

## La hipnosis en la inducción de los trastornos disociativos

Adolfo J. Cangas  
Universidad de Almería

*En el presente trabajo se analiza la influencia que la hipnosis puede ejercer en la configuración de los trastornos disociativos. En concreto, se exponen los principales argumentos esgrimidos por el autor que defiende la existencia de un estado alterado de conciencia o trance en la hipnosis y los que, en contraposición, consideran que son las variables de la situación hipnótica las responsables de este comportamiento. Estos argumentos se ponen en relación con las explicaciones dadas para los trastornos disociativos sugiriéndose, finalmente, el carácter iatrogénico de los mismos.*

Palabras clave: *trastornos disociativos, hipnosis, iatrogenesis*

*The text analyzes the possible influence of hypnosis on the configuration of dissociative disorders. Specifically, it discusses the controversy between authors who defend the existence of an altered state of consciousness or trance in hypnosis and those who criticise this standpoint and hold that the variables of the hypnotic situation are responsible for the hypnotic behavior. These arguments are related to explanations of dissociative disorders, and finally these disorders are suggested to be iatrogenic.*

Key words: *Dissociative Disorders, Hypnosis, Iatrogenesis.*

Una de las alteraciones que mayores oscilaciones ha sufrido a lo largo de la historia probablemente sea la de los trastornos disociativos. De hecho, éstos pasaron de ser habituales a finales del siglo XIX y principios del XX, a prácticamente desaparecer posteriormente hasta estas últimas décadas, donde de nuevo recobran gran interés (Spiegel y Cardeña, 1991).

Según la cuarta edición del *Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales* (DSM-IV), la característica esencial de los trastornos disociativos consiste «en una alteración de las funciones integradoras de la conciencia, la identidad, la memoria y la percepción del entorno» y abarcaría los trastornos denominados «amnesia disociativa», «fuga disociativa», «trastorno de identidad disociativo», «trastorno de despersonalización» y «trastorno disociativo no especificado» (APA, 1994).

Sin embargo, probablemente sea el Trastorno Disociativo de Identidad (DID), antiguamente denominado Trastorno de Personalidad Múltiple, el que más auge ha experimentando últimamente, sobre todo en EEUU (Aldridge-Morris, 1989), llegando a estimarse que puede representar el 5% de los pacientes que ingresan en unidades psiquiátricas (Ross, Anderson, Fleisher y Norton, 1991). Además, esta alteración llama sobremanera la atención por su sintomatología y ha generado gran polémica en relación a cuáles pueden ser sus causas o su origen (Horevitz, 1994).

Las razones del resurgir actual de estas alteraciones son complejas pero, sin duda, tienen mucho que ver con el renovado interés como entidad diagnóstica de alteraciones como el «Trastorno de Estrés Postraumático» o el propio «Trastorno Disociativo de Identidad» (Spiegel y Cardeña, 1991).

Asimismo, es de destacar el auge de los estudios que analizan la influencia que provocan los abusos físicos y sexuales en jóvenes. En este sentido, se suelen mencionar estos traumas como causa directa de los trastornos disociativos, especialmente en los casos del Trastorno Disociativo de Identidad (Coons, Bowman y Milstein, 1988; Putman, 1989)

Del mismo modo, el surgimiento de nuevos conceptos en el cognitivismo, como «procesamiento preconsciente de la información», «procesamiento en paralelo», encajan bien con las teorías de la disociación y son adoptados en este campo por varios autores contemporáneos (p.e. Hilgard, 1986; Kihlstrom, 1984; Spiegel, 1990).

Finalmente, hay que añadir el auge que ha experimentado la hipnosis en estos últimos años. Este es un fenómeno al que se ha recurrido tradicionalmente para mostrar o reproducir experimentalmente síntomas habituales en estos trastornos, como son la amnesia, anestesia, alucinaciones, etc., esgrimiéndose, de hecho, como una prueba *tangible* de la existencia o entidad de dichos trastornos (Putman, 1989). Incluso este paralelismo fenomenológico ha llevado a ciertos autores a considerar que los trastornos disociativos –y más concretamente el «trastorno disociativo de identidad»– podrían explicarse como un proceso de autohipnosis (Bliss, 1986).

