usar hipnosis como técnica adjunta en odontología sin sustituir la anestesia local.

En un estudio donde se evaluó la eficacia de la hipnosis en 45 pacientes ansiosos que tenían que someterse a cirugía maxilofacial, 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).

Heimberg, Tellez, e Ismail (2013) revisaron 22 ensayos aleatorizados respecto a la ansiedad ante procedimientos dentales que fueron publicados entre 1974 y 2012. Se revisaron las siguientes estrategias: TCC, entrenamiento en relajación, tomar una pre medicación de benzodiazepina, distracción con música, hipnoterapia, acupuntura, etc. Se concluye que la TCC es la que tiene una mayor evidencia de eficacia. En relación a la hipnoterapia se indica que requieren más estudios en ensayos aleatorios para poder llegar a conclusiones sobre su eficacia (Gordon, et al., 2013). Este resultado es esperable, pues la hipnosis, como venimos indicando a lo largo de nuestra exposición, funciona bien, en general, como coadyuvante, no como única intervención.

En relación a la hipersensibilidad dental, Eitner, Bittner, Wichmann, Nickenig, y Sokol (2010) en su estudio compararon la eficacia de los tratamientos convencionales frente a la hipnosis. Concluyen que la hipnosis es un método tan efectivo como otros métodos que se utilizan para la hipersensibilidad dental (Eitner et al., 2010).

También se ha estudiado la eficacia de la hipnosis para reducir el dolor orofacial persistente. Baad-Hansen, Abrahamsen, Zachariae, List y Svensson (2013) se mostró que la hipnosis sí tuvo una influencia en la reducción del dolor clínico que manifestaban los participantes del estudio.

Respecto a la utilización de hipnosis para la realización de cirugía de implantes dentales, contamos con el estudio de Eitner, Sokol, Wichmann, Bauer, y Engels (2011) en el que participaron 82 pacientes, y donde el objetivo fue comprobar si la hipnosis reduce la ansiedad para este tipo de procedimientos. Los participantes del grupo de hipnoterapia, redujeron las puntuaciones en el cuestionario de miedo al tratamiento dental que se les aplicó, mientras que en el grupo control aumentaron las puntuaciones ligeramente, siendo las diferencias estadísticamente significativas en relación a ambos grupos. Durante la cirugía, la presión arterial y cardíaca disminuyó en el grupo de hipnoterapia y aumentó en el control (Eitner, et al., 2011).

En otro estudio, Mackey (2010) trató de evaluar el uso de la hipnosis como adjunto a la sedación administrada de forma intravenosa en pacientes que fueron sometidos a la eliminación quirúrgica del tercer molar de forma ambulatoria. En este estudio se concluye



que el dolor referido de los pacientes en el postoperatorio y el consumo de analgésicos fueron más reducidos en el grupo de tratamiento con hipnosis, en comparación con el grupo control (Mackey, 2010).

Dentro de los trastornos de dolor crónico tratados en odontología, están los trastornos temporomandibulares. El tratamiento médico y odontológico habitual no es útil para un 23% de los pacientes (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) evaluó la eficacia de la hipnosis en pacientes con trastornos temporomandibulares que no respondieron al tratamiento médico habitual. Después del tratamiento, los pacientes de este estudio mostraron un descenso 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. 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 6 meses de seguimiento, y, puesto que los participantes que mejoraron eran aquellos que no habían respondido al tratamiento médico habitual, tienen una gran relevancia clínica (Simon y Lewis, 2000). Los resultados sugieren, pues, que la hipnosis tiene un valor prometedor en el tratamiento de estos trastornos.

Ferrando et al. (2012) compararon un programa multicomponente de intervención cognitivo comportamental al que se le añadió intervención con hipnosis, con un grupo de atención estándar en pacientes con trastorno temporomandibular, y encontraron que un 90% de los pacientes del grupo en el que se adjuntó la hipnosis a la intervención psicológica reportaron una reducción en la frecuencia del dolor, y un 70% redujeron el estrés emocional. Estas mejoras son estables en el tiempo, no encontrándose diferencias significativas entre los resultados del post-tratamiento y del seguimiento realizado a los nueve meses.

Por último Facco, Manani, y Zanette (2012) afirman que los beneficios de la hipnosis en comparación con la sedación farmacológica residen en su capacidad para ayudar a los pacientes a disminuir su ansiedad dental. Así, mientras que la sedación farmacológica sólo proporciona un alivio temporal y ayuda al paciente a hacer frente a un procedimiento único, la hipnosis permite un efecto sedación fisiológico al igual que reduce otros componentes de ansiedad para los procesos odontológicos (Facco et al., 2012).

### **1.5.10. PEDIATRÍA**

La hipnosis se ha aplicado para tratar una amplia variedad de problemas en niños. Puesto que los niños se consideran más sugestionables que los adultos, parece admisible pensar que la hipnosis clínica sea igual o más potente en el tratamiento de éstos. No obstante, la investigación de la eficacia en la infancia todavía está en pleno desarrollo, por lo que abundan en la literatura estudios no controlados y 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 Costantino, 2000).

A pesar de la elevada prevalencia de trastornos de ansiedad en la infancia, los cuales se encuentran entre los tres principales trastornos más prevalentes en salud mental (Perou et al., 2013) hay una escasez de información sobre el uso de la hipnosis durante la infancia (Kaiser, 2011; Kohen y Olness, 2011; Wester, 2012), siendo en muchas ocasiones estudios de caso los que se han abordado.

Contamos con 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).

Banerjee, Srivastav y Palan (1993) realizaron un estudio en el que compararon la imipramina frente a la intervención con hipnosis en niños con enuresis y los resultados mostraron que ambos tratamientos son igualmente eficaces durante los tres primeros meses, aunque a los seis meses de seguimiento las tasas de éxito eran muy superiores en el grupo de hipnosis vs imipramina (69% vs 24%).

En la revisión de Milling y Costantino (2000) se describieron los estudios controlados publicados hasta aquella fecha.

Dentro de los problemas de aprendizaje en los niños, la hipnosis se ha aplicado en la ansiedad relacionada con los exámenes. Stanton (1994) observó que 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).

Los clínicos también 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 con pocos estudios controlados para establecer su eficacia.

Se ha visto que las intervenciones hipnóticas al reducir los efectos del estrés contribuyen a fortalecer el funcionamiento inmunológico también en niños (Olness, Culbert, y Uden, 1989).

Asimismo, la hipnosis se ha aplicado a problemas médicos pediátricos en general. En el caso de problemas respiratorios, se ha utilizado en casos de fibrosis quística. Belsky y Khanna (1994) aplicaron auto-hipnosis a un grupo de pacientes con fibrosis quística. Los resultados mostraron que, comparado con el grupo control, el grupo de hipnosis mostró significativamente más mejora en la función pulmonar, la autoestima, la ansiedad-estado, la salud y el locus de control.

También cabe destacar el estudio de Anbar y Hummell (2005) que informa de la experiencia durante tres años en un centro pediátrico para problemas pulmonares, en el que se utilizó 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.

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 Costantino, 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) compararon tres grupos, uno tratado con hipnosis centrada en la imaginación, otro que aprendió técnicas de distracción y un grupo control que tuvo una cantidad equivalente de tiempo dedicado a conversación. Los resultados mostraron 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, además 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 u orientado a la imaginación en el alivio de los efectos secundarios de la quimioterapia en pacientes oncológicos pediátricos (Milling y Costantino, 2000).

Richardson et al. (2007) revisaron, mediante un meta-análisis, la eficacia de la hipnosis para tratar las náuseas y los vómitos inducidos por la quimioterapia en niños. Los resultados revelaron un tamaño del efecto mayor del tratamiento con hipnosis comparado con el tratamiento habitual, y el efecto fue comparable al obtenido mediante la TCC. Aunque es necesario realizar más investigación con rigor metodológico, los autores concluyen que la hipnosis puede ser una intervención clínicamente valiosa para las náuseas y vómitos anticipatorios e inducidos por la quimioterapia en niños. En general, se puede afirmar que la hipnosis en oncología pediátrica tiene potencial como una intervención eficaz para el alivio del dolor y del malestar que se produce por los procedimientos médicos (Richardson, Smith, McCall, y Pilkington, 2006; Tome-Pires y Miró, 2012).

Respecto al 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 control. Dichos autores, 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, sugieren que la intervención con hipnosis fue la que produjo más alivio en ambos rangos de edad. El estudio de Zeltzer y LeBaron (1982) comparó 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. Estos estudios sugieren que la hipnosis puede ayudar a los niños que tienen que someterse a procedimientos médicos dolorosos y estresantes (Milling y Costantino, 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. 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 con sólo analgésicos orales (Lobe, 2006).

Kohen (2010) en su estudio, concluye que en niños y adolescentes, la auto-hipnosis se asocia con una mejoría significativa de los dolores de cabeza y con un efecto positivo duradero transcurrido más de un año después del tratamiento (Kohen, 2010).

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).

Más recientemente Birnie et al. (2014) en la revisión meta-analítica sobre el dolor relacionado con los procedimientos que requieren la utilización de agujas en niños y adolescentes, concluyen que tanto la hipnosis como la distracción son eficaces para reducir el dolor y la angustia relacionada con las intervenciones con agujas en niños. Por otro lado, afirman que se necesita una mayor calidad en los ensayos que se realicen (Birnie et al., 2014).

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.

Una revisión sistemática de Richardson et al. (2006) sobre la eficacia de la hipnosis en niños con cáncer mostró 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, aumenta 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).

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 síndrome de colon irritable. Los autores compararon a niños que sufrían estos problemas, así un grupo fue tratado con terapia médica estándar y 6 sesiones de terapia de apoyo y el otro con 6 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.

Huet, Lucas-Polomeni, Robert, Sixou, y Wodey (2011) evaluaron si la hipnosis podría reducir la ansiedad y el dolor asociado con la anestesia dental en niños. Para ello 30 niños entre 5 y 12 años fueron asignados de forma aleatoria a una de estas dos condiciones: grupo de hipnosis el cual se aplicaba la intervención hipnótica durante la anestesia; o grupo de no hipnosis al que sólo se aplicó anestesia. Después de la anestesia, los participantes del grupo de hipnosis tuvieron unas puntuaciones significativamente inferiores en ansiedad y en dolor experimentado. En dicho estudio se sugiere que la hipnosis puede ser eficaz en la reducción de la ansiedad y el dolor en niños que van a ser sometidos a tratamientos con anestesia dental (Huet et al., 2011).

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 pediatría. 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. Más recientemente diferentes autores afirman: la hipnosis en pacientes pediátricos produce mejoras estadísticamente significativas en comparación con grupos de atención médica estándar en la reducción del dolor abdominal y del síndrome de colon irritable (Rutten, Reitsma, Vliger, y Benninga, 2012); las intervenciones a las que se les adjunta hipnosis en niños producen menos dolor, menos ansiedad y estancias más cortas en el hospital si lo comparamos con grupos controles cuando se les ha realizado anestesia y cirugía (Kuttner, 2012). Finalmente, Mendoza (2013) en su revisión apoya la necesidad de realizar más estudios en relación a la utilización de la hipnosis en pediatría, lo cual también es apoyado por Rhue (2010), añadiendo la importancia de que se sea más riguroso en relación a criterios metodológicos en futuras investigaciones relacionadas con esta área.

En definitiva, en sus resúmenes actualizados 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, tabaquismo, 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.**

---

## 1.6. Creencias y actitudes

---

Las actitudes han sido objeto de investigación y de estudio de la Psicología Social desde sus comienzos (Thurstone, 1928), y las descripciones que se han dado de ellas, han sido muy cuantiosas (Baron y Byrne, 1998). Desde un modelo psicosocial son de especial relevancia en el estudio de la conducta, ya que valen como indicadores o predictores ésta. Por ello, comprender las actitudes de una persona hacia un objeto o fenómeno concede una idea de la forma en que ésta se vinculará con el mismo, y de cómo será su conducta ante el objeto de actitud (Stahlberg y Frey, 1990). Así, las actitudes de las personas que utilicen la hipnosis son relevantes, ya sean clientes o estudiantes, ya que, según sean éstas positivas, negativas o neutras, percibirán la información de forma diferente cuando los profesionales de la salud o los profesores den información sobre esta técnica. Si se tiene información sobre un objeto actitudinal y, además, agregamos una experiencia directa con el mismo, se facilita el cambio de actitud inicial, hacia una actitud más positiva respecto a dicho objeto. En el caso de la hipnosis, los resultados de cuantiosas investigaciones han revelado que es una técnica eficaz para el tratamiento de diferentes trastornos y condiciones médicas, como coadyuvante a otras intervenciones. No obstante, mal utilizada puede acarrear efectos iatrogénicos, como por ejemplo la creación de falsos recuerdos (ver siguiente apartado). Además, las actitudes hacia la hipnosis parecen ser buen *predictor* del resultado de los tratamientos que la incorporan, lo que ayuda a la selección de la intervención más óptima para cada paciente, algo cada vez más importante en el terreno de los tratamientos psicológicos (Haynes, Godoy, y Gavino, 2011; Schoenberger, 2000). Así mismo, un gran número de estudios han señalado la relevancia de las actitudes, las creencias y las expectativas hacia la hipnosis en el accionamiento de las respuestas a las sugerencias hipnóticas, y de los resultados de las intervenciones en las que ésta es incluida (Barber, Spanos y Chaves, 1974; Chaves, 1999; De Groh, 1989). En consonancia con Spanos (1982), la perdurabilidad de la sugestionabilidad hipnótica a lo largo de las pruebas, refleja la estabilidad de las interpretaciones y creencias de las personas acerca de la hipnosis, y no la naturaleza del rasgo de la hipnotizabilidad. Spanos (1982) mantiene que poseer actitudes positivas hacia la hipnosis y niveles moderados de capacidades para la imaginación, son características importantes en la sugestionabilidad hipnótica. De hecho, la investigación ha demostrado que son las actitudes y las expectativas positivas al inicio del tratamiento, las que mejor pronostican el cambio terapéutico, incluso mejor que la sugestionabilidad hipnótica del cliente (Schoenberger et al., 1997).



### 1.6.1. DEFINICIONES Y TIPOS DE ACTITUDES

El concepto “actitud social” fue introducido en la psicología social por Thomas y Znaniecki (1918).

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 la 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 sugieren datos más convincentes (Bohner y Wänke, 2002).

De todas formas, pese a la posible existencia de un gen que favoreciera unas actitudes u otras, hay una explicación más probable, cuyo supuesto básico sería que existen 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).

No obstante, a pesar de que 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).

Prosiguiendo con las concepciones acerca de las actitudes, McGuire (1985) opina que las actitudes son respuestas que sitúan objetos de pensamiento en dimensiones de juicio.

Rosenberg y Hovland (1960) afirman que 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).

Otra definición es la de Fazio (1989) quien considera una actitud como una asociación entre un objeto y una evaluación, 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, 1994).

Eagly y Chaiken (1993) entienden que las actitudes son tendencias psicológicas expresadas a través de la evaluación, favorable o desfavorable, de un objeto concreto. Las respuestas evaluativas de tipo cognitivo son pensamientos o ideas sobre el objeto de actitud (Eagly y Chaiken, 1993).

Por su parte, las *creencias* son entendidas como asociaciones o vínculos que las personas establecen entre el objeto de actitud y varios atributos (Fishbein y Ajzen, 1975). De acuerdo con Fishbein y Ajzen (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 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 Ajzen, 1975). Un caso particular de tipo de creencia, en este caso atendiendo al objeto de actitud al que se refiere, es el *estereotipo*, término que fue acuñado por Lippmann (1922),

Finalmente indicamos que existe un alto consenso en que una actitud es “una predisposición organizada a pensar, sentir, percibir y comportarse hacia un referente u objeto cognitivo. Se trata de una estructura perdurable de creencias que predispone al individuo a comportarse de manera selectiva hacia los referentes de actitud” (Kerlinger y Lee, 2002 p. 648).

De cualquier forma, posteriormente Albarracín, Johnson, y Zanna (2005) afirman que aun con el largo camino recorrido a nivel de investigación en el campo de las actitudes, no existe una definición universalmente aceptada.

## 1.6.2. FUNCIONES DE LAS ACTITUDES

Si bien las teorías funcionales de las actitudes se han desarrollado de manera independiente, comparten la asunción de que las actitudes pueden clasificarse según las necesidades psicológicas que cumplen, y se han propuesto listas de funciones de las actitudes.

### Motivacionales

En particular 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).

### Actitudes que dirigen el procesamiento de la información

Para analizar el papel de las actitudes en el procesamiento de la información hay que tener en cuenta tres aspectos: a) la búsqueda activa de información relevante a la actitud; b) la codificación de la información, es decir, los procesos perceptivos y de juicio; y c) la recuperación de tal información de la memoria (Stahlberg y Frey, 1990).

### Actitudes que guían la conducta

Uno de los grandes logros de la investigación en actitudes es el progreso realizado en la predicción del comportamiento mediante las actitudes (Eagly y Chaiken, 2005).

Así mismo hay que tener en cuenta una serie de factores que influyen en las actitudes: *la consistencia afectivo-cognitiva* (las actitudes con consistencia afectivo-cognitiva son más estables y tendrán una mayor validez como predictores de la conducta (Stahlberg y Frey, 1990)), *la experiencia directa con el objeto de actitud* (contamos con muchas pruebas a favor de que las actitudes que se forman con experiencias directas normalmente producen unos efectos más fuertes en el comportamiento, que aquellas que se han formado indirectamente a través de rumores (Kraus, 1995; Regan y Fazio, 1977)), *los factores situacionales* (haciendo referencia al contexto como la presión o la influencia social), *los factores de personalidad* (ya que se ha visto que unas personas muestran una consistencia actitud-conducta mayor que otras (Snyder, 1974)), y *la intensidad de las actitudes* (según Petkova, Ajzen y Driver (1995) las actitudes más fuertes son las que mayor impacto ejercen en el comportamiento de los individuos).

### 1.6.3. EVALUACIÓN DE LAS ACTITUDES

La actitud es un constructo hipotético que al ser inaccesible a la observación directa, debe inferirse a partir de respuestas mensurables. Dada la naturaleza del constructo, estas respuestas deben reflejar evaluaciones positivas o negativas del objeto de actitud (Ajzen, 1988). La mayoría de los métodos de medida de la actitud se basan en el supuesto de que las actitudes pueden evaluarse por medio de las opiniones o creencias de las personas acerca de los objetos de actitud (Thurstone, 1931; Likert, 1932). En general, todos los métodos están basados en la conceptualización unidimensional de las actitudes, pudiéndose clasificar en métodos de medida directos e indirectos (Stahlberg y Frey, 1990), en función de si la persona a la que se le van a medir las actitudes, sabe, o no, que están siendo medidas.

*Métodos Directos:* 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 por ello, de 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 los diferentes métodos directos destacamos 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 la Escala de Clasificación de un Solo Ítem.

*Métodos Indirectos:* estos métodos infieren el valor de las actitudes sin que la persona sea consciente del procedimiento de medida y en función de las reacciones de la persona (fisiológicas, tiempos de respuesta, etc.). Tienen la ventaja de que son menos susceptibles a la deseabilidad social, pero asimismo presentan la desventaja de que la validez de las medidas conseguidas es cuestionable y presentan problemas éticos (Stahlberg y Frey, 1990). Se consideran de este tipo los siguientes métodos: las mediciones fisiológicas, la observación de la conducta y las medidas no reactivas.

#### 1.6.4. CAMBIO DE ACTITUDES

Hay tres formas diferentes a través de las cuales se pueden modificar las actitudes: la experiencia directa con el objeto de actitud, las experiencias socialmente mediadas y el efecto del incentivo (Stroebe y Jonas, 1990).

Una manera en que la *experiencia directa* puede cambiar las actitudes es la *mera exposición*, en la que un estímulo se torna alcanzable a la percepción humana. Zajonc (1968) declara que si se expone reiterativamente un estímulo a una persona será bastante para lograr una mejor actitud hacia dicho estímulo. La labor de la exposición como determinante de la actitud está restringido a los materiales estimulares nuevos, ya que, una vez se conoce el objeto, las reproducciones de exposición a dicho objeto no conllevarán un incremento del agrado (Stroebe y Jonas, 1990). Si se produce más que una mera exposición, la experiencia directa facilita una *información* sobre las peculiaridades del objeto actitudinal que puede transformarse en un determinante de la actitud. No obstante, esa información sólo provocará un cambio de actitud si es discrepante con las expectativas anteriores que conservaba la persona sobre el objeto. Otro modo en que la experiencia directa influye en las actitudes es el *condicionamiento clásico*. Un estímulo neutral, preliminarmente incapaz de activar una respuesta específica, alcanza progresivamente la capacidad de hacerlo a través de la asociación insistente con un estímulo que antes despertó la respuesta.

El cambio de actitudes se puede dar también por las *experiencias socialmente mediadas*. El *modelamiento* favorece que el espectador aprenda que la conducta en cuestión lleva a consecuencias que él no había asociado anteriormente con esa conducta (Stroebe y Jonas, 1990). Un modo más directo de influencia social son las *apelaciones persuasivas*, en las que se defiende una postura y se secunda con argumentos sobre el objeto actitudinal, en vez de permitir que la persona extraiga su propia conclusión acerca del mismo. (Stroebe y Jonas, 1990).

Por último, el cambio de actitudes se desarrolla a través de una modificación de conducta inducido por *incentivo*, normas sociales o sanciones legales. Conforme el modelo expectativa-valor (Fishbein y Ajzen, 1975), todo cambio de conducta impulsado por modificaciones en la estructura del incentivo está moderado por cambios de las creencias individuales sobre las consecuencias de esta conducta y de las actitudes hacia la realización de la misma. De esa forma, una persona puede transformar su conducta por los beneficios que le reporta ese cambio y justificar de esta forma el hacer algo que inicialmente no haría por

motivación propia. Sin embargo, este cambio de conducta no conlleva indispensablemente un cambio en la actitud, sino que éste se verá influido por distintos factores.

A la vez, 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. Así, se distingue entre conducta contraactitudinal y proactitudinal. Cuando se incita a las personas a comportarse de manera contraria con 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 de la *disonancia cognitiva* (Festinger, L. 1957) pronostica que la conducta contraactitudinal provoca disonancia, y por tanto, las personas tratarán de reducirla haciendo sus actitudes y conductas más consistentes entre sí. La *teoría de la auto-percepción* (Bem, 1965; 1972) admite que, puesto que las señales internas son frecuentemente débiles, ambiguas o difíciles de interpretar, las personas se ubican en multitud de ocasiones en la misma situación que los observadores externos cuando se les pide que expresen su propia actitud. Debido a ello, las personas, del mismo modo que los espectadores, infieren sus actitudes a partir de situaciones importantes de la conducta pasada, salvo cuando haya causas obvias no actitudinales para sus acciones (altos incentivos, poca libertad de elección (Stroebe y Jonas, 1990)). Por su parte, la *teoría del manejo de la impresión* (Schlenker, 1982; Tedeschi y Rosenfeld, 1981; Tedeschi, Schlenker, y Bonoma, 1971) acepta que las personas tienen un interés social de parecer consistentes ante los demás.

Como conclusión, es **importante remarcar que la Psicología Social ha estudiado intensamente las actitudes en lo referente a su formación, sus funciones y sus mecanismos de cambio, así como a su capacidad para guiar decisiones conductuales y, por tanto, para pronosticar la conducta de la persona. Dada su gran relevancia a la hora de dirigir la conducta de las personas hacia el objeto de actitud, se han tenido en cuenta en el estudio de diversos campos, entre los que se encuentra el de la hipnosis.**

### **1.6.5. ACTITUDES, CREENCIAS Y EXPECTATIVAS, Y SU PAPEL MODULADOR EN LA HIPNOSIS**

A través de diferentes acercamientos al campo de la hipnosis se ha subrayado la importancia de las actitudes y creencias hacia ella, para la promoción de respuestas hipnóticas, para predecir la eficacia de las intervenciones que incluyen hipnosis y para evitar iatrogenia en las personas que la reciben (Capafons, Suárez-Rodríguez, y Selma, 2015). Cuantiosos autores defienden que la existencia de actitudes positivas, al comienzo del tratamiento, es una condición necesaria, pero no suficiente para conseguir niveles altos de sugestionabilidad hipnótica (Perry, Nadon, y Button, 1992; Spanos, 1982; Spanos, et al., 1987). Dentro de las perspectivas socio-cognitivas, se valora como principal el papel de las actitudes y de las expectativas, ya que las dos explican un porcentaje de varianza mayor que otras variables (Kirsch y Council, 1992; Kirsch, Silva, Comey, y Reed, 1995; Wickless y Kirsch, 1989). Sin embargo, 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 forma invariable puntuaciones bajas en sugestionabilidad, mientras que aquellas con actitudes positivas muestran una gran variabilidad en sus puntuaciones en sugestionabilidad (Green, 2012; Spanos et al., 1987). Tales resultados le confieren a las actitudes un papel modulador, 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).

Schoenberger et al. (1997), afirmaron, como hemos indicado, que hallaron resultados que ratifican la vinculación entre las actitudes hacia la hipnosis y el logro de cambios terapéuticos. Además, estos autores recalcan que los resultados de los tratamientos a los que se les anexan procedimientos hipnóticos se relacionan y pueden predecirse a partir de la presencia de actitudes positivas al inicio de los mismos.

Otra variable socio-psicológica importante en el momento de delimitar respuestas hipnóticas, es la instauración del *rapport*, paso fundamental para originar unas actitudes positivas y expectativas realistas. Según Sheehan (2001) 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, modulando las diferencias entre altos y bajos en sugestionabilidad (Lynn y Rhue, 1991a). 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 esta forma, la información que el profesional de al paciente debe estar dirigida a la promoción de creencias ajustadas sobre las técnicas

hipnóticas y a la creación de expectativas realistas sobre los resultados que se esperan obtener, lo que en última instancia provocará una mayor adhesión al tratamiento (Capafons, 2001; 2012). Por lo que el profesional que utilice la hipnosis debe conocer esa información correcta y ajustada, de tal forma que pueda ofertar la hipnosis al cliente cuando ésta sea eficaz para su caso, así como impedir un mal uso de la misma. Capafons et al. (2015) mantienen que unas actitudes positivas y adecuadas basadas en una información correcta, redundan en la disminución de miedos y de expectativas sobredimensionadas sobre lo que se puede esperar en hipnosis. Lo anterior favorece la aparición de respuestas a sugerencias hipnóticas y la adhesión a la intervención (Capafons, 2012; Hawkins y Bartsch, 2000; Spanos et al., 1987).

Así, tanto las actitudes, como las creencias y las expectativas tienen gran importancia dentro del campo de la hipnosis desde una perspectiva socio-cognitiva, por las siguientes razones: tienen una influencia moduladora en la sugestionabilidad hipnótica, promueven respuestas hipnóticas y cambios terapéuticos, están implicadas en el establecimiento del rapport (Capafons, et al., 2003; Capafons, et al., 2004; Capafons, et al., 2015), y el no evaluarlas y manejarlas de manera eficaz puede llevar a usos iatrogénicos de la hipnosis, ya que como afirman Capafons y Mazzoni (2005) y Capafons et al. (2015) unas creencias inadecuadas sobre la hipnosis, ya sean por parte del terapeuta y/o del paciente, son los únicos factores de riesgo que pueden generar iatrogenia, especialmente en el ámbito clínico.

---

## **1.7. Iatrogenia de la hipnosis**

---

La hipnosis *per se* no es peligrosa para la persona hipnotizada, únicamente su uso desinformado, cuando no tendencioso por parte de terapeutas o hipnólogos legos, es lo que puede resultar nocivo para la salud de aquellos que se ponen en sus manos. Su peligro radica, generalmente, en las creencias sobre la hipnosis que se le transmiten a la persona a hipnotizar, ya sea de manera intencional o no. Son tales creencias (Capafons, 1998; 2001; Capafons y Mazzoni, 2005; Frauman, Lynn, y Brentar, 2000) y la forma de preguntar a la persona bajo hipnosis, lo que puede ser realmente iatrogénico. Así, los mitos y conceptos erróneos hacia la hipnosis son considerados los principales obstáculos para una aplicación efectiva de la hipnosis (Meyerson, 2014).

La investigación indica que las creencias erróneas sobre la hipnosis son compartidas, tanto por la población no especializada, como por los profesionales, aunque no siempre se da



esta convergencia (Capafons et al., 2009). Así, los mitos tienen efectos negativos sobre la persona y 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. También puede atraer a personas que creen que la hipnosis es la panacea para solucionar todos sus problemas. Capafons (1998; 2009; 2012) recoge las principales creencias distorsionadas 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 crédulas, 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, pueden 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 autómatas 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. De esta forma, 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.*

Por todo lo anterior, se entiende que la decisión de llevar a cabo una intervención en la que se empleen las técnicas hipnóticas como coadyuvantes debe ir acompañada de la evaluación previa de las actitudes de los clientes y la erradicación de sus posibles mitos (Capafons, 2001; 2012; Capafons, Mendoza et al., 2008; Spanos et al., 1987). Por lo tanto, que el paciente reciba información correcta fomentará, en general, actitudes más positivas hacia la hipnosis y expectativas más realistas (Capafons, 2001; Hawkins y Bartsch, 2000; Schoenberger et al., 1997), lo que redundará en una disminución de sus miedos y favorecerá

la activación de las respuestas hipnóticas (Echterling y Whalen, 1995). De esta manera, el manejo eficaz de las concepciones erróneas conlleva tanto el educar a los pacientes para que sus expectativas y sus experiencias durante la hipnosis clínica sean congruentes, como el modificar el procedimiento para alcanzar el mismo objetivo (Chaves, 1999).

Desde un planteamiento socio-cognitivo, diversos autores han resaltado la importancia de no plantearle al cliente la hipnosis como un trance o un estado alterado de conciencia (Capafons, 2001; Kirsch, 1994, 1999). Años de investigación han fracasado en confirmar la hipótesis del estado-alterado (Edmonston, 1981; Kirsch, et al., 1992).

Como ya mencionábamos anteriormente, otra forma de hacer iatrogénica la hipnosis es su utilización para la recuperación de recuerdos, ya que no existe evidencia científica convincente que apoye que la regresión hipnótica pueda ayudar a recordar hechos y episodios autobiográficos que la persona no es capaz de recordar fuera de hipnosis, ni siquiera que provoquen más recuerdos que cuando no se le sugiere nada (Larra, Valero, y Abascal, 2003). Además, la creencia errónea de que la memoria funciona como una grabadora, que lo registra todo sin error, y que a esa información almacenada se puede acceder sin distorsiones a través de la hipnosis, potencia esa iatrogenia (Capafons, 2009). Los estudios han demostrado que las inducciones hipnóticas generan en realidad y como mínimo, tantos recuerdos falsos como verdaderos (Dinges, et al., 1992) y que lo que se produce es un aumento en la confianza de todo aquello que la persona es capaz de recuperar (Scoboria, Mazzoni, y Kirsch, 2008; Scoboria, Mazzoni, Kirsch, y Milling, 2002), ya que existe una creencia popular que lo que se recuerda bajo hipnosis tendrá mayores detalles y una mayor exactitud en comparación con lo que se recuerde sin hipnosis (Mazzoni, Laurance, y Heap, 2014), si bien las creencias sobre las capacidades de la hipnosis para mejorar la memoria parecen ser, en parte, las responsables de este efecto en la persona hipnotizada (Capafons y Mazzoni, 2005).

Utilizar la hipnosis con fines diagnósticos y/o terapéuticos intentando recuperar un suceso patógeno (cuyo recuerdo está disociado en el inconsciente) puede generar cierta iatrogenia relacionada con las creencias y mitos indicados sobre la hipnosis, a saber, el recuerdo erróneo de haber sufrido abusos sexuales que no existieron, de haber sido sometido a rituales satánicos que nunca se dieron o de haber sido objeto de abducciones extraterrestres, incluso el desarrollo de personalidades múltiples. Así, Mazzoni, Heap, y Scoboria (2010) indican que el uso clínico de la hipnosis como herramienta para la recuperación de memorias en terapia es potencialmente peligroso. 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 reprimidos o disociados, 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). Hay que destacar, asimismo, que la represión se considera un constructo impreciso sobre el que no existe evidencia experimental (J.H. Court, y Court, 2001; Holmes, 1990). Y, 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 de la memoria que afectan a otros tipos de recuerdos (Capafons y Mazzoni, 2005; Piper et al., 2000).

Es importante señalar que también se ha comprobado que 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 (Spanos, 1996), por lo que no puede considerarse sino una hipótesis más (Mills y Lynn, 2000).

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

Por todo ello, pensar que la recuperación de recuerdos es terapéutica es una asunción no demostrada y cuestionable. No obstante, los efectos negativos que pueden tener los falsos recuerdos han sido ampliamente demostrados. Entre otros muchos problemas, pueden llevar a la ruptura de los vínculos familiares por falsas acusaciones. Así, el uso de la hipnosis para aumentar o recuperar recuerdos no está justificada (Lynn y Kirsch, 2006). Distintas asociaciones profesionales han puesto de manifiesto su recomendación de que la hipnosis no se utilice para la recuperación de recuerdos, (*American Psychological Association*, 1995; *Canadian Psychiatric Association*, 1996; *American Medical Association*, 1994). De esta forma, 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 el sujeto no se acuerda, pero que se supone que son la causa de su problema actual” (p.12).

También se pueden generar falsos recuerdos mediante la realización de preguntas tendenciosas (leading questions), esté la persona hipnotizada o no. El informe verbal de una

persona es susceptible de ser modificado a través del refuerzo diferencial de la conducta verbal (Greenspoon, 1951). Igualmente, las preguntas tendenciosas presentan el riesgo de que la información errónea cambie el recuerdo del suceso original (Capafons y Mazzoni, 2005).

Asimismo, se ha constatado que no hay criterios válidos para saber si un recuerdo es falso o verdadero, a menos que existan evidencias objetivas e independientes. Por eso, el principal problema de usar la hipnosis sigue siendo la falta de certeza en lo que se obtiene con ella (Capafons y Mazzoni, 2005). Continua habiendo autores que defienden que la hipnosis regresiva puede ser útil para encontrar evidencia sobre recuerdos de traumas “disociados”, pero a todo lo 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: primero, pueden ser ineficaces al tratar el problema, pudiendo agravarlo, aumentando la frustración, la desesperación y el efecto nocebo en el cliente que confió en el terapeuta (Capafons y Mazzoni, 2005). Segundo, pueden aplicar tratamientos con hipnosis que están contraindicados, como los que incluyen prácticas de hipnosis regresiva, confrontación con imágenes altamente ansiógenas y de asociación libre, y 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 hipnoterapeutas pueden generar falsos recuerdos en el cliente, al usar la hipnosis como una herramienta encaminada a recuperar información olvidada, incluso reprimida o disociada del inconsciente, y al utilizar de manera intencionada o no, preguntas tendenciosas (Capafons y Mazzoni, 2005).

---

## **1.8. Tipos de estudios sobre actitudes y creencias hacia la hipnosis**

---

La investigación sobre las creencias y actitudes hacia la hipnosis se puede fraccionar en tres amplias áreas. La primera acerca de los estudios que han desarrollado y validado instrumentos para medir actitudes hacia la hipnosis en diversos tipos de poblaciones (público en general, pacientes, estudiantes y profesionales de la salud) además del origen de la información que les han encaminado a poseer esas creencias y actitudes. Una segunda se centra en los estudios de los cambios que se obtienen en las actitudes después de tener experiencias con la hipnosis u obtener distintos tipos de información. Y por último, está el

área que estudia la relación de las actitudes con otros constructos, como la absorción y la sugestionabilidad.

### **1.8.1. INVESTIGACIONES SOBRE LAS ACTITUDES DEL PÚBLICO EN GENERAL**

Large y James (1991) entrevistaron a dos grupos de personas, uno fue elegido de la población de Auckland (Nueva Zelanda) y el otro fue de pacientes de una clínica para el tratamiento del dolor. Tal y como revelaron los resultados, aquellas personas que habían visto espectáculos de hipnosis en la televisión o en vivo, eran más reticentes al uso de la hipnosis y se habían formado una impresión negativa de esta técnica. Por lo que los autores concluyeron que no es aconsejable el uso de la hipnosis como un pasatiempo, ya que la visión que se emite promueve los mitos y concepciones erróneas de la hipnosis, que conducen a las personas a desconfiar de una técnica que puede proferirles una gran ayuda.

Johnson y Hauck (1999) estudiaron las actitudes hacia la hipnosis y el origen a partir del cual se habían construido esas actitudes en cuatro conjuntos de personas de diversas edades, intereses y lugares geográficos de los Estados Unidos. Los resultados expusieron que, a pesar de que las personas habían adquirido información de distintas fuentes, sus ideas y creencias sobre la hipnosis eran bastante consistentes en todos los grupos. Un alto porcentaje de los integrantes poseía las subsiguientes creencias erróneas: el éxito de la hipnosis depende de las habilidades del hipnotizador (86%); la persona hipnotizada no se da cuenta de lo que ocurre a su alrededor (78%); y la hipnosis es una herramienta poderosa para recordar con precisión eventos que tuvieron lugar en el momento de nacer (74%) o incluso en vidas pasadas (58%) (Johnson y Hauck, 1999).

Por último, en un estudio de Barling y De Lucchi (2004), se entrevistaron a dos grupos de individuos: uno que provenía de las salas de espera de consultas de psicología que habían tenido experiencias con hipnosis, y otro grupo de salas de espera de consultas médicas que no habían sido hipnotizados. Los resultados mostraron que el haber tenido experiencias anteriores con hipnosis estaba relacionado a un conocimiento más exacto, creencias más ajustadas y actitudes más positivas sobre la hipnosis, y una mayor intención de utilizar la hipnosis clínica. Además de lo precedente, los participantes que habían adquirido información de la hipnosis a partir de su experiencia personal, tenían un conocimiento más preciso de manera significativa, actitudes más positivas y presentaban menos miedo en comparación con los participantes que habían obtenido la información a través de programas de televisión.

## 1.8.2. INVESTIGACIONES SOBRE LAS ACTITUDES DE LOS ESTUDIANTES

El estudio de McConkey y Jupp (1986) es una reproducción internacional empleando estudiantes australianos del estudio hecho por McConkey (1986) con población estadounidense. Los resultados manifiestan que los estudiantes consideran la hipnosis como un estado alterado de conciencia en el que se es capaz de imponer a las personas a que digan la verdad sobre lo que en condiciones normales mentirían, que las sugerencias hipnóticas pueden aumentar la memoria y que, tras concluir la sesión hipnótica, la persona no recuerda lo que sucedió. Se hallaron análogos resultados en un estudio ulterior hecho en Escocia por Darglish y Wright (1991), pero con ciertas diferencias que señalan que los estudiantes australianos estaban mejor informados que los escoceses. Por ejemplo, los australianos sabían que la persona hipnotizada puede desatender cualquier sugerencia que no le agrade, mientras que los estudiantes de Escocia no supieron contestar a esa cuestión.

Channon (1984) estudió, en un total de 372 personas, las creencias que se hallan con más continuidad en estudiantes de Medicina y Psicología. Los resultados mostraron que la hipnosis se relaciona con un estado de sueño en el que se pierde el control, que se puede mejorar la memoria y bajo el que es imposible mentir. No obstante, sólo un reducido porcentaje de esos estudiantes de Medicina cree en la utilidad clínica de la hipnosis, siendo limitados los problemas que consideran válidos para ser tratados con esta técnica (Channon, 1984).

Koizumi (2001) hizo un estudio, empleando una muestra de 890 estudiantes japoneses universitarios, con un test de asociación de palabras. Los resultados continuaron en la línea de los estudios anteriores y revelaron que un importante número de personas valoraron la hipnosis como una técnica que les producía miedo, no fiable y manipuladora, estimando que la hipnoterapia debería situarse en algún sitio entre los tratamientos psicológicos científicos y los fenómenos paranormales (Koizumi, 2001).

Yu (2004a) realizó una investigación con estudiantes asiáticos referente a actitudes hacia la hipnosis, y fue la primera aproximación importante a la replicación cultural internacional de los resultados con anglo-parlantes frente a chinos de Hong Kong (Yu, 2004a). Las conclusiones mostraron que los estudiantes chinos de Hong Kong poseían las mismas creencias erróneas sobre la hipnosis que se hallaron en los estudios con poblaciones de americanos, australianos y británicos. Un número significativo de chinos creía que la hipnosis aumentaba la memoria y posibilitaba recordar incluso acontecimientos de vidas anteriores. Además, los participantes más hipnotizables mostraron actitudes más positivas y menos

escépticas hacia la hipnosis. No obstante, los estudiantes chinos que fueron medios y bajos en hipnotizabilidad, parecían tener puntos de vista más incrédulos hacia la hipnosis. Estos individuos tendían menos a creer, por ejemplo, que la experiencia de la hipnosis depende de la capacidad del hipnotizador y no del hipnotizado. Por otro lado, las personas que se consideraban altas en hipnotizabilidad parecían poseer actitudes mucho más positivas hacia la utilización de la hipnosis (Yu, 2004a).

Capafons, Espejo, et al. (2005) efectuaron una investigación sobre las actitudes hacia la hipnosis, con población latina, de una muestra de estudiantes de Medicina cubanos. Los resultados se compararon con los de las muestras de estudiantes españoles, hondureños, argentinos y chilenos. Se advirtió que los cubanos creen que la hipnosis es una técnica útil y tienen menos miedo que los otros latinos estudiados, pero piensan más que mejora la memoria y que la persona hipnotizada pierde el control sobre su comportamiento. Como los cubanos consideran que la hipnosis está al margen de la investigación científica, no modifican estas creencias. Esto podría conducir a que se utilice la hipnosis de manera poco útil e iatrogénica, y privar a los pacientes de los beneficios de la hipnosis como coadyuvante a los tratamientos médico-psicológicos (Capafons, Espejo, et al., 2005), aun cuando con la importante labor de difusión de la hipnosis desde una concepción científica en dicho país, están cambiando las cosas a gran velocidad (Martín et al., 2010).

La investigación de Green, Page, Rasekhy, Johnson, y Bernhardt (2006) se hizo con muestras de estudiantes de cuatro países. Los participantes de Australia, Alemania, EE.UU. e Irán completaron tres cuestionarios sobre creencias y actitudes hacia la hipnosis y, aunque las respuestas cambiaban dependiendo del país, (por ejemplo, los estudiantes estadounidenses manifestaban actitudes más positivas hacia la hipnosis en comparación con los estudiantes australianos; los iraníes ligaban con más frecuencia la hipnosis con “debilidad mental” y presentaban más miedo que los estadounidenses y alemanes; los alemanes contemplaban la hipnosis como un estado alterado de consciencia en menor grado que los estadounidenses e iraníes) hubo una importante similitud entre gran número de ítems, lo que ha llevado a los autores a concluir que ciertas creencias y actitudes hacia la hipnosis no son específicas de la cultura.

Green y Lynn (2011) analizaron el efecto que producía dar información sobre las actitudes hacia la hipnosis, con el rendimiento hipnótico consecutivo. A su estudio contribuyeron 460 estudiantes. Los resultados evidenciaron una tímida unión entre actitudes y rendimiento hipnótico, aunque la correlación no estuvo afectada por la información

prehipnótica con las actitudes y el rendimiento hipnótico posterior. Las expectativas hacia la hipnosis fue lo que produjo una correlación más fuerte con el rendimiento hipnótico.

Por otra parte, la Psicología Forense se ha servido de la hipnosis para fomentar que los testigos recuerden. No obstante, las creencias que las personas tengan acerca de la hipnosis intervendrán en el comportamiento de un testigo hipnotizado y en los miembros del jurado que escuchen y valoren el testimonio influenciado hipnóticamente. En un trabajo de Wilson et al. (1986), se estudiaron las creencias de estudiantes y personas con derecho a voto que podrían ser llamadas para ser miembros de un jurado. Se halló que una gran parte de los estudiantes poseía creencias erróneas sobre la hipnosis, como que una persona hipnotizada puede realizar cosas en contra de su voluntad, que la hipnosis produce amnesia espontánea de lo acaecido bajo hipnosis y que las personas hipnotizadas son incapaces de mentir. Un 70% de estudiantes, frente a un 50% de los otros participantes, estuvieron de acuerdo en la utilización de la hipnosis por parte de la policía para acrecentar la memoria. Sin embargo, tanto los estudiantes como los otros participantes afirmaron que confiarían menos en un testimonio de alguien que hubiera sido hipnotizado que en el de alguien que no (Wilson et al., 1986). Steblay y Bothwell (1994) realizaron un metaanálisis con 24 estudios importantes en el ámbito forense, concluyendo que la hipnosis ocasiona de forma global más errores de memoria y mayores recuperaciones de recuerdos falsos, comparados con los métodos no hipnóticos. Adherido a lo previo, **lo que sí está claramente documentado es que con hipnosis se produce un incremento en la confianza de la información que ha sido recuperada** (Scoboria et al., 2008; Scoboria et al., 2002).

### **1.8.3. INVESTIGACIONES SOBRE LAS ACTITUDES DE PROFESIONALES DE LA SALUD.**

Vingoe (1982) publicó un estudio sobre las actitudes hacia la hipnosis de profesionales de la salud británicos. Suministró un cuestionario acerca de actitudes a Psicólogos Clínicos y Psicólogos Educativos, y contrastó sus respuestas. Este cuestionario no valoraba las posibles creencias erróneas de los profesionales, sino su actitud sobre su uso, así como la eficacia que pensaban que tenía. En general, tanto los psicólogos clínicos, como los educativos mostraron una actitud positiva hacia el uso de la hipnosis, estimándola como una técnica eficaz en el tratamiento de algunos problemas emocionales, que puede abreviar el tratamiento, con beneficios más perdurables. No obstante, cabe señalar que los psicólogos educativos se presentaron más de acuerdo con su uso, y tendían a juzgarla como más eficaz y como un tratamiento de elección, mientras los psicólogos clínicos se mostraban más inseguros al respecto. El autor propone que esta diferencia es posible que se deba a que



cada grupo de psicólogos se ocupa de una clientela diferente. Por último, ambos grupos consideraron que no poseen la suficiente formación para usar la hipnosis en su práctica y opinan que debería haber más cursos disponibles para su aprendizaje (Vingoe, 1982).

Yapko (1994) desarrolló y aplicó un cuestionario de actitudes hacia la hipnosis a una muestra de 869 psicoterapeutas de los Estados Unidos, hallando que la mayoría de ellos atesoraban una actitud favorable hacia la hipnosis. No obstante, esta actitud se encontraba fundamentada en creencias erróneas acerca de esta técnica. Por ejemplo, un 47% de los terapeutas pensaban que se debía creer más el recuerdo que se obtiene bajo hipnosis, y un 54% creían que con hipnosis se podían recordar cosas, inclusive del nacimiento. Esto puede conducir a un uso iatrogénico de la hipnosis, sobre todo cuando se administra para tratar de recordar sucesos de abusos en la infancia, que pueden ser debidos, más al resultado de recordar lo sugerido, que a un suceso real, como ya nos referimos en un apartado anterior.

Yu (2004b) hizo otro estudio sobre actitudes con una muestra de estudiantes, pero esta vez utilizando el mismo cuestionario para profesionales de la salud de Hong Kong. Se advirtió que los profesionales tenían las mismas creencias erróneas que los estudiantes sobre la hipnosis y sus aplicaciones. Sin embargo, los profesionales poseían una actitud más escéptica, que podría ser positiva, al impedir con ello que se hiciera un mal uso de esta técnica, pero a la vez impedía que los pacientes se aprovecharan de las ventajas que brinda la hipnosis. El autor determinó que hay un gran déficit de formación sobre hipnosis en las universidades de Hong Kong, y que los que la estaban utilizando carecían de formación en Psicología o no eran profesionales de la salud, y esto acarrearía que se diese un mal uso de la hipnosis, y por tanto, que se sigan conservando las creencias erróneas sobre la misma (Yu, 2004a). Sin embargo, de este estudio hace ya más de una década. No sabemos de más publicaciones de Yu que nos muestren que ha habido un cambio.

Podemos resaltar un estudio hecho en la Universidad de Indiana (EE.UU.) que evaluó las actitudes hacia la hipnosis en tres muestras correspondientes a la Facultad de Odontología: una de alumnos de licenciatura (pre-doctoral), otra de profesores y una tercera de pacientes que acudían a la clínica dental (Chaves, 2004). Los resultados manifestaron que todos los grupos encuestados poseían una actitud positiva hacia la hipnosis, pero los profesores eran más favorables que los estudiantes y que los pacientes. Además se vió que aquellos integrantes que habían tenido alguna experiencia con hipnosis se presentaron más favorables, así como que los profesores que habían hecho algún curso sobre hipnosis tenían una actitud aun mucho más positiva. Pero estos resultados hay que tomarlos con precaución a la hora de generalizar, ya que se puede creer que, si se ha hallado una actitud positiva en una

gran facultad del Medio Oeste de un estado conservador, esta misma actitud podría encontrarse también en otras áreas menos conservadoras del país (Chaves, 2004).

En Australia se desarrollaron dos estudios para conocer las actitudes hacia la hipnosis de los anestesiólogos y las matronas. Coldrey y Cyna (2004) mandaron un cuestionario que valoraba el efecto de haber tenido una experiencia anterior con hipnosis en las actitudes hacia la misma, con una muestra de 317 de anestesiólogos colegiados residentes en Australia del Sur. Contestaron 218 anestesiólogos, y la mayoría de los que lo hicieron (63%) consideraron su nivel de conocimiento hacia la hipnosis como por debajo de la media. Casi la mitad de ellos señalaron que apreciaban la hipnosis de utilidad en la anestesia clínica, sobre todo en áreas como dolor y para disminuir estados de ansiedad; y defendían el uso de la hipnosis y las sugerencias positivas junto con la anestesia. Aquellas personas que habían tenido experiencia previa con hipnosis eran las que más secundaban el aprendizaje en esta técnica, tanto en la licenciatura, como en los estudios de post-grado. A la vez en Australia, Eng y Cyna (2006) contrastaron el conocimiento y las actitudes hacia la hipnosis de las matronas de los hospitales que ofrecían servicio de hipnosis con las de los que no ofertaban este servicio. Los resultados revelaron que las matronas que trabajaban en hospitales con servicio de hipnosis respaldaban su uso por estimarla de ayuda durante el parto, y aconsejaban la hipnosis como un analgésico coadyuvante durante el parto. Igualmente estas matronas manifestaron más interés en que hubiera formación en hipnosis durante sus estudios universitarios. Las matronas que no habían tenido experiencias con hipnosis clínica, sostenían más conceptos erróneos sobre la misma, debidos a su conocimiento de esta técnica exclusivamente a través de los programas televisivos que la utilizan como divertimento. Aun así, una gran mayoría de las matronas de ambos hospitales (83%) declararon su interés en la incorporación de las técnicas de sugestión como parte de su formación (Eng y Cyna, 2006).

En Suiza se llevó a cabo el primer estudio en lengua francesa que evaluó las actitudes de los médicos e internos hacia la hipnosis médica (Roggiani, 2002). Solamente un 10% de los profesionales contestaron al cuestionario, y los resultados indicaron que un 50% de ellos consideraba 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. A la vez, dos tercios de ellos mencionaron haber derivado pacientes a hipnoterapeutas y haber pedido información sobre hipnosis. A pesar del gran interés mostrado, los profesionales expresaron tener conocimientos pequeños sobre hipnosis. Hubo sólo un 20% que declaró poseer capacidad para poder definir la hipnosis a sus pacientes y explicar sus indicaciones. Asimismo, un 70% mostró interés en aprender más sobre hipnosis.

El cuestionario incorporaba algunos de los mitos frecuentes sobre hipnosis, y en los resultados se percibió que sólo un porcentaje muy bajo de los profesionales sostenía conceptos erróneos sobre la hipnosis. Además, se incluyó una pregunta sobre la fuente de información de hipnosis de los médicos, y la mayoría obtenía conocimientos a través de sus colegas, seguido por artículos y seminarios sobre el tema (Roggiani, 2002).

Capafons, Morales, et al. (2006) evaluaron las actitudes de 775 profesionales de la Psicología. Los resultados revelaron pocas creencias erróneas e interés muy alto en recibir formación en hipnosis (90%). Además, un 43.8% referían tener conocimientos científicos sobre hipnosis. Los autores citan las limitaciones de su estudio por el posible sesgo en la muestra, ya que es muy probable que los colegiados que decidieron responder fuesen los que tenían más interés hacia la hipnosis.

La investigación de Mendoza, Capafons, Espejo, et al., (2009), como hemos señalado, estudió las creencias y actitudes hacia la hipnosis de los colegiados españoles a través de la EVACH-T. Los resultados muestran que los colegiados que contestaron a la escala tienen, por lo general, creencias ajustadas sobre la hipnosis y una actitud positiva hacia la misma. No se hallaron diferencias entre los distintos Colegios Oficiales de Psicólogos en cuanto a creencias y actitudes hacia la hipnosis. No obstante, los autores señalaron que, debido al reducido tamaño de la muestra, se vio afectada la prueba de significación estadística, por lo que aconsejan que se vuelva a repetir el estudio aumentando el tamaño.

Resulta especialmente importante que los profesionales de la salud tengan unas creencias ajustadas hacia lo que es la hipnosis y sus aplicaciones clínicas. Esta aseveración se sustenta en el estudio de Robin (2011), en el que los integrantes comunicaron que la fuente de referencia e información que considerarían más influyente a la hora de acceder a una intervención con hipnosis sería su médico de atención primaria.

Por último, Meyerson, Gelkopf, Golan, y Shahamorov (2013) diseñaron y validaron un cuestionario de evaluación de las posibles motivaciones para el aprendizaje y el uso de la hipnosis. Fue aplicado a 125 psicólogos, médicos y dentistas israelíes que estudiaban y/o utilizaban la hipnosis en su práctica clínica. Los resultados mostraron que la mayoría de los profesionales estaban motivados por la aspiración de mejorar su desempeño profesional y que la mayoría deseaban aprender hipnosis a través de sus colegas dentro de un contexto académico o clínico.

#### **1.8.4. INVESTIGACIONES QUE EVALÚAN EL CAMBIO EN LAS ACTITUDES**

McConkey (1986) elaboró un cuestionario acerca de opiniones sobre la hipnosis y lo suministró a un grupo de estudiantes australianos antes y después de que experimentaran hipnosis con el objetivo de observar las diferencias entre el pre y el post-test. Dicho autor resolvió que el haber tenido una experiencia personal con hipnosis debilitaba las creencias erróneas sobre esta técnica que los participantes presentaban en el pre-test. Sin embargo, según Green (2003), este estudio no reparó en las posibles variaciones de actitudes debidas a la reiteración del test o el transcurrir del tiempo. Por este motivo, hizo otro estudio usando el mismo cuestionario y aplicándoselo a una muestra de estudiantes americanos antes y después del pase de una escala estandarizada de sugestionabilidad. Otro grupo de integrantes completó los cuestionarios sin haber tenido ninguna experiencia de hipnosis. Los resultados reflejaron que la experiencia de ser hipnotizado transformó las creencias erróneas que mostraron los participantes en el pre-test. La incorporación del grupo control constituyó la fiabilidad test-retest del cuestionario y probó que los cambios en las opiniones del grupo experimental se dieron en función de la experiencia personal de la hipnosis.

En un estudio parecido hecho por Thomson (2003), 300 profesionales de la salud acudieron a una charla acerca de la naturaleza de la hipnosis y sus provechos terapéuticos, incorporando transparencias, vídeos y material por escrito, continuado por un turno de preguntas. A la vez, aquellos participantes dispuestos a probar hipnosis fueron hipnotizados con sugerencias de relajación. Antes y después de la conferencia, se evaluaron las actitudes hacia la hipnosis, y también tres meses más tarde. La autora determinó que las actitudes de las personas variaban después de haber recibido información adecuada sobre hipnosis, y este cambio se sostenía durante el período de seguimiento. Incluso teniendo en cuenta la restricción de no haber introducido un grupo control en este trabajo, los resultados sustentan los de otros estudios que igualmente ratifican que el poseer información adecuada y experimentar hipnosis promueve una actitud positiva hacia ella. Una peculiaridad de este estudio es que los integrantes ya tenían una inclinación positiva hacia la hipnosis ya que acudieron voluntariamente a la charla, lo que quiere decir que tenían algún interés en saber más acerca del tema.

El estudio de Capafons, Cabañas, et al. (2005) empleó como muestra personas que manifestaron una actitud negativa hacia la hipnosis. Los autores utilizaron la EVACH-C (una versión anterior a la que presentamos aquí) con el fin de mensurar las actitudes hacia la hipnosis (Capafons et al., 2004), y la suministraron a alumnos que cursaban su primer año de Psicología, eligiendo a aquellos estudiantes que habían evidenciado un rechazo evidente a ser

hipnotizados. A estos participantes se les proporcionaron diversas explicaciones sobre la hipnosis. El grupo control percibía la mínima información, el primer grupo experimental recibía una presentación cognitivo-conductual de la hipnosis, y el segundo grupo experimental recibía una presentación en la que la hipnosis se definía como un estado alterado de conciencia o trance. Todos los integrantes fueron informados de que después aprenderían un método de auto-hipnosis y que se les pasaría la Escala de Sugestionabilidad Hipnótica de Barber (BSS) (Barber, 1965; Barber y Wilson, 1978). Se concluyó que, tanto la información del grupo control, como la presentación cognitivo-comportamental y la que estuvo basada en el trance, seguidas de la experiencia de auto-hipnosis, tenían una impresión significativa en las actitudes hacia la hipnosis. De hecho los estudiantes se auto-hipnotizaron, y mejoraron sus actitudes hacia la hipnosis (Capafons, Cabañas, et al., 2005). La justificación a esta falta de diferencia predicha, en detrimento de las explicaciones control y trance, como hemos adelantado, fue que, al ofrecerse el aprendizaje de auto-hipnosis, los participantes no tenían miedo a perder el control. Esta explicación también sirvió para justificar las no diferencias en las puntuaciones de la BSS de los tres grupos.

En una investigación posterior ya referida (Capafons, Selma, et al., 2006), usaron la misma escala y el mismo diseño experimental, pero a los integrantes (distintos del estudio anterior, y a la vez con rechazo explícito a ser hipnotizados) en vez de aprender auto-hipnosis, se les señaló que serían hipnotizados por el experimentador, y que se les pasaría la Escala de Sugestionabilidad Hipnótica de Barber (BSS), (la misma que en el estudio anterior). (Barber, 1965; Barber y Wilson, 1978). Se lograron resultados parecidos al estudio anterior, en aquellos participantes que consintieron ser hipnotizados, pero surgió una diferencia entre las presentaciones cognitivo-comportamental, mínima y trance. De este modo, la presentación de trance produjo significativamente más abandonos que las otras dos. Asimismo, la presentación cognitivo-comportamental se manifestó como la más completa de todas a la hora de promover cambios positivos en las actitudes hacia la hipnosis e impulsó más las ideas de que la persona mantiene el control de su conducta mientras está hipnotizada y que, correctamente utilizada, es una técnica útil. Por otra parte, la presentación fundamentada en el trance complicó el cambio de algunas actitudes y creencias hacia la hipnosis. Puede ser que las diferencias halladas en este estudio en relación al anterior se deban a que, en el primero, la persona se auto-hipnotizaba y esto le daba una sensación de mayor control, mientras que en el segundo, la persona era hipnotizada por el experimentador, lo cual le podía fortalecer la idea de que el control lo poseía el hipnotizador en vez de la persona (Capafons, Selma, et al., 2006). Las conclusiones de este estudio indican que, cuando la hipnosis se muestra como un

estado alterado de conciencia o disociación y en forma de hetero-hipnosis, será más factible que el cliente abandone la terapia si mostraba rechazo a la hipnosis. No obstante, el presentar la hipnosis desde una perspectiva cognitivo-comportamental o socio-cognitiva (verdaderamente neutra en cuanto a su lenguaje, es decir, no utiliza palabras como trance o alteración de conciencia, o sueño, y sí de promoción del auto-control) puede conducir a una superior aceptación de la terapia con hipnosis, a mejorar el *rappport* y a una mayor adhesión al tratamiento.

Estos resultados concuerdan con los conseguidos en el estudio de Lynn et al. (2002) en el que, en uno de los grupos, se presentó la hipnosis como un estado alterado de conciencia o trance versus cooperación. Se concluyó que los participantes del grupo de trance valoraron que respondían a menos sugerencias que los del grupo de cooperación, y que estos últimos manifestaban una mayor respuesta a las sugerencias, aun cuando en este estudio no se seleccionaron a personas desconfiadas a ser hipnotizadas.

En otro estudio, Molina y Mendoza (2006) emplearon una metodología diferente para evaluar el cambio en las actitudes. Se confeccionó una lista de adjetivos, técnica usada en otros estudios sobre estereotipos (González-Felipe, Sánchez-Cifuentes, Tonda, González, y Cid, 1990; Molina, 2000; Molina y Caballero, 1999) y se les administró a una muestra de estudiantes de Psicología y de licenciados para evaluar cómo afectaba el hacer un curso sobre hipnosis en sus creencias y actitudes hacia la misma. Durante el curso, los participantes recibían información acerca de cómo funciona la hipnosis desde una perspectiva cognitivo-comportamental, se clarificaban los mitos populares y los integrantes tenían la ocasión de ser hipnotizados e hipnotizarse unos a otros bajo supervisión. Los resultados revelaron que, después de haber hecho el curso, descendieron las actitudes negativas hacia la hipnosis, mientras que se robustecían las actitudes positivas que tenían antes, y se establecían nuevas, vinculadas con el contenido del curso. A pesar de que este estudio muestra la limitación de no haber incluido un grupo control, se concluyó que el aprendizaje teórico-práctico, junto con la experiencia personal de estar hipnotizado, ayudó a mejorar las actitudes hacia la hipnosis y a desvanecer las creencias erróneas, así como a impulsar un uso apropiado de la hipnosis en profesionales de la salud (Molina y Mendoza, 2006).

Capafons, Mendoza, et al. (2008) estudiaron las creencias y actitudes hacia la hipnosis de una muestra de estudiantes de Psicología de España, Estados Unidos, Portugal y Rumanía. Se vio que las personas que habían tenido una experiencia previa de hipnosis presentaban creencias adecuadas hacia la hipnosis y menos mitos y conceptos erróneos hacia la misma.

Posteriormente, en su investigación, Mendoza, Capafons, Espejo et al. (2009) examinaron la influencia de recibir información científica referida a la hipnosis acerca de las creencias y actitudes hacia la misma de los psicólogos colegiados españoles. Se suministró la 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 apuntaron que aquellos psicólogos que dijeron haber leído dicho monográfico transformaron, en general, sus creencias erróneas por otras más ajustadas, y sus actitudes negativas por otras más positivas hacia la hipnosis. Además se demostró que la EVACH-T es sensible a los cambios en las actitudes y creencias de los psicólogos hacia la hipnosis.

Asímismo, Dufresne et al. (2009) en un estudio clínico aleatorizado con mujeres, evaluó el efecto de la experiencia hipnoanalgésica sobre la hipnotizabilidad y sus opiniones acerca de la hipnosis, después de la intervención hipnótica para el dolor/ansiedad, versus la atención estándar brindada durante la interrupción del embarazo. Los resultados señalaron que las opiniones sobre la hipnosis se transformaron con la experiencia hipnótica, en comparación con la atención estándar, pero no se relacionaron con la hipnotizabilidad. La exposición hipnoanalgésica no intervino de manera significativa en la hipnotizabilidad, aunque sí en las opiniones acerca de la hipnosis. Conforme los resultados anteriores, la percepción de automaticidad parece predecir mejor la hipnotizabilidad.

Por último, Martín et al. (2010) hicieron una investigación con profesionales de la salud de Cuba en la que se buscó analizar si recibir información acerca de la hipnosis por medio de una conferencia podía cambiar las actitudes y las creencias erróneas sobre la hipnosis. Se pasó la EVACH-T a dos grupos, antes y después de recibir una conferencia. El primer grupo asistió a una conferencia sobre hipnosis y el segundo una conferencia sobre urología. Los resultados mostraron que hubo diferencias significativas entre los grupos, en el sentido de que el primer grupo presentó una actitud más positiva hacia la hipnosis tras recibir la conferencia, pero en el pretest, ambos grupos mostraron creencias erróneas parecidas acerca de la hipnosis. Las ideas acerca de la influencia de la hipnosis en la memoria cambiaron de manera significativa en el primer grupo después de recibir la conferencia sobre hipnosis, pero no en el segundo. Por lo que, la conferencia sobre la hipnosis tuvo un impacto significativo en el ajuste de las creencias erróneas de las personas acerca de la memoria y la hipnosis.

### **1.8.5. INVESTIGACIONES QUE EVALÚAN LAS FUENTES DE INFORMACIÓN EN LAS QUE SE BASA EL CONOCIMIENTO DE LA HIPNOSIS.**

Este tipo de estudios poseen la finalidad específica de examinar estas fuentes y observar su influencia en las creencias y las actitudes hacia la hipnosis.

Barling y De Lucchi (2004) analizaron las fuentes de los integrantes en su estudio y hallaron que aquellos que habían adquirido la información acerca de la hipnosis a través de la experiencia personal tenían un conocimiento significativamente más riguroso sobre ella que los que lo habían obtenido por medio de presentaciones de televisión o espectáculos. Asimismo, los primeros poseían creencias más positivas y tenían menos miedo a la hipnosis que los segundos (Barling y De Lucchi, 2004).

Gow et al. (2006) estudiaron en 279 participantes australianos las fuentes de influencia en las actitudes y las creencias erróneas de la hipnosis. Los resultados mostraron un apoyo de moderado a fuerte de ciertas concepciones erróneas sobre la hipnosis, como que la hipnosis es una herramienta usada por un hipnotizador controlador y una manera de entretenimiento en el que las personas son conducidas a actuar de forma no usual en ellas. Se descubrió, además, que las fuentes de influencia más frecuentes fueron la televisión, los hipnotizadores de espectáculo y las películas.

Yu (2006), empleando las muestras de sus estudios ya citados con estudiantes (Yu, 2004a) y profesionales (Yu, 2004b), examinó las fuentes de información por las que los chinos de Hong Kong adquirirían sus conocimientos sobre la hipnosis y sus aplicaciones, y su influencia en las actitudes de las dos muestras. Los resultados mostraron que los profesionales y los estudiantes consiguen la información de fuentes análogas, y éstas ni influyen ni regulan sus creencias hacia la hipnosis. Esto no es porque esas fuentes no sean capaces de cambiar las creencias y actitudes hacia la hipnosis, sino porque hay una falta de experiencia con la hipnosis entre los chinos y, la poca que existe es inadecuada. Así, la mayoría del material que los participantes refirieron como su fuente de información era el relacionado con la hipnosis en medios de entretenimiento, lo cual puede explicar su desconfianza a ser hipnotizados (Yu, 2006).

McIntosh y Hawney (1983) analizaron 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 fue representativa del 10% de la población total de dicho centro médico. El 80% había escuchado con anterioridad sobre la utilidad de la hipnosis en medicina. Acerca del tratamiento, el 36,6% aceptaría



hipnoterapia si se lo recomendara su médico, el 5.5% rechazaría el tratamiento de hipnosis y el porcentaje restante pediría más información antes de tomar una decisión. Se vió una relación significativa entre el pre conocimiento de la hipnosis médica y la aceptación de la hipnoterapia, y entre la fuente de información y la actitud al tratamiento. Las personas cuyos conocimientos se basaron en fuentes de información asociadas con la televisión o espectáculos, rechazaron el uso clínico de la hipnosis.

En la literatura sobresalen los estudios siguientes acerca del impacto de los espectáculos en las actitudes hacia la hipnosis. Echterling y Whalen (1995) investigaron las disparidades entre el público de un espectáculo de hipnosis y el de una disertación de hipnosis clínica. Fueron 205 estudiantes universitarios los que efectuaron medidas pre-test antes de ver un programa de hipnosis, acudir a la conferencia o ser integrante del grupo control. Pasadas entre una y tres semanas finalizaron las medidas post-test. En este estudio se concluyó que tanto una experiencia como la otra incrementaron la motivación de las personas a emplear la hipnosis y redujeron la creencia de que la hipnotizabilidad está asociada con ser poco inteligente. Además, la conferencia promovió la creencia de que la hipnotizabilidad evidencia la creatividad y el auto-control. Pero mientras que la conferencia contribuyó a disminuir la creencia de que la persona hipnotizada actúa como un autómatas que acata todas las sugerencias, el espectáculo de hipnosis acrecentó esta creencia entre sus asistentes.

Posteriormente, Mackillop, Lynn, y Meyer (2004) analizaron las actitudes hacia la hipnosis antes y después de contemplar un espectáculo de hipnosis, al cual asistieron como espectadores 67 personas, más 6, que participaron en dicho espectáculo. Los investigadores no hallaron un cambio hacia unas actitudes negativas tras el espectáculo. No obstante, los autores señalaron que las personas que participaron ya poseían actitudes muy positivas antes de presentarse al espectáculo, lo cual pudo entorpecer localizar diferencias.

En general **podemos afirmar que aquellas personas que han adquirido la información acerca de la hipnosis a través de espectáculos o programas de televisión sostienen creencias erróneas sobre la hipnosis y se muestran reticentes a ser hipnotizadas. Sin embargo, las personas que han tenido experiencias con esta técnica, manifiestan poseer actitudes positivas hacia la hipnosis y a ser hipnotizadas. Igualmente, las actitudes que se basan en experiencias directas con el objeto de actitud cuentan no sólo con el elemento afectivo de la actitud, sino también con el cognitivo, que son las creencias. Por lo tanto, al haber consistencia afectivo-cognitiva, estas actitudes son más estables en el tiempo y predicen mejor la conducta hacia el objeto de actitud** (Schlegel y DiTecco, 1982). Por ello, **el tener información adecuada sobre la**

**hipnosis, habiendo esclarecido sus mitos, y el haber tenido experiencias hipnóticas, son las características que ayudan a la conservación de actitudes positivas y estables hacia la hipnosis.**

#### **1.8.6. INVESTIGACIONES SOBRE LAS ACTITUDES HACIA LA HIPNOSIS Y OTROS CONSTRUCTOS**

Spanos y McPeake (1975), en un grupo de 183 personas, evaluaron la absorción, conocida como la implicación en tareas imaginativas de la vida cotidiana, las actitudes hacia la hipnosis y la sugestionabilidad hipnótica. En los resultados se hallaron asociaciones entre estos tres aspectos. De esta forma, los participantes que puntuaron alto en absorción, tendían a poseer actitudes positivas hacia la hipnosis, a la vez que los que puntuaron bajo tendían a tener actitudes menos positivas. Una explicación posible sobre esta tendencia es que las personas a las que les agradan las actividades imaginativas no se ven amenazadas por actividades psicológicas poco habituales, como puede ser el contexto hipnótico. Este resultado fue repetido en el estudio de Spanos et al. (1987), pero en éste, en la correlación entre absorción y actitudes positivas, la combinación lineal de actitudes y la absorción pronosticaba mejor la respuesta hipnótica que cualquiera de estos dos aspectos por separado.

Green (2012) utilizando una muestra de 448 estudiantes que fueron definidos como altos, medios y bajos en hipnotizabilidad, tras haberles pasado la *Harvard Group Scale of Hypnotic Susceptibility, Form A* (HGSHS:A; Shor y Orne, 1962) y la EVACH-C (Capafons et al., 2003; 2004; Capafons et al., 2015; Carvalho et al., 2007) con el fin de evaluar las actitudes hacia la hipnosis, sostiene que, cuanto mayor sea el grado de hipnotizabilidad, mayor será la creencia de que la hipnosis es una técnica útil y un adjunto adecuado a las terapias médicas (Green, 2012).

---

## 1.9. Creencias y actitudes hacia la hipnosis: instrumentos de evaluación.

---

Para conocer las creencias y actitudes hacia la hipnosis se han desarrollado diversos tipos de instrumentos, sobre todo de “lápiz y papel” (Mendoza, Capafons, y Flores, 2009). La mayoría de esos instrumentos están publicados en lengua inglesa (Mendoza, Capafons, y Flores, 2009).

En cuanto a la bibliografía revisada en castellano está el **Cuestionario de Creencias Hipnóticas de Cangas y Rojas (1999)**, un instrumento que, a pesar de que tiene unos índices de fiabilidad y validez aceptables, presenta algunas limitaciones metodológicas por el reducido número de participantes usados para su validación, pocos ítems y la redundancia entre los mismos (Capafons et al., 2003).

Debido a la falta de instrumentos validados en castellano sobre evaluación de actitudes hacia la hipnosis, y a la nula presencia de análisis factoriales confirmatorios en las escalas anglosajonas, además de la existencia de nuevos mitos que no recogían la mayoría de estas escalas (como el de la memoria incrementada) se desarrollaron las **Escalas de Valencia de Actitudes y Creencias hacia la Hipnosis** (Capafons et al., 2003; Capafons et al., 2004; Capafons, Morales et al., 2006), versiones Cliente y Terapeuta (ver Anexo).

Primeramente, se hizo una versión para clientes, la EVACH-C (Capafons, et al., 2003). Este instrumento contaba con 28 ítems, algunos de los cuales se sacaron del *Hypnosis Survey Beliefs* (Keller, 1996), y de algunos otros de los instrumentos existentes (Eimer y Freeman, 1998; McConkey, 1986; McConkey y Jupp, 1986; Nickisson, 1997; Spanos et al., 1987). Otros fueron construidos considerando los mitos principales acerca de la hipnosis planteados por Capafons (1998, 2009), los cuales son asiduamente referidos en la literatura científica sobre la hipnosis (Capafons, et al., 2015). La escala de respuesta fue de cinco puntos, tomada del cuestionario de Keller (1996).

En su primera versión se hizo un estudio con metodología factorial exploratoria (Capafons et al., 2003) en el que se hallaron un total de seis factores: Autómata, Ayuda, Control Personal, Interés, Solución Mágica y Colaboración. Tras los análisis, se eliminó un elemento de la escala por saturar bajo en varios factores, y se mantuvieron dos elementos fuera de los factores y de las interpretaciones, aunque se dejaron en la escala como ítems criterioles. La consistencia interna de la escala mostró ser satisfactoria, aunque las correlaciones test-retest de los factores Solución Mágica y Colaboración necesitaban ser mejoradas ( $r_{xy} = 0.54, p < 0.01$ ;  $r_{xy} = 0.39, p < 0.01$ , respectivamente). Sin embargo, la escala

fue sensible a los cambios en creencias y actitudes hacia la hipnosis provocados por un conjunto de intervenciones destinadas a modificarlas (Capafons, Cabañas et al., 2005; Capafons, Selma et al., 2006). Justamente por ello, y puesto que la estructura factorial fue muy satisfactoria, en un trabajo posterior se estudió si se mantenía en un análisis factorial confirmatorio. La estructura factorial obtenida con el análisis factorial confirmatorio se adecuó a la obtenida en el estudio exploratorio anterior (Capafons et al., 2003), la cual, a su vez, reflejó los principales mitos y creencias erróneas hacia la hipnosis descritos por Capafons (1998).

Más tarde, (Carvalho et al., 2007) examinó las propiedades psicométricas y la estructura factorial de la EVACH-C revisada, ya que se habían encontrado ítems con redacciones deficientes, y no se incorporaban ítems sobre el mito de la memoria incrementada. En general, los cambios con respecto a la versión anterior son la mejora de la redacción de algunos ítems y el cambio en el formato de respuesta, que pasó de escala tipo Likert de 5 puntos, a una tipo Likert de 6, ya que la de 5 no era lineal, y responder 1 significaba estar en desacuerdo, pero a partir de 2 ya quería decir estar de acuerdo, tal como Keller (1996) lo había definido. Además, se incluyeron siete novedosos elementos. Tres nuevos ítems formaron un nuevo factor, cuyo contenido se refiere a la capacidad de la memoria bajo hipnosis. Otros tres ítems constituyeron parte de otro factor acerca de la credulidad sobre la hipnosis, y un nuevo ítem hizo referencia al contenido del factor Solución Mágica. La escala resultante se tradujo al portugués y viceversa, para ver si había matices en las traducciones (Carvalho et al. 2007), y se pasó a una muestra de estudiantes portugueses. El análisis factorial exploratorio mostró una estructura de 8 factores: Interés/Atracción, Memoria/Mágica, Ayuda, Control, Colaboración, Marginal, Miedo y Autómata, estructura que es similar a la versión para terapeutas de esta escala (EVACH-T). Asimismo, la escala mostró una fiabilidad y una consistencia interna buenas y los resultados indicaron que la escala es sensible a los cambios en las actitudes y creencias hacia la hipnosis que se consiguen tras tener experiencia con la hipnosis en un contexto científico. No obstante, la versión portuguesa que presentamos aquí, fue revisada por un tercer investigador portugués que introdujo una mínima variación en sólo una palabra.

Tal como se ha indicado anteriormente, dado que el tipo de creencias sobre la hipnosis que tengan los profesionales de la salud puede llevar a una buena o mala utilización de la misma, se desarrolló una versión adaptada para terapeutas de la EVACH-C, la EVACH-T (Capafons, Morales et al., 2006). Esta escala para terapeutas consta de 37 ítems, con una escala de respuesta tipo Likert de seis puntos, que oscila entre “1 Completamente en

desacuerdo” y “6 Completamente de acuerdo”. La versión terapeuta se diferencia de la versión cliente en la redacción de algunos ítems que se adaptaron para terapeutas ajustando su contenido a la experiencia del mismo en su práctica (Capafons, Morales et al., 2006).

Se realizó una investigación sobre las propiedades psicométricas y la estructura factorial con metodología exploratoria de la EVACH-T (Capafons, Morales et al., 2006). Los resultados indican que la escala presenta una estructura factorial de 8 factores. El factor denominado Miedo (incluye los ítems: 4, 7, 16, 18, 19 y 20) explica el 23.93% de la varianza y refleja el miedo a perder el control bajo hipnosis, a quedar a merced del hipnotizador o a quedarse enganchado en un trance hipnótico. El factor llamado Memoria/Trance (ítems: 3, 30, 31, 32 y 33) explica el 10% de la varianza y se refiere a que la persona hipnotizada está en un estado de trance que le permite acceder a recuerdos de sucesos pasados que no recordaba y que le impide mentir sobre lo que mentiría en condiciones normales. El factor Ayuda (ítems: 1, 10, 12, 17, 23, 29 y 37) explica el 3.67% de la varianza y se refiere a la visión de la hipnosis como una técnica que facilita los resultados terapéuticos y mejora las intervenciones médicas y psicológicas a las que se adjunta. El factor Control (ítems: 14, 15, 21, 22, 24 y 25) explica un 3.29% de la varianza y tiene que ver con el mantenimiento del control voluntario cuando se está hipnotizado. El factor denominado Colaboración (ítems: 2, 8, y 13) explica un 3.09% de la varianza y se refiere al esfuerzo y la colaboración necesarios por parte de la persona hipnotizada para experimentar las sugerencias hipnóticas. El factor Interés (ítems: 26, 27 y 28) explica un 2.62% de la varianza y hace referencia al agrado o interés de la persona por ser hipnotizada. El factor Mágica (ítems: 5, 6, y 9) explica el 1.35% de la varianza y se refiere a la visión de la hipnosis como una solución mágica a los problemas sin requerir esfuerzo alguno ni considerar otros factores necesarios para el cambio. Por último, el factor Marginal (ítems: 34, 35, y 36) que explica un 1.18% de la varianza, incluye creencias relacionadas con considerar la hipnosis al margen de la investigación científica, y a la persona hipnotizada al margen de la normalidad.

Las correlaciones entre los factores fueron significativas excepto en los casos de Memoria con Interés y Ayuda, y de Mágica con Ayuda e Interés. Asimismo, las correlaciones entre el factor Miedo y los demás son todas significativas y en la dirección esperable, es decir, correlaciones negativas con factores de creencias ajustadas, y positivas con factores de creencias erróneas.

Tanto los índices de consistencia interna de las subescalas son aceptables y oscilan entre 0.57 (factor Marginal) y 0.87 (factor Ayuda), como las correlaciones test-retest entre los

factores fueron todas significativas ( $p < 0.001$ ) y oscilaron entre 0.59 (factor Mágica) y 0.82 del Factor Miedo.

Posteriormente, Capafons, Espejo, et al. (2008) realizaron el análisis confirmatorio de la EVACH-T con una muestra diferente de profesionales de la salud de distintos Colegios Oficiales de Psicólogos de España. Los resultados confirmaron la estructura factorial de ocho factores obtenidos previamente en el análisis exploratorio de la escala (Capafons, Morales et al., 2006). Los factores fueron: Miedo (ítems: 4, 7, 16 (inverso), 18, 19 y 20); Memoria (ítems: 3, 30, 31, 32 y 33); Ayuda (ítems: 1, 10, 12, 17, 23, 29 y 37,); Control (ítems: 14, 15, 21, 22 (inverso), 24 y 25); Colaboración (ítems: 2, 8, 13); Interés (ítems: 26, 27, 28); Mágica (ítems: 5, 6, 9) y Marginal (ítems: 34, 35, 36). Todas las saturaciones factoriales fueron satisfactorias, a excepción del ítem 3 en el factor Memoria y del ítem 21 en el factor Control, así que se optó por eliminar esos ítems mejorando así la estructura factorial obtenida. Debe destacarse que la fiabilidad de cada factor fue satisfactoria siendo la más baja, curiosamente, la del factor Miedo (0.82). Con respecto a la correlación entre factores, decir que todos los factores correlacionan de manera significativa unos con los otros, con excepción de Mágica con Ayuda. Dos de las correlaciones son bajas, aunque son significativas, probablemente debido al tamaño de la muestra: Ayuda con Memoria (-0.11) y Mágica con Interés (-0.09).

Relativo a la consistencia interna y fiabilidad test-retest de la EVACH-T, los resultados señalan que todos los factores tienen buenos índices de fiabilidad/estabilidad test-retest, a excepción de los factores Colaboración (0.62), Mágica (0.50) y Marginal (0.61), cuya fiabilidad es más baja.

Por otro lado, para saber si la estructura factorial obtenida por EVACH-C era transcultural, Capafons, Mendoza et al. (2008) realizaron un estudio multicultural usando la EVACH-C. La muestra fue obtenida en España, Portugal, Estados Unidos y Rumanía. Los resultados apuntaron a una solución factorial de 8 factores, que explica el 56.1% de la varianza, similar a las halladas en otras investigaciones de la escala. El factor Ayuda (ítems: 1, 12, 17, 23 y 27) explica el 16.68% de la varianza y se refiere a que la hipnosis es una técnica útil para obtener resultados terapéuticos. El factor Control Personal (ítems 14, 15, 21, 24 y 25) explica el 13.68% de la varianza e indica que las personas bajo hipnosis mantienen el control de sus actos y las respuestas hipnóticas son voluntarias. El factor Solución Mágica explica el 6.61% de la varianza (ítems: 5, 6, 7 (eliminado) y 9) y describe que la hipnosis es la solución mágica a varios tipos de problemas sin necesitar de hacer esfuerzo, ni nada para cambiar. El factor Interés explica el 5.31% de la varianza y está compuesto por los ítems 26, 27, 28 y 29 y refleja el interés que las personas muestran hacia la hipnosis, o por ser

hipnotizadas. El factor Colaboración (ítems: 2, 3, 8 y 13) explica el 4.20% de la varianza y se refiere a que debe existir colaboración entre el hipnotizador y la persona hipnotizada para lograr una respuesta hipnótica. El factor Miedo (ítems 4, 16, 18, 19, 20 y 22 (eliminado)) explica el 3.48% de la varianza y tiene que ver con tener miedo a perder el control bajo hipnosis, quedar bajo el control del hipnotizador o bien, quedar atrapado en un trance hipnótico o no ser capaz de salir del mismo. El factor Memoria/Trance (ítems: 3, 31, 32, 33) explica el 3.32% de la varianza y se refiere a la creencia que la persona hipnotizada está en trance, lo cual le permite tener acceso a recuerdos que de otra forma no recordaría. También alude a que bajo hipnosis se fuerza a las personas a contar toda la verdad sobre cosas en las que normalmente mentirían. Finalmente el último factor denominado Marginal (ítems: 11, 34, 35 y 36) explica el 2.83% de la varianza y quiere decir que la hipnosis está al margen de la investigación científica y que la persona hipnotizada posee características fuera de lo común. Las correlaciones entre los factores son estadísticamente significativas. Con respecto a la consistencia interna de los factores es buena, oscilando entre 0.58 y 0.85. Además la variable edad mostró correlación estadísticamente significativa con los factores Control, Solución Mágica, Colaboración, Miedo y Memoria/Trance. Quizá, esto fue debido al gran tamaño de la muestra. Con respecto a la variable sexo, las mujeres mostraron puntuaciones más altas que los hombres en los factores Colaboración, Miedo, Memoria/Trance; mientras que los hombres obtuvieron puntuaciones superiores en los factores Control y Marginal. Relativo al efecto de poseer conocimiento científico y experiencia personal con hipnosis, se encontraron diferencias significativas en todos los factores a excepción de los factores Colaboración y Solución Mágica dependiendo de si los participantes habían sido hipnotizados o no. Concretamente los participantes que fueron hipnotizados mostraron puntuaciones más altas en los factores Miedo, Control e Interés y más bajas en los factores Miedo, Memoria/Trance y Marginal.

No se hallaron diferencias significativas en los participantes que fueron hipnotizados por un profesional u otro. La variable “haber recibido información sobre la hipnosis” produjo diferencias estadísticamente significativas en los factores, con excepción del factor Memoria/Trance. Finalmente, con relación al tipo de información recibida, los participantes que recibieron información científica obtuvieron puntuaciones altas en los factores Ayuda, Control, Interés y Colaboración y puntuaciones más bajas en los factores Solución Mágica, Miedo, Memoria/Trance y Marginal.

En otra investigación de Green et al. (2012) trataron de comprobar si los modelos factoriales obtenidos por Carvalho et al. (2007) y Capafons, Mendoza et al. (2008) con

muestras portuguesa y multicultural se replicaban en Estados Unidos. La muestra se compuso de 1.141 estudiantes de habla inglesa a los que se les administró la EVACH-C traducida al inglés, traducción revisada por investigadores españoles. Los estudiantes que respondieron a la EVACH-C una vez fueron incluidos en el análisis factorial exploratorio y aquellos que la cumplimentaron en dos momentos temporales diferentes fueron incluidos en el análisis factorial confirmatorio. Los resultados del análisis exploratorio indicaron una estructura factorial de 8 factores que explicó el 66% de la varianza. El análisis confirmatorio indicó un ajuste adecuado entre el modelo hallado con los modelos factoriales de Carvalho et al. (2007) y Capafons, Mendoza et al. (2008) con muestras portuguesa y multicultural, respectivamente. Esta investigación confirma los resultados de anteriores investigaciones relativos a las propiedades psicométricas de la EVACH-C. A diferencia de los modelos propuestos por Carvalho et al. (2007) y Capafons, Mendoza et al. (2008), en el modelo de Green et al. (2012) los dos ítems que hablan del trance (3 y 33) de la EVACH-T saturan en el factor Colaboración. En el modelo propuesto por Capafons, Mendoza et al. (2008) esos ítems saturan en diferentes factores, siendo el ítem 3 el que satura en el factor Colaboración y el ítem 33 satura en el factor Memoria/Trance. En la solución factorial de Carvalho et al. (2007) el ítem 33 satura en el factor Memoria/Trance y el ítem 3 no satura en ningún factor. Debido a que en esta investigación, ambos ítems saturan en un mismo factor y abarcan el 40% de los ítems del factor, Green et al. (2012) propusieron renombrarlo como Colaboración/Trance, simplificando así el factor Memoria/Trance a sólo Memoria puesto que ninguno de los ítems de trance satura en el mismo. A diferencia de las investigaciones de Capafons, Mendoza et al. (2008) y Carvalho et al. (2007) el ítem 34 (“La hipnosis se desarrolla al margen de la investigación científica”) no satura en el factor Marginal. Curiosamente, no satura en ningún factor, quizá sea debido a la traducción o interpretación, por parte de los participantes, del ítem, sin olvidar que los estudios previos de la EVACH-C fueron realizados en muestras con participantes de habla castellana y portuguesa. Por último, el ítem 22 saturó en el factor Control, al igual que en el estudio de Carvalho et al. (2007) sin embargo, en el estudio de Capafons, Mendoza et al. (2008) ese ítem fue eliminado debido a que saturó simultáneamente en dos factores (Miedo y Control). Concretamente, en el estudio de Capafons, Mendoza et al. (2008) cuatro ítems (7, 16, 22, 29) saturaron significativamente en varios factores a diferencia de este estudio que saturaron sólo en un factor.

Finalmente, la solución de *clusters* independientes realizada en esta investigación, proporcionó una interpretación más simple de los factores así como de sus intercorrelaciones en contraposición a las investigaciones previas. Las propiedades psicométricas de la



EVACH-C en este estudio son buenas. La consistencia interna osciló entre 0.61 y 0.90 y la fiabilidad test-retest osciló entre 0.58 y 0.83.

---

## **1.10. Justificación del estudio**

---

Mediante la consecución de los diversos modelos de ecuaciones estructurales (teóricamente plausibles y matemáticamente precisos) se pretende llegar a una comprensión más profunda, tanto de las dimensiones (o variables latentes) de la EVACH-C, como del modo en que éstas se relacionan entre ellas.

Este entendimiento nos ayudará a tener, tanto una visión de conjunto, o global, como pormenorizada de esta realidad, tan compleja como apasionante.

Asimismo, describiremos diversos perfiles (o recorridos dentro de cada modelo), correspondientes a diferentes maneras de concebir la hipnosis, que podrían corresponderse, a la vez, con distintos grupos de personas, dentro de una misma sociedad.

Con ello, pretendemos que estos resultados reviertan en facilitar el abordaje terapéutico mediante hipnosis como coadyuvante, ya que estamos penetrando en el modo en que se percibe, se imagina, se siente y se vive este campo de estudio y conjunto de procedimientos sugestivos llamados hipnosis, que difícilmente deja a nadie indiferente.

Además, con este estudio abrimos un campo más amplio de investigación, ya que hasta ahora no se había hecho algo similar (estamos dando un paso más allá), con las dimensiones de la EVACH-C.

---

## 1.11. Hipótesis

---

En este apartado consideramos la palabra “hipótesis” dentro de un *paradigma post-positivista*. Más que “suposiciones que se aceptan o se rechazan” en función de los resultados, las hipótesis se plantean como “*preguntas formalizadas*”. En este punto formalizamos nuestros planteamientos iniciales sobre qué ideas son las más importantes a la hora de construir un modelo de ecuaciones estructurales con estos factores, que represente lo más fielmente una realidad que se está produciendo.

Para que se comprenda mejor nuestra postura, a continuación se explica muy brevemente el significado de positivismo y post positivismo.

El *positivismo* es una teoría filosófica que considera que el único medio de conocimiento es la experiencia comprobada o verificada a través de los sentidos. El positivismo manifiesta que el auténtico conocimiento es el conocimiento científico, y que ese conocimiento solo puede manar de la confirmación de las hipótesis a través del método científico.

El *post positivismo* incluye a la persona como parte del estudio. Sostiene una postura filosófica más flexible, al aceptar que la imperfección de los sentidos y el intelecto humano no permite conocer el mundo y sus causas tal y como son. Más que verificar hipótesis, hace énfasis en la pluralidad crítica como forma de probar la falsedad.

Teniendo en cuenta que hoy en día *no existen modelos previos establecidos que definan explícitamente los roles y las relaciones teóricamente definidas entre las dimensiones de la hipnosis con la Escala de Valencia de Actitudes y Creencias hacia la Hipnosis, versión Cliente (EVACH-C)* en nuestro caso. Esto, dado que la validación de este instrumento –como de la inmensa mayoría de los instrumentos desarrollados- solamente incluye un modelo de medida que vincula los indicadores -ítems- con las dimensiones teóricas -constructos-. Al indicar *solamente* no se debe entender ningún menoscabo respecto a unos modelos de medida que se han desarrollado desde el inicio del pasado siglo y que han supuesto una plataforma decisiva para la validez de constructo en multitud de ámbitos de la ciencia psicológica y social. Al contrario, solo se pretende aquí enmarcar el contexto en que se sitúa la presente propuesta que se corresponde con el esfuerzo de superación de estructuras de relación simétrica entre los constructos. Por tanto, un camino hacia modelos esencialmente basados en relaciones asimétricas (causales) entre los mismos, generalmente basando estas concepciones teóricas en modelos de ecuaciones estructurales sobre las relaciones causales entre los factores o dimensiones que integran la propuesta teórica en cada caso. En la presente propuesta, por tanto, hemos desarrollado las ideas que vienen a continuación, como puntos de

referencia sobre los que ir construyendo nuestros modelos. Solo disponíamos de algún modelo rudimentario previo, expuesto en un congreso (Capafons, Suarez y Peña, 2014), que nos aportó cierta visión de conjunto.

Estas ideas se plantearon en un principio porque nos parecieron de relevancia, como puntos de anclaje con los que poder comenzar y probar estos modelos, y esta ha sido la dinámica de modelización.

Desde un principio tuvimos en cuenta e imaginamos que *Miedo* sería un elemento muy importante dentro de los modelos. *El miedo a la hipnosis lo consideramos un factor antecedente o motor*. El hecho de que una persona tema la hipnosis o ser hipnotizada va a condicionar el resto de factores actitudinales hacia la hipnosis. Por ejemplo, si alguien manifiesta temor a la hipnosis podemos pensar que sea coherente con esos sentimientos el alejarse de ella, a través de la conducta natural de distanciarse de los objetos temidos, o simplemente no muestre interés.

A continuación de esta idea y siguiendo un camino natural, desde un principio creíamos que *Interés* podría ser un *factor consecuente o final*, ya que dependiendo de cómo se configuren las actitudes hacia la hipnosis, se derivaría el grado de interés o atracción que esta técnica sería capaz de suscitar en las personas.

Si seguimos describiendo las ideas principales de las que partíamos, tenemos a *Memoria* como otro *factor antecedente o motor*. Concebimos que las personas puedan poseer un grado determinado de creencia de que la hipnosis sirve para recuperar fidedignamente memorias de hechos pasados. A partir de este grado de creencia se podría estructurar el resto de actitudes, como por ejemplo que alguien decida colaborar con el hipnotizador para rescatar sus recuerdos olvidados o sumergidos en el inconsciente.

Prosiguiendo de manera lógica con la redacción de estas ideas principales, sugerimos que el factor *Colaboración* pudiera ser un *factor consecuente o final*, ya que, dependiendo de cómo estén estructuradas las actitudes de una persona, decida finalmente si cooperar o no con la persona que le va a hipnotizar. Si vale la pena hacer un esfuerzo para aprender hipnosis, ya que le pueda servir de ayuda en su vida.

Otro planteamiento importante es que el factor *Control* sea un *elemento antecedente o motor*. En nuestras ideas iniciales esbozamos que la creencia de que bajo hipnosis se puede llegar a perder fácilmente el control o el mando de nuestra conducta, puede condicionar al resto de variables actitudinales. Sobre todo en relación a la influencia que Control tenga sobre

Miedo y viceversa. Es decir, si una persona cree que bajo hipnosis puede perder el control de sus actos creemos que no le gustaría ser hipnotizado y puede tener miedo a la hipnosis. Y a la vez, si alguien manifiesta miedo a la hipnosis, daría lugar a la creencia de que se puede perder el control.

Como idea importante también conviene resaltar que el factor *Marginal* creemos que es un *factor consecuente o finalista*. Puede ser que todas estas ideas acerca de la hipnosis den lugar a la creencia por parte de algunos sectores de la sociedad de que la hipnosis está al margen de la investigación científica.

A continuación, en el Método, se describe detalladamente todo el procedimiento seguido para elaborar diferentes propuestas de relaciones entre las dimensiones de la escala EVACH-C para plantear y probar sucesivos modelos estructurales en este caso. En todas las situaciones se comienza por formalizar una estructura relacional asimétrica (modelo estructural) para diferentes dimensiones antecedentes -fundamentalmente, aunque también diversos consecuentes o elementos finales en diferentes casos- de manera que estructuren un modelo con relaciones asimétricas entre las ocho dimensiones de la prueba. Con este procedimiento se verifica la adecuada explicación del modelo a partir de los datos disponibles en un proceso sistemático que se detalla a continuación en el apartado metodológico. *El conjunto del procedimiento es el que garantiza la validez de constructo de las propuestas realizadas.*

## **2. MÉTODO**

---

## **2.1.Participantes**

---

Se realizaron dos pases de la EVACH-C (test y retest) en los que participaron 1678 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% (51 personas) de los participantes había sido hipnotizado previamente (34 personas por psicólogos, 2 personas por médicos y 15 personas no informaron de quién les había hipnotizado). 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.) Y el 17.4% restante no indicó la fuente de información.

---

## **2.2. Instrumento**

---

Se usó 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 otra 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, medios a través de los que se han obtenido estos conocimientos, etc.

### **Historia de la escala**

Se elaboraron las Escalas de Valencia de Actitudes y Creencias hacia la Hipnosis versiones cliente y terapeuta (VSABH-C; VSABH-T), (Capafons, et al., 2003; Capafons, et al., 2004; Capafons, et al., 2006).

La primera versión de estas escalas fue la de Cliente (VSABH-C, Capafons et al., 2003). Este instrumento constaba de 28 ítems, algunos de los cuales se extrajeron del Hypnosis Survey Beliefs (Keller, 1996), y de otros instrumentos existentes (Eimer y Freeman, 1998; McConkey, 1986; McConkey y Jupp, 1986; Nickisson, 1997; Spanos et al., 1987). Otros ítems fueron elaborados considerando los principales mitos sobre la hipnosis propuestos por diversos autores, y sintetizados por Capafons (1998, 2009). El formato de respuesta de esta primera versión de la VSABH-C fue tomado del cuestionario de Keller (1996). Constaba de cinco puntos (desde 1 = “Desacuerdo”, hasta 5 = “Completo Acuerdo”). Sobre esta versión se hizo un Análisis Factorial Exploratorio (AFE) que mostró un total de seis factores (Capafons et al., 2003): 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 ( $r_{xy} = 0.54$ ,  $p < 0.01$ ;  $r_{xy} = 0.38$ ,  $p < 0.01$ , respectivamente). Posteriormente, la escala se amplió a 34 ítems añadiéndose algunos que evaluaban la influencia de la hipnosis sobre la memoria, pero mantuvo el formato de respuesta. Sobre esta segunda versión se realizó un Análisis Factorial Confirmatorio (Capafons, et al., 2004) que mostró una estructura factorial de 8 factores (Control, Ayuda, Autómata, Solución Mágica, Colaboración, Interés, Memoria y Marginal), con una buena fiabilidad y buen test-retest, excepto para el factor Control. Además, esta segunda versión de la VSABH-C fue sensible a los cambios en creencias y actitudes hacia la hipnosis provocados por un conjunto de intervenciones destinadas a modificarlas (Capafons, et al., 2005; Capafons, Selma et al., 2006). No obstante, se observó que la escala todavía presentaba una serie de fallos y problemas en la redacción de ítems, algunos con preguntas dobles, o redactados con doble negación. Pero especialmente el formato de respuesta no era adecuado ya que estaba desequilibrado a favor del acuerdo. Por todo ello, se creó una tercera versión de la VSABH-C mejorando la redacción de algunos ítems, desdoblándolos y eliminando las dobles negaciones. Además se cambió el formato de respuesta a una escala tipo Likert con 6 puntos, equilibrando el desacuerdo con el acuerdo (1 “Completamente en Desacuerdo”, 6 “Completamente de Acuerdo”). Esta tercera versión de la VSABH-C de 37 ítems empezó a estudiarse en distintos países, siendo los primeros en publicar resultados Carvalho et al. (2007) con metodología de EFA usando una muestra portuguesa. Estos autores encontraron una estructura de 8 factores: Interés/Atracción, Memoria/Mágica, Ayuda, Control, Colaboración, Marginal, Miedo y Autómata, muy similar a la encontrada por Capafons et al. (2004) con la versión de 34 ítems. Asimismo, VSABH-C de 37 ítems mostró una fiabilidad y una consistencia interna buenas. Finalmente, los resultados indicaron que la escala era sensible a los cambios en las actitudes y creencias hacia la hipnosis que se suelen

dar tras tener la experiencia de ser hipnotizado en un contexto científico (Carvalho et al., 2007).

Por otro lado, para saber si la estructura factorial hallada por Carvalho et al. (2007) era transcultural, (Capafons, Mendoza et al. 2008) realizaron un estudio multicultural usando la misma versión VSABH-C. La muestra fue obtenida en España, Portugal, Estados Unidos y Rumanía con un total de 1820 estudiantes. Los resultados del EFA mostraron una solución factorial de 8 factores similar a la encontrada por Carvalho et al. (2007), con ligeras oscilaciones en la localización e importancia de los ítems en sus factores.

Green, Houts y Capafons (2012) realizaron un CFA con la misma versión de la VSABH-C en muestra exclusivamente de USA, compuesta por 1141 estudiantes de habla inglesa. Los resultados del CFA mostraron de nuevo una estructura factorial de 8 factores casi idéntica a las mencionadas. El CFA indicó un ajuste adecuado entre el modelo hallado con los modelos factoriales exploratorios de Carvalho et al. (2007), pero más próximo al obtenido por Capafons, Mendoza et al. (2008). Por último, Capafons et al. (2015) realizaron un CFA con una muestra solo española de 1678 estudiantes. Los resultados mostraron una vez más los 8 factores obtenidos en las investigaciones mencionadas: Miedo, Memoria, Ayuda, Control, Colaboración, Interés, Mágica y Marginal. La consistencia interna y el test retest fueron muy satisfactorios en general.

Por otro lado, se desarrolló una versión de la VSABH-C adaptada específicamente para terapeutas: la VSABH-T (Capafons, Morales et al., 2006). Consta también de 37 ítems, con un formato de respuesta tipo Likert de seis puntos idéntica la VSABH-C. La VSABH-T se diferencia de la VSABH-C en la redacción de algunos ítems que evalúan las actitudes hacia el uso de la hipnosis con clientes, y creencias sobre su utilidad, etc. Capafons, Morales et al., (2006) realizaron un AFE que volvió a mostrar una estructura factorial con los mismos 8 factores obtenidos con la versión cliente, también con fiabilidades satisfactorias. Un AFC realizado por Capafons, Espejo y Mendoza (2008), proporcionó finalmente una estructura factorial casi idéntica a las mencionadas, con los 8 factores, mostrando, además, buena fiabilidad, tanto en consistencia interna como en test-retest.

Además, un AFC realizado con muestra portuguesa obtuvo resultados muy parecidos a los españoles, a los ingleses, al estudio internacional, y a la versión VSABH-T. Fue encontrada la estructura de los 8: Miedo, Memoria, Ayuda, Control, Colaboración, Interés, Mágica y Marginal, con una adecuada consistencia interna y fiabilidad test-retest. (Capafons, A., Suárez-Rodríguez, J., Molina-del-Peral, J. A., y Mendoza M. E. (en prensa)).



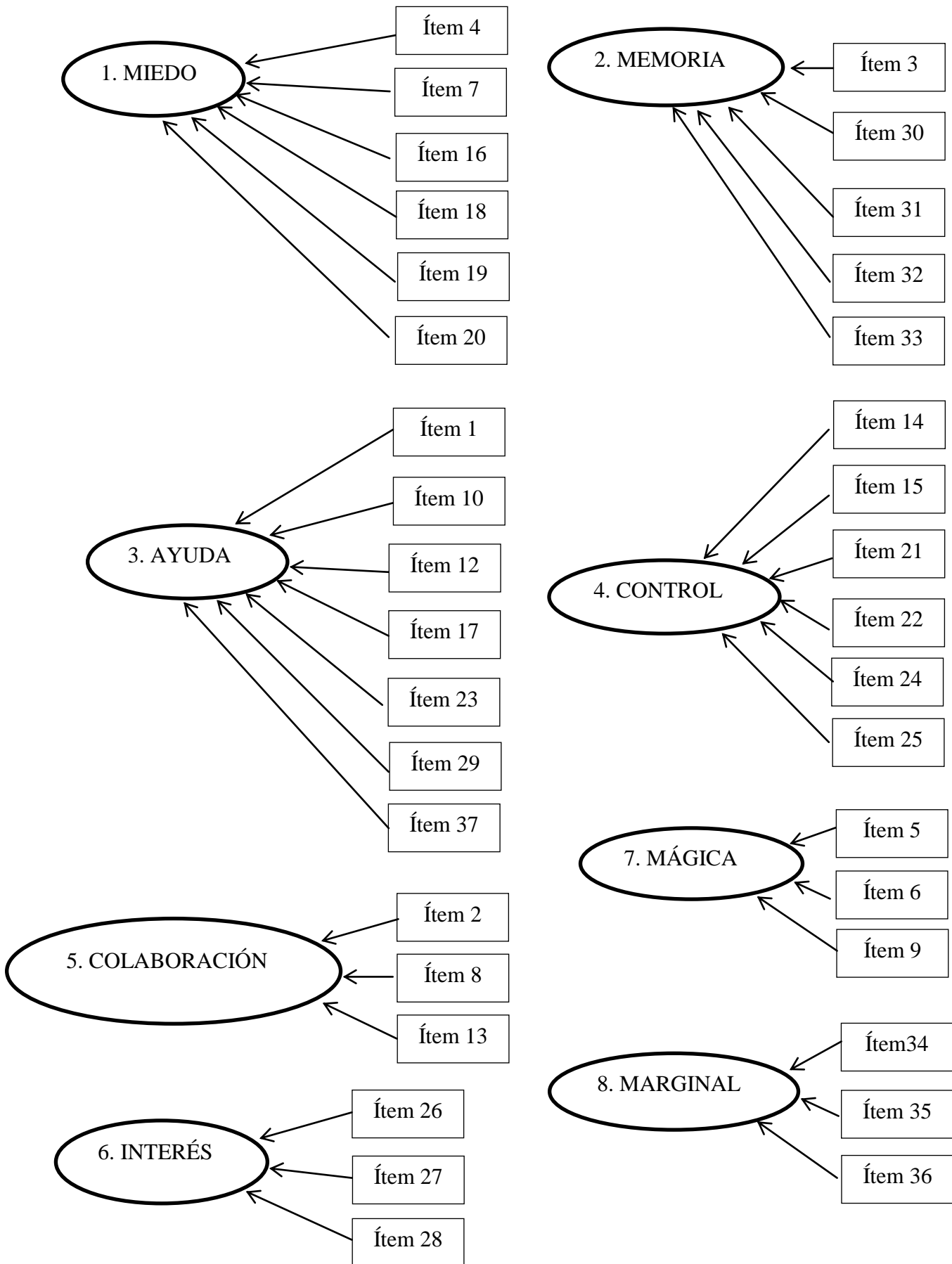
Así pues, parece que, tanto quienes reciben la hipnosis, como quienes la aplican organizan sus creencias y actitudes hacia la hipnosis en torno a 8 dimensiones, y estas dimensiones, además, parecen transculturales, con solo mínimas variaciones en la ubicación de los ítems y en el peso que tiene en cada factor.

Puede encontrarse la EVACH-C en el punto número 8 de Anexos.

A continuación se encuentra detallado el **Modelo de Medida de la escala**, es decir, qué ítems corresponden con cada factor y el número que le corresponde a cada uno de ellos. Además de una breve explicación del significado de cada uno de los factores.

# MODELO DE MEDIDA

Con relaciones simétricas entre todas las dimensiones latentes



## EXPLICACIÓN DEL SIGNIFICADO DE LOS FACTORES:

- El factor **Miedo** hace referencia a tener temor a la hipnosis, a pensar que podría ser una técnica peligrosa y a perder el control.
- El factor **Memoria** hace referencia a que bajo hipnosis la persona es capaz de recordar la verdad, que la hipnosis puede utilizarse como una herramienta para confirmar hechos acaecidos en el pasado, que es imposible mentir bajo hipnosis, y al mismo tiempo tiene que ver con la creencia de que la hipnosis es un estado de trance.
- El factor **Ayuda** indica la visión de la hipnosis como una técnica facilitadora de los resultados terapéuticos y que fomenta el autocontrol.
- El factor **Control** hace alusión al mantenimiento del dominio comportamental mientras se está bajo hipnosis.
- El factor **Colaboración** se relaciona con las creencias de que la hipnosis implica un esfuerzo y cooperación por parte de la persona hipnotizada.
- El factor **Interés** se relaciona con la atracción o disposición que muestra una persona por ser hipnotizada y/o hipnotizable, y por aprender sobre hipnosis.
- El factor **Mágica** tiene que ver con una visión de la hipnosis como una solución rápida y sin esfuerzo por parte de la persona hipnotizada para resolver la mayoría de sus problemas.
- El factor **Marginal** incluye las creencias de que la hipnosis no pertenece a la ciencia y de que la persona hipnotizable es crédula, ignorante y dependiente.