También, se suele indicar como un factor para padecer este tipo de trastornos el ser altamente sugestionable. Así, por ejemplo, Bliss encuentra que los sujetos que padecen Trastorno Disociativo de Identidad puntúan más alto en la Escala Standford de Susceptibilidad Hipnótica que el grupo control (Bliss, 1986). De hecho, elicitar otras personalidades a través de la hipnosis sería una señal que debería alertar a los clínicos sobre la posibilidad de la existencia de este tipo de trastornos (Greaves, 1980). Pero, además de este paralelismo sintomático, la hipnosis tiene la ventaja de que es fácil estudiarla experimentalmente

en el laboratorio, en el sentido de que todo el mundo puede ser hipnotizado (aunque después haya diferencias en el modo cómo responden los sujetos a las sugerencias) y, además, se pueden controlar de un modo riguroso las variables que pueden estar influyendo en este proceso, al ser posible su replicación y análisis.

Por ello, en este trabajo nos centraremos en examinar cuáles son los resultados más relevantes del estudio de la hipnosis que pueden ayudarnos a entender la situación actual de los trastornos disociativos. En este sentido, desglosaremos los principales argumentos esgrimidos por las posturas fundamentales dadas en la hipnosis y cómo éstas tienen su incidencia en la consideración actual de este tipo de trastornos.

## Resultados encontrados en el estudio de la hipnosis

Comenzaremos por los argumentos esgrimidos por la teoría tradicional de la hipnosis, defendida por los autores que se denominan «teóricos del estado» o «teóricos de la neo-disociación». Estos trabajos parten de la obra de Pierre Janet, remozada actualmente con conceptos claves dentro de la psicología cognitiva (Hilgard, 1986, 1992; Bowers y Davidson, 1991).

Según estos autores, la hipnosis supondría una disociación del sistema cognitivo. Parten de que éste se encuentra organizado de una forma jerárquica, con diferentes subsistemas de control. Bajo ciertas circunstancias, como es a través de la *inducción hipnótica*, este sistema se disgregaría, entrando en funcionamiento diferentes subsistemas independientes del sistema central o «control ejecutivo» (*executive ego*). De esta forma, los sujetos entrarían en una especie de *estado alterado de conciencia* o *trance*, donde las acciones ocurrirían de un modo «involuntario» debido a que el funcionamiento de esos subsistemas independientes requeriría un menor gasto de energía (Bowers y Davidson, 1991; Hilgard, 1992).

Ahora bien, no todos los sujetos podrían entrar en esa especie de *trance*. Únicamente lo experimentarían unos pocos, los denominados «altamente sugestionables». Estos sujetos poseerían una capacidad especial que, de hecho, no se podría aprender (Bowers y Davidson, 1991; Hilgard, 1992; Perry, 1977). En este sentido se han diseñado ciertos procedimientos para conocer si se puede modificar o no la susceptibilidad hipnótica a través, por ejemplo, del empleo de un entrenamiento en *biofeedback* EEG, repitiendo el procedimiento de *inducción hipnótica*, aplicando relajación o con el uso de «restricción sensorial»; comprobándose, en todos estos casos, que no se producían prácticamente variaciones (Bowers, 1976).

Otro argumento esgrimido por estos autores son las propias acciones hipnóticas, es decir, los sujetos *bajo* hipnosis realizan acciones aparentemente *extrañas* como, por ejemplo, no poder mover determinadas partes del cuerpo, no recordar lo que sucedió en la sesión, «ver» objetos que no existen o manifestar que realizan las acciones de un modo *involuntario*. Particularmente relevante para el campo de los trastornos disociativos es el fenómeno que se conoce como

«regresión en la edad», donde el individuo aparentemente puede «revivir» o «re-experimentar» eventos que le acontecieron en el pasado. Ahora bien, sobre los mismos se han aportado gran cantidad de datos que niegan la veracidad de estos relatos o comportamientos; la persona se comporta como cree que lo haría una persona que tuviese esa edad pero, en realidad, se encuentran muchas diferencias cuando se compara su actuación con un sujeto real que posea esa edad e, igualmente, cuando se comprueban los datos aportados por el sujeto en esta situación se observa que muchos de ellos son inexactos o incorrectos (Spanos, 1996). Sin embargo, los sujetos muestran gran confianza o creencia en la realidad de este proceso. Además, se considera que éste puede ser un instrumento útil en la práctica clínica, cuando un individuo está sometido a tensión o estrés para facilitarle el recuerdo (Hilgard, 1986).

Igualmente, resulta llamativa la alta correlación que se da entre las diferentes escalas de evaluación de la susceptibilidad hipnótica y el hecho de que estas puntuaciones se mantengan estables al aplicarlas varias veces en los mismos sujetos a lo largo del tiempo. De ahí que se mencione que esta característica sea fácilmente mensurable e invariable (Hilgard, 1967).