---

## 2.3.Procedimiento

---

Los pases se realizaron en grupos por otro profesorado de la Universitat de València diferente de los/las investigadores/as, y por 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, si eran necesarias, por teléfono y otros medios disponibles.

A los participantes se les decía 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 y se pidió que respondieran 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). Finalmente, se les comunicaba que la participación en el estudio era voluntaria sin contraprestación económica ni académica alguna.

Sobre el pase del retest, realizado un mes más tarde, quienes aplicaban la prueba debían decir a los participantes 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, no en lo que pudieran haber respondido en el pase anterior.

De esta muestra general de 1678 participantes, **se han obtenido dos sub-muestras A y B, compuestas de 839 personas cada una.** Para ello, se ha utilizado toda la información disponible. A continuación, se ha verificado la equivalencia de ambas muestras a nivel univariado y bivariado. Los resultados obtenidos no presentan diferencias relevantes entre ambas muestras en las dimensiones del cuestionario. En el apartado siguiente se presenta el procedimiento y los resultados relevantes respecto a las garantías de equivalencia de ambas sub-muestras.

### SUBDIVISIÓN MUESTRAL, JUSTIFICACIÓN

#### ALEATORIZACIÓN MUESTRAL

Mediante este proceso de asignación aleatoria de cada uno de los participantes de la muestra general a una de las muestras resultantes, MA o MB, se pretende garantizar que todos tengan la misma probabilidad de pertenecer a cada una de las muestras MA o MB. Con ello **también se busca que el conjunto de posibles variables extrañas asociadas a las características personales de los participantes queden distribuidas de manera homogénea en cada una de las muestras: MA o MB.**

Todas las tablas a las que se hace referencia en este apartado se encuentran en el apartado 7 de tablas.

#### Verificación de la equivalencia por ÍTEMS

Se verifica, en primer lugar, la equivalencia de las muestras en los diferentes ítems de la prueba a partir del contraste mediante un MANOVA entre grupos (muestras A y B).

A partir de la observación de los descriptivos básicos de **los diferentes ítems del cuestionario** para cada muestra (MA y MB), se puede observar que no hay prácticamente diferencias entre ellas (ver tabla 1).

A continuación, a partir la *M de Box* se obtiene un valor significativo ( $>0.05$ ), (ver tabla 2) lo que indica, que las matrices de varianzas-covarianzas no serían iguales en ambos grupos, aunque ese resultado no es particularmente preocupante en las condiciones métricas de las variables que se incluyen (ítems en escala de valoración) y el número total de las mismas en el modelo (37). Por su parte, la *Lambda de Wilks* muestra un valor muy cercano a 1 ( $\Lambda = .975$ ;  $p = 0.239$ ) (ver tabla 3) lo que significa que **el perfil del conjunto de los 37 ítems del cuestionario no presenta diferencias relevantes entre las dos muestras consideradas.**

A **nivel univariado**, respecto a cada uno de los 37 ítems del cuestionario, la prueba de *Levene* sobre la igualdad de las varianzas de los ítems en ambas muestras, (ver tabla 4) muestra escasas diferencias significativas. Así, con la excepción de los ítems 6, 7, 19, 20 y 26, cuya significación es menor de 0.05. Por lo tanto, se puede afirmar que, a nivel de los ítems componentes del cuestionario, ambas muestras presentan suficiente nivel de

homogeneidad respecto a la dispersión en la inmensa mayoría de estos elementos. Además, los valores de los estadísticos significativos en este caso no son muy grandes.

Por lo que respecta a la igualdad de las medias de los ítems en ambas muestras (ver tabla 5), se puede observar que los resultados confirman la igualdad de los promedios en los ítems, con excepción de los ítems 16, 24 y 28 en que resultan significativas (con valores en la significación de .028, .049 y .027, respectivamente). Sin embargo, con valores de F no muy grandes y valores del  $\eta^2_p$  que no superan el .003, habiendo sido redondeados al alza. Por lo que, en general, no se observan diferencias relevantes en relación con los ítems en estas dos muestras.

## COMPROBACIÓN POR DIMENSIONES

### Modelo lineal general

En este caso se obtuvieron también los estadísticos descriptivos, la media y desviación típica de cada una de las dimensiones en cada una de las sub-muestras. Como se puede observar, las medias y las desviaciones típicas de cada una de las sub-muestras son bastante parecidas, (ver tabla 7).

Cuando comparamos cómo se comportan las muestras a través de las dimensiones del cuestionario, podemos ver que **los resultados también van en la dirección esperada**. En este caso la *M de Box* no resulta significativa, por lo que **se asume que las matrices de varianza-covarianza son iguales** (ver tabla 8).

En cuanto a los contrastes multivariados, (ver tabla 9) se aprecia que hay muy poco efecto (prácticamente ninguno) sobre las dimensiones del cuestionario por el hecho de pertenecer a uno u otro grupo. Por este motivo tenemos un  $\eta^2_p=.006$ , que quiere decir que sólo un 0.6% de las variaciones se debe a este hecho. Como el  $\Lambda=.994$  (se aproxima mucho a 1), significa que los grupos se pueden considerar equivalentes. Además la F es pequeña (1.204) y no resulta significativa (.293).

Sobre el *contraste de Levene* (ver tabla 10) podemos aceptar la hipótesis nula de que la varianza error de la variable dependiente es igual a lo largo de todos los grupos en todos los casos (ya que la significación es superior a .05), excepto en la dimensión MÁGICO cuya significación es .007 (significativa). Sin embargo, vemos que tanto su F como el tamaño del efecto son poco relevantes.

Acerca de las pruebas de los efectos inter-sujetos (ver tabla 11), vemos que las medias se pueden considerar iguales en ambos grupos en todas las dimensiones, excepto en INTERÉS (cuya significación es .039). Sin embargo, podemos ver que el  $\eta^2_p$  tiene un valor de .003 (y redondeado al alza), y su F no es muy grande ( $F=4.269$ ) para el tamaño muestral considerado.

En cuanto a las medias marginales estimadas (ver tabla12), se observa que globalmente las muestras MA y MB son sustancialmente equivalentes.

## **DIFERENCIAS EN LAS PRINCIPALES VARIABLES PERSONALES Y CONTEXTUALES ENTRE AMBAS MUESTRAS**

Se han obtenido los porcentajes en relación a los casos válidos en cada variable personal y contextual, y a la repartición resultante de la aleatorización, que pretende ser equilibrada en las diversas variables personales y contextuales en ambas muestras MA y MB: sexo (hombre-mujer), curso (primero, segundo, tercero, cuarto, quinto y máster en psicología clínica), grupo de hipnosis en el pre-test (no, psicólogo, médico) fuente de obtención de la información (no, solo universidad, universidad y otros, otros) y titulación (psicología u otras). Se han hallado las pruebas de Ji-cuadrado y de medidas simétricas (Phi y V de Cramer) para observar la relevancia de la magnitud de la posible relación entre estas variables.

### ***Sexo\*MUESTRA***

Como se puede observar, (ver tabla 13), en la primera tabla de contingencia, han sido válidos el 99.9% de los casos, en relación a la variable *sexo*. Es decir, 1678 personas.

En la segunda tabla de contingencia se ve una repartición equilibrada entre ambas submuestras MA y MB en relación a la variable *sexo*, lo que nos da un número parecido de hombres y mujeres en cada una de las submuestras. (Ver tabla 14).

El valor de Ji-cuadrado es de .036 y su significación de .850, por lo que nos indica que no hay asociación entre las variables. Se cumple la hipótesis nula de que las variables son independientes. Es decir, que **no hay relación** entre ser hombre o mujer y estar específicamente en la sub muestra MA o MB, (ver tabla 15). La V de Cramer nos indica claramente que no es relevante la magnitud de esta asociación, con un valor de .005 (ver tabla 16).

### **Curso \*MUESTRA**

A continuación se ofrecen las tablas de contingencia en relación con la pertenencia a un curso y la distribución de los participantes en una de las sub muestras. Se han mostrado válidos el 99.2% de los casos, con 1.664 personas (Ver tabla 17).

En la primera tabla de este apartado se observa (como en el resto), los porcentajes y el número de personas pertenecientes a cada curso en cada una de las sub muestras (Ver tabla 18).

Después vemos que el Ji cuadrado alcanza un valor de 31.48, con una significación de .000 (Ver tabla 19). Técnicamente, no podríamos afirmar que ambas variables sean independientes. Sin embargo, el valor Phi y el V de Cramer es igual a .138 con una significación de .000, lo que nos indica **una magnitud de relación entre ambas variables muy pequeña en la que la significación está asociada exclusivamente al tamaño de la muestra, por lo que debemos tomar como indicador de referencia el coeficiente de determinación** (ver tabla 20).

### **Grupo de Hipnosis en el pretest\*MUESTRA**

En este caso tenemos las tablas de contingencia en relación con haber sido o no hipnotizado en el pretest. El porcentaje de casos válidos aquí asciende al 99.9%, con un total de 1677 personas. (Ver tabla 21).

En la siguiente tabla se muestra, como siempre, el número de personas en cada situación y el porcentaje en cada una de las sub muestras. Las personas que no han sido hipnotizadas, las que lo han sido por un psicólogo y las que lo han sido por un médico (Ver tabla 22).

En este caso, tal como esperábamos, no hay relación entre estas variables, entre pertenecer a uno de los grupos de haber sido hipnotizado o no, y el estar situado específicamente en una de las dos sub muestras. Como podemos observar, el valor de Ji cuadrado es de 1.154 con una significación de .562, por lo que se cumple la hipótesis nula de **las variables son independientes y no hay asociación** (ver tabla 23).

Vemos el valor de Phi y el de la V de Cramer es de .026, con una significación de .562, por lo que no existe magnitud de relación entre estas variables (ver tabla 24).



### ***GINF\*MUESTRA***

En este apartado se han mostrado válidos el 100% de los casos, con el total de nuestra muestra general de 1678 participantes (ver tabla 25).

La siguiente tabla contiene los datos de los porcentajes y el número de personas en cada uno de los estados (grupo de no información, grupo de información solo en universidad, grupo de información en universidad y otras fuentes, grupo de información solo en otras fuentes, y el total de la tabla) en relación con pertenecer a la sub muestra A o B (ver tabla 26).

La prueba de Ji cuadrado, alcanza un valor en este caso de 8.896 con una significación de .031 (ver tabla 27). La V de Cramer y el valor de Phi es igual a .073, con una significación de .031 (ver tabla 28). Ya que la significación es menor de .05 se puede intuir una relación entre las variables, sin embargo, como el valor de la V de Cramer es menor a .20, la magnitud de la relación es muy muy leve por lo que no resulta relevante. Se puede afirmar que el hecho de pertenecer a uno de los grupos mencionados anteriormente y el hecho de caer específicamente en una de las dos sub muestras no tiene una asociación relevante.

### ***Titulacrec\*MUESTRA***

En este caso se han mostrado válidos el 99.7% de los datos, que son 1673 casos (ver tabla 29).

En la tabla se ofrecen los porcentajes y el número de personas en cada caso (titulación en psicología, otros y el total) y en cada una de las sub muestras A y B (ver tabla 30).

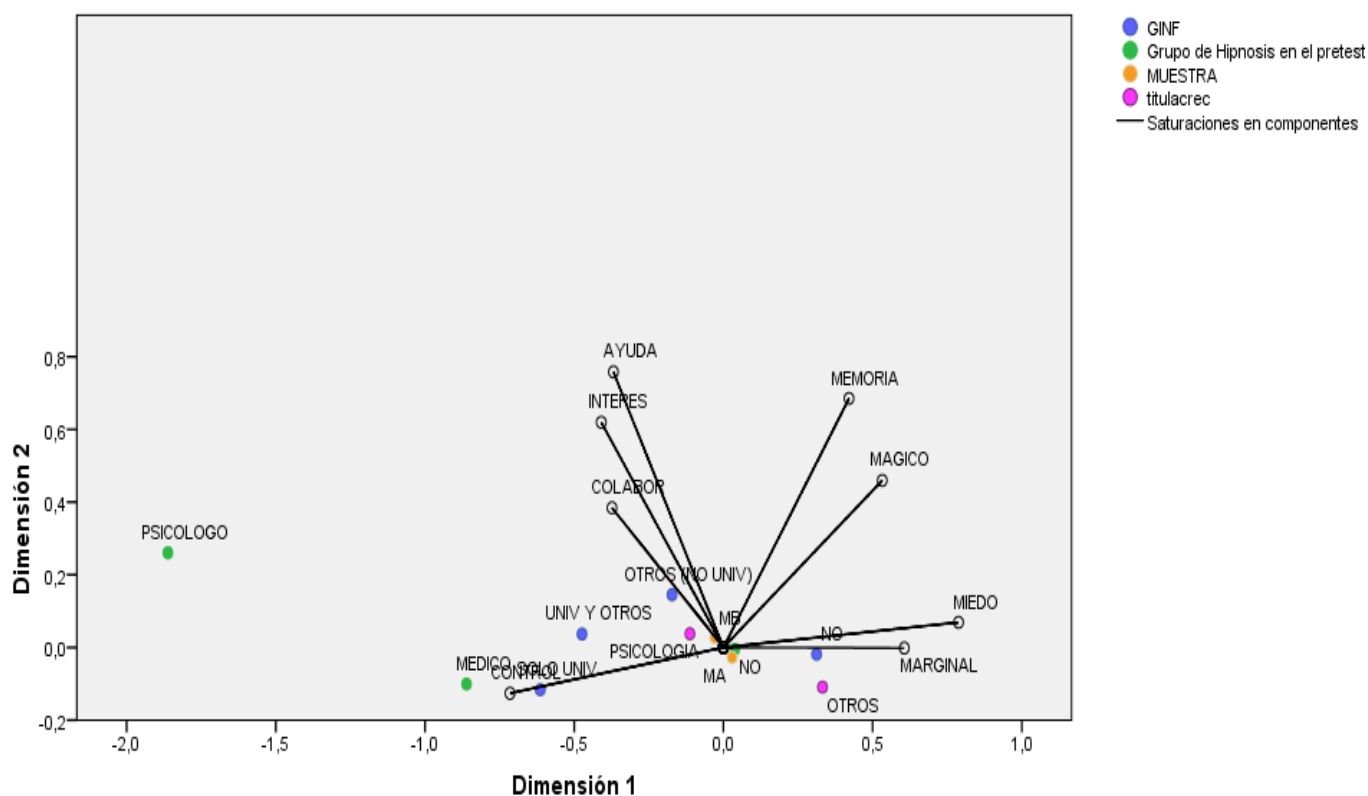
Aquí el valor de Ji Cuadrado es 9.231 y su significación es igual a .002, por lo que, en un primer momento podríamos pensar que hay cierta relación entre las variables, (ver tabla 31). Sin embargo, el valor de Phi y el de la V de Cramer es igual a -.074, con una significación de .002, por lo que no hay una relación relevante entre estas dos variables y no es significativo (ver tabla 32). Para considerar una relación leve, la V de Cramer tendría que ser mayor a .2, por lo tanto, no hay relación entre tener una titulación en psicología o no y caer específicamente en una de las dos sub muestras.

### **CATPCA: Análisis de componentes principales para datos categóricos**

La meta del análisis de componentes principales CATPCA es la reducción de un conjunto original de variables en un conjunto más pequeño de componentes no

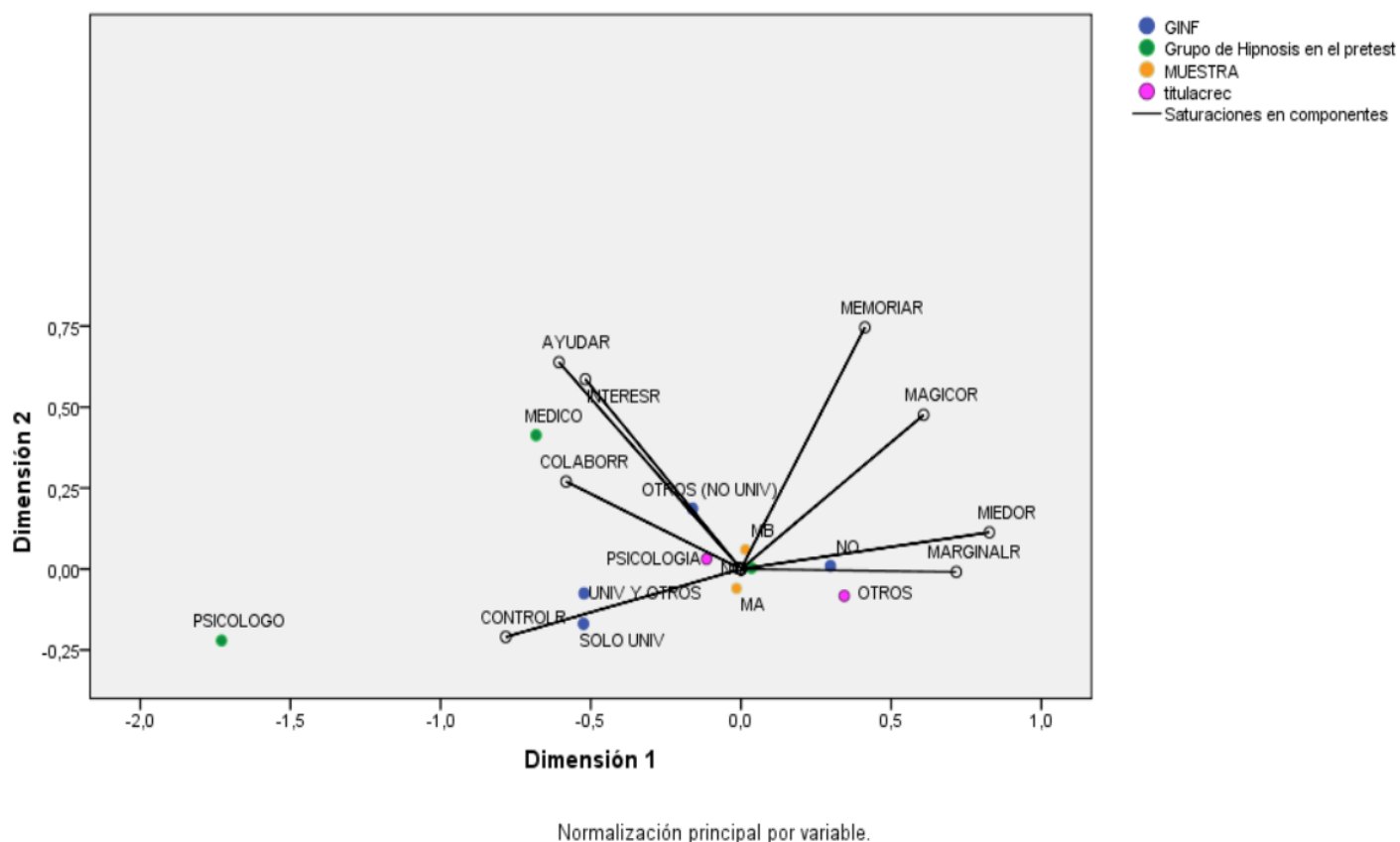
correlacionados que representen la mayor parte de la información encontrada en las variables originales. Además, este procedimiento permite la utilización de variables con métrica diversa y de menor nivel a la exigida por el Análisis de Componentes Principales clásico. En este punto, se retoma la solución obtenida para la muestra española (Selma, 2015) dado que es la muestra de referencia y, sobre este espacio dimensional se ha incluido la variable MUESTRA. Esta variable se ha definido partir de los grupos correspondientes a ambas muestras como variable suplementaria y se han localizado los centroides de las mismas en este espacio dimensional –ver gráficos a y b-. Se aprecia claramente que ambos centroides se sitúan en una posición casi completamente coincidente en este espacio tanto en la situación test como retest, evidenciando la consistencia de ambas muestras a nivel de la estructura multivariada del conjunto de sus dimensiones.

**Saturaciones en las componentes y centroides**



**Gráfico a. Espacio dimensional reducido de las dimensiones en el test, y su relación con las principales variables personales y contextuales a las que se ha añadido la variable muestra (MA, MB).**

### Saturaciones en las componentes y centroides



**Gráfico b. Espacio dimensional reducido de las dimensiones en el retest, y su relación con las principales variables personales y contextuales a las que se ha añadido la variable muestra (MA, MB).**

## CONCLUSIÓN

Los resultados obtenidos parecen no mostrar diferencias relevantes entre ambas muestras en las dimensiones del cuestionario en los dos momentos (test y retest). Por lo que, el conjunto de posibles variables extrañas asociadas a las características personales de los participantes han quedado distribuidas de manera esencialmente homogénea en cada una de las muestras MA o MB. Con ello queda justificada la división de la muestra general en estas dos submuestras para proceder a la determinación y validación de los modelos estructurales sobre las mismas.

### **3. RESULTADOS**

En este apartado se va a abordar el análisis sistemático derivado de la revisión de los diferentes modelos elicitados a partir de la primera muestra en el pretest y contravalidados a través de las diferentes situaciones y muestras.

Es decir, en primer lugar, se plantea el modelo desde la perspectiva teórica y dialogando, a un tiempo, con las informaciones que emanan de los datos empíricos en el pretest de la primera muestra (A). Ajustada la primera propuesta de modelo y la congruencia teórica de la misma, se pasa a su replicación de manera sistemática en las diferentes situaciones y en ambas muestras equivalentes. En todos los casos de la muestra A serán el retest y los modelos MIMIC de ambas situaciones ajustados a partir de la influencia de las variables personales y contextuales clave de acuerdo con el estudio de validación previo realizado (Capafons, Suárez-Rodríguez y Maya, 2015): género, titulación (psicología y otras), grupo de hipnosis (si ha recibido o no hipnosis) y fuente de la información recibida respecto a la hipnosis (no ha recibido, de otras fuentes diferentes a la universidad, a partir de la universidad, de la universidad más otras fuentes). Otro tanto se lleva a cabo con el mismo esquema de actuación en la muestra B de contravalidación.

Pasamos a presentar los resultados obtenidos en cada uno de los modelos mediante esta estrategia global y sistemática de validación.

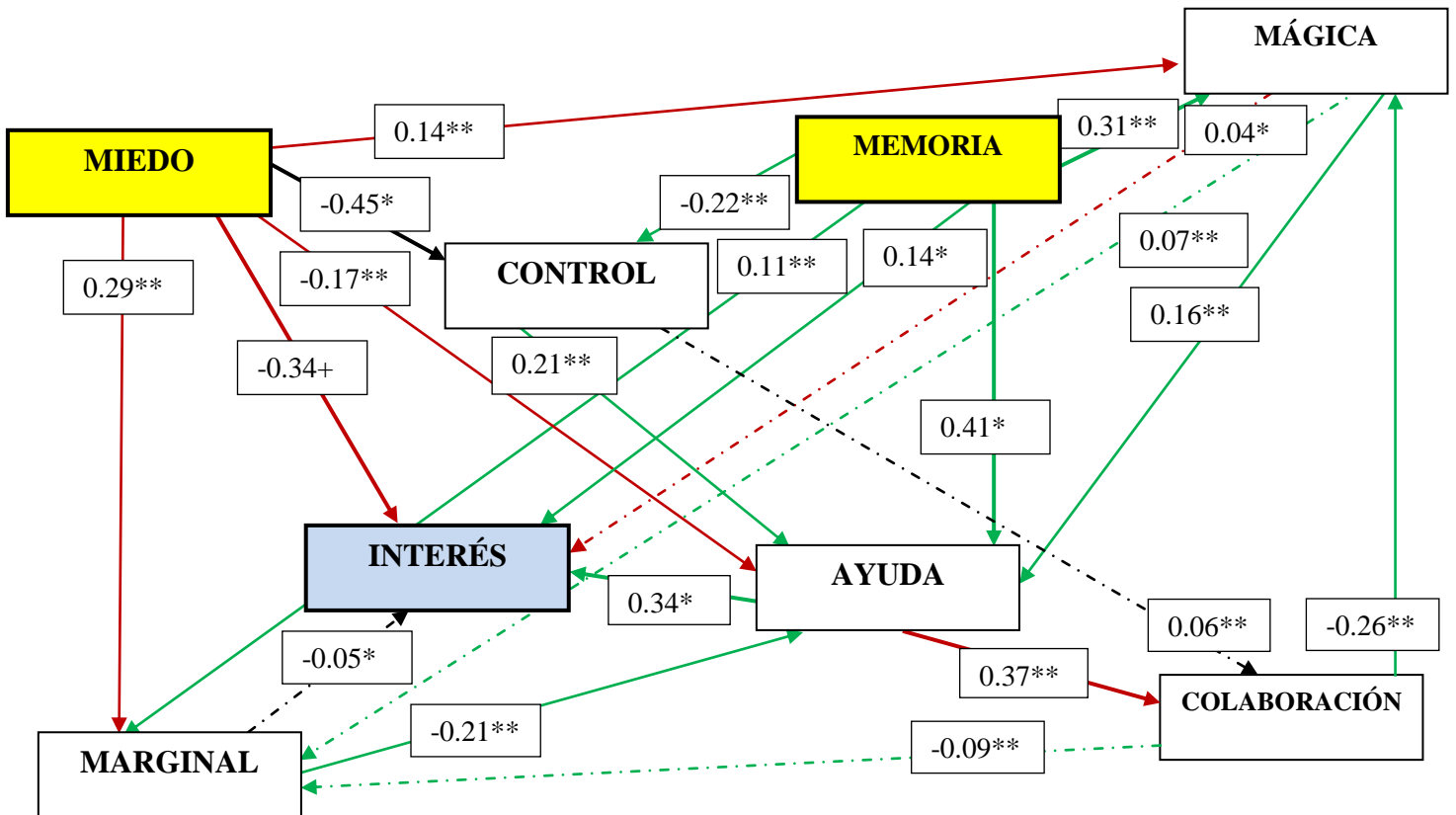
### 3.1. MODELO 1

**MODELO 1 MUESTRA A TEST**

*ANTECEDENTES: MEMORIA Y MIEDO*

*MEDIACIONALES: MÁGICA, CONTROL, MARGINAL, AYUDA, COLABORACIÓN*

*CONSECUENTE: INTERÉS*



Signif. [\*\* p<0.01, \* p<0.05, +p<0.07]

#### ÍNDICES DE AJUSTE

$\chi^2_{S-B} = 9.04$  (0.029) G.L.=3/ RMSEA= 0.049; INT 90% (0.014-0.087), PCF=0.45/ CFI= 1.00/ SRMR= 0.014/ GFI= 1.00

#### LEYENDAS

##### DE TIPO Y GROSOR DE LÍNEA:

> 0.50	→
De 0.30 a 0.49	→
De 0.10 a 0.29	→
<0.10	- - - - ->

##### DE COLORES:

→	Se repite en todos los modelos y en la misma dirección.
→	Se repite en todos los modelos y en una u otra dirección.
→	No se repite en todos los modelos.

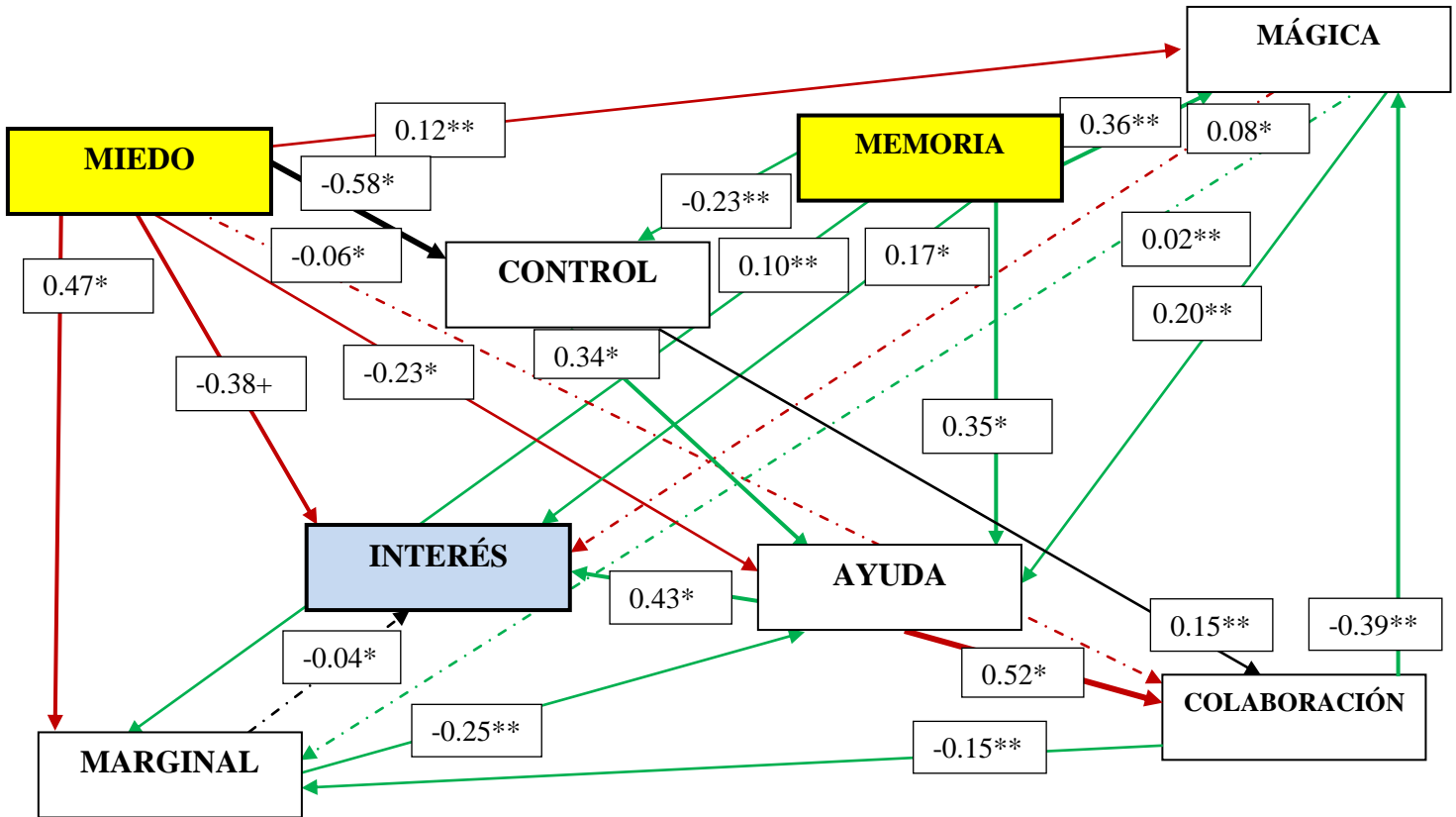
### 3.1. MODELO 1

**MODELO 1 MUESTRA A RETEST**

*ANTECEDENTES: MEMORIA Y MIEDO*

*MEDIACIONALES: MÁGICA, CONTROL, MARGINAL, AYUDA, COLABORACIÓN*

*CONSECUENTE: INTERÉS*



Signif. [\*\* p≤0.01, \* p≤0.05, +p≤0.07]

#### ÍNDICES DE AJUSTE

$\chi^2_{S-B} = 7.27$  (0.20) G.L.=5/ RMSEA=0.023; INT 90% (0.0-0.057), PCF=0.89  
CFI=1.00/ SRMR= 0.0092/ GFI= 1.00

#### LEYENDAS

##### DE TIPO Y GROSOR DE LÍNEA:

> 0.50	<b>→</b>
De 0.30 a 0.49	<b>→</b>
De 0.10 a 0.29	<b>→</b>
<0.10	<b>- - - - -&gt;</b>

##### DE COLORES:

<b>→</b>	Se repite en todos los modelos y en la misma dirección.
<b>→</b>	Se repite en todos los modelos y en una u otra dirección.
<b>→</b>	No se repite en todos los modelos.

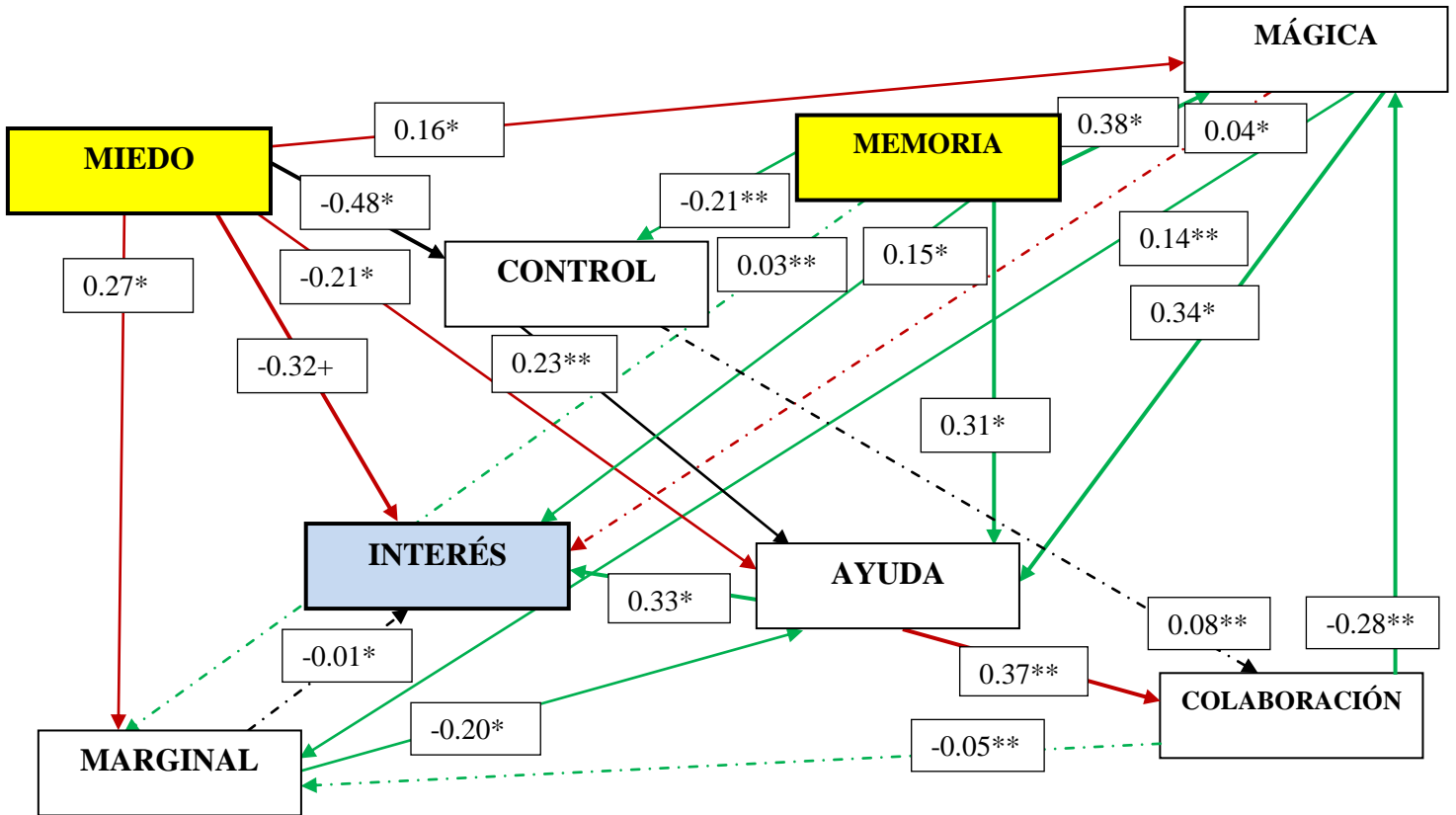
### 3.1. MODELO 1

**MODELO 1 MUESTRA B TEST**

*ANTECEDENTES: MEMORIA Y MIEDO*

*MEDIACIONALES: MÁGICA, CONTROL, MARGINAL, AYUDA, COLABORACIÓN*

*CONSECUENTE: INTERÉS*



Signif. [\*\* p<0.01, \* p<0.05, +p<0.07]

#### ÍNDICES DE AJUSTE

$\chi^2_{S-B} = 6.61(0.36)$  G.L.=6/ RMSEA= 0.011; INT 90% (0.0-0.047), PCF=0.96/  
CFI=1.00 / SRMR=0.014 / GFI=1.00

#### LEYENDAS

##### DE TIPO Y GROSOR DE LÍNEA:

> 0.50	<b>→</b>
De 0.30 a 0.49	<b>→</b>
De 0.10 a 0.29	<b>→</b>
<0.10	- - - - ->

##### DE COLORES:

<b>→</b>	Se repite en todos los modelos y en la misma dirección.
<b>→</b>	Se repite en todos los modelos y en una u otra dirección.
<b>→</b>	No se repite en todos los modelos.



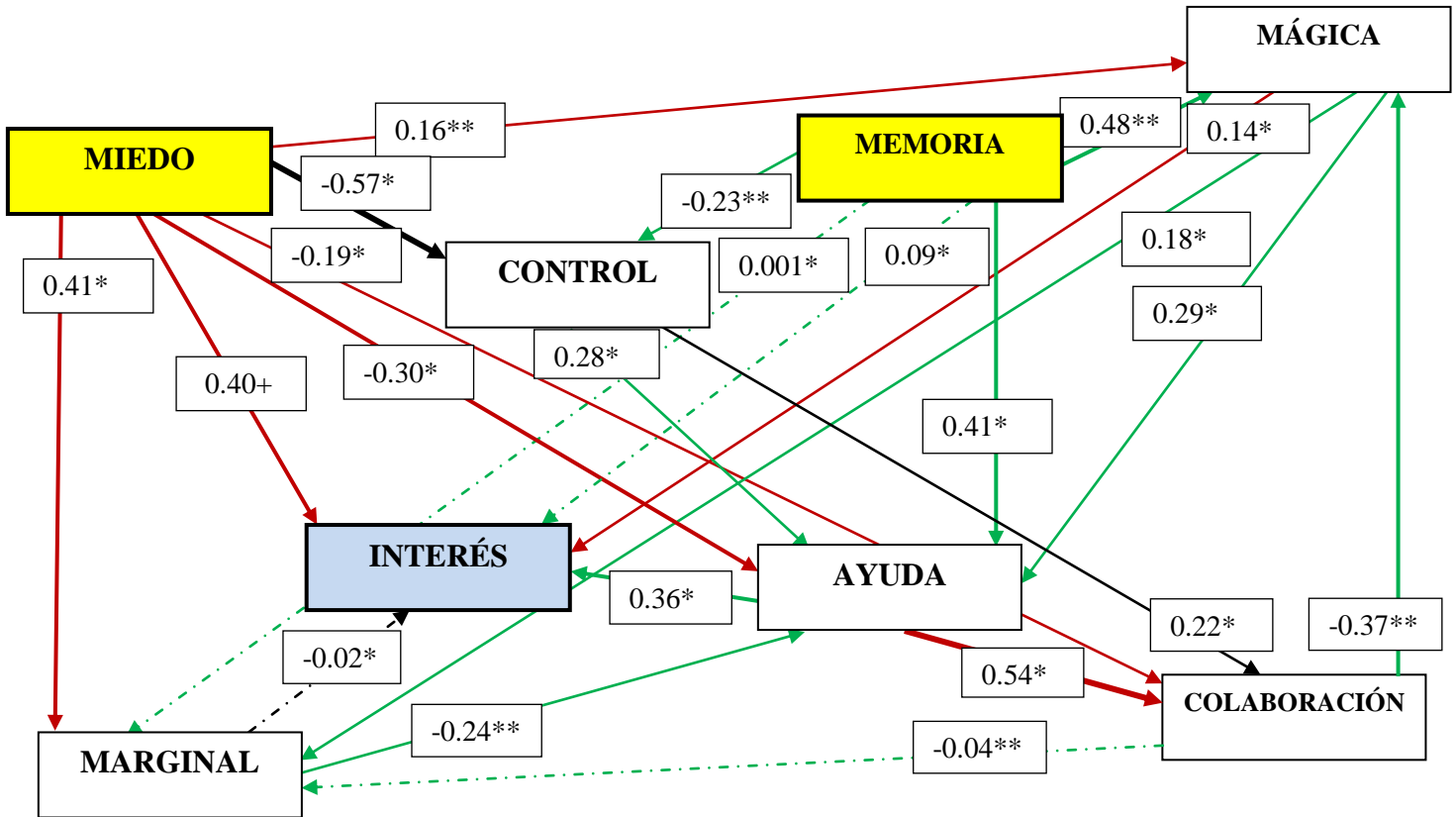
### 3.1. MODELO 1

**MODELO 1 MUESTRA B RETEST**

*ANTECEDENTES: MEMORIA Y MIEDO*

*MEDIACIONALES: MÁGICA, CONTROL, MARGINAL, AYUDA, COLABORACIÓN*

*CONSECUENTE: INTERÉS*



Signif. [\*\* p≤0.01, \* p≤0.05, +p≤0.07]

#### ÍNDICES DE AJUSTE

$\chi^2_{S-B} = 5.02(0.41)$  G.L.=5/ RMSEA=0.0024 ; INT 90% (0.0-0.048), PCF=0.96/ CFI=1.00 / SRMR= 0.0077/ GFI= 1.00

#### LEYENDAS

##### DE TIPO Y GROSOR DE LÍNEA:

> 0.50	<b>→</b>
De 0.30 a 0.49	<b>→</b>
De 0.10 a 0.29	<b>→</b>
<0.10	<b>- - - - -&gt;</b>

##### DE COLORES:

<b>→</b>	Se repite en todos los modelos y en la misma dirección.
<b>→</b>	Se repite en todos los modelos y en una u otra dirección.
<b>→</b>	No se repite en todos los modelos.

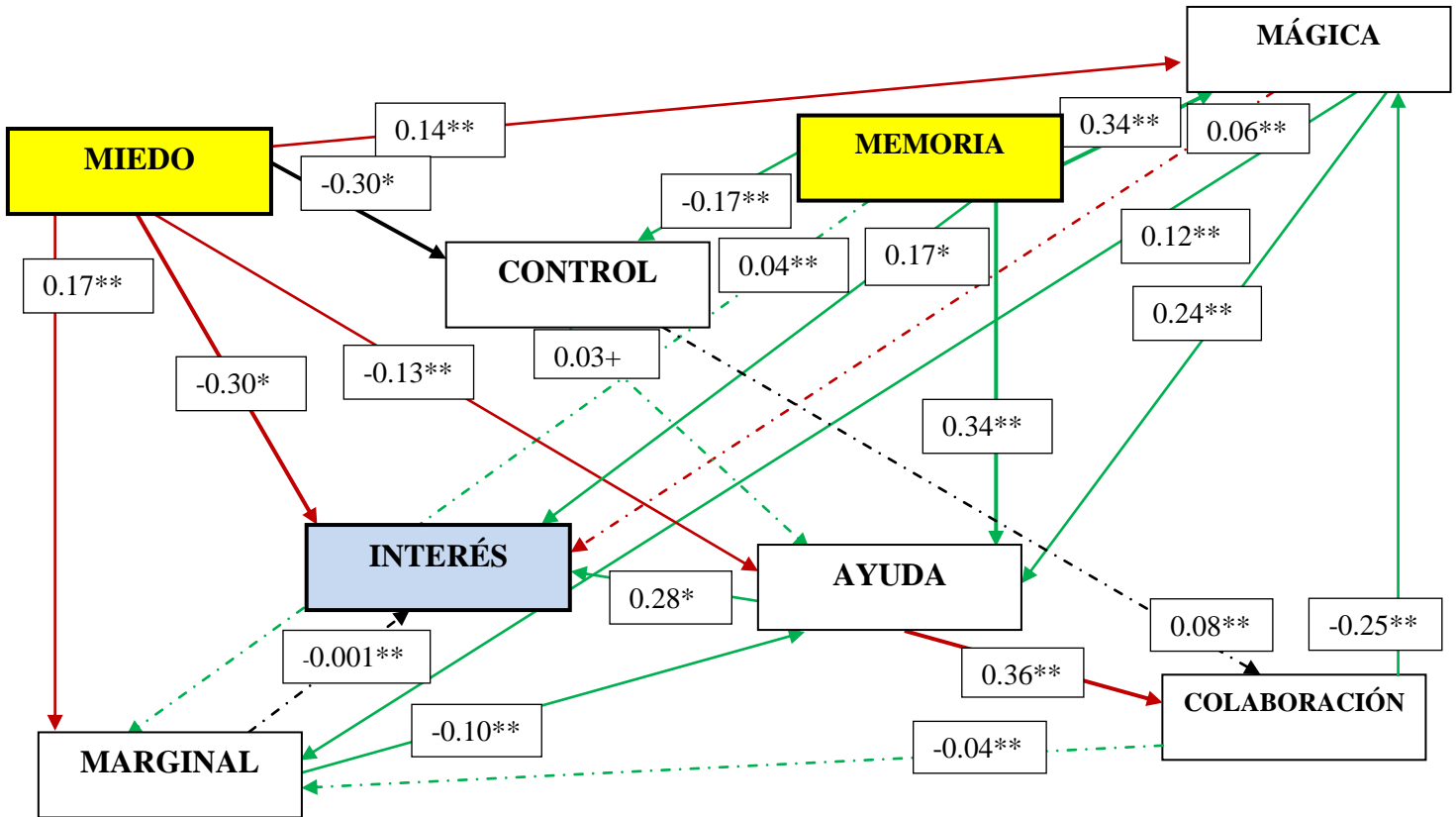
### 3.1. MODELO 1

**MODELO 1 MUESTRA COMPLETA TEST MIMIC**

*ANTECEDENTES: MEMORIA Y MIEDO*

*MEDIACIONALES: MÁGICA, CONTROL, MARGINAL, AYUDA, COLABORACIÓN*

*CONSECUENTE: INTERÉS*



Signif. [\*\* p<0.01, \* p<0.05, +p<0.07]

#### ÍNDICES DE AJUSTE

$\chi^2_{S-B} = 29.08$  (0.0064) G.L.=13/ RMSEA=0.027 ; INT 90% (0.014-0.041), PCF=1.00/  
CFI= 1.00/ SRMR=0.028 / GFI= 0.99

#### LEYENDAS:

##### DE TIPO Y GROSOR DE LÍNEA:

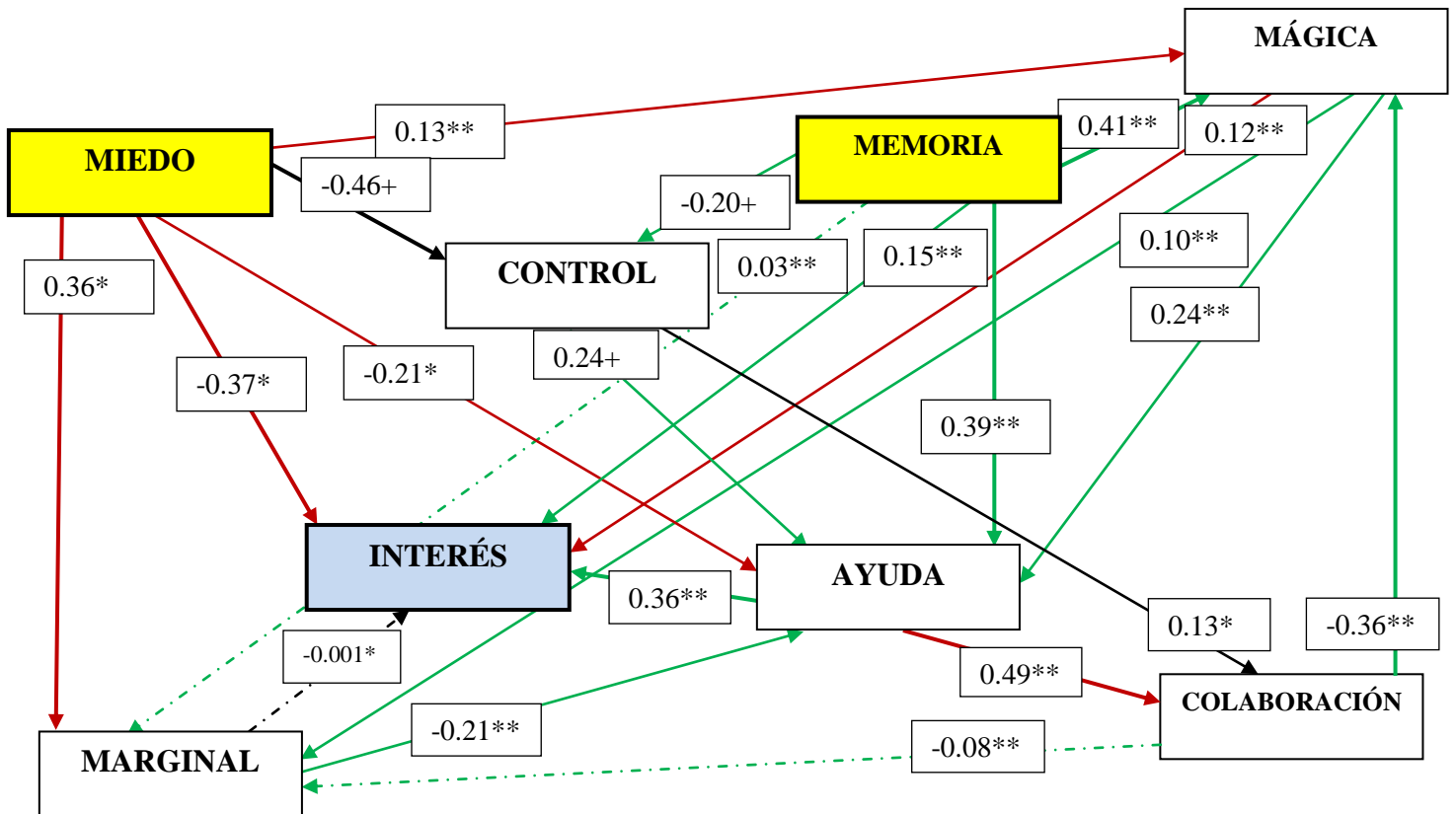
> 0.50	<b>→</b>
De 0.30 a 0.49	<b>→</b>
De 0.10 a 0.29	<b>→</b>
<0.10	- - - - ->

##### DE COLORES:

<b>→</b>	Se repite en todos los modelos y en la misma dirección.
<b>→</b>	Se repite en todos los modelos y en una u otra dirección.
<b>→</b>	No se repite en todos los modelos.

### 3.1. MODELO 1

**MODELO 1 MUESTRA COMPLETA RETEST MIMIC**  
*ANTECEDENTES: MEMORIA Y MIEDO*  
*MEDIACIONALES: MÁGICA, CONTROL, MARGINAL, AYUDA, COLABORACIÓN*  
*CONSECUENTE: INTERÉS*



Signif. [\*\* p≤0.01, \* p≤0.05, +p≤0.07]

#### ÍNDICES DE AJUSTE

$\chi^2_{S-B} = 26.47(0.015)$  G.L. =13/ RMSEA=0.025; INT 90% (0.011-0.039), PCF=1.00/  
 CFI= 1.00/ SRMR= 0.041/ GFI= 0.98

#### LEYENDAS:

##### DE TIPO Y GROSOR DE LÍNEA:

> 0.50	<b>→</b>
De 0.30 a 0.49	<b>→</b>
De 0.10 a 0.29	<b>→</b>
<0.10	<b>- - - - -&gt;</b>

##### DE COLORES:

<b>→</b>	Se repite en todos los modelos y en la misma dirección.
<b>→</b>	Se repite en todos los modelos y en una u otra dirección.
<b>→</b>	No se repite en todos los modelos.

## 3.2. ANÁLISIS ESCRITO DEL MODELO 1

### MIEDO:

El modelo se caracteriza por definirse a partir de la variable Miedo que (junto con Memoria) ejerce como antecedente respecto a las demás dimensiones en relación a la hipnosis. Salvo de Miedo a Colaboración, donde no se da influencia directa sino a través de conexiones a través de otras dimensiones, podemos afirmar que el Miedo está determinando el comportamiento de las personas en todas estas dimensiones.

Comenzando por la influencia hacia Control, que es la más notable, en negativo, percibimos que el miedo define que las personas creen que bajo hipnosis se puede llegar a perder el control. O expresado de otra forma, cuanto más miedo sienta alguien hacia la hipnosis porque piense que no es una técnica segura, que podría quedarse enganchado en un trance, y que en sí misma podría resultar peligrosa, todo ello daría lugar a que la persona creyese que bajo hipnosis puedan obligarle a realizar actos no deseados, o en definitiva, que en mayor o menor medida, perdería el control sobre su conducta.

Siguiendo por analizar el influjo de la variable Miedo hacia la variable Interés en negativo, se advierte que también es bastante importante. Lo anteriormente expresado acerca de lo que supone sentir miedo hacia la hipnosis, concluye en un decremento considerable del interés que pueda sentir una persona hacia ella. El modelo está expresando que cuanto más temor experimenta una persona a la hipnosis, es menos probable que quisiese ser hipnotizada, o que le gustase ser hipnotizable, o que se dejase hipnotizar si se diera la ocasión.

Por lo que se refiere a la relación de la variable Miedo en positivo hacia la variable Marginal, esta influencia también es sustancial además de significativa en el modelo. Esta correspondencia manifiesta que el miedo que le tenga alguien a la hipnosis establece que piense que la hipnosis está al margen de la ciencia, que la persona se pueda encontrar disociada bajo hipnosis, y que las características que tendrían las personas hipnotizables serían credulidad, ignorancia y dependencia.

Desde esta perspectiva vemos que la variable Miedo se conecta con la variable Ayuda en negativo, de forma apreciable. Esta conexión entre ambas dimensiones se interpreta de la siguiente manera: si una persona siente miedo (de la manera explicada anteriormente) hacia la hipnosis, eso determinará que crea que la hipnosis no sirve ni como técnica favorecedora de los resultados terapéuticos médicos o psicológicos, ni sirve como herramienta que fomente el autocontrol. En definitiva, que la hipnosis no le va a ayudar en ningún sentido.

Por último y continuando en esta línea de explicar las influencias de la variable Miedo hacia el resto de variables, se advierte que Miedo tiene una repercusión en positivo sobre la variable Mágica. No es muy grande, pero está presente. Esta relación se interpreta en el sentido de que, el miedo que una persona sienta hacia la hipnosis, determina, en cierta forma, que piense que la hipnosis es algo mágico. Este miedo puede hacer que la persona piense que la hipnosis no requiere un esfuerzo llevado a cabo por la persona hipnotizada para solucionar sus problemas, que la hipnosis puede tratar la mayoría de los problemas, y que puede ser una salida rápida a muchos de sus problemas.

## **MEMORIA:**

A continuación se explican las influencias que tiene la variable latente Memoria en el modelo, que es junto con Miedo, la otra variable antecedente o predecesora. Estas variables se definen como antecedentes que influyen y modulan el comportamiento del resto. En concreto, la variable Memoria tiene un notable peso sobre las variables: Ayuda, Mágica, y Control. Y cierto peso (a veces de menos nivel), sobre las variables Interés y Marginal.

En primer lugar, se comentará el poder de la variable Memoria, en positivo, hacia la variable Ayuda. Esta relación significa que si una persona cree que bajo hipnosis se recuerda siempre la verdad, que es imposible mentir e incluso que la hipnosis sirve como confirmación de sucesos pasados, y además que es un estado de trance, todo ello da lugar a que esa persona crea que la hipnosis le puede ayudar a ello mismo, a recuperar recuerdos “perdidos en el inconsciente”. Esta relación de influencia refleja claramente el comportamiento de aquellas personas que buscan la hipnosis como forma de acceder a vidas pasadas, a recuerdos ocultos, para confirmar que un hecho sucedió y encontrar la “sanación” mediante el afloramiento de esas memorias y emociones. Buscan encontrar en qué momento de su vida (especialmente en la etapa infantil o cercana al nacimiento) o en qué momento de una supuesta vida anterior se produjo el trauma y “sanar a través de la catarsis”. El hipnotizador es la persona que les llevaría de la mano en este viaje mediante lo que se conoce como preguntas tendenciosas.

Por otro lado, la influencia de la variable Memoria sobre la variable Mágica, en positivo alcanza un nivel considerable. Esto puede deberse a que si una persona piensa que la hipnosis le puede ayudar a aclarar su memoria (tal y como se ha explicado anteriormente haciendo referencia a Memoria), ello da lugar a que la hipnosis puede tratar la mayoría de los problemas, y que puede ser una salida rápida, además sin esfuerzo por parte del hipnotizado.

Otra influencia importante de la variable Memoria se da sobre la variable Control en negativo. Esta influencia se explica de la manera siguiente: si una persona cree que la

hipnosis le ayuda a recuperar su memoria (como se ha propuesto con anterioridad en referencia a Memoria), ello dará lugar a que crea que bajo hipnosis perderá el control sobre su conducta. Esta persona, puede llegar a pensar que bajo hipnosis estará “obligada” a decir la verdad, y que gracias a ello recuperará sus recuerdos pasados y/o ocultos.

Por último, se puede observar que Memoria tiene cierta influencia sobre Interés y Marginal. Esto se explica porque el hecho de que una persona crea que la hipnosis le favorece su Memoria (como he explicado antes en referencia a esta dimensión) le suscite cierto interés o curiosidad por ello mismo. Además, la variable Memoria puede influir en que una persona piense que la hipnosis es algo al margen de la investigación científica (aunque su influencia es prácticamente nula en casi todo este modelo).

### **CADENAS DE INFLUENCIA (CAMINOS)\*:**

El hecho de utilizar la palabra “camino” se debe a que esta terminología es propia de la herramienta metodológica-analítica que se emplea para abordar esta modelización. De hecho, esta técnica se conoce también como *path analysis* cuya traducción tomamos prestada de manera aproximativa al utilizar el término de camino en este caso.

Una vez descritos los caminos principales de flujo directo desde las variables antecedentes, pasamos a analizar los circuitos que surgen en este modelo, y así obtener una visión global mucho más completa e interesante.

Empezamos por abordar un camino que está muy claro en este modelo, que constituye la siguiente cadena de influjos: de Miedo a Control en negativo, de Control a Ayuda en positivo, y de Ayuda tanto a Interés como a Colaboración en positivo. Ello se traduce en que el hecho de que una persona que no le tenga miedo a la hipnosis condiciona que crea que bajo hipnosis mantiene el control sobre su conducta. Si una persona cree que mantiene el control bajo hipnosis, ello da lugar claramente a que crea que la hipnosis le puede ayudar, y a su vez si cree que la hipnosis le puede ayudar, determinará que la persona crea que tiene que colaborar para ser hipnotizado y además aumentará su interés hacia esta técnica. Resulta de interés en el modelo cómo la variable Ayuda es influenciada a la vez por el Control y la Memoria en positivo, lo que representa cuestiones diversas. La influencia desde Control a Ayuda en positivo representa al grupo de personas que tienen unos conceptos e ideas más ajustados y veraces sobre la hipnosis, mientras que desde Memoria a Ayuda -en positivo- representa a las personas que no tienen unas actitudes y creencias ajustadas y veraces sobre la hipnosis, ya que son los que van buscando las regresiones a vidas pasadas, o el afloramiento

*\*Nota: Ambas expresiones significan lo mismo y así se utilizan a lo largo del texto.*

de recuerdos traumáticos (como se ha explicado anteriormente).

Otro circuito de influencia parte de Memoria, y se cierra en sí mismo: va de Memoria a Ayuda y a Mágica, y de Mágica otra vez a Ayuda. Este recorrido representa a aquellas personas que creen que si la hipnosis es mágica les puede ayudar. Está relacionado con lo comentado en el párrafo anterior.

La cadena de Miedo-Marginal-Ayuda. De Miedo a Marginal en positivo y de Marginal a Ayuda en negativo. Como se ha planteado anteriormente, si una persona tiene miedo a la hipnosis, eso influye en que crea que algunas de las características principales de las personas muy hipnotizables serán credulidad, ignorancia y dependencia psicológica, que la persona hipnotizada estaría disociada y que la hipnosis estaría al margen de la ciencia. A su vez, si una persona cree en lo que se acaba de describir, todo ello daría lugar a que asumiese que la hipnosis no le puede ayudar, que no sería un complemento a las terapias psicológicas, y que no fomentaría la capacidad de autocontrol.

De Colaboración a Mágica en negativo. Esta influencia tiene más sentido si se toma aislada. Es decir, si una persona cree que para ser hipnotizada tiene que colaborar y realizar un esfuerzo de cooperación con el hipnotizador, ello determinará que no crea que la hipnosis sea una técnica mágica. Esto ocurre, dado que la dimensión mágica implica que la persona crea que bajo hipnosis se consiguen los objetivos sin esfuerzo y que es una solución mágica para la mayoría de los problemas.

### **INFLUENCIAS MODERADAS:**

Como se vislumbra en el modelo, aparecen algunas flechas con valores muy bajos, pero que, sin embargo, reflejan que esas relaciones, aunque débiles, existen.

Este es el caso de la relación de menor intensidad y positiva de Mágica a Marginal. Esto se explica si una persona cree que la hipnosis es mágica, influenciará en su pensamiento de que la hipnosis se encuentra al margen de la ciencia.

Por otra parte, de Control a Colaboración en positivo, de Colaboración a Marginal en negativo, y de Marginal a Interés en negativo. Tenues y cercanas a cero, (aunque estadísticamente significativas), estas relaciones se describen como sigue. Si alguien cree que mantiene el control de su conducta bajo hipnosis, ello da lugar a que crea que tiene que colaborar y hacer un esfuerzo para ser hipnotizado. El hecho de que crea que tiene que colaborar, da lugar a que piense que la hipnosis no está al margen de la investigación

científica. Y el hecho de que la persona crea que la hipnosis sea científica le puede suscitar cierto interés por ella.

Por tanto, se puede considerar de acuerdo con la explicación anterior que, aunque las relaciones sean de menor intensidad (lo que se representa mediante un trazo más fino y punteado en las flechas que las representan), parece que reflejan una dinámica lógica y coherente con los conocimientos que se poseen respecto a la hipnosis, como se ve en el modelo.



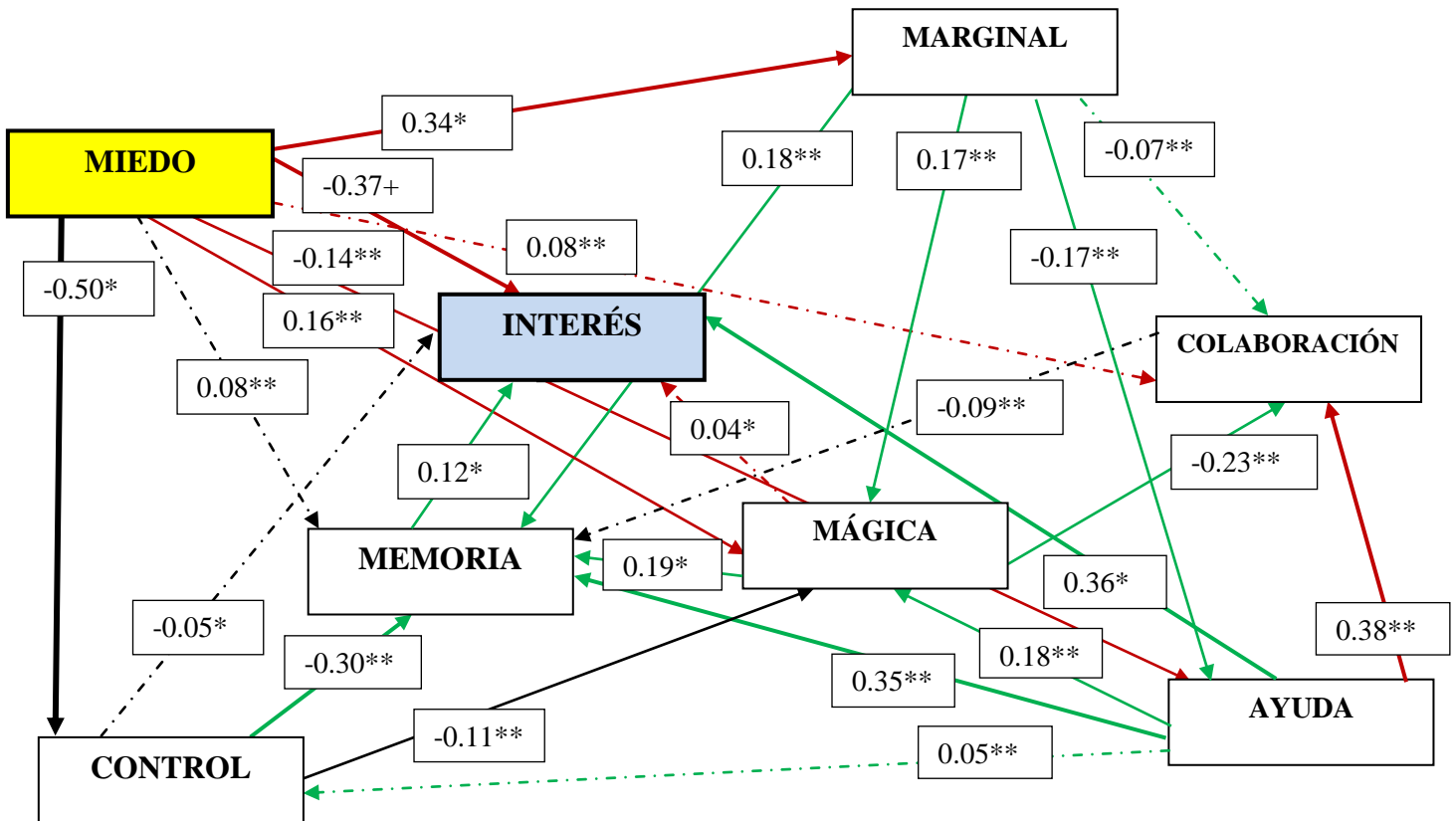
### 3.3. MODELO 2

**MODELO 2 MUESTRA A TEST**

*ANTECEDENTE: MIEDO*

*MEDIACIONALES: MÁGICA, MEMORIA, CONTROL, MARGINAL, AYUDA, COLABORACIÓN*

*CONSECUENTE: INTERÉS*



Signif. [\*\* p<0.01, \* p<0.05, +p<0.07]

#### ÍNDICES DE AJUSTE

$\chi^2_{S-B} = 13.92(0.0076)$  G.L.=4/ RMSEA= 0.054; INT 90% (0.025-0.087), PCF=0.35/  
CFI=0.99 / SRMR=0.018 / GFI= 1.00

#### LEYENDAS

##### DE TIPO Y GROSOR DE LÍNEA:

> 0.50	
De 0.30 a 0.49	
De 0.10 a 0.29	
<0.10	

##### DE COLORES:

	Se repite en todos los modelos y en la misma dirección.
	Se repite en todos los modelos y en una u otra dirección.
	No se repite en todos los modelos.

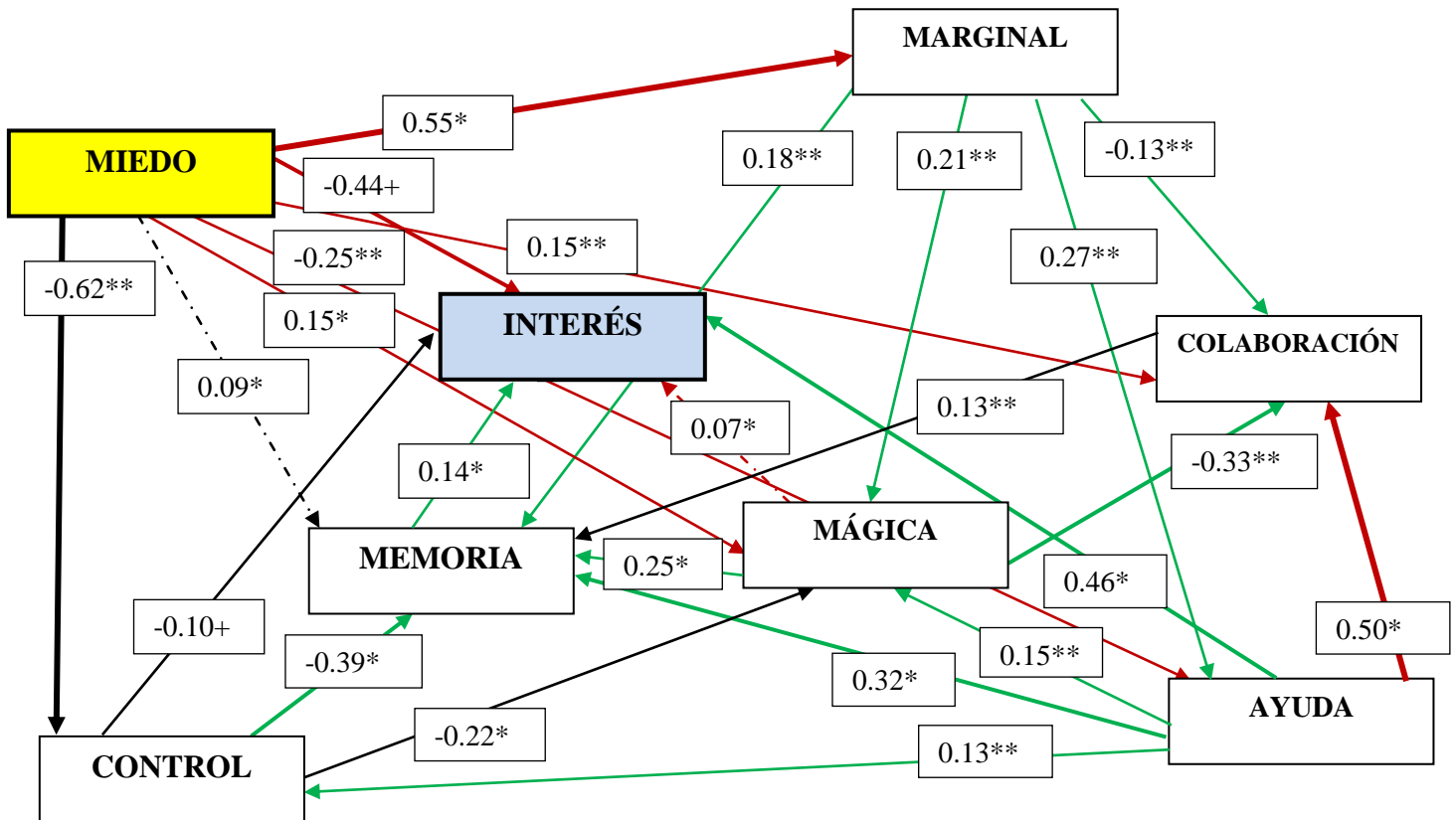
### 3.3. MODELO 2

**MODELO 2 MUESTRA A RETEST**

*ANTECEDENTE: MIEDO*

*MEDIACIONALES: MÁGICA, MEMORIA, CONTROL, MARGINAL, AYUDA, COLABORACIÓN*

*CONSECUENTE: INTERÉS*



Signif. [\*\* p<0.01, \* p<0.05, +p<0.07]

#### ÍNDICES DE AJUSTE

$\chi^2_{S-B} = 4.65(0.33)$  G.L.=4/ RMSEA= 0.014; INT 90% (0.0-0.056), PCF=0.91/  
CFI=1.00/ SRMR=0.0083 / GFI= 1.00

#### LEYENDAS

##### DE TIPO Y GROSOR DE LÍNEA:

> 0.50	→
De 0.30 a 0.49	→
De 0.10 a 0.29	→
<0.10	- - - - ->

##### DE COLORES:

→	Se repite en todos los modelos y en la misma dirección.
→	Se repite en todos los modelos y en una u otra dirección.
→	No se repite en todos los modelos.

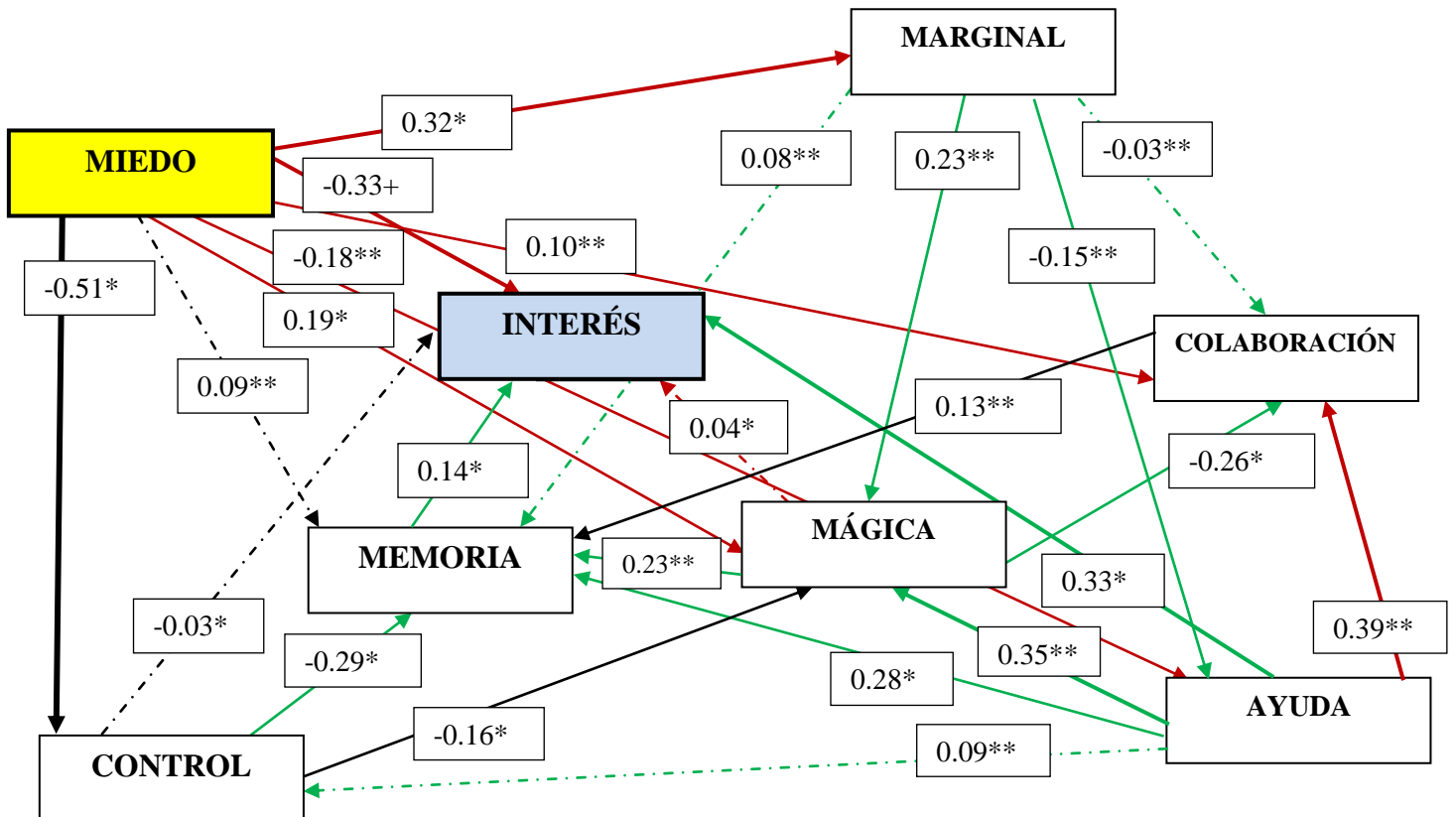
### 3.3. MODELO 2

#### MODELO 2 MUESTRA B TEST

ANTECEDENTE: MIEDO

MEDIACIONALES: MÁGICA, MEMORIA, CONTROL, MARGINAL, AYUDA, COLABORACIÓN

CONSECUENTE: INTERÉS



Signif. [\*\* p≤0.01, \* p≤0.05, +p≤0.07]

#### ÍNDICES DE AJUSTE

$\chi^2_{S-B} = 5.15 (0.27) G.L.=4/ RMSEA=0.019 ; INT 90\% (0.0-0.058), PCF=0.89/ CFI=1.00 / SRMR=0.011 / GFI= 1.00$

#### LEYENDAS:

##### DE TIPO Y GROSOR DE LÍNEA:

> 0.50	<b>→</b>
De 0.30 a 0.49	<b>→</b>
De 0.10 a 0.29	<b>→</b>
<0.10	<b>- - - - -&gt;</b>

##### DE COLORES:

<b>→</b>	Se repite en todos los modelos y en la misma dirección.
<b>→</b>	Se repite en todos los modelos y en una u otra dirección.
<b>→</b>	No se repite en todos los modelos.

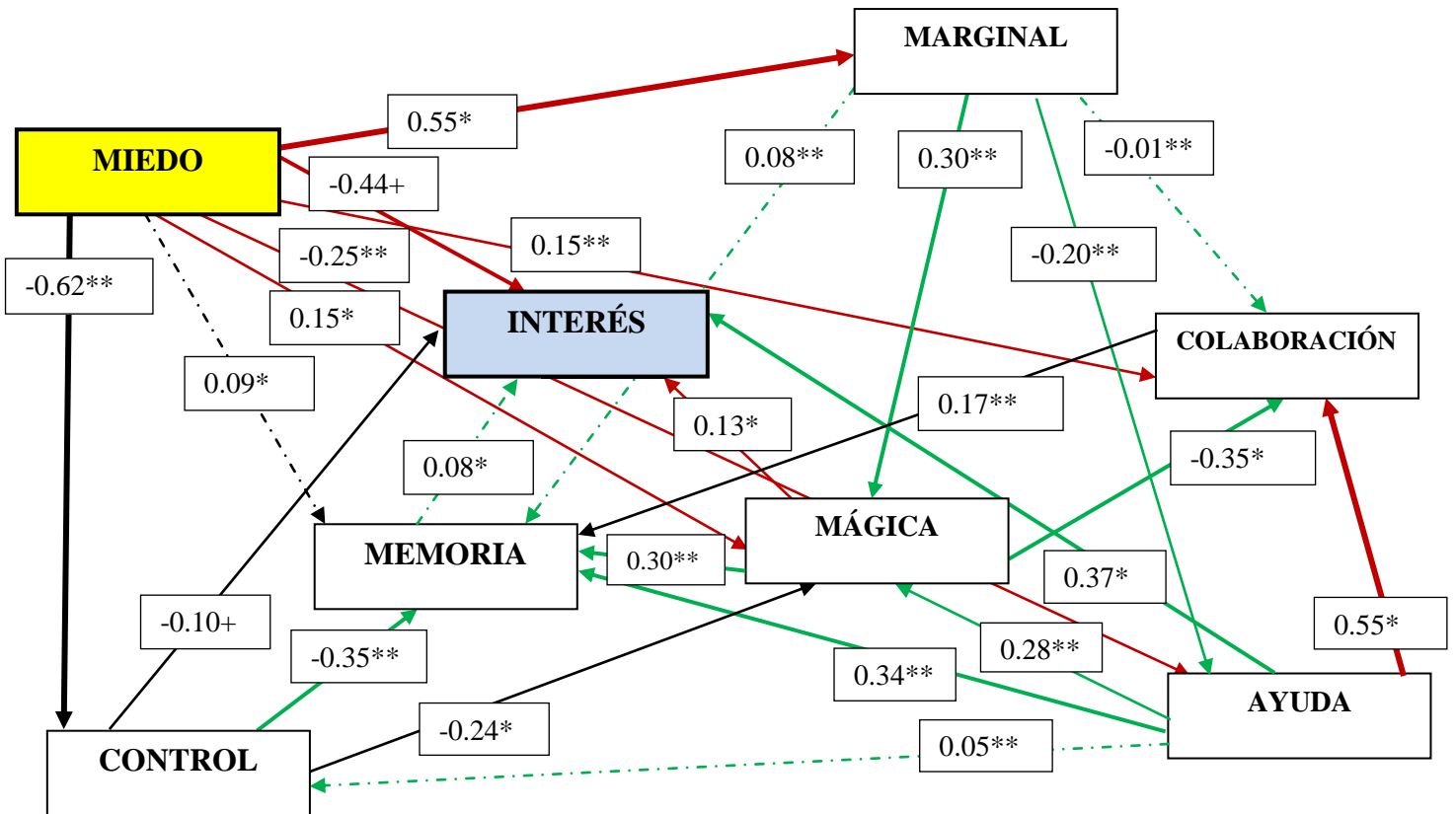
### 3.3. MODELO 2

#### MODELO 2 MUESTRA B RETEST

ANTECEDENTE: MIEDO

MEDIACIONALES: MÁGICA, MEMORIA, CONTROL, MARGINAL, AYUDA, COLABORACIÓN

CONSECUENTE: INTERÉS



Signif. [\*\* p<0.01, \* p<0.05, +p<0.07]

#### ÍNDICES DE AJUSTE

$\chi^2_{S-B} = 19.85(0.00053)$  G.L.=4/ RMSEA= 0.069; INT 90% (0.041-0.10), PCF=0.13/ CFI=0.99 / SRMR=0.018 / GFI=0.99

#### LEYENDAS

##### DE TIPO Y GROSOR DE LÍNEA:

> 0.50	→
De 0.30 a 0.49	→
De 0.10 a 0.29	→
<0.10	- - - ->

##### DE COLORES:

→	Se repite en todos los modelos y en la misma dirección.
→	Se repite en todos los modelos y en una u otra dirección.
→	No se repite en todos los modelos.

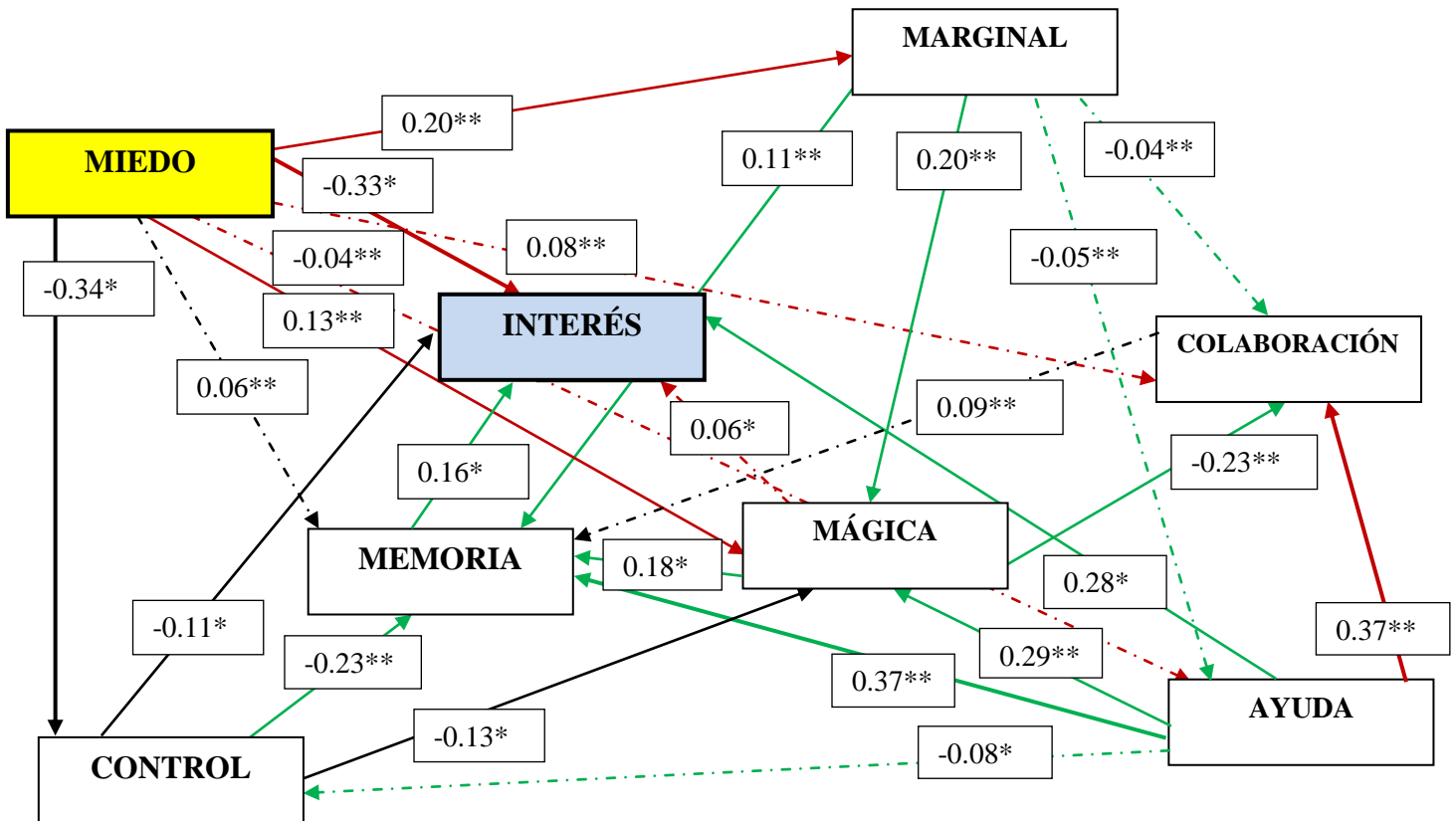
### 3.3. MODELO 2

**MODELO 2 MUESTRA COMPLETA TEST MIMIC**

*ANTECEDENTE: MIEDO*

*MEDIACIONALES: MÁGICA, MEMORIA, CONTROL, MARGINAL, AYUDA, COLABORACIÓN*

*CONSECUENTE: INTERÉS*



Signif. [\*\* p<0.01, \* p<0.05, +p<0.07]

#### ÍNDICES DE AJUSTE

$\chi^2_{S-B} = 11.45$  (0.32) G.L.=10/ RMSEA=0.0093; INT 90% (0.0-0.029), PCF=1.00/ CFI=1.00/ SRMR=0.016 / GFI= 0.99

#### LEYENDAS

##### DE TIPO Y GROSOR DE LÍNEA:

> 0.50	<b>→</b>
De 0.30 a 0.49	<b>→</b>
De 0.10 a 0.29	<b>→</b>
<0.10	<b>- - - - -&gt;</b>

##### DE COLORES:

<b>→</b>	Se repite en todos los modelos y en la misma dirección.
<b>→</b>	Se repite en todos los modelos y en una u otra dirección.
<b>→</b>	No se repite en todos los modelos.

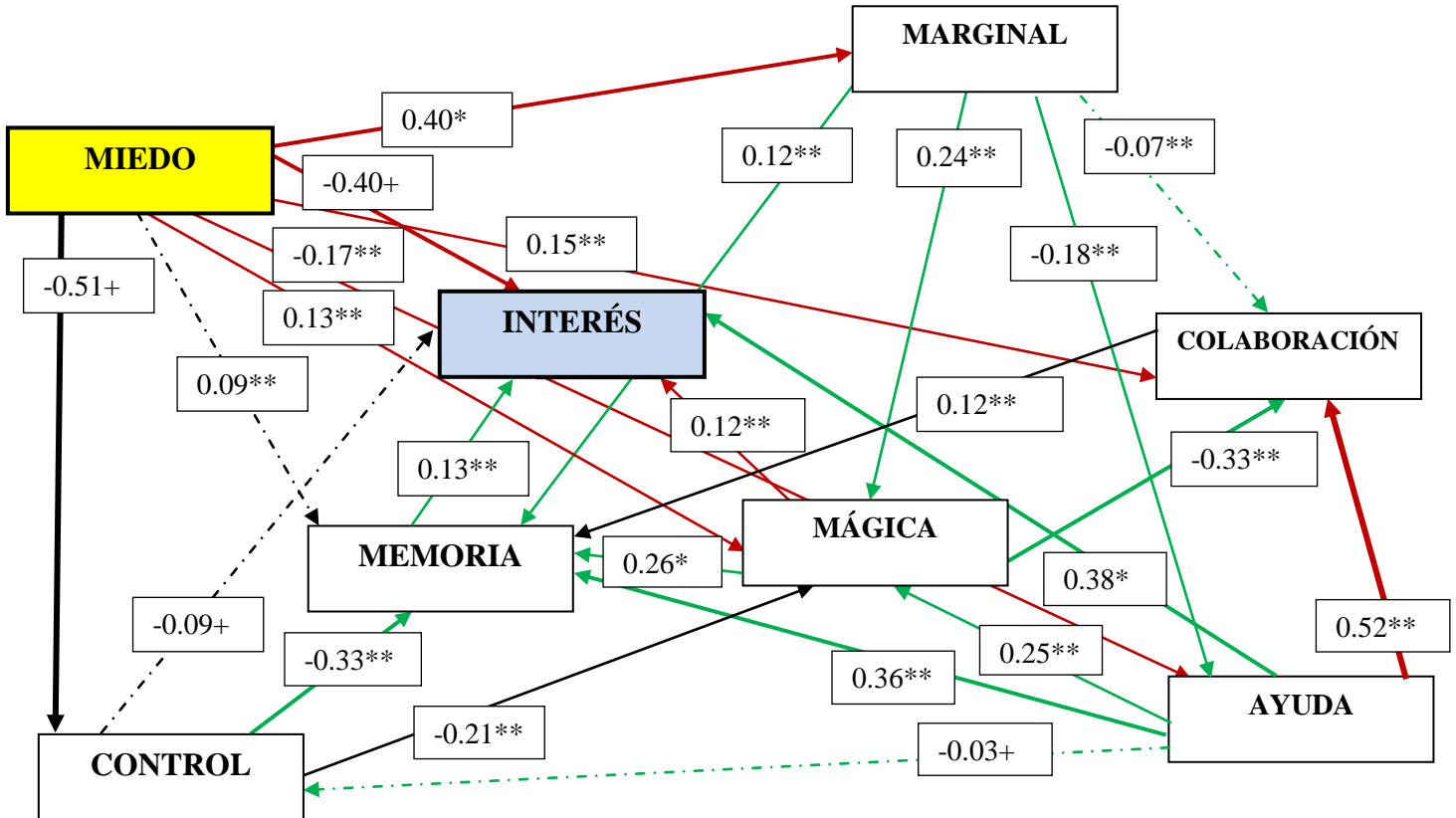
### 3.3. MODELO 2

**MODELO 2 MUESTRA COMPLETA RETEST MIMIC**

*ANTECEDENTE: MIEDO*

*MEDIACIONALES: MÁGICA, MEMORIA, CONTROL, MARGINAL, AYUDA, COLABORACIÓN*

*CONSECUENTE: INTERÉS*



Signif. [\*\* p≤0.01, \* p≤0.05, +p≤0.07]

#### ÍNDICES DE AJUSTE

$\chi^2_{S-B} = 4.54(0.92)$  G.L.=10/ RMSEA= 0.0; INT 90% (0.0-0.0094), PCF=1.00/ CFI=1.00/ SRMR=0.0094 / GFI= 1.00

#### LEYENDAS

##### DE TIPO Y GROSOR DE LÍNEA:

> 0.50	→
De 0.30 a 0.49	→
De 0.10 a 0.29	→
<0.10	- - - - ->

##### DE COLORES:

→	Se repite en todos los modelos y en la misma dirección.
→	Se repite en todos los modelos y en una u otra dirección.
→	No se repite en todos los modelos.

### 3.4. ANÁLISIS ESCRITO DEL MODELO 2

#### MIEDO:

Este modelo se singulariza por precisarse a partir de la variable Miedo como antecedente, y de la variable Interés como consecuente.

Lo primero que percibimos es que la variable Miedo, salvo hacia la variable Memoria, cuya influencia es muy pequeña (y en el modelo anterior es considerada antecedente), determina el resto de variables del modelo de manera significativa. En este modelo todas las variables o dimensiones se ven influidas por Miedo, en mayor o menos medida, y confluyen en Interés. De esta manera, en realidad podemos considerar que el modelo va a determinar, como elemento vertebral de su estructura, en función de qué variables y vías, una persona va a adquirir o pueda tener **interés** hacia la hipnosis, que es la dimensión consecuente.

La influencia más notable se da de Miedo a Control de forma negativa. Es decir, el miedo que se le tenga a la hipnosis determina que la persona piense que bajo hipnosis puede llegar a perder el control. Una persona que piense que la hipnosis es una técnica peligrosa, que le da miedo quedarse enganchada en un trance hipnótico, en definitiva, que sienta miedo hacia ella; todo ello está influyendo directamente en que la persona crea que bajo hipnosis puede perder el control personal de sus actos. Si la persona tiene miedo a la hipnosis, puede pensar que en hipnosis podrían obligarle a decir o a hacer cosas que no quiere, que no tendría el control de sus actos y, por lo tanto podría quedar en ridículo delante de un público (pensemos en la hipnosis de espectáculo). Podemos, por tanto, considerar, que esta configuración relacional en este modelo refleja este aspecto central sobre su concepción respecto a la hipnosis.

Existe otra relación muy importante y de influjo directo que se produce de Miedo a Marginal de manera directa y, posteriormente, de Marginal a Ayuda de manera negativa y, finalmente, de Marginal a Mágica de manera positiva. El miedo que le produzca a una persona la hipnosis (tal como se ha descrito anteriormente lo que significa Miedo) causa que esa persona crea que la hipnosis se desarrolla al margen de la investigación científica, que la persona que sea hipnotizable tuviera que tener las peculiaridades de ser crédula, ignorante y/o dependiente psicológicamente, y que la persona que está hipnotizada se encontraría disociada. Desde Marginal se ve que su influjo continúa y se produce de manera negativa hacia Ayuda. Esto se interpreta de la siguiente forma. El que una persona crea que la hipnosis está al margen de la investigación científica, ocasionará que crea que la hipnosis no le va a

servir de ayuda en las terapias médicas y/o psicológicas. Es una concatenación de ideas coherente, el creer que si una técnica me da miedo y no es científica no me puede servir de ayuda. Además se produce una influencia de Marginal a Mágica de manera positiva. Esto se interpreta como que si alguien cree que la hipnosis se desarrolla al margen de la investigación científica (y lo que se acaba de explicar anteriormente en relación a Marginal) favorece que piense que la hipnosis es una solución mágica a la mayoría de los problemas, y que para ello no hace falta esfuerzo por parte de la persona hipnotizada.

Respecto a la relación entre Miedo e Interés, que también posee una influencia muy notable, se observa que aquí el Miedo está determinando el Interés de forma negativa. El miedo que le tenga una persona a la hipnosis delimita o causa que la persona no se interese por ella. Este es un camino lógico y directo, de dimensión latente antecedente a dimensión latente consecuente. El miedo que siente una persona hacia la hipnosis conlleva que ni le gustaría ser hipnotizada, ni se dejaría hipnotizar si se diese el caso, ni tampoco le gustaría ser muy hipnotizable.

La siguiente conexión por la que proseguimos este análisis es la que señala la influencia de Miedo a Ayuda en negativo. El miedo que sienta alguien hacia la hipnosis influye y provoca que crea que la hipnosis no sea una técnica que pueda servir de ayuda en las terapias médicas y/o psicológicas. El modelo indica así que una persona que tenga miedo a la hipnosis creerá que la hipnosis, ni servirá de apoyo para mejorar los resultados de los tratamientos médicos o psicológicos, ni valdrá para aprender más deprisa, ni con ella fomentará su capacidad de autocontrol.

Una relación que llama la atención en este modelo es la influencia de Miedo a Colaboración en sentido positivo. Miedo posee una influencia moderada sobre Colaboración, y este dato se interpreta como que hay personas que, a pesar de tener miedo a la hipnosis saben que tienen que colaborar para ser hipnotizados, que es necesario que se produzca una cooperación entre hipnotizador e hipnotizado, y que se requiere un esfuerzo por parte de la persona hipnotizada para llegar a estarlo. Resulta paradójico, pero la experiencia clínica práctica contiene evidencias que avalan esta conexión, y se conoce que este comportamiento se da en algunas personas, que le tienen miedo, pero saben que tienen que colaborar.

Por último, para terminar con las influencias de Miedo sobre otras dimensiones, estudiaremos la correspondencia entre Miedo y Mágica de forma positiva. El tenerle miedo a la hipnosis determina que la persona tenga creencias acerca de que la hipnosis pudiera ser una solución mágica a los problemas de la persona hipnotizada, que bajo hipnosis se pueden



conseguir cosas sin esfuerzo, y que puede ser todo lo que se necesitaría para tratar la mayoría de los problemas.

### **CADENAS DE INFLUENCIA (CAMINOS):**

Un camino interesante por el que podríamos comenzar es el que se establece de Ayuda a Interés y Colaboración de manera positiva. Es una derivación lógica, si alguien piensa que la hipnosis es una técnica que puede servirle de ayuda, es una técnica coadyuvante en las terapias médicas y/o psicológicas, ello dará lugar o causará que crea que tiene que colaborar para ser hipnotizado y además se interese por la hipnosis.

Otro recorrido partiendo de Ayuda es el que se produce de Ayuda a Memoria y a Mágica de manera positiva. A la vez Memoria también se ve influida por Mágica de manera positiva. Este camino se analiza de la forma siguiente. Hay personas que creen que la hipnosis es una técnica que les puede resultar útil y les puede ayudar. Esto da lugar a que puedan pensar que la hipnosis es un instrumento que se puede utilizar para descubrir recuerdos olvidados, que lo que se recuerda bajo hipnosis es la verdad, que no se puede mentir en hipnosis, y que la hipnosis les puede ayudar a alcanzar un estado de trance. Hay personas que van buscando la hipnosis para que les “ayude” a regresar a supuestas “vidas pasadas” o a que afloren sus más recónditos recuerdos para alcanzar la sanación a través de la catarsis. Además, el que piensen que la hipnosis les puede ayudar en este u otros cometidos, también daría lugar a que crean que la hipnosis es una técnica mágica, como he descrito anteriormente, que mediante hipnosis no se necesitaría realizar esfuerzos para solucionar los problemas y sería una solución mágica para tratar la mayoría de problemas.

En este modelo, vemos cómo Mágica determina a Memoria e Interés positivamente y a Colaboración negativamente. La persona que piense que la hipnosis es mágica, creará que la hipnosis sirve para poder regresar a “vidas pasadas”, o para recordar traumas infantiles, o para que asomen memorias ya olvidadas. Esto a su vez le puede crear cierto interés por esta técnica. Además si alguien considera que la hipnosis es mágica, supondrá que no hace falta su colaboración para poder ser hipnotizado.

Otro itinerario sustancial en este modelo es el que va de Control a Memoria y a Mágica negativamente. Esto se describe del subsiguiente modo. Si una persona afirma que bajo hipnosis va a mantener el control de sí misma, que no le van a obligar a realizar acciones que no quiera llevar a cabo, que va a poder salir de hipnosis cuando lo desee, y que no se va a poner en ridículo delante de otras personas, esto ocasiona que la persona crea que la hipnosis no es una solución mágica a la mayoría de los problemas de la persona hipnotizada, y que con

hipnosis no se consiguen cosas sin esfuerzo. También, el hecho de que una persona crea que mantiene el control de sí misma, da lugar a que piense que la hipnosis no es la máquina de la verdad, que no sirve para regresar a supuestas vidas pasadas, que puede mentir si quiere bajo hipnosis, que no es una forma de confirmar que un hecho ha ocurrido, y que no es un estado de trance.

### **INFLUENCIAS MODERADAS:**

Como se atisba en el modelo, se presentan algunas flechas con valores muy bajos, pero que, no obstante, reflejan que esas relaciones, aunque débiles, existen.

En primer lugar, se observa una relación positiva de Marginal a Memoria. Esto se explicaría de la forma siguiente. Si una persona cree que la hipnosis se desarrolla al margen de la investigación científica, esto causaría que pensase que sirve para averiguar traumas pasados, o vidas pasadas, o que fuese como la máquina de la verdad (lo que se ha explicado antes en relación a Marginal y Memoria).

A continuación, se examina aquí el vínculo que va de Miedo a Memoria siempre de forma positiva. Esta relación se puede explicar en base a que si alguien tiene miedo a la hipnosis pensará que le pueden averiguar a través de ella sus recuerdos pasados, sus supuestas vidas pasadas, que no pueda mentir bajo hipnosis, o que sea un estado de trance.

El nexa que se produce de Control hacia Interés de forma negativa, parece significar que, si una persona cree que bajo hipnosis mantiene el control de sí misma, la hipnosis no le provoque mucho interés. Quizá este tipo de personas son las que buscan precisamente “perder el control”, bajo hipnosis, o algo espectacular, o realizar lo que se hace en espectáculos de hipnosis saliendo como voluntarios.

Otra flecha que surge en todos estos modelos es la que va de Memoria a Interés en sentido positivo. Que la persona crea que bajo hipnosis se dice siempre la verdad, que sirve para recuperar recuerdos pasados y ya olvidados, que no se puede mentir bajo hipnosis, que sea un estado de trance, y que sea la forma de confirmar que algo sucedió, puede generar un interés en la persona que va buscando esta técnica para ello mismo. Debido a que hay personas que buscan la hipnosis porque creen esto que se acaba de describir en relación con la dimensión Memoria, se plasma esa flecha de influencia de Memoria a Interés en sentido positivo.

Se produce una relación de Ayuda a Control positivamente en todos estos modelos (excepto en los dos modelos MIMIC que es negativa). Esta relación se explicaría

argumentando que una persona que crea que la hipnosis puede servirle de ayuda en las terapias médicas o psicológicas, va a dar lugar a que piense que, bajo hipnosis, va a mantener el control de sí misma.

Observamos un vínculo de Colaboración a Memoria de forma positiva en todos estos modelos (menos en el de la muestra A Test que es negativa, pero rondando cero). Esta relación podría explicarse de manera que, si alguien cree que tiene que colaborar, llevaría a que pensara que puede llegar a un estado de trance mediante la hipnosis en el que tendría que decir la verdad, y de este modo la persona colaboraría para llegar a descubrir sus supuestas vidas pasadas, o sus recuerdos ocultos.

Por último, vemos una relación de Marginal a Colaboración de forma negativa en todos estos modelos. Este vínculo se puede describir de la siguiente manera. Si alguien opina que la hipnosis no pertenece al campo de la psicología científica, esta creencia daría lugar a que pensase que no tiene que colaborar, es decir, que no tendría que realizar ningún esfuerzo de cooperación con el hipnotizador para llegar a estar hipnotizado.

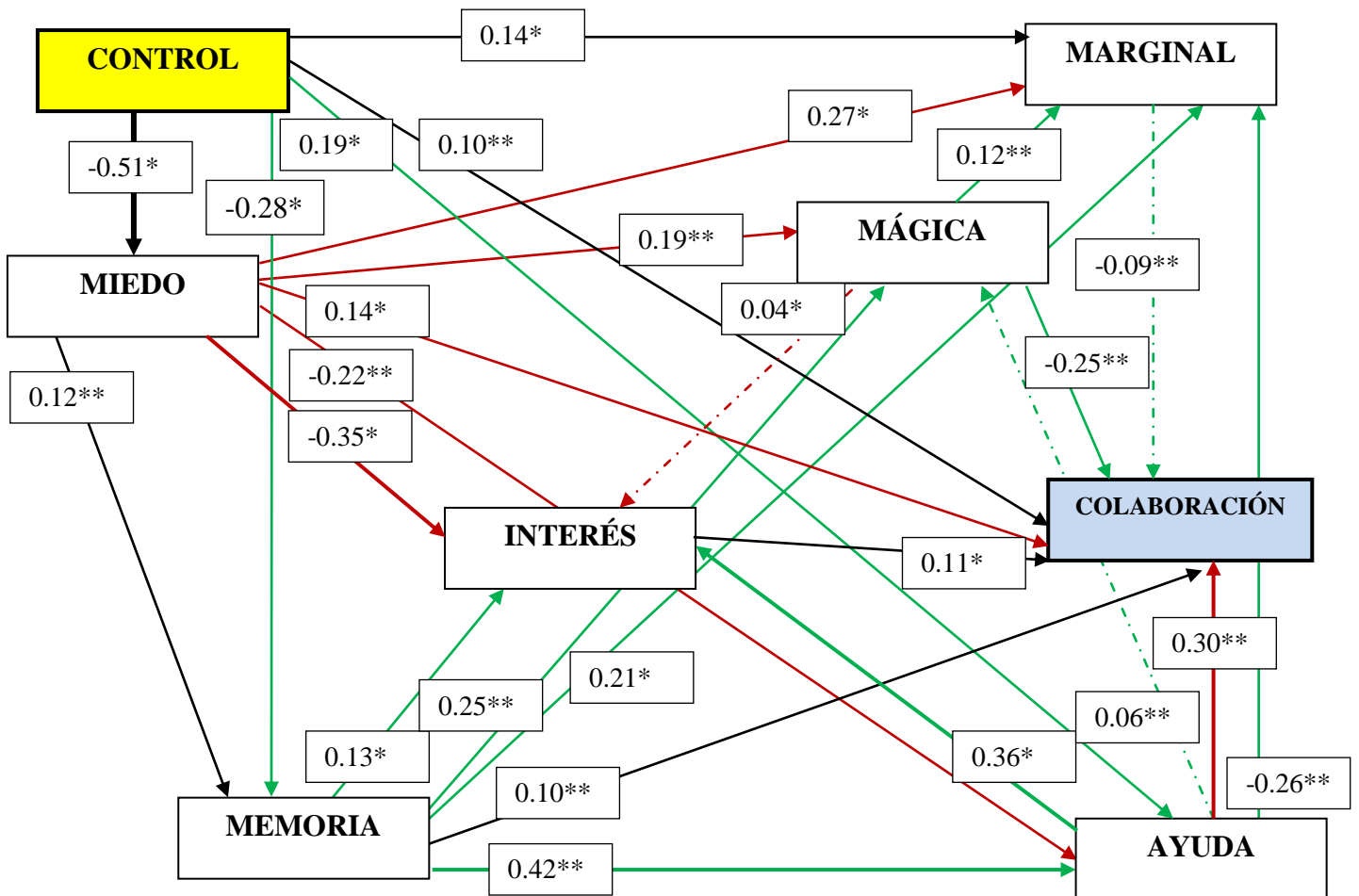
### 3.5. MODELO 3

**MODELO 3 MUESTRA A TEST**

*ANTECEDENTE: CONTROL*

*MEDIACIONALES: MÁGICA, MEMORIA, MARGINAL, AYUDA, INTERÉS, MIEDO*

*CONSECUENTE: COLABORACIÓN*



Signif. [\*\* p<0.01, \* p<0.05, +p<0.07]

#### ÍNDICES DE AJUSTE

$\chi^2_{S-B} = 4.21(0.38)$  G.L.=4 / RMSEA=0.0080; INT 90% (0.0-0.053), PCF=0.93/ CFI=1.00/ SRMR=0.012/ GFI=1.00

#### LEYENDAS

DE TIPO Y GROSOR DE LÍNEA:		DE COLORES:	
> 0.50			Se repite en todos los modelos y en la misma dirección.
De 0.30 a 0.49			Se repite en todos los modelos y en una u otra dirección.
De 0.10 a 0.29			No se repite en todos los modelos.
<0.10			

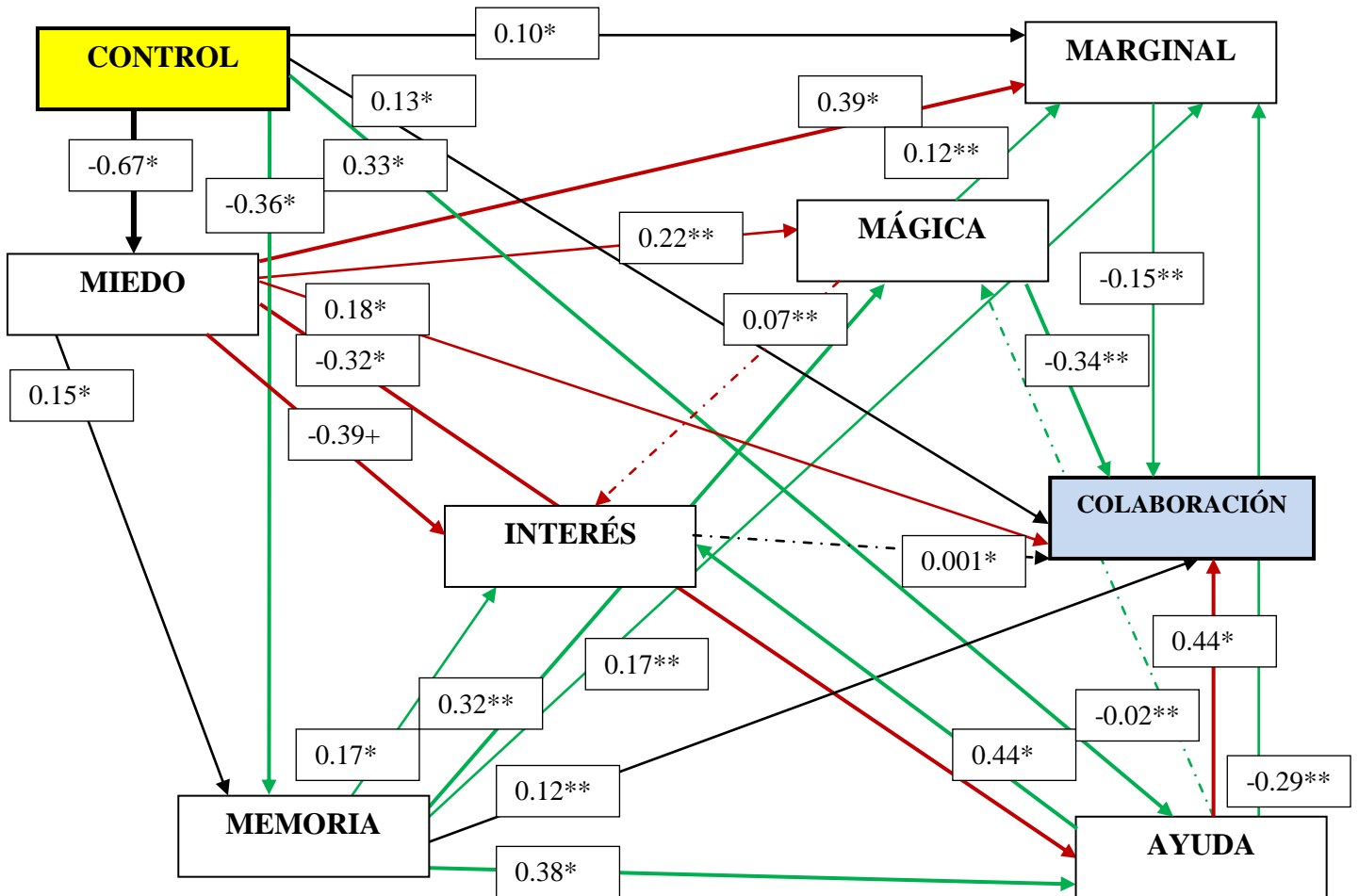
### 3.5. MODELO 3

**MODELO 3 MUESTRA A RETEST**

*ANTECEDENTE: CONTROL*

*MEDIACIONALES: MÁGICA, MEMORIA, MARGINAL, AYUDA, INTERÉS, MIEDO*

*CONSECUENTE: COLABORACIÓN*



Signif. [\*\* p<0.01, \* p<0.05, +p<0.07]

#### ÍNDICES DE AJUSTE

$\chi^2_{S-B} = 8.88(0.031)$  G.L.=3 /RMSEA=0.048; INT 90% (0.013-0.087), PCF=0.46/ CFI=1.00/ SRMR=0.012/ GFI= 1.00

#### LEYENDAS

##### DE TIPO Y GROSOR DE LÍNEA:

> 0.50	→
De 0.30 a 0.49	→
De 0.10 a 0.29	→
<0.10	- - - - ->

##### DE COLORES:

→	Se repite en todos los modelos y en la misma dirección.
→	Se repite en todos los modelos y en una u otra dirección.
→	No se repite en todos los modelos.