Del mismo modo, cabe reseñar el descubrimiento de lo que se conoce como el «observador oculto» (Knox, Morgan y Hilgard, 1974). El surgimiento de este fenómeno quedó patente cuando Hilgard estaba hipnotizando a un estudiante ciego al que le dio la sugestión de que no oíría nada hasta que le pusiera el brazo en el hombro. Otro estudiante de la clase le preguntó entonces si no sería posible que «alguna parte del sujeto» estuviera al tanto de lo que ocurría ya que, en verdad, el sujeto no tenía ninguna lesión en los oídos. El instructor convino en poner a prueba esta hipótesis y, basándose en los métodos de interrogación de los hipnotizadores clínicos, continuó como sigue:

«Como sabes, hay partes del sistema nervioso que se ocupan de actividades que ocurren fuera de nuestra percepción, entre las cuales las más familiares son el control de la circulación de la sangre y los procesos digestivos. Sin embargo, puede haber muchos procesos intelectuales de los cuales no nos damos cuenta, digamos, los que se expresan en nuestros sueños nocturnos. Aunque en forma hipnótica estás sordo, tal vez haya una parte de ti que esté oyendo mi voz y procesando la información. De haberla, te pido que alces el dedo índice de la mano derecha como señal de que tal cosa es cierta» (Hilgard, 1990, p. 194).

Ocurrió entonces que, efectivamente, el sujeto levantó el dedo. De esta manera, Hilgard dedujo que debía haber cierta información que no se revelaba no porque la persona no la «registrara» sino porque, de un modo metafórico, estaba «oculta» en alguna parte. El mismo resultado se encontró posteriormente en estudios sobre el dolor, donde se pide a los sujetos que introduzcan la mano en agua helada y, después de hipnotizarles, se les pregunta por su dolor. En esta situación los sujetos suelen mencionar que el dolor es bajo. Pero si el hipnotizador les indica que cuando les coloque su mano en el hombro podrán conocer el dolor real que produce el agua helada —que ahora no sienten— ocurre, efectivamente, que manifiestan experimentar también un dolor mucho más alto. Por tanto, parece que existirían separados por una barrera amnésica dos niveles de

conciencia en esta experiencia (Hilgard, 1990). Este fenómeno, que se da únicamente con sujetos altamente sugestionables, ha sido replicado en numerosas ocasiones posteriormente.

Ahora bien, todas estas experiencias, en algunos casos ciertamente sorprendentes, plantean inevitablemente una pregunta, ¿cómo saber si los sujetos en la hipnosis no están simplemente «fingiendo»? En los experimentos psicológicos en general, y en los de hipnosis en particular, los sujetos saben cuáles son los requisitos que deben ejecutar y, por tanto, puede que se comporten hipnóticamente debido precisamente a las propias demandas de la situación experimental. Además, hay que tener presente que en la mayoría de los casos se trabaja con sujetos voluntarios, muy motivados o «deseosos» de experimentar los efectos de la práctica.

Para intentar solucionar esta cuestión, es decir para discernir lo que la hipnosis pueda tener de *esencia* o de *artefacto*, Orne diseñó un procedimiento de gran repercusión experimental. Comparó la ejecución de un grupo de sujetos altamente sugestionables con otro de baja sugestionabilidad a los que se les pedía que se comportasen como creían lo hacían los altamente sugestionables. A los primeros se les denominó sujetos hipnotizados «reales» y a los segundos «simuladores». En esta situación, el hipnotizador no sabía quién era un sujeto hipnotizado «real» o un «simulador». De hecho, si en algún momento se daba cuenta de esto debía parar el experimento. Las únicas instrucciones que se daban a los sujetos «simuladores» eran las siguientes:

«Tu tarea consistirá en convencer al Dr. X de que eres un excelente sujeto hipnotizado. El Dr. X no sabrá que tú estás fingiendo, pero sabrá que algunos sujetos están simulando. Si en algún momento tuviera constancia de este hecho pararía inmediatamente el experimento. Pero si esto no ocurre es que lo estás haciendo bien. No te voy a comentar más de lo que harás ni de cómo se comporta un sujeto hipnotizado. Debes realizar esto lo mejor que puedas. Es una tarea difícil pero estamos seguros de que una persona inteligente como tú la puede realizar con éxito. ¡Ánimo!» (Orne, 1979, p. 527).