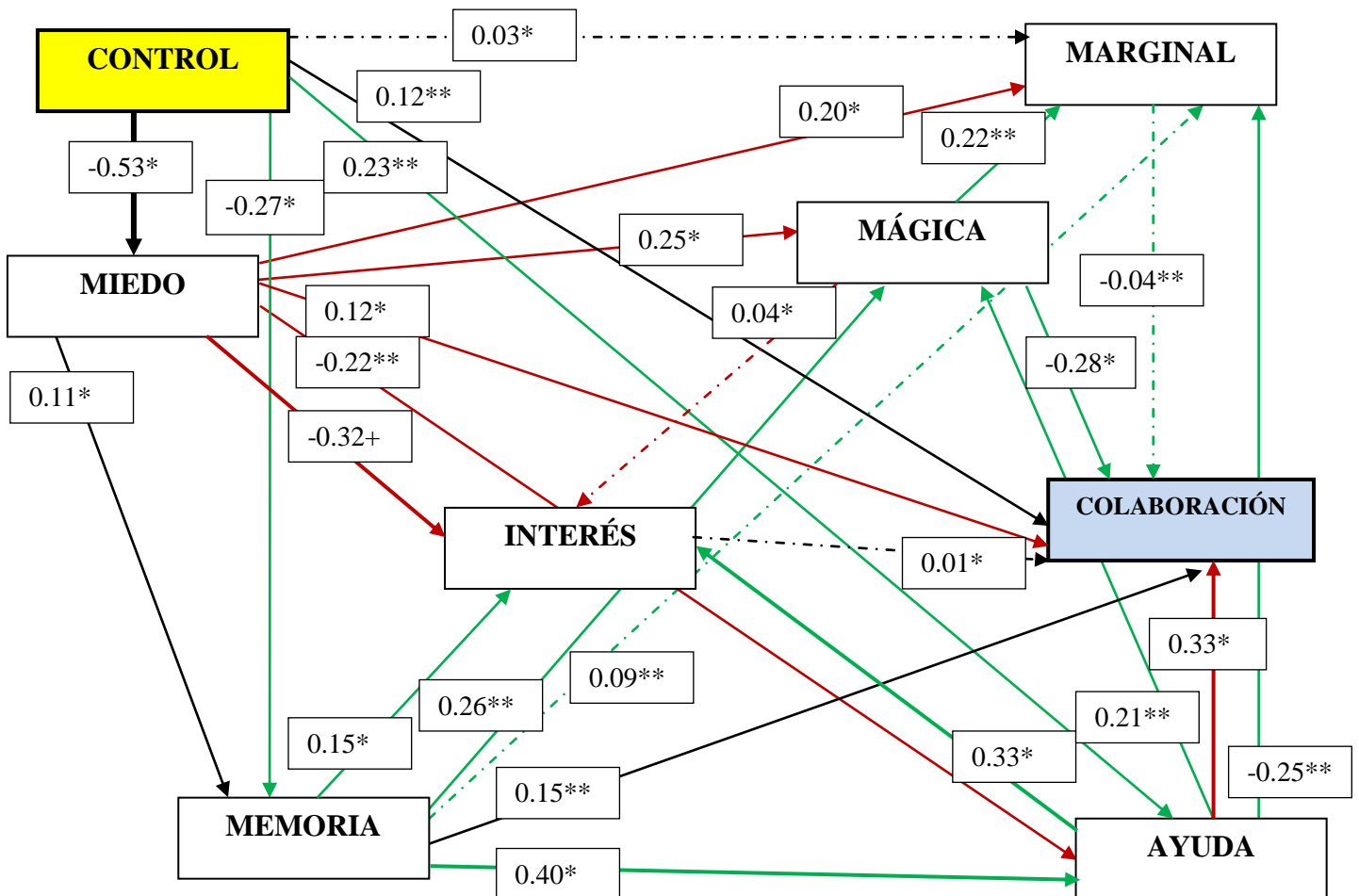
### 3.5. MODELO 3

**MODELO 3 MUESTRA B TEST**

*ANTECEDENTE: CONTROL*

*MEDIACIONALES: MÁGICA, MEMORIA, MARGINAL, AYUDA, INTERÉS, MIEDO*

*CONSECUENTE: COLABORACIÓN*



Signif. [\*\* p<0.01, \* p<0.05, +p<0.07]

#### ÍNDICES DE AJUSTE

$\chi^2_{S-B} = 5.01(0.17)$  G.L.=3/ RMSEA=0.028; INT 90% (0.0-0.070), PCF=0.76/  
CFI=1.00/ SRMR=0.012/ GFI=1.00

#### LEYENDAS

##### DE TIPO Y GROSOR DE LÍNEA:

> 0.50	→
De 0.30 a 0.49	→
De 0.10 a 0.29	→
<0.10	- - - - ->

##### DE COLORES:

→	Se repite en todos los modelos y en la misma dirección.
→	Se repite en todos los modelos y en una u otra dirección.
→	No se repite en todos los modelos.

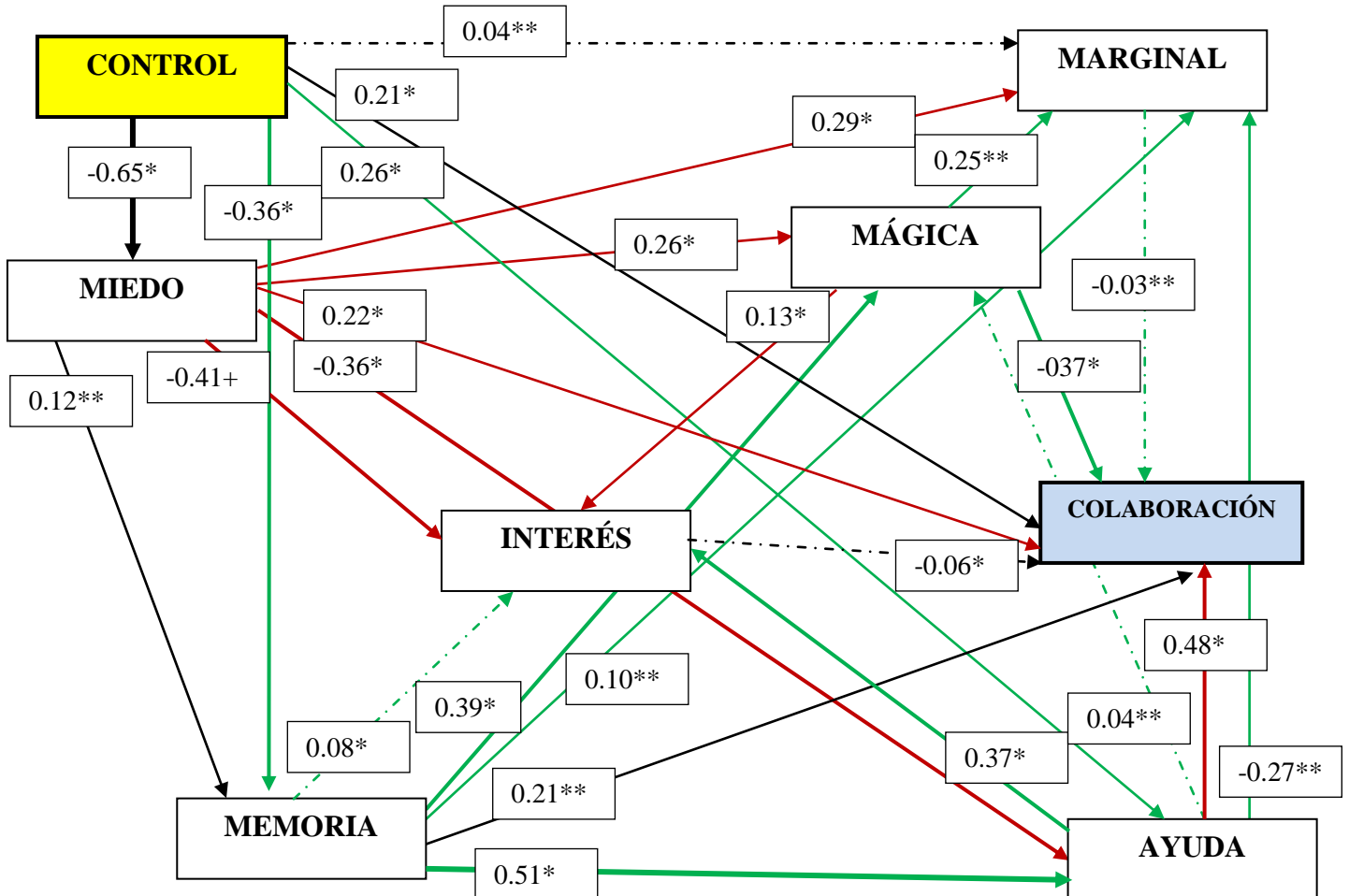
### 3.5. MODELO 3

**MODELO 3 MUESTRA B RETEST**

*ANTECEDENTE: CONTROL*

*MEDIACIONALES: MÁGICA, MEMORIA, MARGINAL, AYUDA, INTERÉS, MIEDO*

*CONSECUENTE: COLABORACIÓN*



Signif. [\*\* p<0.01, \* p<0.05, +p<0.07]

#### ÍNDICES DE AJUSTE

$\chi^2_{S-B} = 8.29(0.04)$  G.L.=3/ RMSEA=0.046; INT 90% (0.0086-0.085), PCF=0.50/ CFI=1.00/ SRMR=0.012/ GFI=1.00

#### LEYENDAS

##### DE TIPO Y GROSOR DE LÍNEA:

> 0.50	→
De 0.30 a 0.49	→
De 0.10 a 0.29	→
<0.10	- - - ->

##### DE COLORES:

→ (Red)	Se repite en todos los modelos y en la misma dirección.
→ (Green)	Se repite en todos los modelos y en una u otra dirección.
→ (Black)	No se repite en todos los modelos.

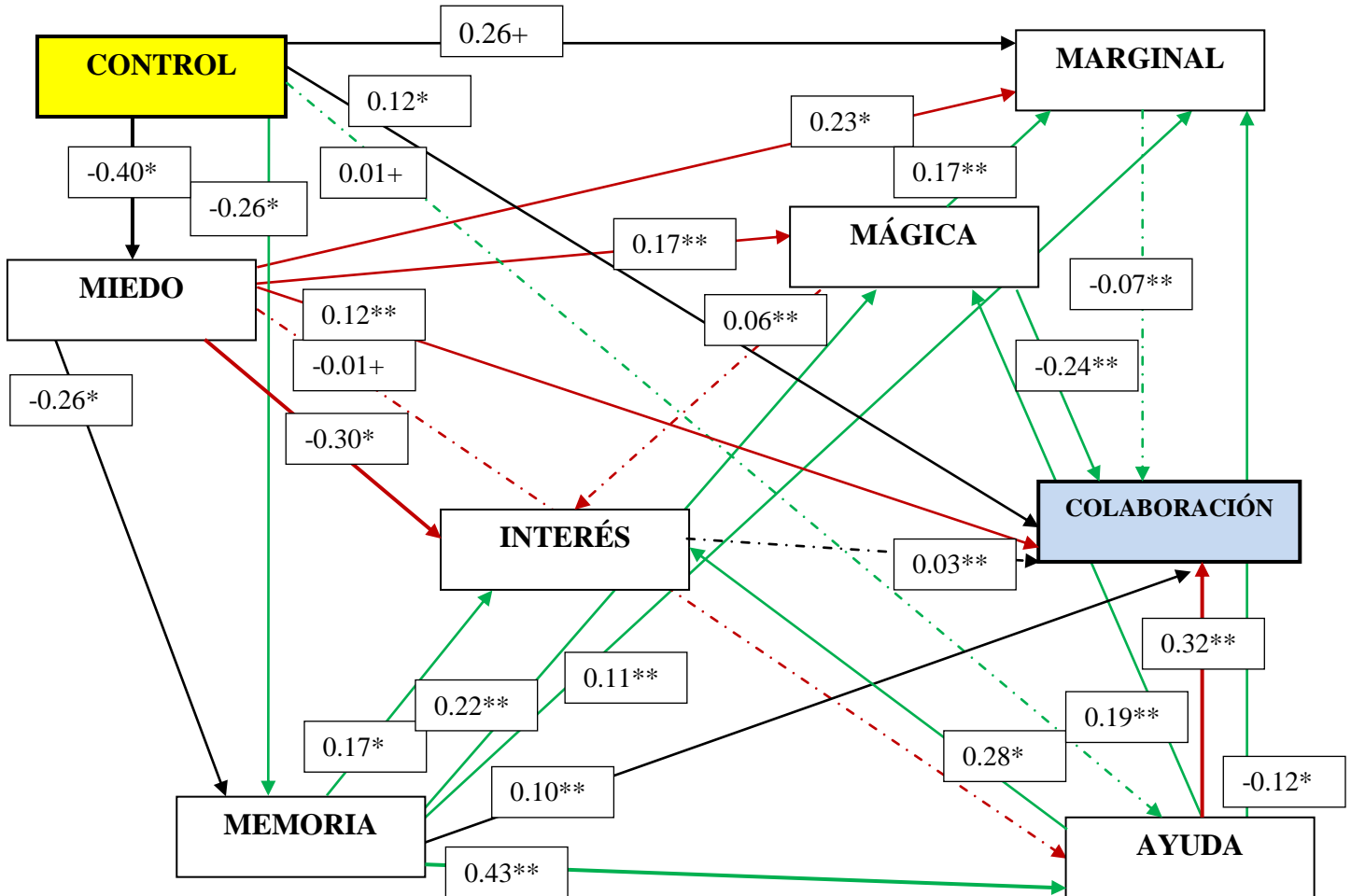
### 3.5. MODELO 3

**MODELO 3 MUESTRA COMPLETA TEST MIMIC**

*ANTECEDENTE: CONTROL*

*MEDIACIONALES: MÁGICA, MEMORIA, MARGINAL, AYUDA, INTERÉS, MIEDO*

*CONSECUENTE: COLABORACIÓN*



Signif. [\*\* p<0.01, \* p<0.05, +p<0.07]

#### ÍNDICES DE AJUSTE

$\chi^2_{S-B} = 2.67$  (0.98) G.L.=7 / RMSEA=0.0; INT 90% (0.0-0.0), PCF=1.00/ CFI=1.00/ SRMR=0.0072/ GFI= 1.00

#### LEYENDAS

##### DE TIPO Y GROSOR DE LÍNEA:

> 0.50	<b>→</b>
De 0.30 a 0.49	<b>→</b>
De 0.10 a 0.29	<b>→</b>
<0.10	<b>- - - -&gt;</b>

##### DE COLORES:

<b>→</b>	Se repite en todos los modelos y en la misma dirección.
<b>→</b>	Se repite en todos los modelos y en una u otra dirección.
<b>→</b>	No se repite en todos los modelos.



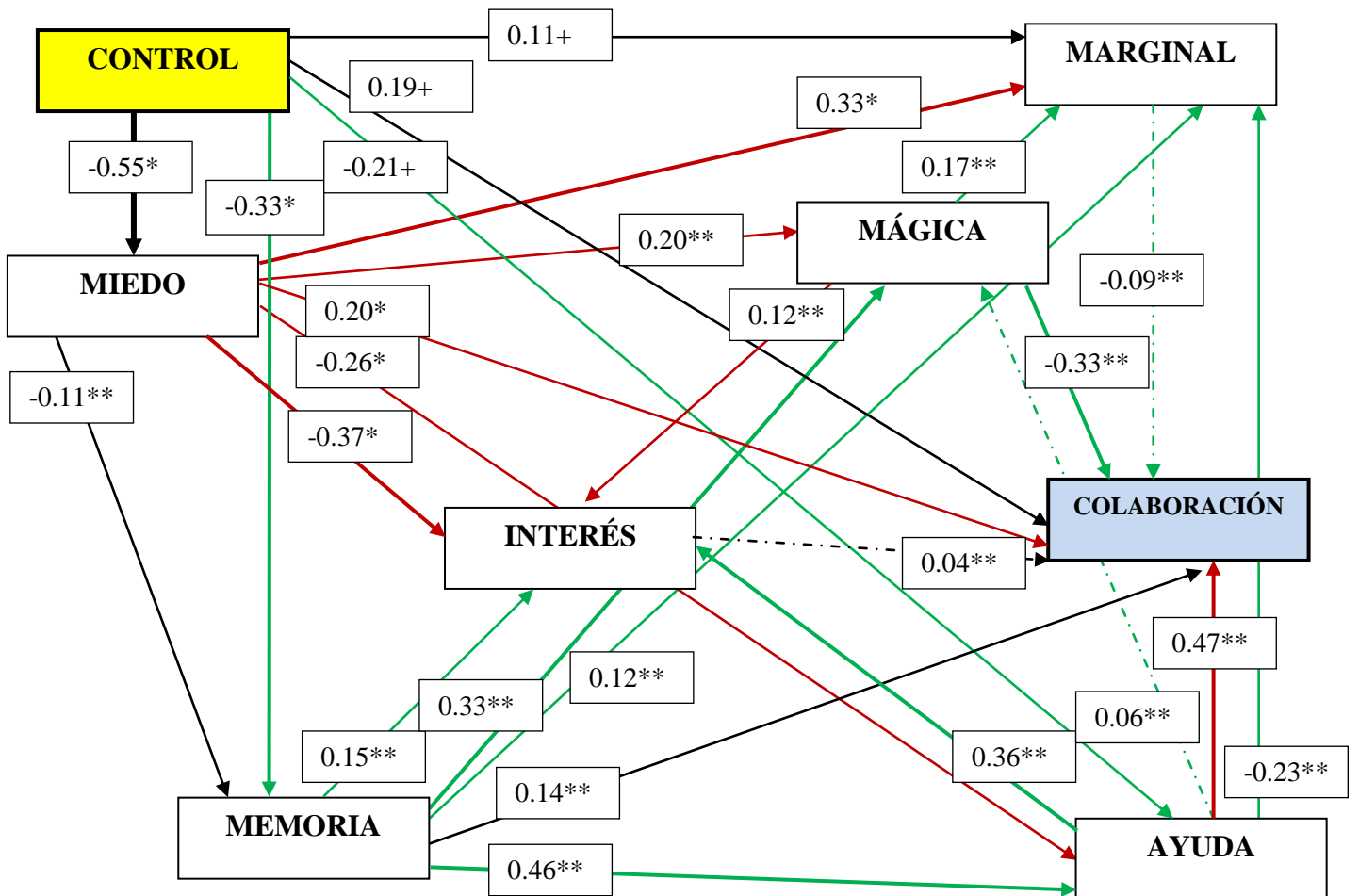
### 3.5. MODELO 3

**MODELO 3 MUESTRA COMPLETA RETEST MIMIC**

*ANTECEDENTE: CONTROL*

*MEDIACIONALES: MÁGICA, MEMORIA, MARGINAL, AYUDA, INTERÉS, MIEDO*

*CONSECUENTE: COLABORACIÓN*



Signif. [\*\* p<0.01, \* p<0.05, +p<0.07]

#### ÍNDICES DE AJUSTE

$\chi^2_{S-B} = 4.68(0.91)$  G.L.=10 / RMSEA=0.0; INT 90% (0.0-0.010), PCF=1.00/ CFI=1.00/ SRMR=0.010/ GFI= 1.00

#### LEYENDAS:

##### DE TIPO Y GROSOR DE LÍNEA:

> 0.50	→
De 0.30 a 0.49	→
De 0.10 a 0.29	→
<0.10	- - - - ->

##### DE COLORES:

→	Se repite en todos los modelos y en la misma dirección.
→	Se repite en todos los modelos y en una u otra dirección.
→	No se repite en todos los modelos.

### 3.6. ANÁLISIS ESCRITO DEL MODELO 3

#### CONTROL:

Este modelo se caracteriza por poseer como antecedente a la dimensión Control y como consecuente a la dimensión Colaboración. Podemos manifestar que la dimensión Control, está influyendo en el resto de variables en este modelo y, por lo tanto, en el comportamiento de las personas con respecto a todas estas dimensiones.

Comenzamos por analizar la influencia de Control hacia Miedo, en negativo, que es la más notable en el modelo. Y observamos que el hecho de saber que bajo hipnosis una persona mantiene el control de su comportamiento (que puede dejar de estar hipnotizado cuando quiera y que no le pueden obligar a hacer cosas que no desee) fomenta o determina de una forma muy apreciable, que la persona no le tenga miedo a la hipnosis. Por lo que no creará que la hipnosis sea una técnica peligrosa, o que podría quedarse enganchado en un trance hipnótico. El control descende el nivel de temor hacia la hipnosis.

Siguiendo por analizar otra relación muy importante dentro de este modelo, que es la que se da desde Control hacia Memoria en negativo. Esta influencia se interpreta de la siguiente forma: el hecho de saber que bajo hipnosis una persona mantiene el control de su comportamiento da lugar o determina que crea que bajo hipnosis no van a obligarle a decir cosas que no quiera decir, o que la hipnosis no es la máquina de la verdad y que todo lo que se recuerde en ella tenga que ser cierto. El saber y pensar que bajo hipnosis se mantiene la voluntad y que incluso la hipnosis es una técnica que se utiliza para fomentar el autocontrol protege a los usuarios o pacientes frente a aquellos que utilizan la hipnosis como técnica para regresar a supuestas vidas pasadas o desvelar traumas ocultos de la infancia o en el inconsciente y suponer que si se ha recordado bajo hipnosis es verdad.

Continuando con otra de las influencias de la dimensión Control en este modelo, percibimos una relación desde Control hasta Colaboración de forma positiva. De la dimensión antecedente directamente a la dimensión consecuente. Esta relación se expresa de la manera siguiente: una persona que crea que en hipnosis mantendrá su control personal fomenta que piense que tiene que colaborar con el hipnotizador para estar hipnotizada y que requerirá un esfuerzo por su parte para llegar a estarlo.

La dimensión Control tiene su influencia en el resto de dimensiones, aunque ya no son tan relevantes como las expresadas anteriormente, y pasaré a comentarlas más adelante.

## **MIEDO:**

Otra de las dimensiones importantes en este modelo es Miedo que, aunque no es antecedente solo porque le llega la influencia de Control, interviene en el resto de dimensiones, condicionando, por lo tanto, el comportamiento de las personas con respecto a sentir o no temor hacia la hipnosis.

La dimensión Miedo influye en la dimensión Interés de manera negativa. El miedo que alguien pueda sentir hacia la hipnosis determina la disminución del interés por esta técnica. Si una persona tiene temor a la hipnosis es menos probable que quiera ser hipnotizada en un momento dado, o que se dejase hipnotizar, o que le gustara ser hipnotizable.

Esta dimensión también ejerce su influencia positivamente sobre la dimensión Marginal. El experimentar temor a la hipnosis determina que una persona crea que la hipnosis se desarrolla fuera de la investigación científica, que la persona hipnotizada se encuentre disociada y que las personas hipnotizables serían crédulas, ignorantes y dependientes psicológicamente.

Continuamos por estudiar la relación de la dimensión Miedo hacia la dimensión Mágica en positivo. Esta relación se entiende en el sentido de que, el miedo que una persona sienta hacia la hipnosis, determina, en cierta forma, que piense que la hipnosis es algo mágico. Este miedo puede producir que la persona piense que la con la hipnosis no se necesita un esfuerzo por parte de la persona hipnotizada para solucionar sus problemas, que la hipnosis puede tratar la mayoría de los problemas, siendo una salida rápida de ellos.

Prosiguiendo con las influencias de Miedo, advertimos que influye en la dimensión Memoria de manera negativa. Esto se interpreta de manera que el temor que sienta alguien hacia la hipnosis determina que piense que bajo hipnosis puedan descubrirle recuerdos ocultos u traumas olvidados, que sea una forma de certificar que un suceso aconteció, y que piense que la hipnosis es un estado de trance.

Siguiendo con el análisis de las influencias de Miedo, advertimos que Miedo tiene una influencia sobre la dimensión Ayuda de manera negativa. Esto se interpreta como que el temor que una persona sienta hacia la hipnosis le hace creer que esta técnica no le va a poder ayudar. Si una persona manifiesta miedo hacia la hipnosis, creerá que no le va a servir de complemento para mejorar la terapia médica y/o psicológica.

Para terminar con las influencias de la dimensión Miedo, analizamos su relación con la dimensión Colaboración. A Colaboración le llega la influencia de Miedo de manera positiva.

Esto se traduce en que hay personas que, a pesar de tenerle miedo a la hipnosis, saben que tienen que colaborar con el hipnotizador para llegar a estar hipnotizados.

### **CADENAS DE INFLUENCIA (CAMINOS):**

Un camino importante es el que se produce de la dimensión Ayuda en positivo hacia las dimensiones Interés y Colaboración. Además, desde la dimensión Interés también surge una flecha en positivo hacia Colaboración. Esto indica que las personas que piensan que la hipnosis puede serles de ayuda para mejorar las terapias médicas y/o psicológicas, que puede facilitar los resultados de las terapias y que incluso se puede aprender más deprisa bajo hipnosis, todo ello conduce a despertar el interés de los usuarios. Si las personas creen que la hipnosis sirve de ayuda mostrarán interés en ella, además de querer ser hipnotizadas, o dejarse hipnotizar si se diera la ocasión. Asimismo, esta creencia de que la hipnosis ayuda, llevará a que las personas creen que la hipnosis requiere un esfuerzo de colaboración entre hipnotizador e hipnotizado y que es necesario un esfuerzo por parte del usuario para estar hipnotizado. El interés de las personas hacia la hipnosis también conduce a que sepan que tienen que colaborar y que es necesario un esfuerzo de cooperación entre hipnotizador e hipnotizado.

Otro recorrido importante aquí y que denota y muestra otra perspectiva, la de creencias inadecuadas acerca de la hipnosis. El recorrido va de Ayuda a Memoria en positivo, de Memoria a Mágica en positivo y de Mágica a Colaboración en negativo. Empezando por la creencia de que la hipnosis puede ser de ayuda en las terapias médicas y/o psicológicas, hay personas que piensan que la hipnosis puede ayudarles a regresar a supuestas vidas pasadas, o a que afloren recuerdos ocultos o traumas olvidados del inconsciente. Entonces, el creer que la hipnosis puede ser útil en esos menesteres, determina que esas personas creen que la hipnosis es algo mágico. Que puede ser una solución mágica a la mayoría de sus problemas y que no requeriría ningún esfuerzo para solucionarlos. Por lo tanto, si la hipnosis fuera algo mágico (como hay personas que piensan), esto daría lugar a que no creyesen que fuera necesario colaborar ni hacer ningún esfuerzo. Además, a Colaboración le llega una influencia desde Memoria de forma positiva. Esto significa que hay personas que piensan que para descubrir recuerdos ocultos, traumas olvidados o regresar a supuestas vidas pasadas es necesario colaborar con el hipnotizador, para que les lleve a ese trance en el que puedan descubrirse a sí mismos. De esta forma terminaría esta cadena de influencias, que representa a determinado sector de personas con creencias y actitudes contraproducentes sobre la hipnosis, considerada desde una perspectiva científica.

Continuando con este tipo de relaciones que se muestran en el modelo y que representan creencias inadecuadas hacia la hipnosis, observamos que a la dimensión Memoria le llega una influencia desde Interés de forma positiva. Esto significa que hay personas que manifiestan interés hacia la hipnosis porque buscan descubrir cosas ocultas de su memoria. Recuerdos ocultos, traumas olvidados o supuestas vidas pasadas (como se ha comentado anteriormente).

Otra relación importante y que muestra unas creencias adecuadas sobre la hipnosis, es la que va de Ayuda a Marginal de manera negativa. Esto quiere decir que hay personas que piensan que la hipnosis puede servirles de ayuda en las terapias médicas y/o psicológicas, y ello da lugar, por lo tanto, a que crean que la hipnosis no está al margen de la investigación científica. Además, indica que no solo podrían ser hipnotizadas las personas crédulas, ignorantes y/o dependientes psicológicamente.

Hay otra relación en este modelo que va de Mágica a Marginal positivamente. Esta relación quiere decir que, si alguien piensa que la hipnosis es algo mágico, ello da lugar a que la persona crea que la hipnosis está al margen de la investigación científica.

### **INFLUENCIAS MODERADAS:**

Como se percibe en el modelo, aparecen algunas flechas con valores muy bajos, pero que, sin embargo, reflejan que esas relaciones, aunque débiles, existen.

Empezando por las influencias desde la dimensión Control, que, además de las descritas anteriormente, influye en el resto de dimensiones del modelo. Una de estas relaciones es la que se produce desde Control hasta Mágica de manera negativa. Esto se traduce en que una persona que piense que bajo hipnosis se mantiene el control personal, ello da lugar a que no crea que la hipnosis sea algo mágico y que no haya que realizar esfuerzos para conseguir llegar a estar hipnotizado.

Prosiguiendo con las influencias de Control, analizamos la relación que va desde Control hasta Interés de manera negativa. El hecho de que alguien crea que bajo hipnosis se mantiene el control personal, conduce a disminuir el interés hacia ella. Este hecho podría explicarse porque cierto número de personas esperan encontrar en la hipnosis algo “espectacular”, y muestran interés en la hipnosis en que supuestamente la persona hipnotizada pierde el control y pueda llegar a hacer el ridículo (en un espectáculo de hipnosis) o parece que el hipnotizador es el que maneja la situación y el comportamiento del hipnotizado.

Además, se observa que Control influye en Ayuda de manera positiva. El pensar que una persona mantiene el control de su conducta bajo hipnosis, y que puede salir de ella cuando lo

deseo, conlleva que se crea que la hipnosis puede servir de ayuda en las terapias médicas y/o psicológicas.

Para acabar con las influencias moderadas de la dimensión Control, observamos que Control se dirige a Marginal de manera positiva. Esto se interpreta como que hay personas que piensan que bajo hipnosis van a mantener el control de su conducta, y ello les lleva a pensar que la hipnosis es una técnica al margen de la investigación científica. Hay gente que puede creer que la hipnosis es una cosa de espectáculo, que hay personas que van a salir a hacer el ridículo en ese espectáculo, pero que a ellos aun así no les van a hacer perder el control de su comportamiento obligándoles a hacer cosas que no deseen.

Otras relaciones moderadas que se representan en el modelo son las siguientes: de Marginal a Colaboración hay una relación negativa. Esto se explica porque la creencia de que la hipnosis es una técnica que está fuera de la investigación científica determina que las personas creen que en hipnosis no es necesaria la colaboración entre el hipnotizador y la persona hipnotizada.

También se produce una relación desde Ayuda hasta Mágica de forma positiva. Esto se traduce en que hay personas que creen que la hipnosis puede ser de ayuda, por lo que a algunas personas les induciría a pensar que la hipnosis es algo mágico. Que la hipnosis les podría ayudar si por algún mecanismo mágico les posibilita solucionar sus problemas sin realizar esfuerzos.

Por último, hay una relación que va de Marginal a Interés de forma negativa. Esta relación se puede explicar de la manera siguiente: la creencia de que la hipnosis está al margen de la investigación científica, y que las personas hipnotizables serían crédulas, ignorantes y dependientes psicológicamente (diciéndolo de otro modo, el pensar que la hipnosis es algo “para los tontos”), ello determinaría que hubiera personas que no mostrarán interés por la hipnosis, ya que pensarían que es algo que si no es científico no les interesa.

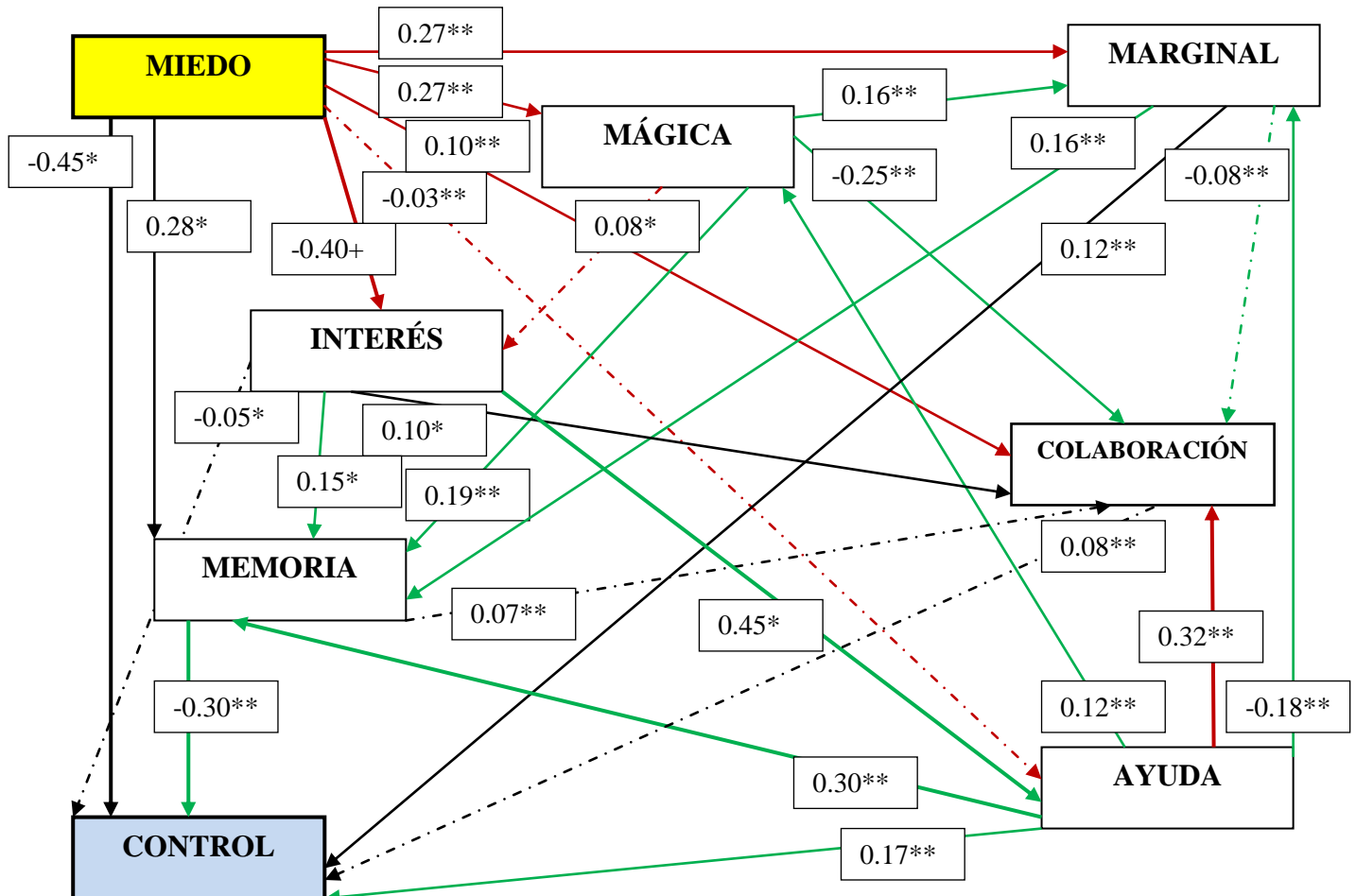
### 3.7. MODELO 4

**MODELO 4 MUESTRA A TEST**

*ANTECEDENTE: MIEDO*

*MEDIACIONALES: MÁGICA, MEMORIA, MARGINAL, AYUDA, INTERÉS*

*CONSECUENTE: CONTROL*



Signif. [\*\* p<0.01, \* p<0.05, +p<0.07]

#### ÍNDICES DE AJUSTE

$\chi^2_{S-B} = 0.84(0.66)$  G.L.= 2/ RMSEA=0.0; INT 90% (0.0-0.053), PCF=0.94/ CFI=1.00/ SRMR=0.0046/ GFI= 1.00

#### LEYENDAS

**DE TIPO Y GROSOR DE LÍNEA:**

> 0.50	<b>→</b>
De 0.30 a 0.49	<b>→</b>
De 0.10 a 0.29	<b>→</b>
<0.10	<b>- - - - -&gt;</b>

**DE COLORES:**

<b>→</b> (Red)	Se repite en todos los modelos y en la misma dirección.
<b>→</b> (Green)	Se repite en todos los modelos y en una u otra dirección.
<b>→</b> (Black)	No se repite en todos los modelos.

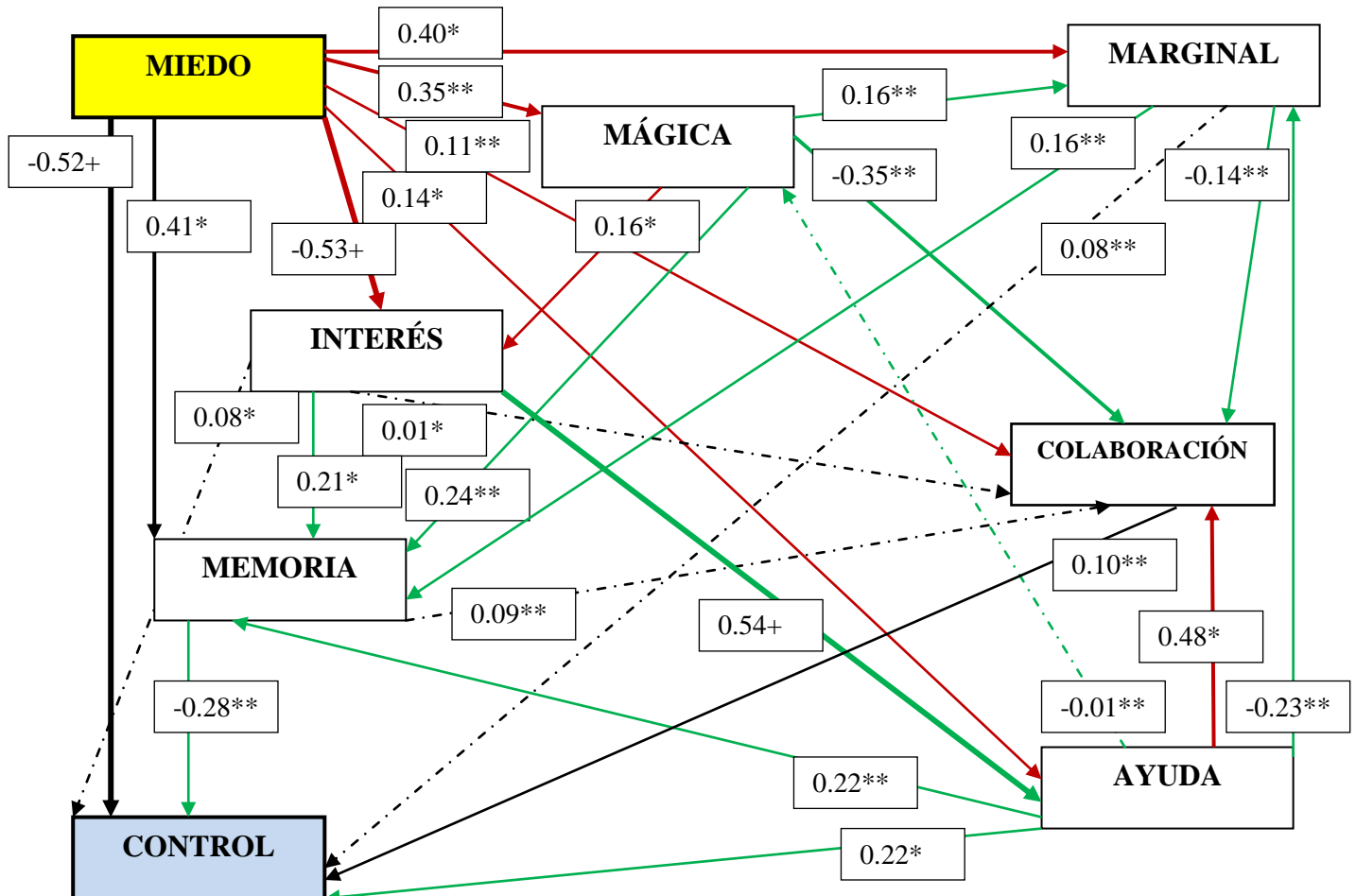
### 3.7. MODELO 4

#### MODELO 4 MUESTRA A RETEST

ANTECEDENTE: MIEDO

MEDIACIONALES: MÁGICA, MEMORIA, MARGINAL, AYUDA, INTERÉS

CONSECUENTE: CONTROL



Signif. [\*\* p<0.01, \* p<0.05, +p<0.07]

#### ÍNDICES DE AJUSTE

$\chi^2_{S-B} = 0.073(0.79)$  G.L.=1 /RMSEA=0.0; INT 90% (0.0-0.060), PCF=0.92/ CFI=1.00/ SRMR=0.0012/ GFI= 1.00

#### LEYENDAS

DE TIPO Y GROSOR DE LÍNEA:

> 0.50	→
De 0.30 a 0.49	→
De 0.10 a 0.29	→
<0.10	- - - - ->

DE COLORES:

→	Se repite en todos los modelos y en la misma dirección.
→	Se repite en todos los modelos y en una u otra dirección.
→	No se repite en todos los modelos.



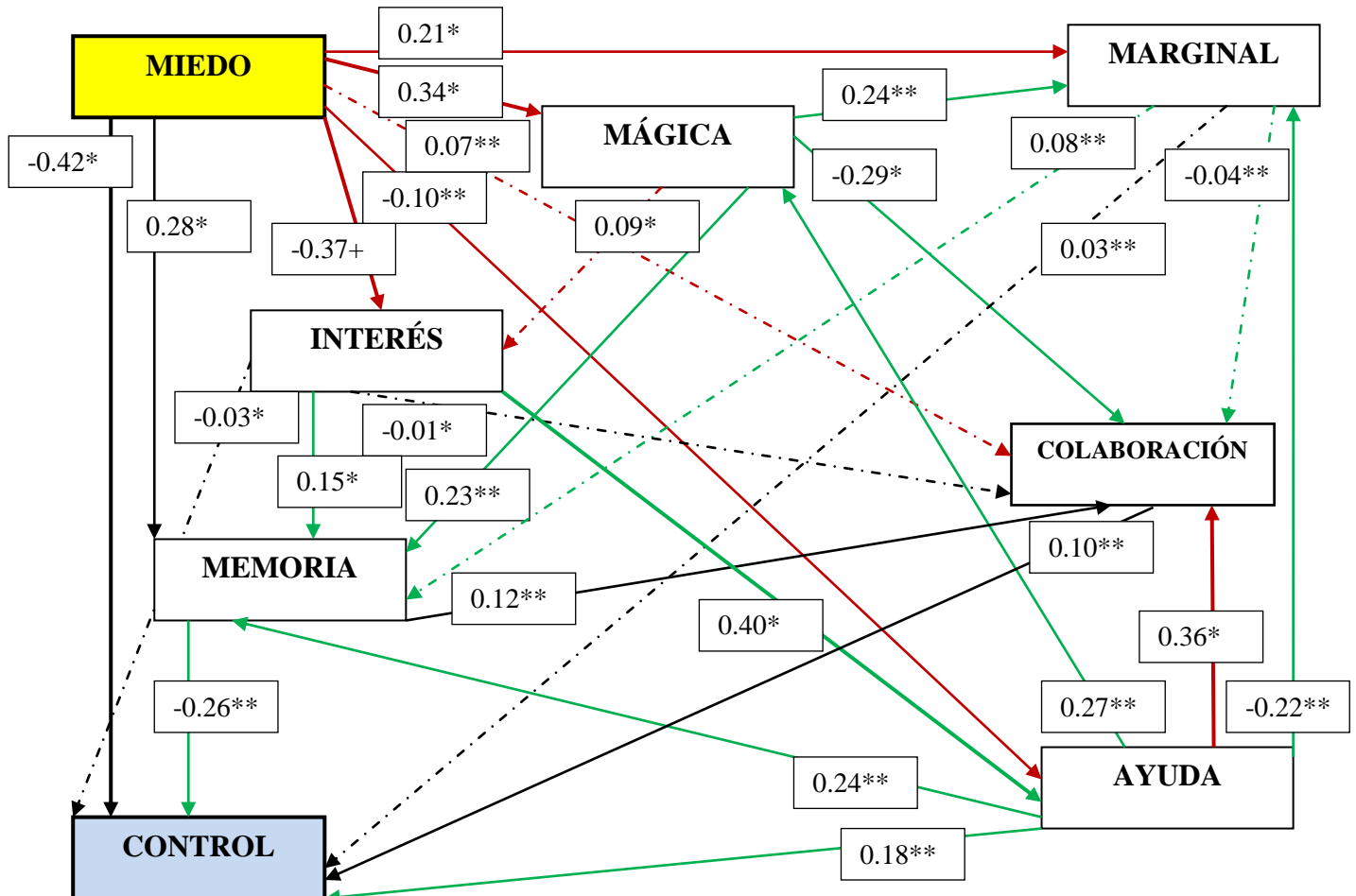
### 3.7. MODELO 4

**MODELO 4 MUESTRA B TEST**

*ANTECEDENTE: MIEDO*

*MEDIACIONALES: MÁGICA, MEMORIA, MARGINAL, AYUDA, INTERÉS*

*CONSECUENTE: CONTROL*



Signif. [\*\* p<0.01, \* p<0.05, +p<0.07]

#### ÍNDICES DE AJUSTE

$\chi^2_{S-B} = 2.14(0.34)$  G.L.=2 /RMSEA=0.0092; INT 90% (0.0-0.070), PCF=0.81/ CFI=1.00/ SRMR=0.0065/ GFI= 1.00

#### LEYENDAS

**DE TIPO Y GROSOR DE LÍNEA:**

> 0.50	→
De 0.30 a 0.49	→
De 0.10 a 0.29	→
<0.10	- - - - ->

**DE COLORES:**

→	Se repite en todos los modelos y en la misma dirección.
→	Se repite en todos los modelos y en una u otra dirección.
→	No se repite en todos los modelos.

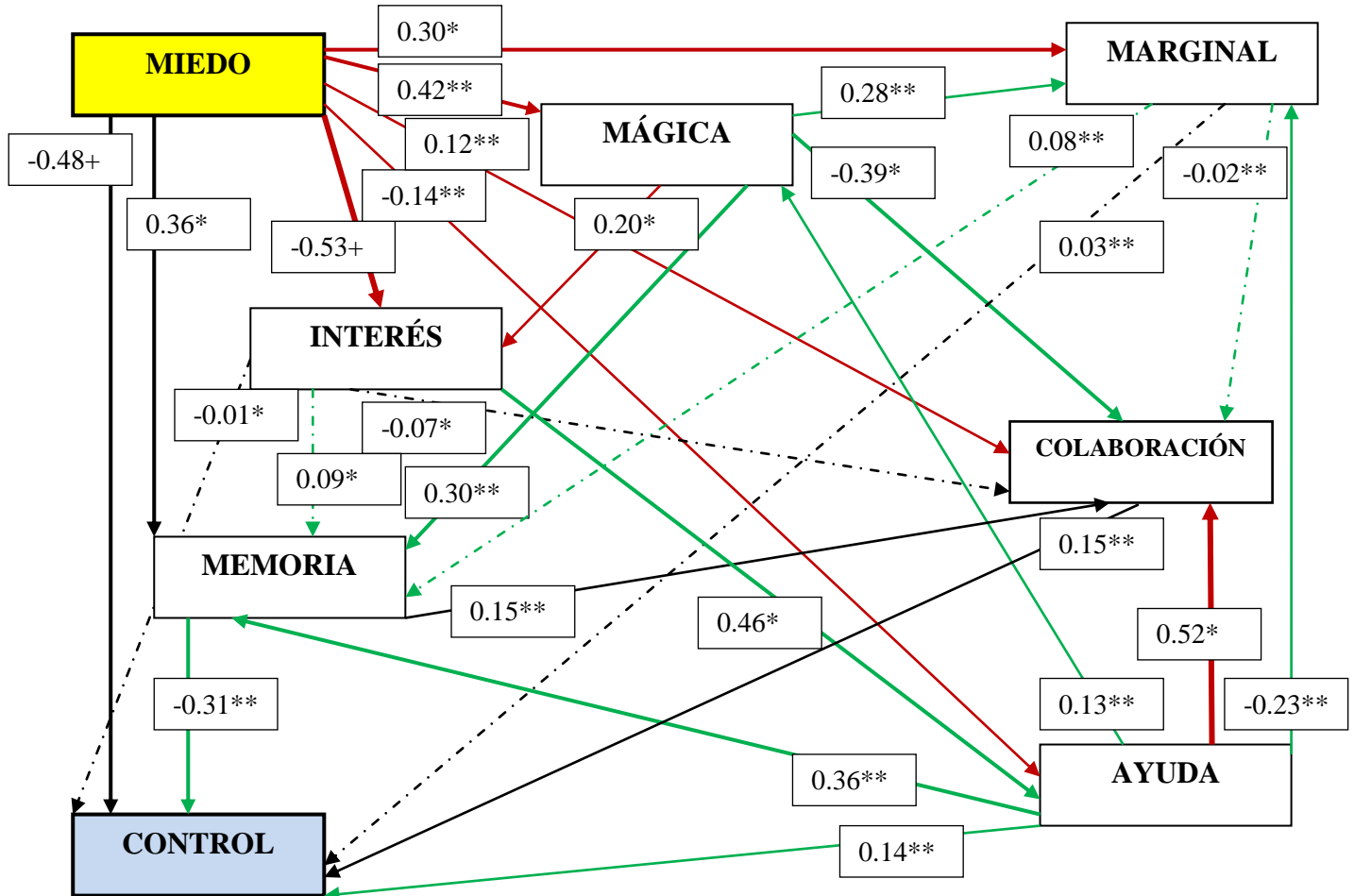
### 3.7. MODELO 4

**MODELO 4 MUESTRA B RETEST**

*ANTECEDENTE: MIEDO*

*MEDIACIONALES: MÁGICA, MEMORIA, MARGINAL, AYUDA, INTERÉS*

*CONSECUENTE: CONTROL*



Signif. [\*\* p<0.01, \* p<0.05, +p<0.07]

#### ÍNDICES DE AJUSTE

$\chi^2_{S-B} = 0.79(0.67)$  G.L.=2 /RMSEA=0.0; INT 90% (0.0-0.052), PCF=0.94/ CFI=1.00/ SRMR=0.0031/ GFI= 1.00

#### LEYENDAS

**DE TIPO Y GROSOR DE LÍNEA:**

> 0.50	<b>→</b>
De 0.30 a 0.49	<b>→</b>
De 0.10 a 0.29	<b>→</b>
<0.10	- - - - - →

**DE COLORES:**

<b>→</b>	Se repite en todos los modelos y en la misma dirección.
<b>→</b>	Se repite en todos los modelos y en una u otra dirección.
<b>→</b>	No se repite en todos los modelos.

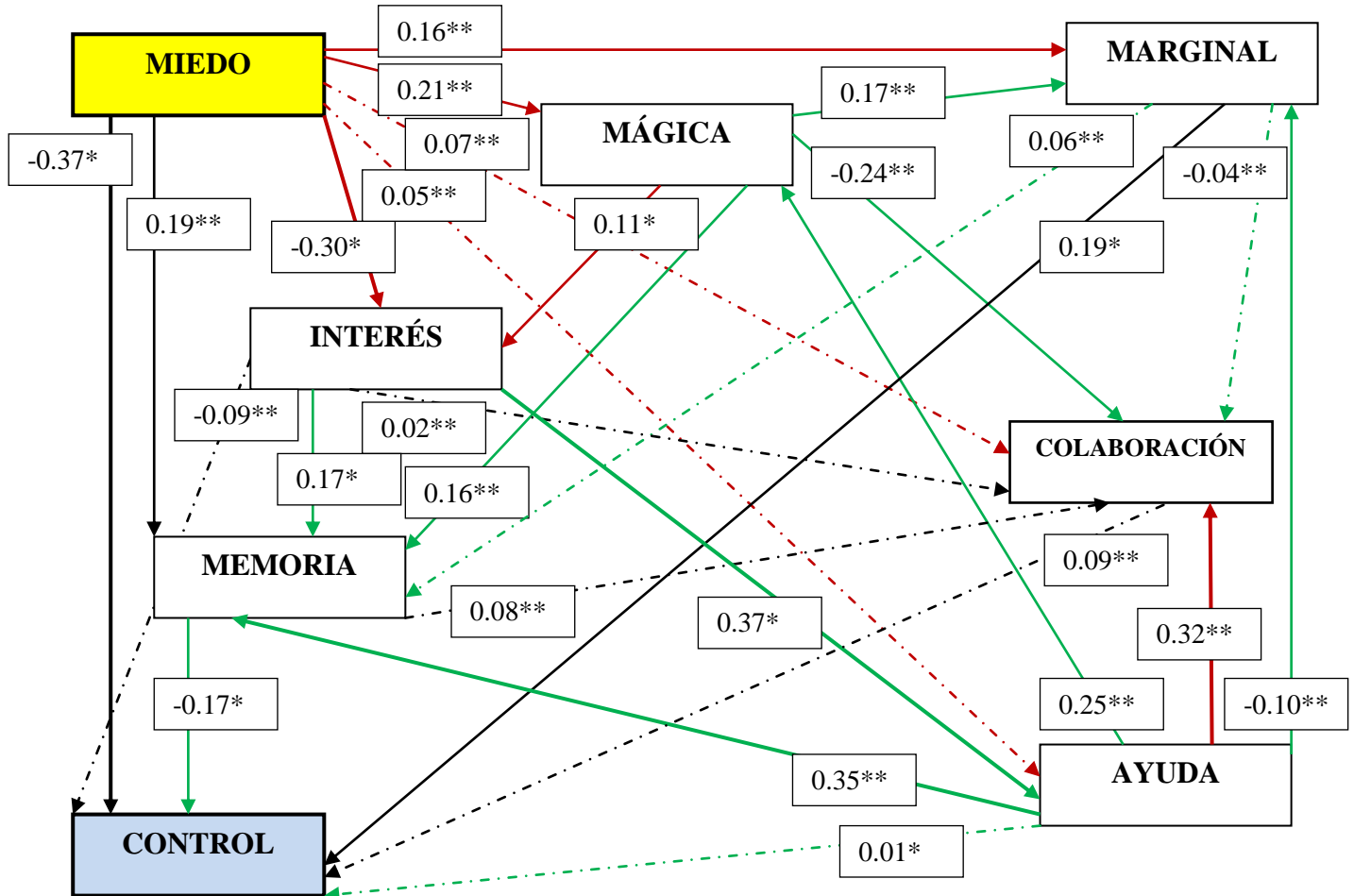
### 3.7. MODELO 4

**MODELO 4 MUESTRA COMPLETA TEST MIMIC**

*ANTECEDENTE: MIEDO*

*MEDIACIONALES: MÁGICA, MEMORIA, MARGINAL, AYUDA, INTERÉS*

*CONSECUENTE: CONTROL*



Signif. [\*\* p<0.01, \* p<0.05, +p<0.07]

#### ÍNDICES DE AJUSTE

$\chi^2_{S-B} = 0.033(1.00)$  G.L.=8/ RMSEA=0.0; INT 90% (0.0-0.0), PCF=1.00/ CFI=1.00/ SRMR=0.0027/ GFI= 1.00

#### LEYENDAS

**DE TIPO Y GROSOR DE LÍNEA:**

> 0.50	→
De 0.30 a 0.49	→
De 0.10 a 0.29	→
<0.10	- - - - ->

**DE COLORES:**

→	Se repite en todos los modelos y en la misma dirección.
→	Se repite en todos los modelos y en una u otra dirección.
→	No se repite en todos los modelos.

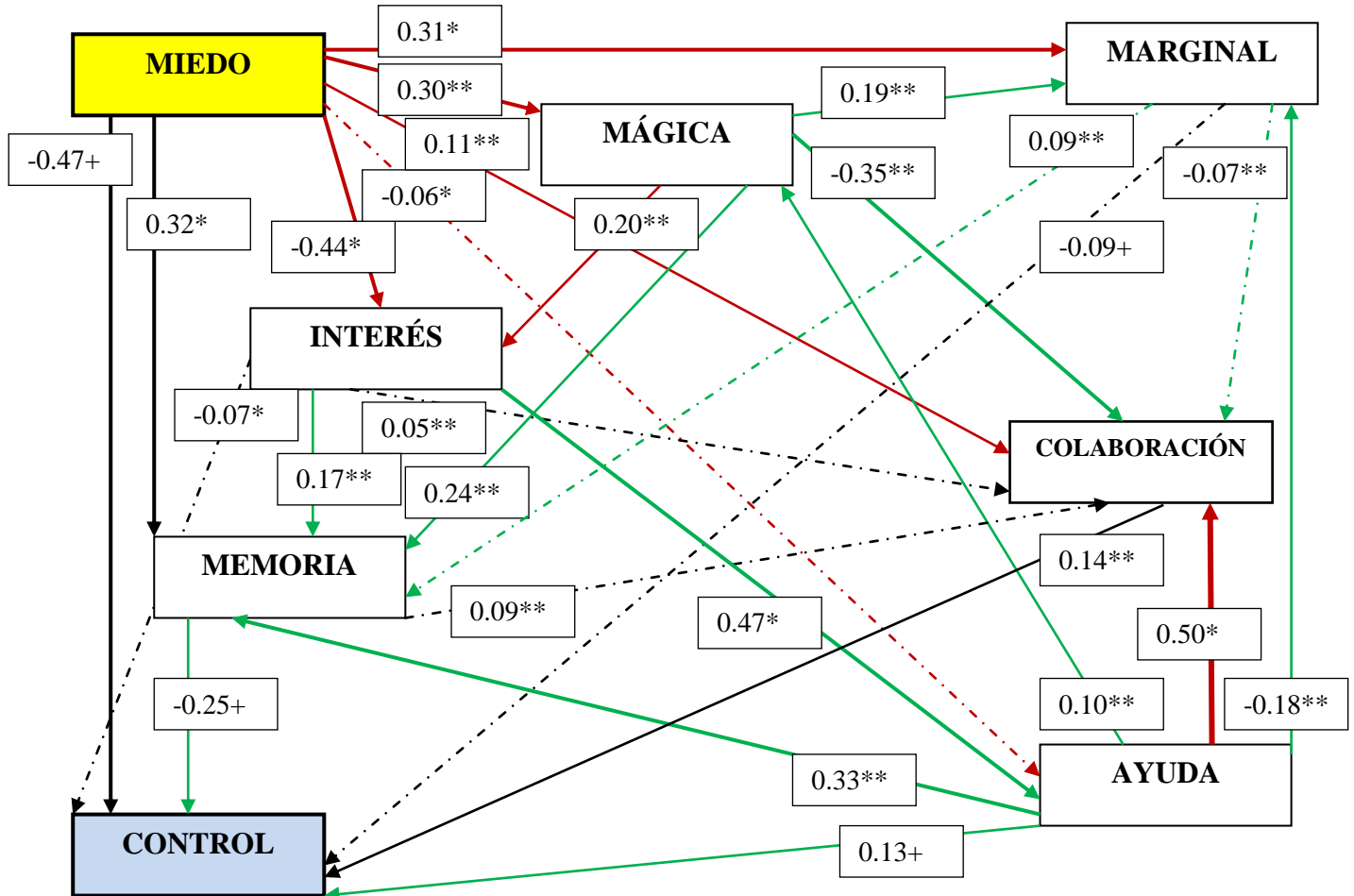
### 3.7. MODELO 4

**MODELO 4 MUESTRA COMPLETA RETEST MIMIC**

*ANTECEDENTE: MIEDO*

*MEDIACIONALES: MÁGICA, MEMORIA, MARGINAL, AYUDA, INTERÉS*

*CONSECUENTE: CONTROL*



Signif. [\*\* p<0.01, \* p<0.05, +p<0.07]

#### ÍNDICES DE AJUSTE

$\chi^2_{S-B} = 0.094(1.00)$  G.L.=8/ RMSEA=0.0; INT 90% (0.0-0.0), PCF=1.00/ CFI=1.00/ SRMR=0.0012/ GFI= 1.00

#### LEYENDAS

**DE TIPO Y GROSOR DE LÍNEA:**

> 0.50	→
De 0.30 a 0.49	→
De 0.10 a 0.29	→
<0.10	- - - - ->

**DE COLORES:**

→	Se repite en todos los modelos y en la misma dirección.
→	Se repite en todos los modelos y en una u otra dirección.
→	No se repite en todos los modelos.

### 3.8. ANÁLISIS ESCRITO DEL MODELO 4

Este modelo se caracteriza por tener a la dimensión Miedo que ejerce como antecedente y a la dimensión Control como consecuente.

Salvo de Miedo a Ayuda, cuya influencia es muy leve, aunque significativa, podemos afirmar que el miedo está determinando el comportamiento de las personas en todas estas dimensiones.

#### **MIEDO:**

En este modelo, Miedo desempeña su influencia más importante hacia la dimensión Control en negativo. De la dimensión antecedente hasta la dimensión consecuente. El miedo que una persona pueda sentir hacia la hipnosis, (porque crea que es una herramienta peligrosa, porque piense que se puede quedar enganchada en un trance, etc.) determina que crea que bajo hipnosis se pueda llegar a perder el control del comportamiento. El temor que una persona tenga a la hipnosis le llevará a pensar que bajo hipnosis podrían obligarle a realizar cosas que no quisiera y que no mantendría el control de sí misma.

La siguiente relación por orden de importancia desde la dimensión Miedo, es la que llega hasta Interés en negativo. Esta influencia se explica de forma muy sencilla y lógica: el temor que una persona sienta hacia la hipnosis le hará disminuir su interés hacia ella. Si una persona le tiene miedo a la hipnosis, es natural pensar que no querrá ser hipnotizada, ni le gustaría ser muy hipnotizable ni se dejaría hipnotizar si se diera la ocasión.

Partiendo de Miedo se observa en el modelo que otra relación de importancia es la que va hasta la dimensión Memoria en positivo. El temor que una persona sienta hacia la hipnosis determina que esa persona crea que la hipnosis sirve para confirmar que un hecho sucedió, para rescatar traumas ocultos o recuerdos olvidados de su memoria o para regresar a supuestas vidas pasadas.

Hay otras dos relaciones que parten de Miedo y que son de relevancia: de Miedo a Mágica y de Miedo a Marginal, las dos en positivo. Tenerle miedo a la hipnosis determina suponer que la hipnosis es algo mágico y que la hipnosis se desarrolla al margen de la investigación científica. El miedo está configurando este tipo de creencias y actitudes inadecuadas hacia la hipnosis. Está haciendo que las personas creen que ciertas peculiaridades importantes de las personas muy hipnotizables fuesen credulidad, ignorancia y dependencia psicológica, y que piensen que la persona hipnotizada se encuentra disociada (en

relación a Marginal). Además de implicar la existencia de la creencia de que la hipnosis es mágica, que no se necesitaría hacer esfuerzos para conseguir cosas bajo hipnosis, que podría ser una solución mágica a muchos problemas, y que podría ser todo lo que se necesitase para tratar la mayoría de los problemas (en relación a Mágica).

Para terminar con las relaciones más relevantes desde Miedo en este modelo, se observa una influencia sobre Colaboración en positivo. Esto representa que hay personas que, aunque sientan temor hacia la hipnosis, saben que tienen que colaborar con el hipnotizador y llevar a cabo un esfuerzo de cooperación entre ambos para llegar a estar hipnotizado.

### **CADENAS DE INFLUENCIA (CAMINOS):**

Un camino fundamental en este modelo es el que se produce desde la dimensión Interés hasta la dimensión Ayuda en positivo, desde Ayuda hasta la dimensión Colaboración en positivo, y de Colaboración hasta Control en positivo. Comenzamos por la dimensión Interés, y observamos que una persona que quiera ser hipnotizada, que se dejase hipnotizar o que quisiera ser hipnotizable, en definitiva, que mostrara interés hacia la hipnosis; ello determinaría que creyese que la hipnosis puede ser de ayuda en las terapias médicas y/o psicológicas. Además, que sería un complemento que podría facilitar los resultados terapéuticos. Continuando con esta ruta, el creer que la hipnosis puede servir de ayuda, determinará que la persona crea que la hipnosis requiere un esfuerzo y un trabajo de coordinación entre el hipnotizado y el hipnotizador. Por último, aparece la creencia de que hay que colaborar en hipnosis fomenta o determina la creencia de que bajo hipnosis se mantiene el autocontrol.

Otra ruta importante en este modelo y siguiendo el análisis del rol de Ayuda dentro del mismo, observamos que Ayuda influye sobre Memoria de manera positiva, y que Memoria influye sobre Control de forma negativa. A la vez, a Memoria le llega la influencia de Interés en positivo. Esto se explica porque hay personas que piensan que la hipnosis les puede servir de ayuda para descubrir traumas ocultos, para que afloren sus recuerdos olvidados o para regresar a supuestas vidas pasadas. Creen que la hipnosis les podría ayudar a confirmar determinados hechos de su pasado y, por lo tanto, pueden buscar hipnotizadores que les vendan aquello que están buscando. Además, la dimensión Memoria influye sobre la dimensión Control de manera negativa, ya que el creer que la hipnosis sirve para lo que acabo de describir en relación con la memoria determina que crean que van a perder el control sobre sí mismos, ya que pensarán que es imposible mentir bajo hipnosis. Supondrán que han de perder el control y abandonarse en manos del hipnotizador para que les haga viajar por su

inconsciente o revivir episodios de sus vidas pasadas. Asimismo, la dimensión Memoria está influida por la dimensión Interés en positivo, ya que el interés de ciertas personas hacia la hipnosis determina que busquen lo anteriormente descrito en relación con la dimensión Memoria.

Continuando con rutas que denotan ciertas actitudes y creencias inadecuadas hacia la hipnosis, percibimos que la dimensión Mágica despliega sus flechas de influencia hacia la dimensión Marginal en positivo, Colaboración en negativo, Memoria en positivo e Interés en positivo. Advertimos, por lo tanto, que la creencia de que la hipnosis es algo mágico tiene un peso considerable en el comportamiento de las personas. Yendo por partes, el pensar que la hipnosis es mágica y que no hace falta realizar ningún esfuerzo para llevarla a cabo determina que se crea que la hipnosis se desarrolla al margen de la investigación científica. Además, esa misma creencia hará que las personas piensen que, si es algo mágico, no hace falta realizar ningún esfuerzo de cooperación o colaboración entre el hipnotizador y el cliente. Igualmente, la creencia de que la hipnosis es mágica influirá en que las personas creen que mediante esta técnica podrán regresar a supuestas vidas pasadas o recordar recuerdos ocultos o traumas olvidados. Y, aparte de todo ello, este halo mágico que algunas personas le atribuyen a la hipnosis, despertará por sí mismo el interés hacia la hipnosis. Para concluir con la explicación de esta dimensión, observamos que a la dimensión Mágica le llega la influencia de Ayuda en positivo. Esto se traduce en que hay personas que creen que la hipnosis les puede ayudar y esta creencia determina en ciertas personas que creen que la hipnosis es mágica.

Unos caminos que indican actitudes y creencias adecuadas hacia la hipnosis, es el que se produce de Ayuda a Marginal en negativo y de Ayuda a Control en positivo. El hecho de creer que la hipnosis puede servir de ayuda en las terapias fomenta o determina que se crea que la hipnosis no es una herramienta que se desarrolle al margen de la investigación científica. Además de que fomente que no se piense que las personas hipnotizables son crédulas, ignorantes y/o dependientes psicológicamente, o que bajo hipnosis la persona se encuentre disociada. La creencia de que la hipnosis puede servir de ayuda determina que se crea que bajo hipnosis la persona mantiene el control de su comportamiento y que puede salir de hipnosis cuando lo desee. También incide en que, si la hipnosis sirve de ayuda, piense que lo que se provoca en hipnosis lo producirá en realidad la persona hipnotizada y no podrán obligar a nadie en hipnosis a que haga cosas que no desea.

## **INFLUENCIAS MODERADAS:**

Como se percibe en el modelo, aparecen algunas flechas con valores muy bajos, pero que, sin embargo, representan que esas relaciones, aunque débiles, existen.

Esta es la situación de la relación que existe desde la dimensión Marginal hasta la dimensión Memoria en positivo. Esta relación se interpreta como que la creencia de que la hipnosis no pertenece al campo de la psicología científica, (que está al margen), influye en la creencia de que la hipnosis sirve para desvelar recuerdos olvidados o traumas ocultos, además de regresar a supuestas vidas pasadas.

Asimismo, también es el caso de la relación que existe desde Marginal hasta Colaboración en negativo. La creencia de que la hipnosis se desarrolla al margen de la investigación científica influye en la creencia de que en hipnosis no hace falta un esfuerzo de colaboración entre hipnotizador y cliente.

Hay una relación de influencia de Colaboración a Control en positivo. Esto se interpreta como que la creencia de que en hipnosis es necesario un esfuerzo de colaboración entre el hipnotizador y el cliente influye en la creencia de que en hipnosis la persona mantiene el control de su comportamiento, y puede salir de ella cuando desee.

Además, a la dimensión Control le llega la influencia de la dimensión Mágica en negativo. Esto se interpreta como que la creencia de que la hipnosis es algo mágico y que puede ser una solución mágica a la mayoría de los problemas, influye en la creencia de que bajo hipnosis la persona puede perder el control de su conducta.

A partir de aquí, percibimos algunas relaciones que no todos sus signos van en una misma dirección, positiva o negativa. Esta es la situación de la relación que va desde Interés hasta Control, que en casi todos los modelos de este modelo es negativa salvo en uno de ellos que es positiva. Como el valor de la flecha que es positiva es muy bajo (0.08), observamos una tendencia a que esa relación sea negativa. Esto se interpreta como que hay personas que muestran interés hacia la hipnosis y este interés influye en que tengan la creencia de que bajo hipnosis se puede llegar a perder el control del comportamiento.

Hay una relación que va desde Marginal hasta Control en positivo en todos los modelos, salvo en uno (en “muestra completa retest mimic”), cuyo valor es muy bajo (-0.09), por lo que interpretamos que hay personas que creen que la hipnosis está al margen de la investigación científica y ello les lleva a pensar que no por eso van a perder el control de su comportamiento si fueran hipnotizados.



Otra de las relaciones de este estilo va desde Miedo hasta Ayuda, que en 4 de los modelos de este modelo es negativa y en 2 es positiva. La lógica nos induce a pensar que si una persona tiene temor a la hipnosis ello desembocaría en que creyese que la hipnosis no le puede servir de ayuda. De hecho, los dos valores positivos son muy bajos (0.10 y 0.05), y los negativos alcanzan valores un poco más altos (de hasta -0.14).

Por último, observamos la relación que se da desde Interés hasta Colaboración, que en 3 de estos modelos es negativa y en 3 es positiva, y en ninguno de estos valores alcanza el 0.10, salvo uno, por lo que pensamos que estas dos dimensiones latentes del modelo se relacionan de forma ortogonal, es decir, no tiene influencia mutua de forma consistente.

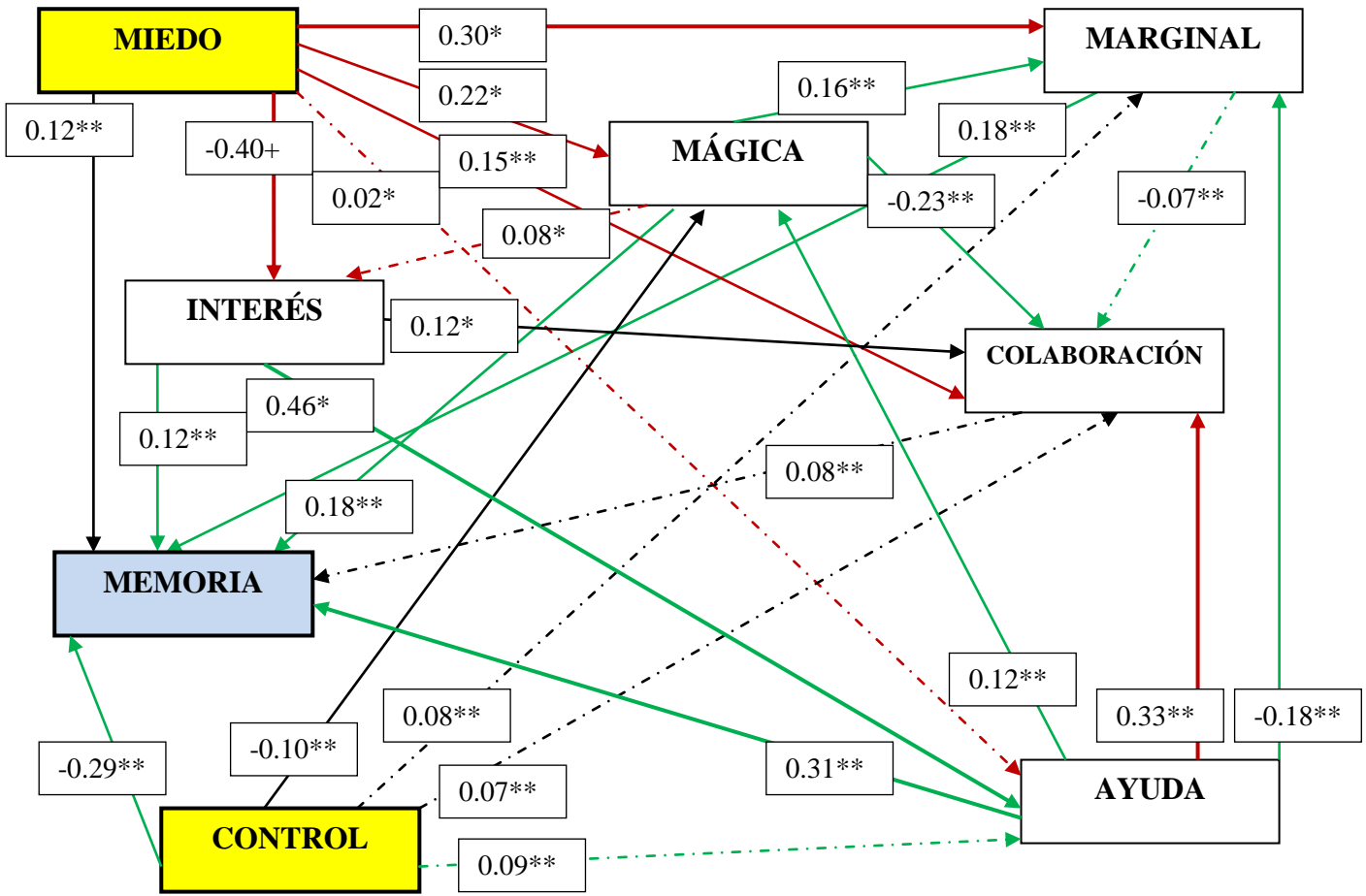
### 3.9. MODELO 5

**MODELO 5 MUESTRA A TEST**

*ANTECEDENTES: MIEDO, CONTROL*

*MEDIACIONALES: MÁGICA, MARGINAL, AYUDA, INTERÉS, COLABORACIÓN*

*CONSECUENTE: MEMORIA*



Signif. [\*\* p≤0.01, \* p≤0.05, +p≤0.07]

#### ÍNDICES DE AJUSTE

$\chi^2_{S-B} = 1.39(0.50)$  G.L.=2 / RMSEA=0.0; INT 90% (0.0-0.062), PCF=0.89/ CFI=1.00/ SRMR=0.0084/ GFI=1.00

#### LEYENDAS

**DE TIPO Y GROSOR DE LÍNEA:**

> 0.50	→
De 0.30 a 0.49	→
De 0.10 a 0.29	→
<0.10	- - - - ->

**DE COLORES:**

→	Se repite en todos los modelos y en la misma dirección.
→	Se repite en todos los modelos y en una u otra dirección.
→	No se repite en todos los modelos.

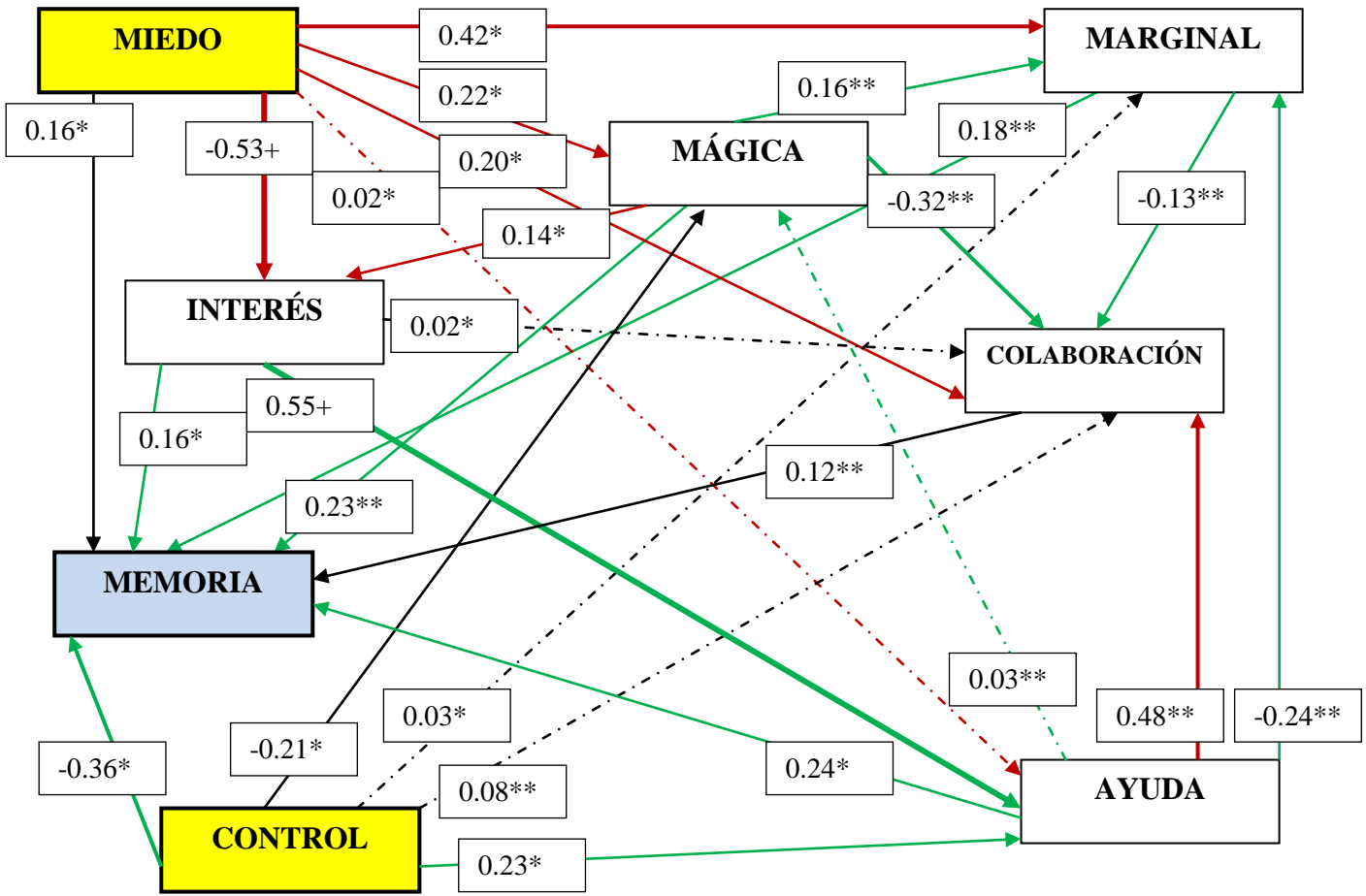
### 3.9. MODELO 5

**MODELO 5 MUESTRA A RETEST**

*ANTECEDENTES: MIEDO, CONTROL*

*MEDIACIONALES: MÁGICA, MARGINAL, AYUDA, INTERÉS, COLABORACIÓN*

*CONSECUENTE: MEMORIA*



Signif. [\*\* p≤0.01, \* p≤0.05, +p≤0.07]

#### ÍNDICES DE AJUSTE

$\chi^2_{S-B} = 0.74$  (0.69) G.L.=2/ RMSEA=0.0; INT 90% (0.0-0.051), PCF=0.95/ CFI=1.00/ SRMR=0.0057/ GFI= 1.00

#### LEYENDAS

**DE TIPO Y GROSOR DE LÍNEA:**

> 0.50	<b>→</b>
De 0.30 a 0.49	<b>→</b>
De 0.10 a 0.29	<b>→</b>
<0.10	- - - →

**DE COLORES:**

<b>→</b>	Se repite en todos los modelos y en la misma dirección.
<b>→</b>	Se repite en todos los modelos y en una u otra dirección.
<b>→</b>	No se repite en todos los modelos.

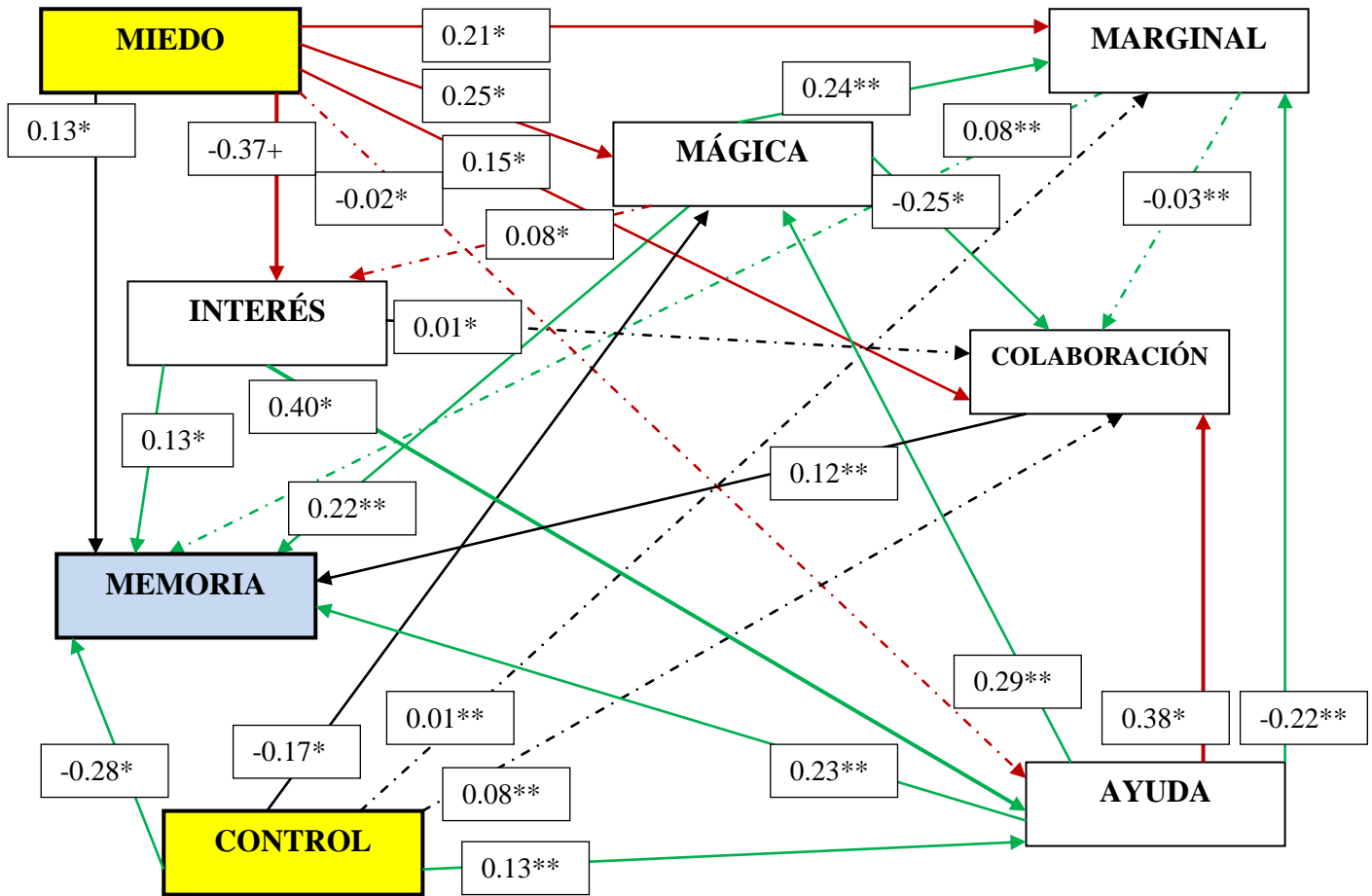
### 3.9. MODELO 5

**MODELO 5 MUESTRA B TEST**

*ANTECEDENTES: MIEDO, CONTROL*

*MEDIACIONALES: MÁGICA, MARGINAL, AYUDA, INTERÉS, COLABORACIÓN*

*CONSECUENTE: MEMORIA*



Signif. [\*\* p≤0.01, \* p≤0.05, +p≤0.07]

#### ÍNDICES DE AJUSTE

$\chi^2_{S-B} = 0.23(0.89)$  G.L.=2/ RMSEA=0.0; INT 90% (0.0-0.032), PCF=0.98/ CFI=1.00/ SRMR=0.0035/ GFI=1.00

#### LEYENDAS

**DE TIPO Y GROSOR DE LÍNEA:**

> 0.50	<b>→</b>
De 0.30 a 0.49	<b>→</b>
De 0.10 a 0.29	<b>→</b>
<0.10	<b>- - - - -&gt;</b>

**DE COLORES:**

<b>→</b>	Se repite en todos los modelos y en la misma dirección.
<b>→</b>	Se repite en todos los modelos y en una u otra dirección.
<b>→</b>	No se repite en todos los modelos.

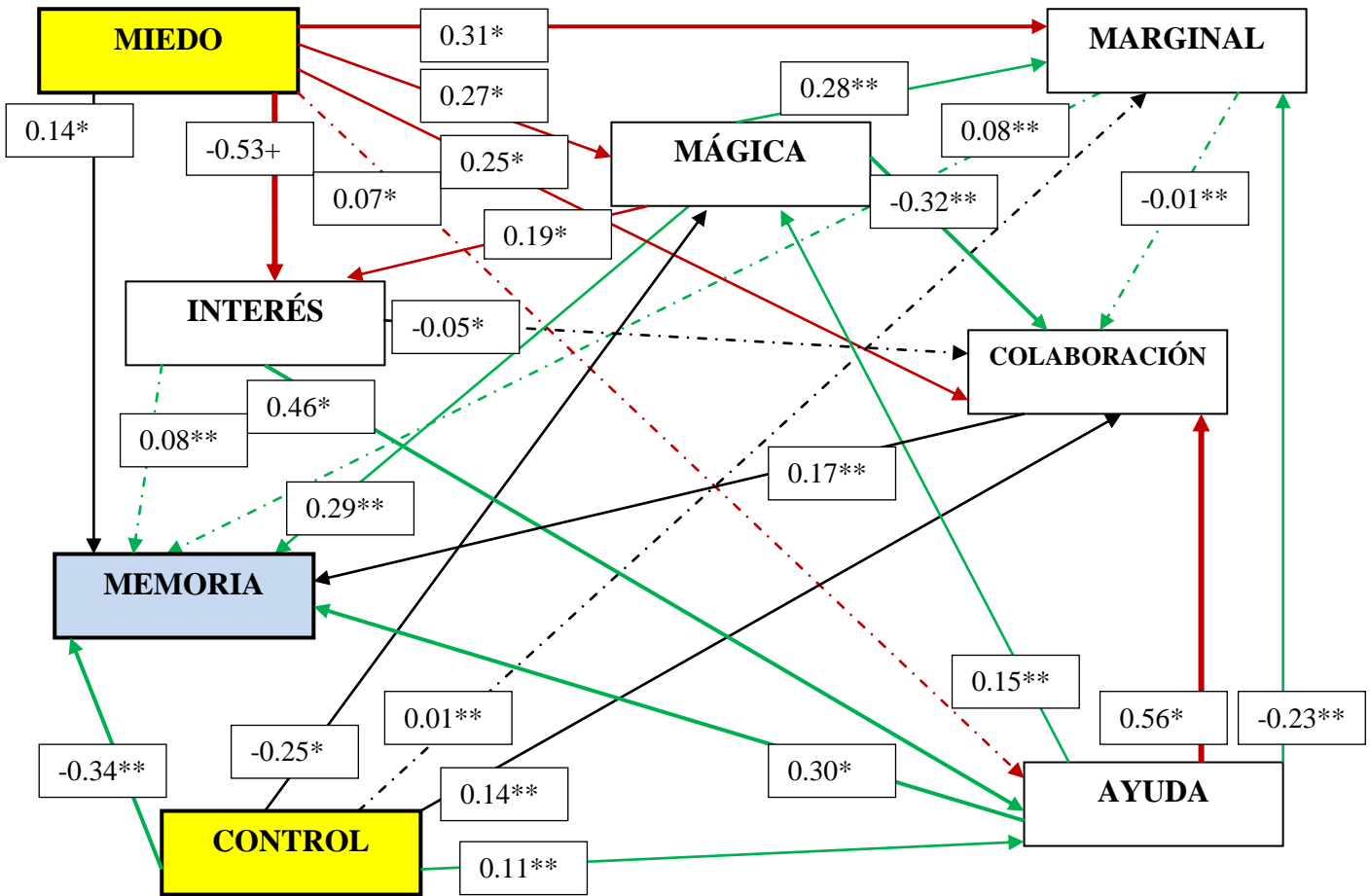
### 3.9. MODELO 5

**MODELO 5 MUESTRA B RETEST**

*ANTECEDENTES: MIEDO, CONTROL*

*MEDIACIONALES: MÁGICA, MARGINAL, AYUDA, INTERÉS, COLABORACIÓN*

*CONSECUENTE: MEMORIA*



Signif. [\*\* p≤0.01, \* p≤0.05, +p≤0.07]

#### ÍNDICES DE AJUSTE

$\chi^2_{S-B} = 0.15$  (0.93) G.L.=2 / RMSEA=0.0; INT 90% (0.0-0.021), PCF=0.99/ CFI=1.00/ SRMR=0.0020/ GFI=1.00

#### LEYENDAS

##### DE TIPO Y GROSOR DE LÍNEA:

> 0.50	→
De 0.30 a 0.49	→
De 0.10 a 0.29	→
<0.10	- - - - ->

##### DE COLORES:

→	Se repite en todos los modelos y en la misma dirección.
→	Se repite en todos los modelos y en una u otra dirección.
→	No se repite en todos los modelos.

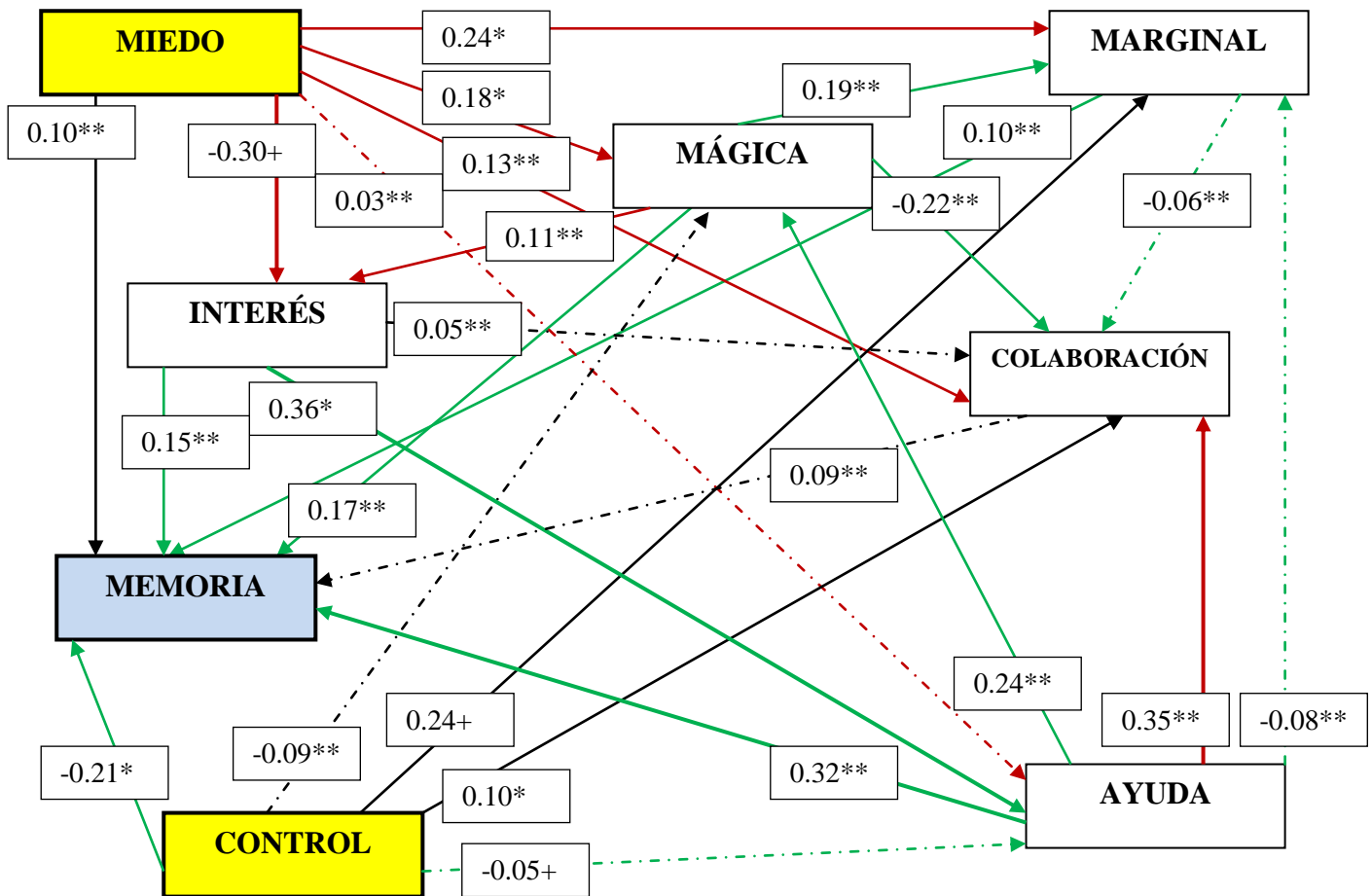
### 3.9. MODELO 5

**MODELO 5 MUESTRA COMPLETA TEST MIMIC**

*ANTECEDENTES: MIEDO, CONTROL*

*MEDIACIONALES: MÁGICA, MARGINAL, AYUDA, INTERÉS, COLABORACIÓN*

*CONSECUENTE: MEMORIA*



Signif. [\*\* p≤0.01, \* p≤0.05, +p≤0.07]

#### ÍNDICES DE AJUSTE

$\chi^2_{S-B} = 34.83(0.00)$  G.L.=9 /RMSEA=0.042; INT 90% (0.028-0.057), PCF=0.81/ CFI=1.00/ SRMR=0.034/ GFI=0.98

#### LEYENDAS

##### DE TIPO Y GROSOR DE LÍNEA:

> 0.50	<b>→</b>
De 0.30 a 0.49	<b>→</b>
De 0.10 a 0.29	<b>→</b>
<0.10	<b>- - - - -&gt;</b>

##### DE COLORES:

<b>→</b>	Se repite en todos los modelos y en la misma dirección.
<b>→</b>	Se repite en todos los modelos y en una u otra dirección.
<b>→</b>	No se repite en todos los modelos.

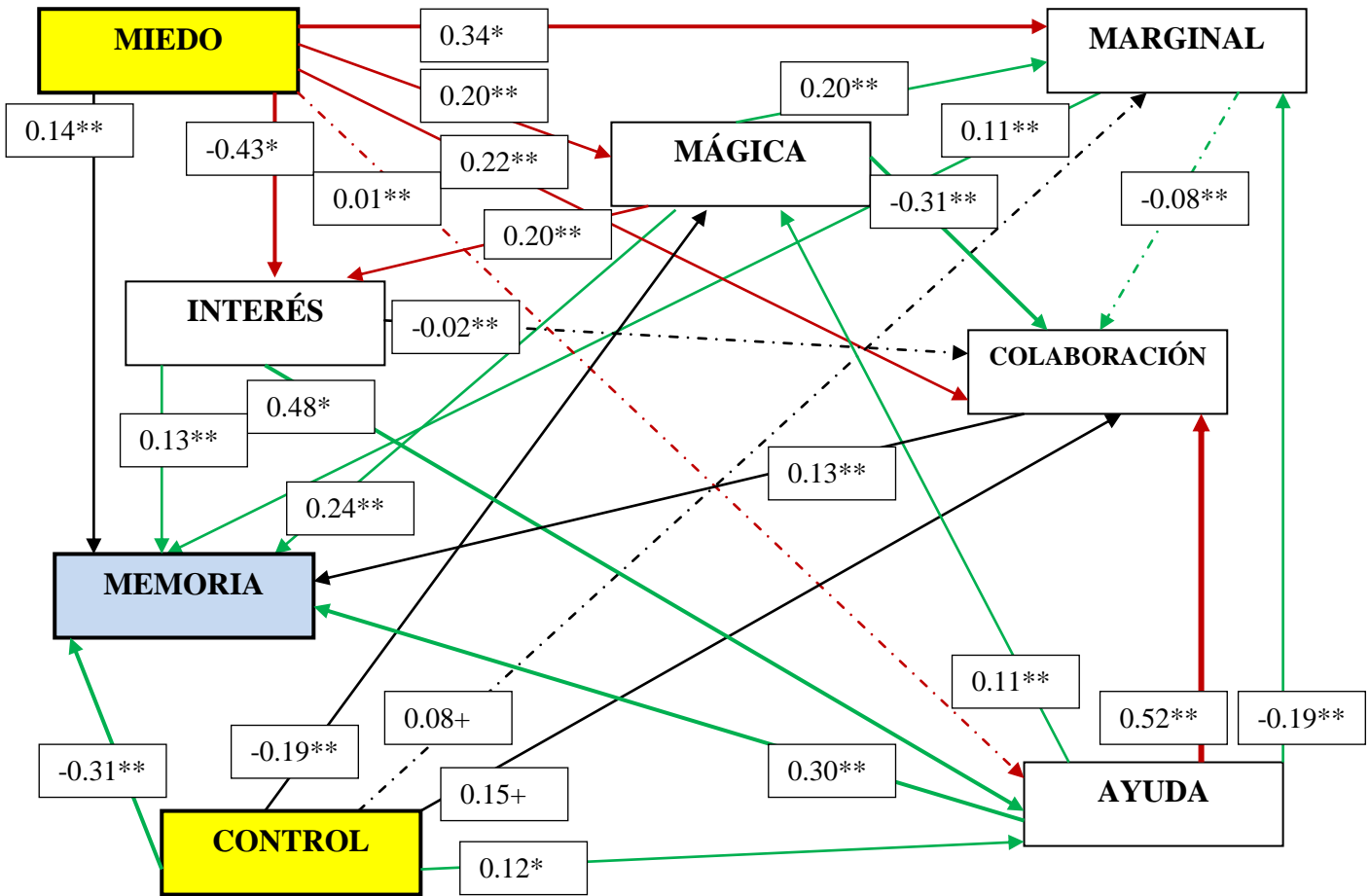
### 3.9. MODELO 5

**MODELO 5 MUESTRA COMPLETA RETEST MIMIC**

*ANTECEDENTES: MIEDO, CONTROL*

*MEDIACIONALES: MÁGICA, MARGINAL, AYUDA, INTERÉS, COLABORACIÓN*

*CONSECUENTE: MEMORIA*



Signif. [\*\* p≤0.01, \* p≤0.05, +p≤0.07]

#### ÍNDICES DE AJUSTE

$\chi^2_{S-B} = 43.46(0.00)$  G.L.=9 /RMSEA=0.048; INT 90% (0.034-0.063), PCF=0.56/  
CFI=1.00/ SRMR=0.054/ GFI= 0.96

#### LEYENDAS

**DE TIPO Y GROSOR DE LÍNEA:**

> 0.50	<b>→</b>
De 0.30 a 0.49	<b>→</b>
De 0.10 a 0.29	<b>→</b>
<0.10	<b>- - - - -&gt;</b>

**DE COLORES:**

<b>→</b>	Se repite en todos los modelos y en la misma dirección.
<b>→</b>	Se repite en todos los modelos y en una u otra dirección.
<b>→</b>	No se repite en todos los modelos.

### 3.10. ANÁLISIS ESCRITO DEL MODELO 5

Este modelo se caracteriza por tener como antecedentes a las dimensiones Miedo y Control, y como consecuente a Memoria.

En primer lugar, podemos observar que Miedo y Control ejercen una influencia directa sobre Memoria. Las dos dimensiones antecedentes hacia la dimensión consecuente. Esto se explica de la siguiente manera: el hecho de que alguien piense que bajo hipnosis es imposible mentir, que siempre se recuerda la verdad durante la hipnosis, que es un estado de trance y una forma de confirmar que un suceso pasó, está causado en parte por el miedo que una persona sienta hacia esta técnica, y en parte por creer que bajo hipnosis se puede perder el control (ya que Control influye de manera negativa). Dicho de otro modo, el pensamiento de que en hipnosis una persona mantiene su voluntad para hacer lo que desee, que puede salir de hipnosis cuando quiera, y que lo que le ocurre a una persona hipnotizada lo provoca en realidad ella misma, fomenta que la persona no crea que bajo hipnosis se pueda recordar siempre la verdad, que pueda “regresar a vidas pasadas”, o recordar traumas ocultos. El control fomenta las creencias adecuadas hacia la hipnosis con respecto a nuestra memoria. Además, el miedo que una persona tenga a la hipnosis, porque crea que puede resultar peligrosa, por ejemplo, influye de manera directa o positiva en que la persona crea que en hipnosis se recuerdan sucesos ciertos, y también en el auge que han tenido y siguen teniendo el hecho de utilizar la hipnosis para regresar a supuestas “vidas pasadas” o para aflorar traumas ocultos de la infancia, por ejemplo.

Como podemos ver en este modelo el Miedo tiene un peso preponderante, ya que influencia en el resto de dimensiones (salvo sobre Control que es la otra dimensión antecedente). El miedo que se le tenga a la hipnosis, en contraposición a las creencias de que la hipnosis promueve el autocontrol, influyen al final en lo que se crea que la hipnosis induce o produzca en la memoria y en la decisión de si colaborar o no para ser hipnotizado (Colaboración no es consecuente por solo por la influencia que tiene en este modelo sobre Memoria).

La dimensión Miedo ejerce su influencia sobre la dimensión Interés de manera negativa. Esta es una flecha que se ha repetido en todos nuestros modelos de la misma forma. Queda patente, por lo tanto, que el temor que manifieste una persona hacia la hipnosis determina en gran medida que esta misma persona no muestre interés hacia ella. En otras palabras, la predilección que alguien manifieste hacia la hipnosis (el deseo de ser hipnotizado, de ser muy hipnotizable, o de dejarse hipnotizar si se diera la ocasión), depende de si la persona siente



temor o no hacia ella, de forma que cuanto más miedo tenga a la hipnosis, menos interés mostrará por esta técnica. El temor a la hipnosis se puede dar por múltiples motivos. Puede ser que se suponga que es una técnica peligrosa en sí misma, que se crea que existe la posibilidad de quedarse “enganchado en un trance hipnótico”, o que se imagine que se puede llegar a perder el control de uno mismo.

La dimensión Miedo alcanza a la dimensión Marginal de manera directa o positiva. Esta también es una influencia que se ha repetido en todos los modelos, como se ha visto. En cuanto a la variable Marginal, se puede encuadrar como la suposición de que la hipnosis ha evolucionado y evoluciona fuera de la investigación científica, como la creencia de que ciertas peculiaridades esenciales de los que son muy hipnotizables son: ingenuidad, ignorancia y dependencia psicológica, y la convicción de que una persona hipnotizada se encuentra disociada. Esta variable se ve determinada por la variable Miedo. Es decir, este tipo de creencias que se acaban de mencionar las causa en gran parte el miedo, temor o desconfianza que se pueda sentir hacia la hipnosis. Cuanto más miedo tenga una persona hacia la hipnosis, más probable será que muestre este tipo de creencias hacia la hipnosis.

Continuando con el análisis de las influencias de Miedo. Esta dimensión también produce un efecto sobre la dimensión Mágica positiva o directa. Esta es otra de las influencias que se han ido viendo que está en todos los modelos. En cuanto a la dimensión Mágica, se entiende como la ilusión de que en hipnosis se logran cosas sin nada de esfuerzo. También como el convencimiento de que la hipnosis puede ser una solución mágica (mediante hechizos de ciencias ocultas) a las dificultades de la persona hipnotizada y como la confianza y opinión de que la hipnosis es todo lo que se requeriría para tratar la mayoría de problemas. Todo lo descrito precedentemente en relación a Mágica está causado en buena medida por el influjo de la dimensión Miedo. Por lo tanto, se percibe que cuanto más temor sienta una persona hacia la hipnosis, más creencias en relación a la dimensión Mágica podrá tener.

Otra de las influencias desde la variable Miedo es hacia la variable Colaboración de forma positiva o directa. Esta es una relación que, aunque no muy fuerte, hemos observado que se repite en todos los modelos menos en el número 1. Miedo tiene una influencia moderada hacia Colaboración, y esto se traduce en que existen personas que, a pesar de sentir temor hacia la hipnosis, comprenden que han de colaborar para ser hipnotizados, que se precisa que se dé una cooperación entre hipnotizador e hipnotizado, y que se requiere un empeño por parte de la persona hipnotizada para llegar a serlo. Es paradójico, como se comentó anteriormente, pero la experiencia clínica práctica posee evidencias que avalan esta

conexión, y se conoce que este comportamiento se da en algunas personas, que le tienen miedo, pero saben que tienen que colaborar.

### **CADENAS DE INFLUENCIA (CAMINOS):**

Un camino importante dentro de este modelo es el que se produce de Interés hacia Ayuda en positivo, y de Ayuda a Colaboración en positivo. Además de Interés a Colaboración en positivo. El interés que muestre una persona hacia la hipnosis o para querer ser hipnotizada o hipnotizable (como se ha explicado antes en relación a la dimensión Interés), determina que la persona crea que la hipnosis pueda servirle de ayuda. El creer que la hipnosis puede facilitar los resultados terapéuticos, que es un complemento o herramienta para ayudar a las terapias psicológicas o médicas y el pensar que se aprende más rápido en hipnosis, está siendo influido por el interés que una persona tenga hacia la hipnosis. Cuanto más interés tenga alguien hacia la hipnosis, más probable es que piense que la hipnosis puede ser de ayuda para la terapia médica o psicológica. A la vez, el pensar que la hipnosis puede ser de ayuda para la terapia, determina que la persona considere que la hipnosis conlleva un esfuerzo de colaboración entre el hipnotizador y la persona hipnotizada y que, además, se necesita un esfuerzo para llegar a estar hipnotizado. Además, la variable Colaboración se ve influenciada también por la variable Interés. Es decir, si una persona tiene interés hacia la hipnosis, esto determina que considere que la hipnosis requiere un esfuerzo de colaboración (como se ha descrito anteriormente en relación a colaboración).