Los resultados obtenidos con esta prueba mostraron que los sujetos «simuladores» tienden a dar respuestas más altas o más *perfectas* que los sujetos «hipnotizados reales» y, además, no realizaban un fenómeno característico que expresaron los sujetos hipnotizados «reales». En el experimento había un co-experimentador sentado enfrente de los sujetos que, después de hipnotizados, se levantaba de la silla en silencio y se colocaba detrás de ellos. A continuación se pedía a los sujetos que abrieran los ojos y se les daba la sugestión de que veían al co-experimentador sentado enfrente de ellos («alucinación visual»). En esta situación varios de los sujetos «hipnotizados reales» decían ver a la vez al co-experimentador sentado en la silla y la silla vacía. Es decir, la imagen o «alucinación» del co-experimentador se hacía *transparente*. Por el contrario, los sujetos «simuladores» manifestaban ver al coexperimentador, pero no la silla vacía.

Posteriormente, se les pedía a todos que se diesen la vuelta (donde estaba realmente el co-experimentador) y se les preguntaba quién estaba detrás. Los sujetos hipnotizados «reales» mantenían que veían también la imagen del co-expe-

rimentador. Por tanto, tenían dos imágenes del mismo, una delante y otra detrás. A esto se le denominó «alucinación doble». Por el contrario, los «simuladores» indicaban que no veían a nadie detrás o que no reconocían a esa persona.

Es así como Orne creyó encontrar un criterio para diferenciar los sujetos hipnotizados «reales», o que entraban en *trance*, de los simples *simuladores* y denominó a esta forma particular de responder de los sujetos hipnotizados «reales» *lógica del trance* o tolerancia a la incongruencia de la lógica normal que se da en estado de vigilia (Orne, 1959). Posteriormente, no se confirmaría como criterio diferenciador de los sujetos hipnotizados «reales» vs. «simuladores» la alucinación doble, pero sí la imagen transparente (Spanos, 1986).

Ahora bien, estos argumentos esgrimidos por los defensores de la teoría del estado han sido considerados de diferente forma, a la vez que se han aportado datos nuevos, por los autores que se denominan precisamente del «no estado». Veamos cuáles son sus principales conclusiones.

En primer lugar, estos autores manifiestan que la estabilidad encontrada en la evaluación de la susceptibilidad hipnótica no significa que ésta sea una característica estable o inmodificable sino, más bien, señalaría que las diferentes escalas de evaluación de la susceptibilidad hipnótica son similares o que emplean instrucciones parecidas. Así, habitualmente se aplica primero una inducción hipnótica donde se utilizan palabras relacionadas con la relajación o sueño, se pide a los sujetos que cierren los ojos, que se concentren en sensaciones corporales, etc., para, posteriormente, pasar a aplicar las distintas sugerencias. De este modo, esta situación es claramente diferenciable o discernible de otras actividades habituales no relacionadas con la hipnosis, pero muy similar en las diferentes escalas de evaluación de la susceptibilidad hipnótica. Por tanto, no es extraño que, en las mismas, los sujetos respondan de un modo similar (Spanos, 1986).

Por otra parte, se comprueba que mediante un procedimiento adecuado sí se puede incrementar sustancialmente las respuestas a las sugerencias. En este sentido, se han desarrollado varios programas estandarizados de modificación de la susceptibilidad hipnótica con resultados positivos. En ellos, aunque con algunos matices distintos, se da información adecuada sobre qué es la hipnosis, se introducen instrucciones sobre cómo experimentar las sugerencias y se refuerza diferencialmente el comportamiento de los sujetos (Diamond, 1972; Gorassini y Spanos, 1986; Sach y Anderson, 1967).

Igualmente se comprobó que los sujetos pueden realizar los mismos comportamientos, sin emplear la hipnosis, aplicando simplemente lo que se conoce como «tareas motivantes». Con ellas se pide a los sujetos que colaboren en la realización de la práctica y se señala que ésta no es difícil. En concreto, las instrucciones que se dan son las siguientes:

«En este experimento quiero evaluar tu habilidad de imaginación y visualización. Lo bien que lo hagas dependerá enteramente de tu cooperación en tratar de imaginar y visualizar las cosas que te pida que imagines. Todo el mundo, cuando lo intenta, es capaz de realizar esta prueba. Por ejemplo, hemos pedido a unas personas que cerraran los ojos e imaginasen que estaban en un cine viendo una película. Muchos de ellos lo hicieron muy bien; fueron capaces de imaginar intensamente que estaban en el cine

viendo la película. Sin embargo, los que pensaban que era una tontería y no lo intentaron fracasaron en la prueba. No obstante, cuando estas personas lo intentaron de nuevo comprobaron que no era tan difícil, fueron capaces de visualizar la película y sintieron la imagen como real. Lo que te pido es que colabores en este experimento tratando de imaginar intensamente lo que te describa. Quiero que lo hagas tan bien como puedas ya que estamos interesados en medir la habilidad máxima de las personas en imaginar. Este experimento será un fracaso si no tratas de imaginar lo mejor que puedas. Si lo intentas, podrás fácilmente imaginar y experimentar cosas interesantes y contribuirás al éxito de este experimento y ya no te pediremos más» (Barber, 1979, p. 226).

Los resultados obtenidos en esta prueba mostraron que los sujetos se comportaban prácticamente igual con estas instrucciones que con la *inducción hipnótica*. Por tanto, indica Barber, lo realmente importante en la hipnosis serán precisamente las instrucciones motivantes que incluye (Barber, 1979)

De igual modo, se comprobó que el efecto característico de la hipnosis, la mención de «involuntariedad», se debe en gran medida a la forma cómo se formulan las peticiones en las sugerencias (Cangas, Pérez, y Errasti, 1994, Spanos y Gorassini, 1984). En esta situación, parece que el terapeuta estuviera describiendo una acción (*sugestión*) aunque, en realidad, lo que hace es indicar al sujeto cómo debe comportarse. Así, por ejemplo, en la sugestión de «elevación del brazo» no se le dice al sujeto «eleva tu brazo», sino que se señala «tu brazo se está elevando». De este modo, el sujeto no atribuye realizar la acción a una petición del terapeuta sino que, en apariencia, la realizaría de un modo «impersonal».

Por otro lado, los resultados encontrados cuando se compara la ejecución de los sujetos «hipnotizados reales» con los «simuladores» también se explicaría de un modo distinto. El hecho de que los «simuladores» realicen respuestas más perfectas, o que los hipnotizados «reales» muestren el fenómeno de la «imagen transparente» (*lógica del trance*), se debería a que en realidad ambos grupos de sujetos están expuestos a distintas instrucciones. Los sujetos «hipnotizados reales» realmente tratarían de ver la imagen del co-experimentado, ya que eso es lo que se les pide. Sin embargo, al ser esto una acción muy difícil, no la pueden mantener durante mucho tiempo y acaba siendo así una imagen «intermitente» o *transparente*. En este sentido, su comportamiento sería una *respuesta incompleta* (Spanos, deGroot y Gwynn, 1987). Por el contrario, los «simuladores», al pedirles simplemente que traten de «hacer» que «ven» al coexperimentador, no intentarían experimentar esta sensación, simplemente mencionan *verla* porque creen que es eso en realidad lo que ocurre en la hipnosis. Por tanto, la cuestión no sería que la hipnosis sea un fenómeno «distinto» sino que los sujetos están sometidos a diferentes instrucciones y/o demandas.

De una forma similar habría que entender también el fenómeno del «observador oculto». Serían las instrucciones previas que se dan a los sujetos las que determinarían que se produzca este fenómeno. Así, se comprueba que variando las mismas (dando, por ejemplo, instrucciones contrarias o señalando que la «parte oculta» experimentará sensaciones más débiles) se consigue que los sujetos modifiquen su comportamiento en la dirección indicada por esas instrucciones (Spanos, 1986).

En definitiva, como se puede observar, para estos autores el comportamiento hipnótico no supondría un fenómeno «especial», sino que vendría determinado precisamente por la influencia que ejerce el terapeuta en la situación hipnótica. Aunque habría que tener presente ciertos elementos que «portan» los sujetos a la práctica de hipnosis, como puede ser su «deseo» por participar en esta experiencia o las ideas que tengan sobre la hipnosis, resulta fundamental, sin embargo, «convencer» a los sujetos sobre la «autenticidad» de este fenómeno (Kidder, 1972). Para ello se les suele instruir sobre cómo comportarse, se emplean fenómenos naturales que se hacen pasar por hipnóticos o se refuerza contingentemente su comportamiento en esta dirección (para un análisis más detallado de estas variables puede consultarse Barber, 1969; Cangas, en prensa; Sarbin y Coe, 1972; Spanos y Chaves, 1989). De este modo es el terapeuta quien, manejando ciertas variables de la situación hipnótica, «persuade» al individuo de que está en una situación «distinta». Por así decirlo, se cambiaría en los sujetos la creencia de que la hipnosis es un fenómeno natural similar, por ejemplo, a como cuando uno está relajado o concentrado, o que dependa exclusivamente de variables del contexto hipnótico, para inducirle que este es un fenómeno «distinto».