Examinando detenidamente el modelo, se observa que a la dimensión Memoria (que es la consecuente), le llegan influencias muy importantes que la determinan. Estas relaciones representan a otro tipo de personas con unas creencias inadecuadas hacia la hipnosis. Primero, con más peso, le llega la flecha desde Ayuda de forma positiva o directa. Hay gente que cree que, si la hipnosis sirve de ayuda, les puede servir para regresar a supuestas vidas pasadas, o para descubrir recuerdos ocultos de la infancia que tenían almacenados en el inconsciente. En segundo lugar, a Memoria le llega la influencia de Mágica de manera positiva o directa. Una persona que tenga la convicción de que la hipnosis es algo mágico y puede ser una solución mágica a muchos de sus problemas, ello determinará que crea que bajo hipnosis se puede averiguar siempre la verdad de lo ocurrido o regresar a vidas pasadas (como he explicado antes con relación a Memoria). En tercer lugar, observamos cómo la variable Memoria también está influenciada por la variable Interés de forma positiva o directa. Esto significa que el interés que muestran algunas personas hacia la hipnosis tiene que ver con la búsqueda de hipnotizadores para hacerles regresiones a supuestas “vidas pasadas” o para hacerles recordar recuerdos disociados y desvelar traumas ocultos. Además,

la dimensión Memoria es influenciada por la dimensión Marginal de forma directa o positiva. El hecho de que alguien crea que la hipnosis se desarrolla al margen de la investigación científica determina que crea que la hipnosis sirve para hacer regresiones a supuestas “vidas pasadas” o para hacer recordar recuerdos disociados y desvelar traumas ocultos. Por lo tanto, una persona que crea que la hipnosis sirve para potenciar la memoria de la manera que se ha explicado en las líneas precedentes, será una persona a la que le interese la hipnosis, que crea que es mágica, y que no tiene que ver con la investigación científica, y además que la hipnosis le puede ayudar para esos fines.

Siguiendo con el análisis de los componentes de este modelo, otro circuito que tendría un sentido por sí mismo sería de la influencia de Mágica a Marginal en positivo y de Mágica a Colaboración en negativo. Además de Mágica a Memoria en positivo (como se ha explicado anteriormente). Como se ha comentado en relación a Mágica, la ilusión de que en hipnosis se logran cosas sin esfuerzo, que puede ser una solución mágica a las dificultades de la persona hipnotizada y el creer que la hipnosis es todo lo que se requeriría para tratar la mayoría de problemas, determina que la persona crea que no tiene que colaborar, es decir, que no hace falta hacer ningún esfuerzo de cooperación con el hipnotizador para estar hipnotizada. Asimismo, la dimensión Mágica determina de manera directa a Marginal. Es decir, la creencia de que la hipnosis es mágica determina que se piense que se desarrolla al margen de la investigación científica.

En este modelo existe una influencia que va desde Mágica en positivo hacia Interés. Ello se traduce como que la creencia de que la hipnosis es algo mágico, (que no se requiere ningún esfuerzo para resolver los problemas mediante hipnosis), despierta el interés o la curiosidad de algunas personas por esta técnica.

También, observando la dimensión Mágica, vemos que está determinada por Ayuda en positivo y por Control en negativo. La creencia de que bajo hipnosis una persona mantiene el control de su comportamiento y que puede salir de hipnosis cuando quiera, da lugar a la creencia de que la hipnosis no es mágica, ya que se mantiene el control personal. Además, el pensar que la hipnosis sirve de ayuda a las terapias médicas o psicológicas lleva a algunas personas a pensar que la hipnosis puede ser algo mágico, que no requeriría esfuerzo para tratar la mayoría de los problemas.

### **INFLUENCIAS MODERADAS:**

Como se contempla en el modelo, se presentan algunas flechas con valores muy bajos, pero que, no obstante, reflejan que esas relaciones, aunque débiles, existen.

Ayuda influye en Marginal en negativo. El sentido inverso de la relación indica que si una persona cree que la hipnosis puede servir de ayuda a las terapias médicas y/o psicológicas ello da lugar a que piense que la hipnosis no es algo que se desarrolle al margen de la investigación científica.

En este modelo, Control como antecedente no ejerce tanta influencia como la dimensión Miedo. Desde esta dimensión surgen (además de las que hemos comentado anteriormente) tres flechas positivas con una influencia en general moderada hacia las dimensiones Ayuda Colaboración y Marginal. Primeramente, comentamos la relación entre Control y Ayuda, que es la que, en la mayoría de estos modelos, más peso tiene. La creencia de que bajo hipnosis una persona mantiene el control sobre su comportamiento, determina que se crea que la hipnosis sirve de ayuda en las terapias médicas o psicológicas. Además, se observa que, aunque débil, Control tiene una influencia positiva y directa sobre Colaboración. Esto se traduce en que la creencia de que bajo hipnosis se mantiene el control conlleva que se crea que hay que colaborar para llegar a ser hipnotizado. Por último, terminando con las influencias de Control, observamos una relación de Control a Marginal en positivo, que es muy débil en todos estos modelos (menos en uno). Esto se interpreta como que la creencia de que una persona mantiene el control de su conducta en hipnosis influye en que crea que la hipnosis es una técnica al margen de la investigación científica. Hay personas que tienen el convencimiento, aunque crean que la hipnosis es un espectáculo para personas crédulas, ignorantes y dependientes, de que no van a perder el control de su conducta, y que nadie les va a forzar a hacer el ridículo.

Siguiendo con estas relaciones moderadas, observamos una relación que va de Colaboración a Memoria en positivo. Esto indica que la creencia de que hay que colaborar en hipnosis da lugar a que la persona crea que hay que cooperar para hacer regresiones a supuestas “vidas pasadas” o para hacer recordar recuerdos disociados y desvelar traumas ocultos.

Continuando con este tipo de influencias, se percibe una influencia de Marginal a Colaboración en negativo. Esto significa que la creencia de que la hipnosis no pertenece al campo de la psicología científica conlleva que se crea que la hipnosis no requiere un esfuerzo de colaboración entre hipnotizador e hipnotizado para estarlo.

Por último, observamos una relación de Miedo a Ayuda que es positiva en todos los modelos, salvo en uno de ellos (en “muestra b test”). Hay personas que aunque le tengan

miedo a la hipnosis saben que sirve de ayuda. No obstante, en todos estos modelos hemos visto valores menores a 0.1 para esta influencia.

## **4. CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN**

## 4. CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN

En este apartado vamos a describir lo más relevante de todos los modelos, además de hacer referencia a las ideas principales que mostrábamos al principio en forma de hipótesis post-positivistas.

### 4.1. En relación a las ideas principales:

La primera idea fundamental es que **Miedo sería un factor antecedente o motor**. Como hemos podido observar en los resultados, Miedo es un factor antecedente en 4 de los 5 modelos que hemos presentado. En el único que no aparece Miedo como factor antecedente es en el modelo 3, siendo el factor antecedente Control. Sin embargo, en este modelo, Miedo sólo va precedido por Control. Por lo tanto, *esta idea ha quedado confirmada y Miedo se posiciona como un factor causal muy importante a la hora de determinar y/o configurar el resto de actitudes y creencias hacia la hipnosis*.

La segunda idea fundamental expresada al principio, es que **Interés sería un factor consecuente o final**. Interés es un factor consecuente o finalista en 2 de los 5 modelos expuestos, en el modelo 1 y en el modelo 2. En el modelo 3, Interés solamente tiene una flecha que apunta hacia Colaboración (que, recordemos, sería otro factor consecuente o final, según nuestras ideas fundamentales expresadas al principio), el resto son flechas que le llegan del resto de los factores. En los modelos 4 y 5 Interés también tiene una flecha que apunta hacia Colaboración, sin embargo, tiene dos flechas más que salen hacia Memoria y Ayuda. Además, en el modelo 4 Interés también tiene una flecha que apunta hacia Control. Entonces, podemos concluir que *Interés es un factor consecuente importante a tener en cuenta*.

La tercera idea que expresamos al principio como hipótesis post-positivista era que **Memoria sería un factor antecedente o motor**. Memoria solo es un factor antecedente o motor en el modelo 1. En el modelo 5 se presenta como un factor consecuente o final. En el resto de modelos es un factor mediacional. Por lo tanto, podemos concluir que *Memoria tiene un papel antecedente en algún caso, consecuente en algún otro caso y, en general, mediacional*.

La cuarta idea fundamental expuesta al principio es que **Colaboración sería un factor consecuente o finalista**. Colaboración es un factor consecuente o final en el modelo 3. En el resto de modelos, Colaboración es un factor mediacional. Sin embargo, en el modelo 2 y en el 5 solo influye en Memoria (mientras le influyen otros factores) y en el modelo 4 solo

muestra influencia sobre Control (siendo condicionado por otros). En el modelo 1 Colaboración muestra influencia sobre Mágica y Marginal. A la vista de estos resultados, podríamos llegar a la conclusión de que *se tendría que tener a Colaboración en cuenta, fundamentalmente, como un factor consecuente o finalista, aunque también participa en dinámicas complejas de mediación en diferentes situaciones.*

La quinta idea importante expuesta al principio hacía referencia a considerar a **Control como un factor antecedente o motor**. Control es un factor antecedente o motor en el modelo 3 y en el modelo 5. En el modelo 4 es un factor consecuente o final, y en el resto de modelos, el 1 y el 2, es un factor mediacional. Control es una dimensión muy relevante en la hipnosis como se ha concebido en muy diferentes propuestas. No obstante, el análisis de configuraciones que posibilitan los modelos apunta a un rol polimorfo. Sin embargo, se puede observar la potencia o relevancia de la dimensión en el conjunto del modelo. *Control es un factor fuertemente influido por Miedo en todos los modelos, salvo en el 5, ya que en el modelo 5 es un factor antecedente, junto con Miedo. Control pudiese ser un factor antecedente importante según la perspectiva con la que enfoquemos el estudio de las relaciones entre las actitudes hacia la hipnosis.*

Por último, la sexta idea importante expuesta al principio es que **Marginal sería un factor consecuente o final**. Como hemos podido observar, *Marginal no es un factor consecuente o final en ninguno de los modelos*. En el modelo 1 solo influye en Interés, y el resto son influencias que recibe de otras dimensiones. En el modelo 3 solo influye en Colaboración siendo influido por diversas dimensiones. Por lo tanto, podemos concluir que *Marginal no sería un factor consecuente o final importante en las dinámicas de las dimensiones, predominando, en cambio, su papel mediacional en diversos contextos.*

Ahora pasamos a describir aquellas relaciones o caminos que tienen mayor importancia y que hemos observado que se repiten sistemáticamente a través de los diversos modelos, además de sus peculiaridades y la diferente perspectiva que nos da cada uno de estos modelos.

#### **4.2.Relaciones que se repiten en todos los modelos exactamente igual:**

En primer lugar, hemos visto que hay siete relaciones que han aparecido en todos los modelos, en la misma dirección y con el mismo signo. Cinco de ellas partiendo de miedo, una que parte de ayuda hacia colaboración y otra que parte de mágica hacia interés. Estas relaciones están coloreadas de rojo en los modelos, con el fin de hacerlas más perceptibles.



Teniendo a miedo como un antecedente principal y partiendo de esta dimensión, aparecen las relaciones que describo a continuación.

**Miedo influye en Marginal de forma directa en todos estos modelos.** Se hace patente que el miedo está influyendo en la creencia de que la hipnosis está al margen de la investigación científica. El temor que una persona tenga a la hipnosis (bien porque piense que es una técnica peligrosa, porque crea que se puede quedar enganchada en un trance, porque suponga que bajo hipnosis puede llegar a perder el control de sí misma, o bien por cualquier otra razón) determinará que crea que la hipnosis es una técnica al margen de la investigación científica. Además, el temor hacia la hipnosis le llevará a creer que, en general, ciertas peculiaridades importantes de las personas muy hipnotizables serían: credulidad, ignorancia y dependencia psicológica, así como que la persona hipnotizada se encuentra disociada.

**Miedo influye en Interés de manera inversa en todos estos modelos.** Con esta relación queda de manifiesto que el temor hacia la hipnosis determina la disminución del interés hacia ella. El miedo que alguien sienta hacia la hipnosis (por las razones descritas anteriormente) determina que no tenga interés en ser hipnotizado, ni en dejarse hipnotizar, ni en ser muy hipnotizable.

**Miedo influye en la dimensión Mágica de forma positiva en todos estos modelos.** Esta relación hace evidente que el miedo hacia la hipnosis determina la creencia de que la hipnosis es algo mágico. El temor (por razones ya descritas anteriormente) que alguien sienta hacia la hipnosis determinará que crea que la hipnosis puede ser una solución mágica a los problemas de la persona hipnotizada, que se pueden conseguir cosas sin esfuerzo bajo hipnosis y que podría ser todo lo que se requeriría para tratar la mayoría de los problemas.

**Miedo condiciona la dimensión Colaboración de manera positiva en todos estos modelos** (salvo en el modelo 1). Con esta relación queda de manifiesto que el temor hacia la hipnosis influye en la creencia de que la hipnosis implica un esfuerzo de cooperación entre el hipnotizador y el cliente, que para hipnotizar a alguien es necesaria su colaboración y que la hipnosis requiere un esfuerzo por parte de la persona hipnotizada. Por nuestra experiencia, hemos visto que hay personas que, aun temiendo la hipnosis, saben que tienen que colaborar con el hipnotizador. Este hecho queda reflejado así en todos los modelos.

**Desde Miedo surge una influencia sobre Ayuda de manera inversa en todos estos modelos** (salvo en el 4 y en el 5, donde también aparece esta influencia, pero con un nivel de relación muy moderado). Con ello parece claro que el miedo hacia la hipnosis determina la

creencia de que la hipnosis no sirve de ayuda en las terapias médicas y/o psicológicas. El miedo que una persona le tenga a esta técnica le llevará a pensar que no le sería de ayuda para mejorar los efectos de los tratamientos, que no será posible aprender más deprisa con hipnosis, y que no fomentará la capacidad de auto-control.

**Desde Ayuda surge una influencia sobre Colaboración de forma positiva en todos estos modelos.** El pensar que la hipnosis es un procedimiento que sirve de ayuda (coadyuvante) en las terapias, que se puede aprender más rápido en hipnosis, o que impulsa la capacidad de auto-control, determina la creencia de que la hipnosis implica un esfuerzo de cooperación entre el hipnotizador y el cliente, que para hipnotizar a alguien es necesaria su colaboración y que la hipnosis requiere un esfuerzo por parte de la persona hipnotizada.

**Desde Mágica surge una influencia sobre Interés de forma positiva en todos estos modelos.** El pensar que la hipnosis puede ser una solución rápida y sin esfuerzo por parte de la persona hipnotizada, para resolver la mayoría de sus problemas, causa un aumento de interés en las personas en ser hipnotizadas, hipnotizables y/o en aprender sobre hipnosis.

### **4.3. Otras relaciones importantes:**

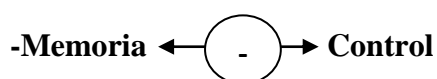
Hasta aquí hemos analizado todas aquellas relaciones que se repiten en todos nuestros modelos con el mismo signo y en la misma dirección. Ahora vamos a ver una relación que tiene mucha importancia, aunque no siempre la flecha se dirija en el mismo sentido, ya que se podría ver desde esas dos perspectivas. La relación es la que se produce entre la dimensión Miedo y la dimensión Control de forma negativa.

**Hay una relación muy importante desde Miedo hasta Control de forma negativa en todos los modelos** (salvo en el modelo 5, que se relacionan a través de Memoria, y en el 3 que va de Control a Miedo, ya que tenemos a Control como antecedente). Aunque el sentido de la influencia cambie, podemos ver que se produce esta relación desde ambas posiciones, como se explicará a continuación. Cuando Miedo es antecedente, observamos cómo **el temor que se le tenga a la hipnosis** (bien porque se crea que es una técnica peligrosa, porque se piense que se puede quedar enganchado alguien en un trance, o bien por cualquier otra razón) **determina la creencia de que bajo hipnosis se pierde el control del comportamiento.** Una persona puede pensar que bajo hipnosis lo pueden obligar a hacer cosas que no desea, o ponerse en ridículo, o quedarse enganchado en un trance, etc. Visto desde la otra óptica, cuando Control aparece con el rol antecedente, el modelo nos está expresando que **la creencia de que bajo hipnosis la persona mantiene el control de su conducta** (puede salir

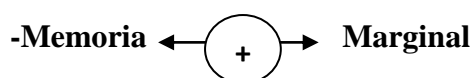
de hipnosis cuando desee, no le pueden obligar a hacer cosas que no quiera, o exponerse al ridículo, etc.) **determina la disminución del temor hacia esta técnica.** En otras palabras, **el saber que se mantiene el control personal hace que no se le tenga miedo a la hipnosis.**

#### **4.4. Relaciones que se repiten en todos los modelos, aunque con diverso tipo de relación:**

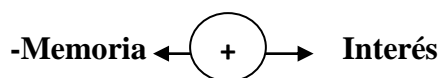
A continuación, hemos percibido que hay relaciones que se repiten en todos estos modelos, pero cambia el sentido o rol de las dimensiones implicadas en la relación. Estas relaciones las hemos coloreado de verde para hacerlas más fácilmente reconocibles. Y son las siguientes:



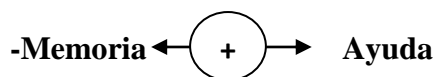
La persona cree que bajo hipnosis afloran los recuerdos traumáticos ocultos, y por eso cree que va a perder el control, pues en el trance se pierde el control al disociarse. Por otra parte, la persona que cree que en hipnosis va a mantener el control de sí misma, no se creará que le puedan averiguar sus recuerdos ocultos ni que tenga que estar en un trance hipnótico.



La persona cree que bajo hipnosis afloran los recuerdos traumáticos ocultos, y ello determina que crea que la hipnosis es una técnica al margen de la investigación científica. Además, también la persona que crea que la hipnosis es una técnica al margen de la investigación científica, influirá en que piense en que bajo hipnosis se puede disociar y le pueden averiguar sus traumas ocultos o sus recuerdos olvidados.

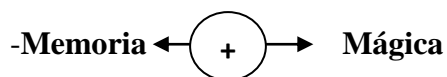


La persona cree que bajo hipnosis afloran los recuerdos traumáticos ocultos, y ello influye en despertar su interés hacia la hipnosis. Además, el interés que una persona tenga en la hipnosis influye en que crea que bajo hipnosis se incrementa la memoria y se pueda regresar a supuestas vidas pasadas, estando la persona disociada.

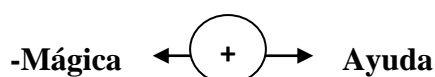


La persona cree que bajo hipnosis pueden surgir los recuerdos traumáticos ocultos, y ello influye en que piense que la hipnosis le puede servir de ayuda. Además, el creer que la hipnosis puede servir de ayuda influye en que la persona crea que bajo hipnosis se aumenta la

memoria y se pueda regresar a supuestas vidas pasadas, o recordar fidedignamente lo que ocurrió en edades muy tempranas, incluso en el útero materno, estando la persona disociada.



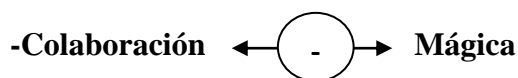
La persona cree que bajo hipnosis pueden surgir los recuerdos traumáticos ocultos, y ello influye en que piense que la hipnosis podría ser una solución mágica a la mayoría de sus problemas. Además, el hecho de que la persona crea que la hipnosis presenta cualidades mágicas, influye en que la persona crea que bajo hipnosis pueden surgir recuerdos ocultos, traumas olvidados, y regresar a supuestas vidas pasadas estando la persona disociada, incluso que su capacidad de aprendizaje se incrementaría extraordinariamente.



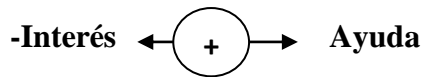
La creencia de que la hipnosis es algo mágico influye en la creencia de que la hipnosis puede ser de ayuda. A la vez, el creer que la hipnosis puede servir de ayuda en las terapias médicas y/o psicológicas, influye en la creencia de que la hipnosis es mágica en cuanto que puede provocar reacciones que la persona no podría experimentar sin ella (como aprender idiomas a gran velocidad estando hipnotizado). Una persona podría pensar que, precisamente por eso, podría serle de ayuda.



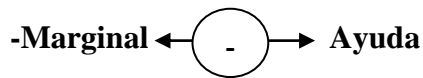
La creencia de que la hipnosis es una técnica mágica, influye en la creencia de que la hipnosis es una herramienta que se sitúa al margen de la investigación científica. A la vez, la creencia de que la hipnosis se encuentra al margen de la investigación científica influye en la creencia de que es mágica y que no requiere esfuerzo por parte de la persona hipnotizada para conseguir sus objetivos.



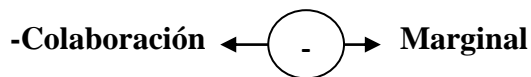
La creencia de que se requiere un esfuerzo de cooperación entre el hipnotizador y el cliente influye en la creencia de que la hipnosis no es algo mágico. A la vez, la creencia de que la hipnosis es un procedimiento mágico, y de que se consiguen cosas sin ningún esfuerzo por parte de la persona hipnotizada, influye en que se crea que en hipnosis no hace falta colaborar con el hipnotizador y no hace falta hacer ningún esfuerzo por parte de la persona hipnotizada.



El interés que despierta la hipnosis influye en que se piense que la hipnosis puede ser una técnica de ayuda en las terapias médicas y/o psicológicas. A la vez, la creencia de que la hipnosis puede ser de ayuda influye en aumentar el interés hacia ella.



La creencia de que la hipnosis es una técnica al margen de la investigación científica, y de que ciertas características fundamentales de las personas muy hipnotizables serían: credulidad, ignorancia y dependencia psicológica, hace disminuir la creencia de que la hipnosis podría ser de ayuda en las terapias médicas y/o psicológicas. A la vez, la creencia de que la hipnosis puede ser una herramienta útil en las terapias, influye en que se crea que la hipnosis no está al margen de la investigación científica.



La creencia de que la hipnosis requiere un esfuerzo cooperación, y de que para hipnotizar a alguien es necesaria su colaboración influye en la creencia de que la hipnosis es una técnica dentro de la investigación científica, y de que las personas hipnotizables no serían crédulas, ignorantes y/o dependientes. A la vez, la creencia de que la hipnosis está al margen de la investigación científica, influye en la creencia de que en hipnosis no hace falta un esfuerzo de cooperación entre hipnotizador y cliente, ni un esfuerzo por parte de la persona hipnotizada.

## **5. LIMITACIONES DEL ESTUDIO**

## LIMITACIONES DEL ESTUDIO

En primer lugar, al ser la primera vez que se configuran modelos de ecuaciones estructurales para relacionar de manera causal los factores de la escala (EVACH-C) que evalúa las creencias y actitudes hacia la hipnosis, nos encontramos con las dificultades y limitaciones propias de los pioneros que indagan en un campo desconocido. No hemos tenido modelos previos en los que basarnos, sin embargo, sí una sólida teoría y experiencia clínica con la que poder conjeturar. Por todo ello, consideramos que en realidad estamos abriendo nuevos caminos y ofreciendo ideas en las que se podrán asentar futuras investigaciones de estos modelos. Así pues, el valor destacable es más heurístico que conclusivo.

En segundo lugar, el estudio se ha realizado con 1678 estudiantes universitarios españoles, por lo que los resultados y las conclusiones quizá no sean aplicables a otros países y a otros rangos de edades y situaciones vitales (la mayoría de personas en España no son estudiantes universitarios, y no tienen la edad que suelen tener los estudiantes). El objetivo de este trabajo es conocer cómo se relacionan estos factores entre sí de manera causal, abarcando un conocimiento que trata de ser global y general. No obstante, es difícil afirmar que estas conclusiones son correctas en, por ejemplo, una población juvenil de un colegio de Perú, un grupo de ancianos de una residencia en Canarias, o un conjunto de presos de Soto del Real. Los datos y nuestros conocimientos teóricos han dado de sí con el fin de conseguir unas conclusiones lo más extensibles posibles.

## **6. REFERENCIAS**



- Adachi, T., Fujino, H., Nakae, A., Mashimo, T., y Sasaki, J. (2014). A meta-analysis of hypnosis for chronic pain problems: A comparison between hypnosis, Standard Care, and other psychological interventions. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 62(1), 1-28. doi:10.1080/00207144.2013.841471
- Ajzen, I. (1988). *Attitudes, personality, and behavior*. England: Open University Press.
- Albarracín, D., Johnson, B., y Zanna, M. (2005). *The handbook of attitudes*. Mahwah, New Jersey, USA: Lawrence Erlbaum.
- Alladin A., y Alibhai A. (2007). Cognitive hypnotherapy for depression: An empirical investigation. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 55(2), 147-166. doi:10.1080/00207140601177897
- 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, 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.
- Anbar, R. D., y Hummell, K. E. (2005). Teamwork approach to clinical hypnosis at a pediatric pulmonary center. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 48(1), 45-49. doi:10.1080/00029157.2005.10401489
- Baad-Hansen, L., Abrahamsen, R., Zachariae, R., List, T., y Svensson, P. (2013). Somatosensory sensitivity in patients with persistent idiopathic orofacial pain is associated with pain relief from hypnosis and relaxation. *The Clinical Journal of Pain*, 29(6), 518-526. doi:10.1097/ajp.0b013e318268e4e7

- Baker, J., Ainsworth, H., Torgerson, C., y Torgerson, D. (2009). A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials evaluating the effect of hypnosis on exam anxiety. *Effective Education*, 1(1), 27-41. doi:10.1080/19415530903043664
- Bakke, A. C., Purtzer, M. Z., y Newton, P. (2002). The effect of hypnotic-guided imagery on psychological well-being and immune function in patients with prior breast cancer. *Journal of Psychosomatic Research*, 53(6), 1131-1137. doi:10.1016/s0022-3999(02)00409-9
- Banerjee, S., Srivastav, A., y Palan, B. M. (1993). Hypnosis and self-hypnosis in the management of nocturnal enuresis: A comparative study with imipramine therapy. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 36(2), 113-119. doi:10.1080/00029157.1993.10403053
- Barabasz, A., Higley, L., Christensen, C., y Barabasz, M. (2009). Efficacy of Hypnosis in the Treatment of Human Papillomavirus (HPV) in Women: Rural and Urban Samples. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 58(1), 102-121. doi:10.1080/00207140903310899
- 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 (BBS). *Psychological Reports*, 16(3), 809-844. doi:10.2466/pr0.1965.16.3.809
- 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 (2-3), 84-108. doi:10.1080/00029157.1978.10403966

- Barling, N. R., y De Lucchi, D. A. G. (2004). Knowledge, attitudes, and beliefs about clinical hypnosis. *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 32(1), 36-52. Recuperado de [http://www.hypnosisaustralia.org.au/wp-content/uploads/journal/AJCEH\\_Vol32\\_No1\\_MAY04.pdf](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.
- 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(4), 282-292. doi:10.1080/00029157.1994.10403088
- Bem, D. J. (1965). An experimental analysis of self-persuasion. *Journal of Experimental Social Psychology*, 1(3), 199-218. doi:10.1016/0022-1031(65)90026-0
- Bem, D. J. (1972). Self-perception theory. En L. Berkowitz (ed.), *Advances in Experimental Social Psychology* (vol. 6). Nueva York: Academic Press.
- Berger, P., & Luckmann, T. (1968). *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires, Arg: Amorrortu.
- Birnie, K. A., Noel, M., Parker, J. A., Chambers, C. T., Uman, L. S., Kisely, S. R., y McGrath, P. J. (2014). Systematic review and meta-analysis of distraction and hypnosis for needle-related pain and distress in children and adolescents. *Journal of Pediatric Psychology*, 39(8), 783-808. doi:10.1093/jpepsy/jsu029
- Bohner, G., y Wänke, M. (2002). *Attitudes and attitudes change*. Hove, UK: Psychology Press.
- Bolocofsky, D. N., Spinler, D., y Coulthard-Morris, L. (1985). Effectiveness of hypnosis as an adjunct to behavioural weight management. *Journal of Clinical Psychology*, 41(1), 35-41. doi: 10.1002/1097-4679(198501)41:1<35::AID-JCLP2270410107>3.0.CO;2-Z
- Bourdieu, P. (2008). *El sentido práctico*. Madrid, Esp: Siglo XXI Editores.

- 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(303), 437-440. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1711054/>
- British Psychological Society (2001). *The nature of hypnosis*. Leicester, UK): British Psychological Society. Recuperado 12-02-2017, [http://ukhypnos.wpengine.netdna-cdn.com/wp-content/uploads/2015/01/The-Nature-of-Hypnosis\\_0.pdf](http://ukhypnos.wpengine.netdna-cdn.com/wp-content/uploads/2015/01/The-Nature-of-Hypnosis_0.pdf)
- Brown, D. (2007). Evidence-Based hypnotherapy for asthma: A critical review. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 55(2), 220-249. doi:10.1080/00207140601177947
- 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=fb14c227-349e-43b6-8c47-6fe2108c0210>
- Byom, T. K. (2010). A comparison of the effectiveness of three group treatments for weight loss. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 71(3-B), 2070.
- Canadian Psychiatric Association. (1996). Position statement: Adult recovered memories of childhood sexual abuse. *Canadian Journal of Psychiatry*, 41(5), 305-306. Recuperado de <https://ww1.cpa-apc.org/Publications/Archives/PDF/1996/June/POSITION.PDF>
- 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(1), 9-18. Recuperado de <http://www.unioviado.es/reunido/index.php/Rema/article/view/9741/9487>

- 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. (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., 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 (2), 67-76. doi:10.1002/ch.25
- 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(4), 413-433. doi:10.1080/00207140490888432
- 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.psiquiatricohph.sld.cu/revista/porta\\_l\\_revhph.htm](http://www.psiquiatricohph.sld.cu/revista/porta_l_revhph.htm)

- Capafons, A., Espejo, B., y Mendoza, M. E. (2008). Confirmatory factor analysis of the Valencia scale on attitudes and beliefs toward hypnosis, therapist versión. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 56(3), 281-294. doi:10.1080/00207140802039748
- 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.papelesdelpsicologo.es/vernumero.asp?id=1183>
- Capafons, A., y Mendoza, M. E. (2010). Evidencia empírica sobre la hipnosis clínica: un resumen actualizado. *Cuadernos de Valoración*, 10, 33-50. Recuperado de <http://bscw.rediris.es/pub/bscw.cgi/d3345905/Cuadernos%20de%20Valoracion,%20Tomo%20VII,%20A%C3%B1o%202010,%20n%C2%BA%2010.pdf>
- Capafons, A., Mendoza, M. E., Espejo, B., Green, J. P., Lopes-Pires, C., Selma, M. L., Carvalho, C. (2008). Attitudes and beliefs about hipnosis: A multicultural study. *Contemporary Hypnosis*, 25, 141-155. doi: 10.1002/ch.359.
- 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(4), 810-815. Recuperado de <http://www.psicothema.com/pdf/3313.pdf>
- Capafons, A., Selma, M. L., 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](http://www.hypnosisaustralia.org.au/wp-content/uploads/journal/AJCEH_Vol34_No2_NOV06.pdf)
- Capafons, A., Suárez-Rodríguez, J.M, Molina-del-Peral, J. A., y Mendoza M. E. (en prensa). Confirmatory factor analysis of the Valencia scale of attitudes and beliefs toward hypnosis (client version) in a Portuguese sample. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*.

- Capafons, A., Suárez-Rodríguez, J.M. y Peña, María (2014): La Escala de Valencia de Actitudes y Creencias hacia la Hipnosis, Versión Terapeuta, en una muestra de profesionales del ámbito sanitario. Características básicas, influencia de variables clave y alternativas estructurales. *IX Congreso Iberoamericano de Psicología y 2º Congreso Da Ordem Dos Psicólogos Portugueses*.
- Capafons, A., Suárez-Rodríguez, J., y Selma, M. Análisis factorial confirmatorio de la escala Valencia de actitudes y creencias hacia la hipnosis (versión cliente revisada), en una muestra española. *Anales de Psicología*, 2015, vol. 31, n° 1 (enero), 84-95
- 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(2), 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.
- 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 (2), 76-85. doi:10.1002/ch.332
- Chambless, D. L., y Hollon, S. D. (1998). Defining empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(1), 7-18. doi:10.1037/0022-006X.66.1.7
- Channon, L. D. (1984). Some preconceptions about hypnosis among preclinical medical students: A brief communication. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 32(4), 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. Cardaña y S. Amigó (Eds.), *Clinical hypnosis and self-regulation* (pp. 227-247). Washington DC: American Psychological Association.
- Chaves, J. F. (julio, 2004). *Hypnosis in the healthcare setting: hopes, beliefs and experience*. Comunicación presentada en la 112th American Psychological Association Annual Convention, Honolulu, Hawaii. Recuperado de <http://www.apa.org/monitor/jun04/highlights.html>
- Clark, G. T., Lanham, F., y Flack, V. F. (1988). Treatment outcome results for consecutive TMJ patients. *Journal of Craniomandibular Disorders: Facial and Oral Pain* 2(2), 87-95.
- 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(5), 676-680. Recuperado de [http://s3-ap-southeast-2.amazonaws.com/jigsydney/general/PDF/10721~hdl\\_7937.pdf](http://s3-ap-southeast-2.amazonaws.com/jigsydney/general/PDF/10721~hdl_7937.pdf)
- Coué, E. (1922/1956). *La maîtrise de soi-même par l'autosuggestion consciente [Self mastery through conscious autosuggestion]*. Paris, FR: Éditions J. Oliven.
- Court, J. H., y Court, P. C. (2001). Repression: R. I. P. *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 29(1), 8-16. Recuperado de [http://www.hypnosisaustralia.org.au/wp-content/uploads/journal/AJCEH\\_Vol29\\_No1\\_MAY01.pdf](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* (2ª ed.). Nueva York: Grune and Strantton.
- Daglish, M. R. C., y Wright, P. (1991). Opinions about hypnosis among medical and psychology students. *Contemporary Hypnosis*, 8(1), 51-55.



- 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.
- Dillworth, T., Mendoza, M. E., y Jensen, M. P. (2011). Neurophysiology of pain and hypnosis for chronic pain. *Translational Behavioral Medicine*, 2(1), 65-72. doi:10.07/s13422-011-0084-5.
- Diment, A. D. (1991). Uses of hypnosis in diabetes-related stress management counselling. *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 19 (2), 97-101. Recuperado de <http://www.hypnosisaustralia.org.au/wp-content/uploads/AJCEH-Vol-19-No2a.pdf>
- Dinges, D. F., Whitehouse, W. G., Orne, E. C., Powell, J. W., Orne, M. T., y Erdelyi, M. H. (1992). Evaluating hypnotic memory enhancement (hypermnnesia and reminiscence) using multitrial forced recall. *Journal of Experimental Psychology: Learning, Memory and Cognition*, 18(5), 1139-1147. doi:10.1037/0278-7393.18.5.1139
- Dufresne, A., Rainville, P., Dodin, S., Barré, P., Masse, B. E., 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. *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 endodontology*, 83(1), 128-133. 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. (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.

- 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(1), 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.
- Edwards, S. D., y Van Der Spuy, H. I. (1985). Hypnotherapy as a treatment for enuresis. *Journal of Child Clinical Psychology and Psychiatry*, 26(1), 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., Bittner, C. Wichmann, M., Nickenig, H. J., y Sokol, B. (2010). Comparison of conventional therapies for dentin hypersensitivity versus medical hypnosis. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 58(4), 457-475. doi:10.1080/00207144.2010.499350
- Eitner, S., Sokol, B., Wichmann, M., Bauer, J., y Engels, D. (2011). Clinical use of a novel audio pillow with recorded hypnotherapy instructions and music for anxiolysis during dental implant surgery: A prospective study. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 59(2), 180-197. doi:10.1080/00207144.2011.546196
- 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(4), 457-479. doi:10.1080/00207140600856897
- 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(3), 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(1), 73-81. doi:10.1076/iceh.52.1.73.23921
- Eng, Y. H., y Cyna, A. M. (2006). 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*, 34(1), 17-26. Recuperado de [http://www.hypnosisaustralia.org.au/wp-content/uploads/journal/AJCEH\\_Vol34\\_No1\\_MAY06.pdf](http://www.hypnosisaustralia.org.au/wp-content/uploads/journal/AJCEH_Vol34_No1_MAY06.pdf)
- Ewin, D. M. (1992). Hypnotherapy for warts (*Verruca Vulgaris*): 41 consecutive cases with 33 cures. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 35(1), 1-10. doi:10.1080/00029157.1992.10402977
- Facco, E., Manani, G., y Zanette, G. (2012). The relevance of hypnosis and behavioral techniques in dentistry. *Contemporary Hypnosis and Integrative Therapy*, 29(4), 332-351.
- 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.
- Ferrando, M., Galdón, M. J., Durá, E., Andreu, Y., Jimenez, J., y Poveda, R. (2012). Enhancing the efficacy of treatment for temporomandibular patients with muscular diagnosis through cognitive-behavioral intervention, including hypnosis: a randomized study. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology and Oral Radiology*, 113(1), 81-89. doi:10.1016/j.tripleo.2011.08.020
- Festinger, L. (1957). *A theory of cognitive dissonance*. Stanford, CA: Stanford University Press.
- Fishbein, M., y Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude, intention and behaviour: An introduction to theory and research*. Reading, MA (Massachusetts): Addison Wesley.

- Flammer E., y Alladin A. (2007) The efficacy of hypnotherapy in the treatment of psychosomatic disorders: meta-analytical evidence. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 55(3), 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 Clinical Hypnosis*. (pp. 95-120). Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Freeman, R. M., MacCauley, A. J., Eve, L., Chamberlain, G. V. P., y Bhat, A. V. (1986). Randomized trial of self-hypnosis for analgesia in labour. *British Medical Journal*, 292, 657-658. doi:10.1136/bmj.292.6521.657
- 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(1), 67-83. doi:10.1080/00207140600995893
- Gergen, K. J. (1985). The social constructionist movement in modern psychology. *American Psychologist*, 40(3), 266. doi:10.1037/0003-066x.40.3.266
- Gil-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(4), 1-29. Recuperado de <http://www.psicociencias.com/revista/boletines/Eficacia%20de%20la%20hipnosis%20en%20el%20tratamiento%20de%20trastornos%20por%20consumo%20de%20sustancias.pdf>
- Gold, J. I., Kant, A. J., Belmont, K. A., y Butler, L. D. (2007). Practitioner Review: Clinical applications of pediatric hypnosis. *Journal of Clinical Psychology and Psychiatry*, 48(8), 744-754. doi:10.1111/j.1469-7610.2007.01759.x

- 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. *The American Journal of Gastroenterology*, 97(4), 954-961. doi:10.1111/j.1572-0241.2002.05615.x
- Gonsalkorale, W. M., y Whorwell, P. J. (2005). Hypnotherapy in the treatment of irritable bowel syndrome. *European Journal of Gastroenterology and Hepatology*, 17(1), 15-20. doi:10.1097/00042737-200501000-00004
- Gonzalez-Felipe, M. A., Sanchez-Cifuentes, M. J., Tonda, E., Gonzalez, P., y Cid, J. (1990). Estereotipos hacia los ancianos: los ancianos vistos por otros grupos de edad. *Geriatría: Revista Iberoamericana de Geriátría y Gerontología*, 6(4), 204-209.
- Gorassini, D.R. (1999). Hypnotic responding: A cognitive-behavioral analysis of self-deception. En I. Kirsch, A. Capafons, E. Cardeña & S. Amigó (Eds.), *Clinical hypnosis and self-regulation: Cognitive-behavioral perspectives* (pp. 73-103). Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Gordon, D., Heimberg, R. G., Tellez, M., y Ismail, A. I. (2013). A critical review of approaches to the treatment of dental anxiety in adults. *Journal of Anxiety Disorders*, 27(4), 365-378. doi:10.1016/j.janxdis.2013.04.002
- 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(2), 162-186. Recuperado de [http://www.hypnosisaustralia.org.au/wpcontent/uploads/journal/AJCEH\\_Vol34\\_No2\\_NOV06.pdf](http://www.hypnosisaustralia.org.au/wpcontent/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*, (pp.223-248). 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(4), 369-381. doi:10.1076/iceh.51.4.369.16408
- Green, J. P. (2012). The Valencia scale of attitudes and beliefs toward hypnosis-client version and hypnotizability. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 60(2), 229-240. doi:10.1080/00207144.2012.648073
- 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(3), 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(2), 195-224. doi:10.1080/00207140008410048
- Green, J. P., y Lynn, S. J. (2011). Hypnotic responsiveness: Expectancy, attitudes, fantasy proneness, absorption, and gender. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 59(1), 103-121. doi:10.1080/00207144.2011.522914
- 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(3), 263-280. doi:10.1080/00207140600689439
- 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, Indiana, USA).
- Hackman, R. M., Stern, J. S., y Gershwin, M. E. (2000). Hypnosis and asthma: A critical review. *Journal of Asthma*, 37, 1-15. doi:10.3109/02770900009055424

- Hawkins, R., y Bartsch, J. (2000). The effects of an educational lecture about hypnosis. *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 28(1), 82-99. Recuperado de:[http://www.hypnosisaustralia.org.au/wpcontent/uploads/journal/AJCEH\\_Vol28\\_No1\\_MAY00.pdf](http://www.hypnosisaustralia.org.au/wpcontent/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(2), 89-93. doi:10.1002/ch.54
- Henríquez, R. Y. (2010). La construcción social de la realidad: la posición de Peter L. Berger y Thomas Luckmann. *Ars Boni et Aequi*, 6(2), 289-304.
- Hilgard, E. R. (1965). *Hypnotic susceptibility*. Nueva York: Harcourt, Brace and World.
- Hilgard, E. R. (1969). Altered states of awareness. *Journal of nervous and Mental Disease*, 149(1), 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(11), 972-982. doi:10.1037/h0035452
- Hilgard, E. R. (1981). Hypnotic susceptibility scales under attack: An examination of Weitzenhoffer's criticisms. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 29, 24-41. DOI: 10.1080/00207148108409141
- 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.

- Horley, R. (2013). The use of hypnosis as an adjunct to cognitive-behavioural therapy in the treatment of post-traumatic stress disorder in a patient previously resistant to other modes of therapy. *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 40(2), 123-131. Recuperado de: [http://www.hypnosisaustralia.org.au/wp-content/uploads/9845\\_AJCEH\\_2013\\_FINAL.pdf](http://www.hypnosisaustralia.org.au/wp-content/uploads/9845_AJCEH_2013_FINAL.pdf)
- Huet, A., Lucas-Polomeni, M. M., Robert, J. C., Sixou, J. L., y Wodey, E. (2011). Hypnosis and dental anesthesia in children: A prospective controlled study. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 59(4), 424-440. doi:10.1080/00207144.2011.594740
- Ibáñez, T. (2003). La construcción social del socioconstruccionismo: retrospectivas y perspectivas. *Política y Sociedad*, 40(1), 155-160.
- 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. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 15(4), 258-264. doi:10.1097/00004703-199408000-00007
- Jenkins, M. W., y Pritchard, M. H. (1993). Hypnosis: Practical applications and theoretical considerations in normal labour. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 100(3), 221-226. doi:10.1111/j.1471-0528.1993.tb15234.x
- Jensen, M. P. (2009). Hypnosis for chronic pain management: a new hope. *Pain*, 146(3), 235-237. doi:10.1016/j.pain.2009.06.027
- Jensen, M. P. (2011). *Hypnosis for chronic pain management. Workbook*. New York. Oxford University Press.
- Jensen, M. P., Gralow, J. R., Braden, A., Gertz, K. J., Fann, J. R., y Syrjala, K. L. (2012). Hypnosis for symptom management in women with breast cancer: A pilot study. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 60(2), 135-159. doi:10.1080/00207144.2012.648057



- Jensen, M. P., y Patterson, D. R. (2006). Hypnotic treatment of chronic pain. *Journal of Behavioral Medicine*, 29(1), 95-124. doi:10.1007/s10865-005-9031-6
- Johnson, M. E., y Hauck, C. (1999). Beliefs and opinions about hypnosis held by the general public: A systematic evaluation. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 42(1), 10-20. doi:10.1080/00029157.1999.10404241
- 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(2), 291-299. doi:10.1002/1097-4679(198104)37:2<291::aid-jclp2270370211>3.0.co;2-d
- Kaiser, P. (2011). Childhood anxiety, worry, and fear: Individualizing hypnosis goals and suggestions for self-regulation. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 54(1), 16-31. doi:10.1080/00029157.2011.575965
- Katz, D. (1960). The functional approach to the study of attitudes. *Public Opinion Quarterly*, 24(2), 163-204. doi:10.1086/266945
- Keller, R. F. (1996). Hypnosis belief survey. *Psychological Hypnosis*, 5(1), 8-9. doi:10.1037/e300322004-006
- Kerlinger, F. N. y Lee, H. B. (2002). *Investigación del comportamiento. Métodos de investigación en Ciencias Sociales*. México: McGraw-Hill.
- 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(4), 674-682. doi:10.1037/0022-006x.69.4.674
- Kihlstrom, J. F. (1985). Hypnosis. *Annual Review of Psychology*, 36, 385-418. DOI: 10.1146/annurev.ps.36.020185.002125 Retrieved, 12-02 217 [http://socrates.berkeley.edu/~kihlstrm/hypnosis\\_memory.htm](http://socrates.berkeley.edu/~kihlstrm/hypnosis_memory.htm)

Kihlstrom, J. F. (1998). Hypnosis and the psychological unconscious. En H. J. Friedman (Ed.), *Encyclopedia of Mental Health, Vol. 2*, (pp. 467-477). San Diego: Academic Press.

Kihlstrom, J. F. (agosto, 2007). What hypnosis does for experimental psychology. Comunicación presentada en David Spiegel (Chair): “What hypnosis does for Psychology” en 115<sup>th</sup> Convention of the American Psychological Association, San Francisco (USA). Recuperado de <http://socrates.berkeley.edu/~kihlstrm/APAHypnosis07.htm>.

Kirsch, I. (1994). Clinical hypnosis as a non deceptive placebo: Empirically derived techniques. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 37(2), 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., Cardeña, E., Derbyshire, S., Dienes Z., Heap, M., Kallio, S., Whalley, M. (2011). Definitions of hypnosis and hypnotizability: A consensus statement. *Contemporary Hypnosis and Integrative Therapy*, 28(2), 107-115. Recuperado de [http://www.lifesci.sussex.ac.uk/home/Zoltan\\_Dienes/Kirsch%20et%20al%202011%20definitions.pdf](http://www.lifesci.sussex.ac.uk/home/Zoltan_Dienes/Kirsch%20et%20al%202011%20definitions.pdf)

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 Low, C. B. (2013). Suggestion in the treatment of depression. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 55(3), 221-229. doi:10.1080/00029157.2012.738613

- 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*(4), 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*(1), 167-175. doi:10.1037/0022-3514.69.1.167
- Kohen, D. P. (2010). Long-term follow-up of self-hypnosis training for recurrent headaches: What the children say. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 58*(4), 417-432. doi:10.1080/00207144.2010.499342
- Kohen, D. P., y Olness, K. (2011). *Hypnosis and hypnotherapy with children* (4<sup>a</sup> ed.). New York, NY: Routledge Publications.
- Koizumi, S. (2001). Investigation into university students' views towards the notion of “hypnosis”. *Japanese Journal of Hypnosis, 46*, 40-46.
- Kraft, D. (2012). Successful treatment of heavy smoker in one hour using split screen imagery, aversion, and suggestions to eliminate cravings. *Contemporary Hypnosis and Integrative Therapy, 29*(2), 175-188. Recuperado de <http://www.londonhypnotherapyuk.com/publications/smoking-paper-published-version.pdf>
- Kraus, S. J. (1995). Attitudes and the prediction of behavior: A meta-analysis of the empirical literature. *Personality and Social Psychology Bulletin, 21*(1), 58 –75 doi:10.1177/0146167295211007
- Kuttner, L. (2012). Pediatric hypnosis: Pre-, peri-, and post-anesthesia. *Pediatric Anesthesia, 22*(6), 573-577. doi:10.1111/j.1460-9592.2012.03860.x

- 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(6), 374-381. doi:10.1097/00004703-198812000-00010
- Large, R. G., y James, F. R. (1991). Public expectations of hypnosis. *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 19(2), 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(2), 203-220. Recuperado de <http://www.copmadrid.org/webcopm/publicaciones/clinica/84285.pdf>
- Leigh, R., MacQueen, G., Tougas, G., Hargreave, F. E., y Bienenstock, J. (2003). Change in forced expiratory volume in 1 second after sham bronchoconstrictor in suggestible but not suggestion resistant asthmatic subjects: A pilot study. *Psychosomatic Medicine*, 65, 791-795. doi:10.1097/01.PSY.0000079454.48714.1B
- Likert, R. (1932). A technique for the measurement of attitudes. *Archives of Psychology*, 140. New York: The Science Press. Recuperado de [http://www.voteview.com/Likert\\_1932.pdf](http://www.voteview.com/Likert_1932.pdf)
- 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*, 25(3), 307-315. doi:10.1037/0278-6133.25.3.307
- Lippmann, W. (1956). Public Opinion. New York: McMillan. (Edición original de 1922). (Traducción en castellano: Lippmann, W. (1964). La opinión pública. Buenos Aires: Compañía General Fabril Editora).
- Lobe, T. E. (2006). Perioperative hypnosis reduces hospitalization in patients undergoing the Nuss procedure for pectus excavatum. *Journal of laparoendoscopic and advanced surgical techniques*, 16(6), 639-642. doi:10.1089/lap.2006.16.639

- Lorenzo-Ruíz, L. y González-Ordi, H. (2014). El empleo de la hipnosis en el manejo y alivio del dolor durante el parto: revisión de la literatura. *Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia*, 4(2), 1-18. Recuperado de <http://www.psicociencias.com/revista/boletines/Hipnosis%20dolor%20parto.pdf>
- Lynn, S. J., Green, J. P., Kirsch, I., Capafons, A., Lilienfeld, S. O., Laurence, J-R., & Montgomery, G. H. (in press). Grounding hypnosis in science: The “new” APA Division 30 definition of hypnosis as a step backwards. *American Journal of Clinical Hypnosis*.
- 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., 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(2), 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 y 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., 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(3-4), 231-240. doi:10.1080/00029157.2002.10403483

- Mackey, E. F. (2010). Effects of hypnosis as an adjunct to intravenous sedation for third molar extraction: A randomized, blind, controlled study. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 58(1), 21-38. doi:10.1080/00207140903310782
- 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(3), 313-329. doi:10.1080/0020714049052353
- 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. S. (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(4), 476-496. doi:10.1080/00207144.2010.499351.
- Maudoux, A., Bonnet, S., Lhonneux-Ledoux, F., y Lefebvre, P. (2007). Ericksonian hypnosis in tinnitus therapy. *B-ENT*, 3, 75-77.
- Mazzoni, G., Heap, M., Scoboria, A. (2010). Hypnosis and memory. En J. W. Rhue, S. J. Lynn, I. Kirsch (Eds). *Handbook of clinical hypnosis* (2ª ed.) (pp. 709-742). Washington DC, American Psychological Association Press.
- Mazzoni, G., Laurence, J.-R., y Heap, M. (2014). Hypnosis and memory: Two hundred years of adventures and still going!. *Psychology of Consciousness: Theory, Research, and Practice*, 1(2), 153–167. doi:10.1037/cns0000016
- McCann, B. S. y Landes, S. J. (2010). Hypnosis in the treatment of depression: considerations in research design and methods. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 58(2), 147-164. doi:10.1080/00207140903523186.

- McConkey, K. M. (1986). Opinions about hypnosis and self-hypnosis before and after hypnotic testing. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 34(4), 311-319. doi:10.1080/00207148608406996
- McConkey, K. M., y Jupp, J. J. (1986). A survey of opinions about hypnosis. *British Journal of Experimental and Clinical Hypnosis*, 3(2), 87-93.
- McGuire, W. J. (1969). The nature of attitudes and attitude change. En G. Lindzey y E. Aronson (Eds.), *The Handbook of Social Psychology*, (2ª ed., vol. 3, pp. 136-314). Reading, Massachusetts: Addison-Wesley.
- McGuire, W. J. (1985) Attitudes and attitude change. En G. Lindzey y E. Aronson (Eds.), *The handbook of social psychology* (3ª ed., Vol. 2, pp. 233-346). Nueva York: Random House.
- 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(4), 219-223. doi:10.1080/00207148308406614
- Mellinger, D. I. (2010). Hypnosis and the treatment of anxiety disorders. En S. J. Lynn, J. W. Rhue, y I. Kirsch (Eds.), *Handbook of clinical hypnosis* (2ª edición) (pp. 359-389). Washington, D.C: American Psychological Association.
- Mendoza, M. E. (2000). La hipnosis como adjunto en el tratamiento del hábito de fumar: Estudio de caso. *Psicothema*, 12(3), 330-338. Recuperado de <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=339>
- Mendoza, M. E. (2008). *Análisis de las creencias y actitudes hacia la hipnosis de los psicólogos profesionales españoles afiliados al COP* (Tesis doctoral), Universitat de València, Valencia, España.

- Mendoza, M. E. (diciembre, 2013). Efficacy of Hypnosis for Pain Management. *The International Society of Hypnosis Newsletter*, 37(4), 18-21. Recuperado el 10 de noviembre de 2014 de:  
[http://ishhypnosis.org/images/newsletters/ISH\\_NL\\_December\\_2013\\_v8\\_1-3\\_14a.pdf](http://ishhypnosis.org/images/newsletters/ISH_NL_December_2013_v8_1-3_14a.pdf)
- Mendoza, M. E. y Capafons, A. (2009). Eficacia de la hipnosis clínica: resumen de su evidencia empírica. *Papeles del Psicólogo*, 30(2), 98-116. Recuperado de:  
<http://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/1699.pdf>
- Mendoza, M. E., Capafons, A., Espejo, B., y Montalvo, D. (2009). Beliefs and attitudes toward hypnosis of Spanish psychologists. *Psicothema*, 21(3), 465-470. Recuperado de <http://www.psicothema.com/pdf/3655.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. (2014). The myth of hypnosis: The need for remythification. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 62(3), 378-393. doi:10.1080/00207144.2014.901090
- 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(1), 71-80. doi:10.1080/00207144.2013.729437
- Milling, L. S. y Costantino, C. A. (2000). Clinical hypnosis with children: First steps toward empirical support. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 48(2), 113-137. doi:10.1080/00207140008410044
- Mills A. y Lynn S.J. (2000) Past-life experiences. In Cardena E, Lynn SJ, Krippner S (Eds), *Varieties of anomalous experience*. Examining the scientific evidence (pp 283-313). Washington, DC: American Psychological Association.



- Mito (1996). *Gran diccionario de la lengua española* (pp.1126). Barcelona: Larousse Planeta, S.A.
- Mito (1997). *Gran enciclopedia Larousse* (Vol. 15, pp. 7363). Barcelona: Planeta, S.A.
- Molina, J. A. (2001). La hipnosis en la terapia cognitivo-conductual: aplicaciones en el campo de las adicciones. *Adicciones*, 13(1), 31-38. Recuperado de <http://www.adicciones.es/files/31-38%20Original.pdf>
- Molina, J. A. y González-Ordi, H. (2001). El empleo de las técnicas de sugestión como coadyuvantes de los programas multicomponentes en el tratamiento del tabaquismo: Estudio de caso único. *Clínica y Salud*, 12(1), 121-139. Recuperado de <http://www.copmadrid.org/webcopm/publicaciones/clinica/66028.pdf>
- 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(2), 146-161. Recuperado de: [http://www.hypnosisaustralia.org.au/wp-content/uploads/journal/AJCEH\\_Vol34\\_No2\\_NOV06.pdf](http://www.hypnosisaustralia.org.au/wp-content/uploads/journal/AJCEH_Vol34_No2_NOV06.pdf)
- Molina, J. A., Mendoza M.E., Capafons, A., Llanes Basulto, Y., Hipnosis Clínica: Evaluación de su Eficacia y Calidad de la Investigación en Psicología. *Revista del Hospital Psiquiátrico de La Habana Volumen 13 No.2 - 2016*
- Molina, J. A., Mendoza M.E., Díez González L., Llanes Basulto Y., Capafons, A., Hipnosis Clínica: Evaluación de su Eficacia y Calidad de la Investigación en Medicina. *Revista del Hospital Psiquiátrico de La Habana Volumen 13 No.3 - 2016*
- Montgomery, G. H., David, D., Winkel, G., Silverstein, J. H., y Bovbjerg, D. H. (2002). The effectiveness of adjunctive hypnosis with surgical patients: A meta-analysis. *Anesthesia and Analgesia*, 94(6), 1639-1645. doi:10.1213/00000539-200206000-00052

- Montgomery, G. H., DuHamel, K. N., y Redd, W. H. (2000). A meta-analysis of hypnotically induced analgesia: How effective is hypnosis? *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 48(2), 138-153. doi:10.1080/00207140008410045
- Montgomery, G. H., Hallquist, M. N., Schnur, J. B., David, D., Silverstein, J. H., & Bovbjerg, D. H. (2010). Mediators of a brief hypnosis intervention to control side effects in breast surgery patients: Response expectancies and emotional distress. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(1), 80-88. DOI 10.1037/a0017392
- Montgomery, G. H., Kangas, M., David, D., Hallquist, M.N., Green, S., Bovbjerg, D. H., y Schnur, J. B. (2009). Fatigue during breast cancer radiotherapy: an initial randomized study of cognitive-behavioral therapy plus hypnosis. *Health Psychology*, 28(3), 317-322. doi:10.1037/a0013582
- Montgomery, G. H. y Schnur, J. B. (2005). Eficacia y aplicación de la hipnosis clínica. *Papeles del psicólogo*, 89, 3-8. Recuperado de <http://www.papelesdelpsicologo.es/vernumero.asp?id=1180>
- Montgomery, G. H., Schnur, J. B., y Kravits, K. (2012). Hypnosis for cancer care: Over 200 years young. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 63(1), 31-44. doi:10.3322/caac.21165
- Morales, J. F., Reboloso, E., y Moya, M. (1994). Actitudes. En J. F. Morales y cols. (Eds.), *Psicología Social* (pp. 495-621). Madrid: McGraw-Hill.
- Nash, M. R. (1987). What, if anything, is regressed about age regression? A review of empirical literature. *Psychological Bulletin*, 102(1), 42-52. doi:10.1037/0033-2909.102.1.42
- Néron, S., y Stephenson, R. (2007). Effectiveness of hypnotherapy with cancer patients' trajectory: Emesis, acute pain, and analgesia and anxiolysis in procedures. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 55, 336-354. doi: 10.1080/00207140701338647

- Neumann, P. (2005). The use of hypnosis in modifying immune system response. *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 33(2), 140-159. Recuperado de: [http://www.hypnosisaustralia.org.au/wp-content/uploads/journal/AJCEH\\_Vol33\\_No2\\_NOV05.pdf](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 doctoral, University of Northern Colorado, Co. USA).
- Olness, K., Culbert, T., y Uden, D. (1989). Self-regulation of salivary immunoglobulin A by children. *Pediatrics*, 83(1), 66-71.
- Osgood, C. E., Soci, G. J., y Tannenbaum, P. H. (1957). *The measurement of meaning*. Urbana: University of Illinois Press.
- Pajak, R., Lackner, J., y Kamboj, S. K. (2013). A systematic review of minimal-contact psychological treatments for symptom management in irritable bowel syndrome. *Journal of Psychosomatic Research*, 75(2), 103-112. doi:10.1016/j.jpsychores.2013.05.007
- Perou, R., Bitsko, R., Blumberg, S., Pastor, P., Ghandour, R., Gfroerer, J., Huang, L. (2013). Mental health surveillance among children-United States 2005-2011. *Centers for Disease Control and Prevention. Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR)-Supplement*, 62(2), 1-35. Recuperado de <http://www.cdc.gov/mmwr/pdf/other/su6202.pdf>
- Petkova, K.G., Ajzen, I., y Driver, B. L. (1995) Salience 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. doi:10.1111/j.1559-1816.1995.tb01762.x
- 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.

- Petty, R. E., y Cacioppo, J. T. (1981). *Attitudes and persuasión: Classic and contemporary approaches*. Dubuque, IA: Wm. C. Brown.
- 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 (2), 170-194. doi:10.1080/00207140008410047
- Piper, A., Pope, H. G., y Borowiecki, J. J. (2000). Custer's last stand: Brown, Schefflin' and Whitfield's latest attempt to salvage "dissociative amnesia". *The Journal of Psychiatry and Law*, 28(2), 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.
- 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 y Health*, 15(4), 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(1), 28-45. doi:10.1016/0022-1031(77)90011-7
- Rhue, J. W. (2010). Clinical hypnosis with children. En J. W. Rhue, S. J. Lynn, y I. Kirsch (Eds). *Handbook of clinical hypnosis* (2ª edición) (pp. 467-491). Washington DC, American Psychological Association Press.
- 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(1), 70-84. doi:10.1016/j.jpainsymman.2005.06.010

- Richardson, J., Smith, J. E., McCall, G., Richardson, A., Pilkington, K., y Kirsch, I. (2007). Hypnosis for nausea and vomiting in cancer chemotherapy: A systematic review of the research evidence. *European Journal of Cancer Care*, 16(5), 402-412. doi:10.1111/j.1365-2354.2006.00736.x
- Riegel, B., y Tönnies, S. (2011). Hypnosis in smoking cessation: The effectiveness of some basic principles of hypnotherapy without using formal trance. A case study. *Journal of Smoking Cessation*, 6(2), 83-84. doi:10.1375/jsc.6.2.83
- Ritz, T., Meuret, A. E., y Trueba, A. F., Fritzsche, A., y von Leupoldt, A. (2013). Psychosocial factors and behavioral medicine interventions in asthma. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 81 (2), 231-250. doi:10.1037/a0030187
- Robin, B. M. (2011). *An analysis of factors related to seeking clinical hypnosis*. (Order No. AAI3418970, *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 6449. Recuperado de: <http://www.ucm.es/BUCM/checkip.php?/docview/870551879?accountid=14514>. (870551879; 2011-99080-326)
- Roggiani, W. (2002). *Intérêt et connaissances des médecins généralistes et internistes du canton de Genève pour l'hypnose médicale* (Tesis doctoral, Universidad de Ginebra, Ginebra, Suiza).
- Rosenberg, M. J., y Hovland, C.I. (1960). Cognitive, affective, and behavioural components of attitudes. En M. J. Rosenberg, C. I. Hovland, W. J. McGuire, R. P. Abelson, y J. W. Brehm, (Eds.), *Attitude organisation and change: An analysis of consistency among attitude components* (pp.1-14). New Haven, CT: Yale University.
- 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(5), 483-488. doi:10.1007/s00405-006-0221-9

- Rutten, J. M. T. M., Reitsma, J. B., Vlieger, A. M., y Benninga, M. A. (2012). Gut-directed hypnotherapy for functional abdominal pain or irritable bowel syndrome in children: a systematic review. *Archives of Disease in Childhood*, 98(4), 252-257. doi:10.1136/archdischild-2012-302906
- Sarbin, T. R., y Coe, W. C. (1972). *Hypnosis: a social psychological analysis of influence communication*. New York: Holt, Rinehart and Winston.
- Schaefer, R., Klose, P., Moser, G., y Häuser, W. (2014). Efficacy, tolerability, and safety of hypnosis in adult irritable bowel syndrome. *Psychosomatic Medicine*, 76(5), 389-398. doi:10.1097/psy.0000000000000039
- 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* (vol. 2), 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* (vol. 15), Nueva York: Academic Press.
- Schnur, J. B., David, D., Kangas, M., Green, S., Bovbjerg, D. H., y Montgomery, G. H. (2009). Hypnosis intervention on positive and negative affect during breast cancer radiotherapy. *Journal of Clinical Psychology*, 65, 443-455. doi:10.1002/jclp.20559.
- Schoenberger, N. E. (2000). Research on hypnosis as an adjunct to cognitive-behavioral psychotherapy. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 48(2), 154-169. doi:10.1080/00207140008410046
- 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 (1), 127-140. doi:10.1016/s0005-7894(97)80038-x

- Scoboria, A., Mazzoni, G., y Kirsch, I. (2008). "Don't know" responding to answerable and unanswerable questions during misleading and hypnotic interviews. *Journal of Experimental Psychology: Applied*, 14(3), 255-265. Doi:10.1037/1076-898X.14.3.255
- 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(1), 26-32. doi:10.1037/1076-898x.8.1.26
- 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. (2001). Memory and hypnosis. General considerations. En G. Burrows, R. O. Stanley, y P. B. Bloom (Eds.), *International handbook of clinical hypnosis* (pp. 49-60). Chichester (UK): John Wiley & Sons.
- Shenefelt, P. D. (2004). Using hypnosis to facilitate resolution of psychogenic excoriations in acne excoriée. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 46(3), 239-245. doi:10.1080/00029157.2004.10403603
- Shenefelt, P. D. (2013). Anxiety reduction using hypnotic induction and self-guided imagery for relaxation during dermatologic procedures. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 61(3), 305-318. doi:10.1080/00207144.2013.784096
- 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(4), 431-442. doi:10.1080/00207140903099039
- Shor, R. E., y Orne, E. C. (1962). *Harvard Group Scale of Hypnotic Susceptibility, Form A*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists.

- 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(1), 54-63. doi:10.1067/moe.2000.106692
- Smith, M. B., Bruner, J. S., y White, R. W. (1956). *Opinions and Personality*. Nueva York: Wiley.
- Snow, A. (2014). Social work administered hypnosis for patients undergoing bone marrow procedures: A randomized controlled trial. (Order No. AAI3561640, *Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences*. Recuperada de <http://www.ucm.es/BUCM/checkip.php?/docview/1515991323?accountid=14514>. (1515991323; 2014-99051-071).
- Snow, A., Dorfman, D., Warbet, R., Cammarata, M., Eisenman, S., Zilberfein, F., ... Navada, S. (2012). A randomized trial of hypnosis for relief of pain and anxiety in adult cancer patients undergoing bone marrow procedures. *Journal of Psychosocial Oncology*, 30(3), 281-293. doi:10.1080/07347332.2012.664261
- Snyder, M. (1974). The self-monitoring of expressive behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 30(4), 526-537. doi:10.1037/h0037039
- Spanos, N. P. (1982). Hypnotic behavior: A cognitive social psychological perspective. *Research Communications in Psychology, Psychiatry and Behavior*, 7(2), 199-213.
- 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). Nueva York: Academic Press Inc.



- Spanos, N. P., Brett, P. J., Menary, E. P., y Cross, W. P. (1987). A measure of attitudes toward hypnosis: relationships with absorption and hypnotic susceptibility. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 30(2), 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(3), 594-598. doi:10.1037/h0076509
- Spanos, N. P., Robertson, L. A., Menary, E. P., y Brett, P. J. (1986). Component analysis of a cognitive skill training package for the enhancement of hypnotic susceptibility. *Journal of Abnormal Psychology*, 95(4), 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(3), 245-260. doi:10.1097/00006842-198805000-00003
- Spiegel, H., y Spiegel, D. (1987). *Trance and treatment: clinical uses of hypnosis*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Spiegel, H., y Spiegel, D. (2004). *Trance and treatment clinical uses of hypnosis (2nd Edition)*. Washington, DC: American Publishing.
- 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(1), 14-18.
- Stebly, N. M., y Bothwell, R. K. (1994). Evidence for hypnotically refreshed testimony: The view from the laboratory. *Law and Human Behavior*, 18(6), 635-651. doi:10.1007/bf01499329

- 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.
- 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(8), 685-695. doi:10.1037/h0032110
- Tefikow, S., Barth, J., Maichrowitz, S., Beelmann, A., Strauss, B., y Rosendahl, J. (2013). Efficacy of hypnosis in adults undergoing surgery or medical procedures: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Clinical Psychology Review*, 33(5), 623-636. doi:10.1016/j.cpr.2013.03.005
- Tesser, A. (1993). The importance of heritability in psychological research: The case of attitudes. *Psychological Review*, 100(1), 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(1), 31-44. doi:10.1080/00029157.2003.10403563
- Thurstone, L. L. (1928). Attitudes can be measured. *American Journal of Sociology*, 33(4), 529-554. doi:10.1086/214483
- Thurstone, L. L. (1931). The measurement of social attitudes. *The Journal of Abnormal and Social Psychology*, 26(3), 249-269. doi:10.1037/h0070363

- Tomé-Pires, C., y Miró, J. (2012). Hypnosis for the management of chronic and cancer procedure related pain in children. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 60(4), 432-457. doi:10.1080/00207144.2012.701092
- 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. *The Cochrane database of systematic reviews*, 18, CD005179. doi:10.1002/14651858.CD005179.pub2
- 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. S., Tromp, E., y Benninga, M. A. (2007). Hypnotherapy for children with functional abdominal pain or irritable bowel syndrome: A randomized controlled trial. *Gastroenterology*, 133(5), 1430-1436. doi:10.1053/j.gastro.2007.08.072
- Wechsler, M. E., Kelley, J. M., Boyd, I. O., Dutile, S., Marigowda, G., Kirsch, I., ... Kaptchuk, T. J. (2011). Active albuterol or placebo, sham acupuncture, or no intervention in asthma. *New England Journal of Medicine*, 365, 119-126. doi:10.1056/NEJMoa1103319
- Weitzenhoffer, A. M. (1980). Hypnotic susceptibility revisited. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 22, 130-146.
- Wester, W. C. (2012). Hypnotic treatment of anxiety in children. En L. Sugarman, y W. Wester (Eds.), *Therapeutic hypnosis with children and adolescents* (2ª ed., pp. 209-242). Bethel, CT: Crown House Publishing.
- Wester, W. C., y Hammond, D. C. (2011). Solving crimes with hypnosis. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 53(4), 249-263. doi:10.1080/00029157.2011.10404355

- Whitehead, W. E. (2006). Hypnosis for irritable bowel syndrome: the empirical evidence of therapeutic effects. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 54(1), 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(1), 21-26. doi:10.1080/00207140500323006
- Wickless, C., y Kirsch, I. (1989). The effects of verbal and experiential expectancy manipulations on hypnotic susceptibility. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(5), 762-768. doi:10.1037/0022-3514.57.5.762
- Willemsen, R., Haentjens, P., Roseeuw, D., y Vanderlinden, J. (2011). Hypnosis and alopecia areata: Long-term beneficial effects on psychological well-being. *Acta Dermato-Venereologica*, 91, 35-39.
- Wilson, L., Greene, E., y Loftus, E. F. (1986). Beliefs about forensic hypnosis. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 34(2), 110-121. doi:10.1080/00207148608406976
- Wood, G. J., Bughi, S., Morrison, J., Tanavoli, S., 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(3), 179-196. doi:10.1080/00029157.2003.10403525
- Xu, Y., y Cardena, E. (2007). Hypnosis as an adjunct therapy in the management of diabetes. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 56(1), 63-72. doi:10.1080/00207140701673050
- Yapko, M. (1994). Suggestibility and repressed memories of abuse: A survey of psychotherapists' beliefs. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 36(3), 163-171. doi: 10.1080/00029157.1994.10403066

- Yapko, M. (2010). Hypnosis and depression. En S. J. Lynn, J. W. Rhue, y I. Kirsch (Eds.), *Handbook of clinical hypnosis* (2ª edición) (pp. 391-413). Washington, D.C: American Psychological Association.
- Yu, C. K-c. (2004a). Beliefs and attitudes of Chinese regarding hypnosis and its applications. *Contemporary Hypnosis*, 21(3), 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(4), 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(2), 135-145. Recuperado de: [http://www.hypnosisaustralia.org.au/wp-content/uploads/journal/AJCEH\\_Vol34\\_No2\\_NOV06.pdf](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 psychologic intervention on psoriasis: A preliminary report. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 34(6), 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(2), 1-27. doi:10.1037/h0025848
- 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(1), 34-42. Recuperado de: <http://pediatrics.aappublications.org/content/88/1/34.full.pdf+html>
- Zeltzer, L. K., y LeBaron, S. M. (1982). Hypnosis and nonhypnotic techniques for reduction of pain and anxiety during painful procedures in children and adolescents with cancer. *Journal of Pediatrics*, 101(6), 1032-1035. doi: 10.1016/S0022-3476(82)80040-1

Zobeiri, M., Moghimi, A., Attaran, D., Fathi, M., y Ashari, A. A. (2009). Self-hipnosis in attenuation of asthma symptoms severy. *Journal of Applied Sciences*, 9(1), 188-192. doi:10.3923/jas.2009.188.192

## 7. TABLAS

# APÉNDICE DE TABLAS

## COMPROBACIÓN POR ITEMS

### Modelo lineal general

**Tabla 1.**

*Estadísticos descriptivos*

			Desviación	
	MUESTRA	Media	típica	N
item1	MA	4.1788	1.04046	839
	MB	4.1847	.96128	839
	Total	4.1818	1.00136	1678
item2	MA	4.9285	.98661	839
	MB	4.9702	.97109	839
	Total	4.9493	.97881	1678
item3	MA	3.8439	1.34792	839
	MB	3.8832	1.29094	839
	Total	3.8635	1.31949	1678
item4	MA	3.1657	1.57697	839
	MB	3.0810	1.57944	839
	Total	3.1234	1.57830	1678
item5	MA	2.7080	1.21224	839
	MB	2.6925	1.26955	839
	Total	2.7002	1.24088	1678
item6	MA	2.3313	1.19759	839
	MB	2.3373	1.29140	839
	Total	2.3343	1.24501	1678
item7	MA	3.4100	1.33386	839
	MB	3.3850	1.42625	839
	Total	3.3975	1.38047	1678



**Tabla 1.*****Estadísticos descriptivos (continuación)***

	<b>MUESTRA</b>	<b>Media</b>	<b>Desviación típica</b>	<b>N</b>
item8	MA	4.2086	1.11429	839
	MB	4.2610	1.14249	839
	Total	4.2348	1.12845	1678
item9	MA	2.1251	1.12885	839
	MB	2.1538	1.12742	839
	Total	2.1395	1.12789	1678
item10	MA	3.8749	1.13096	839
	MB	3.8749	1.11609	839
	Total	3.8749	1.12321	1678
item11	MA	2.9201	1.16822	839
	MB	2.9046	1.23124	839
	Total	2.9124	1.19981	1678
item12	MA	4.2753	1.07555	839
	MB	4.3123	1.06483	839
	Total	4.2938	1.07004	1678
item13	MA	4.9917	1.00413	839
	MB	5.0632	.99020	839
	Total	5.0274	.99753	1678
item14	MA	2.7759	1.23873	839
	MB	2.7414	1.23729	839
	Total	2.7586	1.23776	1678
item15	MA	2.7986	1.22472	839
	MB	2.7747	1.19487	839
	Total	2.7867	1.20959	1678

**Tabla 1.***Estadísticos descriptivos (continuación)*

	<b>MUESTRA</b>	<b>Media</b>	<b>Desviación típica</b>	<b>N</b>
item16	MA	3.1931	1.08841	839
	MB	3.3111	1.10424	839
	Total	3.2521	1.09761	1678
item17	MA	3.2169	1.05035	839
	MB	3.1800	1.06687	839
	Total	3.1985	1.05849	1678
item18	MA	3.1263	1.46584	839
	MB	3.1430	1.50767	839
	Total	3.1347	1.48648	1678
item19	MA	3.5423	1.22827	839
	MB	3.4493	1.32157	839
	Total	3.4958	1.27624	1678
item20	MA	3.3683	1.21408	839
	MB	3.2646	1.32232	839
	Total	3.3164	1.27003	1678
item21	MA	3.0620	1.11978	839
	MB	3.0083	1.12306	839
	Total	3.0352	1.12141	1678
item22	MA	3.4923	1.29147	839
	MB	3.5352	1.31845	839
	Total	3.5137	1.30482	1678
item23	MA	3.8987	1.01562	839
	MB	3.9392	1.02120	839
	Total	3.9190	1.01831	1678

**Tabla1.*****Estadísticos descriptivos (continuación)***

	<b>MUESTRA</b>	<b>Media</b>	<b>Desviación típica</b>	<b>N</b>
item24	MA	3.5828	1.21741	839
	MB	3.7020	1.26241	839
	Total	3.6424	1.24118	1678
item25	MA	3.0715	1.15902	839
	MB	2.9905	1.13310	839
	Total	3.0310	1.14651	1678
item26	MA	3.6174	1.71620	839
	MB	3.7461	1.64401	839
	Total	3.6818	1.68122	1678
item27	MA	3.7771	1.58050	839
	MB	3.9190	1.53499	839
	Total	3.8480	1.55906	1678
item28	MA	2.7402	1.43572	839
	MB	2.8951	1.44045	839
	Total	2.8176	1.43975	1678
item29	MA	2.7390	1.11179	839
	MB	2.7831	1.13762	839
	Total	2.7610	1.12466	1678
item30	MA	3.2706	1.23570	839
	MB	3.2610	1.27760	839
	Total	3.2658	1.25646	1678
item31	MA	3.5340	1.25543	839
	MB	3.5578	1.27063	839
	Total	3.5459	1.26273	1678

**Tabla 1.*****Estadísticos descriptivos (continuación)***

	<b>MUESTRA</b>	<b>Media</b>	<b>Desviación típica</b>	<b>N</b>
item32	MA	3.6663	1.25437	839
	MB	3.7235	1.28598	839
	Total	3.6949	1.27022	1678
item33	MA	4.0906	1.06871	839
	MB	4.1704	1.05947	839
	Total	4.1305	1.06453	1678
item34	MA	3.1418	1.19372	839
	MB	3.2312	1.21503	839
	Total	3.1865	1.20489	1678
item35	MA	2.8892	1.28638	839
	MB	2.8010	1.25874	839
	Total	2.8451	1.27302	1678
item36	MA	3.0679	1.13374	839
	MB	3.0179	1.10257	839
	Total	3.0429	1.11821	1678
item37	MA	4.0656	1.18835	839
	MB	4.1251	1.14355	839
	Total	4.0954	1.16620	1678

**Tabla 2*****Prueba de Box<sup>a</sup>***

M de Box	963.660
F	1.340
gl1	703
gl2	8472970.783
Sig.	.000

a. Diseño: Intersección + MUESTRA

**Tabla 3*****Contrastes multivariados<sup>b</sup>***

	Efecto	Valor	F	Gl de la hipótesis	Gl del error	Sig.	Eta al cuadrado parcial
<b>Intersección</b>	Traza de Pillai	.993	5991.494 <sup>a</sup>	37.000	1640.000	.000	.993
	Lambda de Wilks	.007	5991.494 <sup>a</sup>	37.000	1640.000	.000	.993
	Traza de Hotelling	135.174	5991.494 <sup>a</sup>	37.000	1640.000	.000	.993
	Raíz mayor de Roy	135.174	5991.494 <sup>a</sup>	37.000	1640.000	.000	.993
<b>MUESTRA</b>	Traza de Pillai	.025	1.157 <sup>a</sup>	37.000	1640.000	.239	.025
	Lambda de Wilks	.975	1.157 <sup>a</sup>	37.000	1640.000	.239	.025
	Traza de Hotelling	.026	1.157 <sup>a</sup>	37,000	1640.000	.239	.025
	Raíz mayor de Roy	.026	1.157 <sup>a</sup>	37.000	1640.000	.239	.025

a. Estadístico exacto

b. Diseño: Intersección + MUESTRA

**Tabla 4**

*Contraste de Levene sobre la igualdad de las varianzas  
error<sup>a</sup>*

	<b>F</b>	<b>gl1</b>	<b>gl2</b>	<b>Sig.</b>
item1	3.252	1	1676	.072
item2	3.172	1	1676	.075
item3	1.981	1	1676	.159
item4	.000	1	1676	.988
item5	2.439	1	1676	.119
item6	4.488	1	1676	.034
item7	4.661	1	1676	.031
item8	1.461	1	1676	.227
item9	.136	1	1676	.712
item10	.062	1	1676	.803
item11	3.443	1	1676	.064
item12	.002	1	1676	.964
item13	.082	1	1676	.774
item14	.008	1	1676	.928
item15	.162	1	1676	.687
item16	.773	1	1676	.379
item17	.000	1	1676	.995
item18	.301	1	1676	.583
item19	5.471	1	1676	.019
item20	4.419	1	1676	.036
item21	.018	1	1676	.893
item22	.410	1	1676	.522
item23	.229	1	1676	.633
item24	.733	1	1676	.392
item25	1.633	1	1676	.201
item26	4.449	1	1676	.035
item27	2.629	1	1676	.105

**Tabla 4.**

*Contraste de Levene sobre la igualdad de las varianzas  
error<sup>a</sup> (continuación)*

item28	1.483	1	1676	.224
item29	.019	1	1676	.891
item30	.374	1	1676	.541
item31	.117	1	1676	.733
item32	.152	1	1676	.697
item33	.918	1	1676	.338
item34	1.309	1	1676	.253
item35	.273	1	1676	.601
item36	1.583	1	1676	.209
item37	.619	1	1676	.432

a. Diseño: Intersección + MUESTRA

**Tabla 5**

*Pruebas de los efectos inter-sujetos*

Origen	Variable dependiente	Suma de cuadrados tipo		Media cuadrática	F	Sig.	Eta al cuadrado parcial
		III	gl				
MUESTRA	item1	.015	1	.015	.015	.903	.000
	item2	.730	1	.730	.762	.383	.000
	item3	.649	1	.649	.373	.542	.000
	item4	3.004	1	3.004	1.206	.272	.001
	item5	.101	1	.101	.065	.798	.000
	item6	.015	1	.015	.010	.922	.000
	item7	.263	1	.263	.138	.710	.000
	item8	1.154	1	1.154	.906	.341	.001
	item9	.343	1	.343	.270	.604	.000
	item10	.000	1	.000	.000	1.000	.000
	item11	.101	1	.101	.070	.791	.000
	item12	.573	1	.573	.500	.480	.000

**Tabla 5**  
**Pruebas de los efectos inter-sujetos (continuación)**

Origen	Variable dependiente	Suma de cuadrados tipo		Media		F	Sig.	Eta al cuadrado parcial
		III	gl	cuadrática				
MUESTRA	item13	2.145	1	2.145	2.158	.142	.001	
	item14	.501	1	.501	.327	.568	.000	
	item15	.238	1	.238	.163	.687	.000	
	item16	5.841	1	5.841	4.859	.028	.003	
	item17	.573	1	.573	.511	.475	.000	
	item18	.117	1	.117	.053	.818	.000	
	item19	3.626	1	3.626	2.228	.136	.001	
	item20	4.511	1	4.511	2.800	.094	.002	
	item21	1.207	1	1.207	.960	.327	.001	
	item22	.772	1	.772	.453	.501	.000	
	item23	.689	1	.689	.664	.415	.000	
	item24	5.959	1	5.959	3.875	.049	.002	
	item25	2.756	1	2.756	2.098	.148	.001	
	item26	6.951	1	6.951	2.461	.117	.001	
	item27	8.439	1	8.439	3.477	.062	.002	
	item28	10.072	1	10.072	4.870	.027	.003	
	item29	.816	1	.816	.645	.422	.000	
	item30	.038	1	.038	.024	.877	.000	
	item31	.238	1	.238	.149	.699	.000	
	item32	1.373	1	1.373	.851	.356	.001	
item33	2.675	1	2.675	2.363	.124	.001		
item34	3.352	1	3.352	2.311	.129	.001		
item35	3.263	1	3.263	2.015	.156	.001		
item36	1.051	1	1.051	.841	.359	.001		
item37	1.490	1	1.490	1.096	.295	.001		



**SIGNIFICACIONES DE DIFERENCIAS PUNTUALES Y  
GLOBALMENTE NO RELEVANTES PARA LA EQUIVALENCIA  
DE LAS MUESTRAS**

**Tabla 6**

*Medias marginales estimadas*

Variable dependiente	MUESTRA	Media	Error típ.	Intervalo de confianza 95%	
				Límite inferior	Límite superior
item1	MA	4.179	.035	4.111	4.247
	MB	4.185	.035	4.117	4.253
item2	MA	4.928	.034	4.862	4.995
	MB	4.970	.034	4.904	5.036
item3	MA	3.844	.046	3.754	3.933
	MB	3.883	.046	3.794	3.973
item4	MA	3.166	.054	3.059	3.273
	MB	3.081	.054	2.974	3.188
item5	MA	2.708	.043	2.624	2.792
	MB	2.692	.043	2.608	2.777
item6	MA	2.331	.043	2.247	2.416
	MB	2.337	.043	2.253	2.422
item7	MA	3.410	.048	3.317	3.504
	MB	3.385	.048	3.291	3.478
item8	MA	4.209	.039	4.132	4.285
	MB	4.261	.039	4.185	4.337
item9	MA	2.125	.039	2.049	2.202
	MB	2.154	.039	2.077	2.230
item10	MA	3.875	.039	3.799	3.951
	MB	3.875	.039	3.799	3.951

**Tabla 6***Medias marginales estimadas (continuación)*

Variable dependiente	MUESTRA	Media	Error típ.	Intervalo de confianza 95%	
				Límite inferior	Límite superior
item11	MA	2.920	.041	2.839	3.001
	MB	2.905	.041	2.823	2.986
item12	MA	4.275	.037	4.203	4.348
	MB	4.312	.037	4.240	4.385
item13	MA	4.992	.034	4.924	5.059
	MB	5.063	.034	4.996	5.131
item14	MA	2.776	.043	2.692	2.860
	MB	2.741	.043	2.658	2.825
item15	MA	2.799	.042	2.717	2.880
	MB	2.775	.042	2.693	2.857
item16	MA	3.193	.038	3.119	3.267
	MB	3.311	.038	3.237	3.385
item17	MA	3.217	.037	3.145	3.289
	MB	3.180	.037	3.108	3.252
item18	MA	3.126	.051	3.026	3.227
	MB	3.143	.051	3.042	3.244
item19	MA	3.542	.044	3.456	3.629
	MB	3.449	.044	3.363	3.536
item20	MA	3.368	.044	3.282	3.454
	MB	3.265	.044	3.179	3.351
item21	MA	3.062	.039	2.986	3.138
	MB	3.008	.039	2.932	3.084
item22	MA	3.492	.045	3.404	3.581
	MB	3.535	.045	3.447	3.624

**Tabla 6***Medias marginales estimadas (continuación)*

Variable dependiente	MUESTRA	Media	Error típ.	Intervalo de confianza 95%	
				Límite inferior	Límite superior
item23	MA	3.899	.035	3.830	3.968
	MB	3.939	.035	3.870	4.008
item24	MA	3.583	.043	3.499	3.667
	MB	3.702	.043	3.618	3.786
item25	MA	3.072	.040	2.994	3.149
	MB	2.990	.040	2.913	3.068
item26	MA	3.617	.058	3.504	3.731
	MB	3.746	.058	3.632	3.860
item27	MA	3.777	.054	3.672	3.883
	MB	3.919	.054	3.813	4.024
item28	MA	2.740	.050	2.643	2.838
	MB	2.895	.050	2.798	2.992
item29	MA	2.739	.039	2.663	2.815
	MB	2.783	.039	2.707	2.859
item30	MA	3.271	.043	3.185	3.356
	MB	3.261	.043	3.176	3.346
item31	MA	3.534	.044	3.448	3.619
	MB	3.558	.044	3.472	3.643
item32	MA	3.666	.044	3.580	3.752
	MB	3.723	.044	3.637	3.809
item33	MA	4.091	.037	4.019	4.163
	MB	4.170	.037	4.098	4.242
item34	MA	3.142	.042	3.060	3.223
	MB	3.231	.042	3.150	3.313

**Tabla 6***Medias marginales estimadas (continuación)*

Variable dependiente	MUESTRA	Media	Error típ.	Intervalo de confianza 95%	
				Límite inferior	Límite superior
item35	MA	2.889	.044	2.803	2.975
	MB	2.801	.044	2.715	2.887
Ítem 36	MB	2.801	.044	2.715	2.887
	MB	3.018	.039	2.942	3.094
item37	MA	4.066	.040	3.987	4.145
	MB	4.125	.040	4.046	4.204

# COMPROBACIÓN POR DIMENSIONES

## Modelo lineal general

**Tabla 7**

*Estadísticos descriptivos*

	MUESTRA	Desviación		
		Media	típica	N
MIEDO	MA	3.4033	.90610	839
	MB	3.3353	.97312	839
	Total	3.3693	.94054	1678
MEMORIA	MA	3.6810	.79989	839
	MB	3.7192	.83033	839
	Total	3.7001	.81523	1678
AYUDA	MA	3.7499	.74840	839
	MB	3.7713	.74088	839
	Total	3.7606	.74451	1678
CONTROL	MA	3.1331	.81753	839
	MB	3.1136	.79798	839
	Total	3.1234	.80763	1678
COLABORACIÓN	MA	4.7096	.78858	839
	MB	4.7648	.77964	839
	Total	4.7372	.78438	1678
INTERÉS	MA	3.3782	1.42000	839
	MB	3.5201	1.39175	839
	Total	3.4491	1.40732	1678
MÁGICO	MA	2.3882	.84783	839
	MB	2.3945	.92461	839
	Total	2.3913	.88679	1678
MARGINAL	MA	3.0330	.84685	839
	MB	3.0167	.84788	839
	Total	3.0248	.84715	1678

**Tabla 8*****Prueba de Box<sup>a</sup>***

M de Box	49.901
F	1.379
gl1	36
gl2	9451793.526
Sig.	.065

a. Diseño: Intersección +  
MUESTRA

**Tabla 9*****Contrastes multivariados<sup>b</sup>***

Efecto		Valor	F	Gl de la hipótesis	Gl del error	Sig.	Eta al cuadrado parcial
Intersección	Traza de Pillai	.992	27219.262 <sup>a</sup>	8.000	1669.000	.000	.992
	Lambda de Wilks	.008	27219.262 <sup>a</sup>	8.000	1669.000	.000	.992
	Traza de Hotelling	130.470	27219.262 <sup>a</sup>	8.000	1669.000	.000	.992
	Raíz mayor de Roy	130.470	27219.262 <sup>a</sup>	8.000	1669.000	.000	.992
MUESTRA	Traza de Pillai	.006	1.204 <sup>a</sup>	8.000	1669.000	.293	.006
	Lambda de Wilks	.994	1.204 <sup>a</sup>	8.000	1669.000	.293	.006
	Traza de Hotelling	.006	1.204 <sup>a</sup>	8.000	1669.000	.293	.006
	Raíz mayor de Roy	.006	1.204 <sup>a</sup>	8.000	1669.000	.293	.006

a. a. Estadístico exacto

**Tabla10**

*Contraste de Levene sobre la igualdad de las varianzas error<sup>a</sup>*

	<b>F</b>	<b>gl1</b>	<b>gl2</b>	<b>Sig.</b>
<b>MIEDO</b>	2.192	1	1676	.139
<b>MEMORIA</b>	.434	1	1676	.510
<b>AYUDA</b>	.495	1	1676	.482
<b>CONTROL</b>	.005	1	1676	.944
<b>COLABOR</b>	.057	1	1676	.812
<b>INTERÉS</b>	.528	1	1676	.468
<b>MÁGICO</b>	7.232	1	1676	.007
<b>MARGINAL</b>	.142	1	1676	.707

a. Diseño: Intersección + MUESTRA

**Tabla 11**

*Pruebas de los efectos inter-sujetos*

<b>Origen</b>	<b>Variable dependiente</b>	<b>Suma de cuadrados tipo</b>		<b>Media</b>		<b>F</b>	<b>Sig.</b>	<b>Eta al cuadrado parcial</b>
		<b>III</b>	<b>gl</b>	<b>cuadrática</b>	<b>F</b>			
MUESTRA	MIEDO	1.936	1	1.936	2.190	.139	.001	
	MEMORIA	.610	1	.610	.918	.338	.001	
	AYUDA	.193	1	.193	.348	.555	.000	
	CONTROL	.159	1	.159	.244	.622	.000	
	COLABOR	1.279	1	1.279	2.081	.149	.001	
	INTERÉS	8.439	1	8.439	4.269	.039	.003	
	MÁGICO	.017	1	.017	.022	.883	.000	
	MARGINAL	.111	1	.111	.155	.694	.000	

**Tabla 12***Medias marginales estimadas*

<b>MUESTRA</b>					
<b>Variable dependiente</b>	<b>MUESTRA</b>	<b>Media</b>	<b>Error típ.</b>	<b>Intervalo de confianza 95%</b>	
				<b>Límite inferior</b>	<b>Límite superior</b>
MIEDO	MA	3.403	.032	3.340	3.467
	MB	3.335	.032	3.272	3.399
MEMORIA	MA	3.681	.028	3.626	3.736
	MB	3.719	.028	3.664	3.774
AYUDA	MA	3.750	.026	3.699	3.800
	MB	3.771	.026	3.721	3.822
CONTROL	MA	3.133	.028	3.078	3.188
	MB	3.114	.028	3.059	3.168
COLABOR.	MA	4.710	.027	4.656	4.763
	MB	4.765	.027	4.712	4.818
INTERÉS	MA	3.378	.049	3.283	3.473
	MB	3.520	.049	3.425	3.615
MÁGICO	MA	2.388	.031	2.328	2.448
	MB	2.395	.031	2.334	2.455
MARGINAL	MA	3.033	.029	2.976	3.090
	MB	3.017	.029	2.959	3.074



# VERIFICACIÓN DE DIFERENCIAS EN LAS PRINCIPALES VARIABLES PERSONALES Y CONTEXTUALES ENTRE AMBAS MUESTRAS

## Tablas de contingencia

**Tabla 13**

*Resumen del procesamiento de los casos*

	Casos					
	Válidos		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
<b>sexo * MUESTRA</b>	1676	99.9%	2	1%	1678	100.0%

**Tabla 14**

*de contingencia sexo \* MUESTRA*

			MUESTRA		
			MA	MB	Total
sexo	hombre	Recuento	153	156	309
		% dentro de sexo	49.5%	50.5%	100.0%
		% dentro de MUESTRA	18.3%	18.6%	18.4%
		% del total	9.1%	9.3%	18.4%
mujer		Recuento	685	682	1367
		% dentro de sexo	50.1%	49.9%	100.0%
		% dentro de MUESTRA	81.7%	81.4%	81.6%
		% del total	40.9%	40.7%	81.6%
Total		Recuento	838	838	1676
		% dentro de sexo	50.0%	50.0%	100.0%
		% dentro de MUESTRA	100.0%	100.0%	100.0%
		% del total	50.0%	50.0%	100.0%

**Tabla 15****Pruebas de Ji-cuadrado**

	<b>Valor gl</b>		<b>Sig.</b>	<b>Sig. exacta</b>	<b>Sig. exacta</b>
			<b>asintótica</b>	<b>(bilateral)</b>	<b>(unilateral)</b>
Ji-cuadrado de Pearson	.036 <sup>a</sup>	1	.850		
Corrección por continuidad <sup>b</sup>	.016	1	.900		
Razón de verosimilitudes	.036	1	.850		
Estadístico exacto de Fisher				.900	.450
Asociación lineal por lineal	.036	1	.850		
N de casos válidos	1676				

a. 0 casillas (0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 154.50.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

**Tabla 16****Medidas simétricas**

		<b>Valor</b>	<b>Sig.</b>
			<b>aproximada</b>
<b>Nominal por nominal</b>	<b>Phi</b>	-.005	.850
	<b>V de Cramer</b>	.005	.850
	<b>N de casos válidos</b>	1676	

**Tabla 17****Resumen del procesamiento de los casos**

	<b>Válidos</b>		<b>Perdidos</b>		<b>Total</b>	
	<b>N</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>N</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>N</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>curso *</b>	1664	99.2%	14	.8%	1678	100.0%
<b>MUESTRA</b>						

**Tabla 18**

*Tabla de contingencia curso \* MUESTRA*

		<b>MUESTRA</b>		
		<b>MA</b>	<b>MB</b>	<b>Total</b>
<b>Master psicología clínica</b>	Recuento	77	65	142
	% dentro de curso	54.2%	45.8%	100.0%
	% dentro de MUESTRA	9.3%	7.8%	8.5%
	% del total	4.6%	3.9%	8.5%
<b>Curso 1°</b>	Recuento	276	291	567
	% dentro de curso	48.7%	51.3%	100.0%
	% dentro de MUESTRA	33.4%	34.8%	34.1%
	% del total	16.6%	17.5%	34.1%
<b>Curso 2°</b>	Recuento	287	211	498
	% dentro de curso	57.6%	42.4%	100.0%
	% dentro de MUESTRA	34.7%	25.2%	29.9%
	% del total	17.2%	12.7%	29.9%
<b>Curso 3°</b>	Recuento	102	161	263
	% dentro de curso	38.8%	61.2%	100.0%
	% dentro de MUESTRA	12.3%	19.2%	15.8%
	% del total	6.1%	9.7%	15.8%
<b>Curso 4°</b>	Recuento	69	97	166
	% dentro de curso	41.6%	58.4%	100.0%
	% dentro de MUESTRA	8.3%	11.6%	10.0%
	% del total	4.1%	5.8%	10.0%
<b>Curso 5°</b>	Recuento	16	12	28
	% dentro de curso	57.1%	42.9%	100.0%
	% dentro de MUESTRA	1.9%	1.4%	1.7%
	% del total	1.0%	.7%	1.7%
<b>Total</b>	Recuento	827	837	1664
	% dentro de curso	49.7%	50.3%	100.0%
	% dentro de MUESTRA	100.0%	100.0%	100.0%

**Tabla 19**  
*Pruebas de Ji-cuadrado*

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Ji-cuadrado de Pearson	31.480 <sup>a</sup>	5	.000
Razón de verosimilitudes	31.664	5	.000
Asociación lineal por lineal	5.561	1	.018
N de casos válidos	1664		

a. 0 casillas (0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 13.92.

**Tabla 20**  
*Medidas simétricas*

		Valor	Sig. aproximada
<b>Nominal por</b>	Phi	.138	.000
<b>nominal</b>	V de Cramer	.138	.000
	N de casos válidos	1664	

**Tabla 21**  
*Resumen del procesamiento de los casos*

	Válidos		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
Grupo de Hipnosis en el pretest * MUESTRA	1677	99.9%	1	.1%	1678	100.0%

**Tabla 22**

*Tabla de contingencia Grupo de Hipnosis en el pretest \* MUESTRA*

		<b>MUESTRA</b>			
			<b>MA</b>	<b>MB</b>	<b>Total</b>
Grupo de Hipnosis en el pretest	NO	Recuento	824	817	1641
		% dentro de Grupo de Hipnosis en el pretest	50.2%	49.8%	100.0%
		% dentro de MUESTRA	98.2%	97.5%	97.9%
		% del total	49.1%	48.7%	97.9%
<b>PSICÓLOGO</b>		Recuento	13	19	32
		% dentro de Grupo de Hipnosis en el pretest	40.6%	59.4%	100.0%
		% dentro de MUESTRA	1.5%	2.3%	1.9%
		% del total	.8%	1.1%	1.9%
<b>MÉDICO</b>		Recuento	2	2	4
		% dentro de Grupo de Hipnosis en el pretest	50.0%	50.0%	100.0%
		% dentro de MUESTRA	.2%	.2%	.2%
		% del total	.1%	.1%	.2%
<b>Total</b>		Recuento	839	838	1677
		% dentro de Grupo de Hipnosis en el pretest	50.0%	50.0%	100.0%
		% dentro de MUESTRA	100.0%	100.0%	100.0%
		% del total	50.0%	50.0%	100.0%

**Tabla 23**  
*Pruebas de Ji-cuadrado*

	<b>Valor</b>	<b>gl</b>	<b>Sig. asintótica (bilateral)</b>
Ji-cuadrado de Pearson	1.154 <sup>a</sup>	2	.562
Razón de verosimilitudes	1.161	2	.560
Asociación lineal por lineal	.771	1	.380
N de casos válidos	1677		

a. 2 casillas (33.3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 2.00.

**Tabla 24**  
*Medidas simétricas*

		<b>Valor</b>	<b>Sig. aproximada</b>
<b>Nominal por nominal</b>	<b>Phi</b>	.026	.562
	<b>V de Cramer</b>	.026	.562
	<b>N de casos válidos</b>	1677	

**Tabla 25**  
*Resumen del procesamiento de los casos*

	<b>Válidos</b>		<b>Perdidos</b>		<b>Total</b>	
	<b>N</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>N</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>N</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>GINF *</b>	1678	100.0%	0	.0%	1678	100.0%
<b>MUESTRA</b>						

**Tabla 26**

*De contingencia GINF \* MUESTRA*

			<b>MUESTRA</b>		
			<b>MA</b>	<b>MB</b>	<b>Total</b>
GINF	NO	Recuento	497	457	954
		% dentro de GINF	52.1%	47.9%	100.0%
		% dentro de MUESTRA	59.2%	54.5%	56.9%
		% del total	29.6%	27.2%	56.9%
SOLO UNIV		Recuento	109	133	242
		% dentro de GINF	45.0%	55.0%	100.0%
		% dentro de MUESTRA	13.0%	15.9%	14.4%
		% del total	6.5%	7.9%	14.4%
UNIV Y OTROS		Recuento	95	125	220
		% dentro de GINF	43.2%	56.8%	100.0%
		% dentro de MUESTRA	11.3%	14.9%	13.1%
		% del total	5.7%	7.4%	13.1%
OTROS (NO UNIV)		Recuento	138	124	262
		% dentro de GINF	52.7%	47.3%	100,0%
		% dentro de MUESTRA	16.4%	14.8%	15.6%
		% del total	8.2%	7.4%	15.6%
Total		Recuento	839	839	1678
		% dentro de GINF	50.0%	50.0%	100.0%
		% dentro de MUESTRA	100.0%	100.0%	100.0%
		% del total	50.0%	50.0%	100.0%

**Tabla 27*****Pruebas de Ji-cuadrado***

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Ji-cuadrado de Pearson	8.896 <sup>a</sup>	3	.031
Razón de verosimilitudes	8.914	3	.030
Asociación lineal por lineal	.803	1	.370
N de casos válidos	1678		

a. 0 casillas (0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 110.00.

**Tabla 28*****Medidas simétricas***

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	.073	.031
	V de Cramer	.073	.031
N de casos válidos		1678	

**Tabla 29*****Resumen del procesamiento de los casos***

	Válidos		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
titulacrec *	1673	99.7%	5	.3%	1678	100.0%
MUESTRA						



**Tabla 30****Tabla de contingencia titulacrec \* MUESTRA**

		MUESTRA			
		MA	MB	Total	
titulacrec	PSICOLOGIA	Recuento	587	644	1231
		% dentro de titulacrec	47.7%	52.3%	100.0%
		% dentro de MUESTRA	70.3%	76.8%	73.6%
		% del total	35.1%	38.5%	73.6%
	OTROS	Recuento	248	194	442
		% dentro de titulacrec	56.1%	43.9%	100.0%
		% dentro de MUESTRA	29.7%	23.2%	26.4%
		% del total	14.8%	11.6%	26.4%
Total		Recuento	835	838	1673
		% dentro de titulacrec	49.9%	50.1%	100.0%
		% dentro de MUESTRA	100.0%	100.0%	100.0%
		% del total	49.9%	50.1%	100.0%

**Tabla 31****Pruebas de Ji-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Ji-cuadrado de Pearson	9.231 <sup>a</sup>	1	.002		
Corrección por continuidad <sup>b</sup>	8.897	1	.003		
Razón de verosimilitudes	9.249	1	.002		
Estadístico exacto de Fisher				.003	.001
Asociación lineal por lineal	9.226	1	.002		
N de casos válidos	1673				

a. 0 casillas (0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 220.60.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

**Tabla 32**  
*Medidas simétricas*

		Valor	Sig. aproximada
<b>Nominal por nominal</b>	Phi	-.074	.002
	V de Cramer	.074	.002
N de casos válidos		1673	

## CATPCA: Análisis de componentes principales para datos categóricos

**Tabla 33**  
*Resumen del procesamiento de los casos*

Casos activos válidos	1661
Casos activos con valores perdidos	17
Casos suplementarios	0
Total	1678
Casos usados en el análisis	1678

**Tabla 34**  
*Historial de iteraciones*

Número de iteraciones	Varianza explicada		Pérdida		
	Total	Incremento	Total	Coordenadas de centroide	Restricción del centroide a las coordenadas del vector
0 <sup>a</sup>	4.048087	.000007	11.951913	11.819497	.132417
16 <sup>b</sup>	4.210779	.000009	11.789221	11.634948	.154273

a. La iteración 0 muestra los estadísticos de la solución con todas las variables, excepto las variables con un nivel de escalamiento óptimo nominal múltiple, consideradas como numéricas.

b. Se ha detenido el proceso de iteración debido a que se ha alcanzado el valor de la prueba para la convergencia.

**Tabla 35*****Resumen del modelo***

<b>Dimensión</b>	<b>Varianza explicada</b>	
	<b>Alfa de Cronbach</b>	<b>Total (Autovalores)</b>
<b>1</b>	.667	2.403
<b>2</b>	.511	1.808
<b>Total</b>	.871 <sup>a</sup>	4.211

a. El Alfa de Cronbach Total está basado en los autovalores totales.

**Tabla 36****Correlaciones de las Variables transformadas**

	MIEDO	MEMORIA	AYUDA	CONTROL	COLAB.	INTERES	MAGICO	MARGINAL	MUESTRA	sexo	curso
MIEDO	1.000	.289	-.191	-.543	-.093	-.283	.317	.338	.045	.127	.233
MEMORIA	.289	1.000	.264	-.311	.082	.150	.371	.218	-.014	.098	.232
AYUDA	-.191	.264	1.000	.170	.320	.456	.133	-.198	-.020	-.006	-.057
CONTROL	-.543	-.311	.170	1.000	.145	.138	-.265	-.214	.019	-.074	-.252
COLABOR	-.093	.082	.320	.145	1.000	.182	-.167	-.165	-.033	.072	-.123
INTERES	-.283	.150	.456	.138	.182	1.000	.041	-.168	-.042	-.016	-.040
MAGICO	.317	.371	.133	-.265	-.167	.041	1.000	.254	.029	.084	.246
MARGINAL	.338	.218	-.198	-.214	-.165	-.168	.254	1.000	.004	.006	.207
MUESTRA <sup>a,b</sup>	.045	-.014	-.020	.019	-.033	-.042	.029	.004	1.000	.005	.083
sexo <sup>a,b,c</sup>	.127	.098	-.006	-.074	.072	-.016	.084	.006	.005	1.000	-.017
curso <sup>a,b,c</sup>	.233	.232	-.057	-.252	-.123	-.040	.246	.207	.083	-.017	1.000
Grupo de Hipnosis											
en el pretest <sup>a,b,c</sup>	.186	.091	-.129	-.272	-.072	-.120	.060	.161	.026	.008	.138
GINF <sup>a,b</sup>	.306	.185	-.178	-.281	-.160	-.124	.204	.177	.061	.007	.340
Titulacrec <sup>a,b,c</sup>	.108	.051	-.099	-.114	-.170	-.147	.124	.103	.073	-.023	.213
Dimensión	1	2	3	4	5	6	7	8			
Autovalores <sup>d</sup>	2.403	1.808	.963	.795	.647	.540	.450	.394			

a. Se han utilizado las cuantificaciones de la dimensión aplicable.

b. Variable suplementaria.

c. Se han imputado los valores perdidos con la moda de la variable cuantificada.

d. Los autovalores de la matriz de correlaciones excluyendo las variables suplementarias.

**Tabla 37*****Correlaciones de las Variables transformadas***

	<b>Grupo de Hipnosis</b>		
	<b>en el pretest</b>	<b>GINF</b>	<b>titulacrec</b>
<b>MIEDO</b>	.186	.306	.108
<b>MEMORIA</b>	.091	.185	.051
<b>AYUDA</b>	-.129	-.178	-.099
<b>CONTROL</b>	-.272	-.281	-.114
<b>COLABOR</b>	-.072	-.160	-.170
<b>INTERES</b>	-.120	-.124	-.147
<b>MAGICO</b>	.060	.204	.124
<b>MARGINAL</b>	.161	.177	.103
<b>MUESTRA<sup>a,,b</sup></b>	.026	.061	.073
<b>sexo<sup>a,,b,,c</sup></b>	.008	.007	-.023
<b>curso<sup>a,,b,,c</sup></b>	.138	.340	.213
<b>Grupo de Hipnosis en</b>			
<b>el pretest<sup>a,,b,,c</sup></b>	1.000	.174	.063
<b>GINF<sup>a,,b</sup></b>	.174	1.000	.184
<b>titulacrec<sup>a,,b,,c</sup></b>	.063	.184	1.000

a. Se han utilizado las cuantificaciones de la dimensión aplicable.

b. Variable suplementaria.

c. Se han imputado los valores perdidos con la moda de la variable cuantificada.

## **8. ANEXO**

**E.V.A.C.H.-C.**

Dr. Antonio Capafons, Dr. Jesús M. Suárez-Rodríguez y M<sup>a</sup> Luisa Selma

Universitat de València (España)

**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. 9. Indique la titulación que está cursando .....

2. 10. Indique el curso .....

3. 11. Indique la Universidad donde cursa sus estudios .....

4. 12. 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
2. 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 autómata 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**