### **La hipnosis en la génesis de los trastornos disociativos**

Estas dos formas de entender la hipnosis, como un proceso disociativo o como un comportamiento determinado por las variables de la situación hipnótica, han repercutido igualmente en el modo de entender los trastornos disociativos. De hecho, resulta significativo que varios de los autores fundamentales en la hipnosis sean igualmente precursores de las teorías sobre la disociación (por ejemplo, Hilgard, Spanos, Spiegel, etc.).

Los autores representativos de la teoría de la «neo-disociación» apelarán a la existencia de un mecanismo disociativo en el sistema cognitivo, común tanto para la hipnosis como para los trastornos disociativos (Bowers y Davidson, 1991; Hilgard, 1992). En este sentido, diferentes subsistemas se «disociarían» del «control ejecutivo» y así las acciones ocurrirían de un modo «involuntario». En los casos más extremos de esta postura, se manifiesta que esta disociación sería similar a la que acontece con los pacientes con lesiones en el lóbulo frontal (Woody y Bowers, 1994).

Ahora bien, al igual que ocurría con la hipnosis, cabe igualmente entender que los trastornos disociativos dependan más de variables sociales relacionadas con la situación clínica. El comportamiento disociativo sería así efecto de las influencias a las que están expuestos estos sujetos. En este sentido, un elemento precisamente propicio para fomentar este tipo de comportamientos será el empleo de la hipnosis, a la que se recurre habitualmente para evaluar y tratar esta clase de trastornos. Por ejemplo, en los casos de «trastorno disociativo de identidad» es frecuente entrevistar a los pacientes recurriendo a técnicas hipnóticas para facilitar tener acceso a las otras «personalidades» durante un tiempo sufi-



ciente (Coons, Bowman y Milstein, 1988). Ahora bien, esta forma de actuar lo que puede fomentar es precisamente la generación de estos trastornos (Spanos, 1996). Así se observó en el famoso caso de Kenneth Bianchi, inculpaado de cometer varias violaciones y asesinatos, donde los terapeutas recurrieron a hipnotizarlo para entrevistarle. Un extracto de la entrevista inicial fue como sigue:

«E: He hablado un poco con Ken pero creo que quizá pudiera haber otra parte de Ken con la que no he hablado. Me gustaría comunicarme con esa otra parte. Me gustaría que esa otra parte viniese a hablar conmigo... Cuando esté ahí, levante la mano izquierda de la silla para señalarme que está ahí. Vendría, por favor. Parte ¿puedo hablar contigo?... Parte, ¿vendría y levantaría la mano de Ken para indicarme que está aquí?... ¿Hablará conmigo, diciendo "Estoy aquí"»

(Bianchi respondió afirmativamente a la última pregunta, y luego la conversación continuó como sigue.)

E: Parte, es similar a Ken o es diferente en alguna manera...

B: Yo no soy él

E: No es él. ¿Quién es? ¿Tiene nombre?

B: Yo no soy Ken

E: ¿No es él? De acuerdo. ¿Quién es? Diga algo sobre sí mismo. ¿Tiene un nombre por el que le pueda llamar?

B: Steve. Puede llamarme Steve.»

(Citado en Davison y Neale, 1994, p.184).

Esta entrevista hipnótica ilustra cómo el terapeuta, de hecho, va sugiriendo al paciente cómo debe ser su comportamiento «disociativo», de un modo muy parecido a como hemos descrito que ocurre en el observador oculto. La hipnosis en este contexto lo que haría es fomentar y «legitimar» este tipo de comportamientos (además hay que tener en cuenta, en los casos relacionados con el crimen, que este tipo de diagnóstico puede conllevar en algunos países la exclusión de la pena).

El mismo efecto se puede obtener cuando se recurre a realizar con la hipnosis una «regresión en la edad» para «descubrir» aspectos «olvidados» de la vida del individuo. En este caso, igualmente, más que «pruebas» objetivas sobre esos periodos de tiempo lo que se puede estar generando son recuerdos inexactos o *fantasías* que, además, ocurren con gran convicción por parte de los sujetos debido a la creencia que éstos muestran sobre la «eficacia» de la hipnosis (Spanos, 1996).

Esto hay que tenerlo particularmente presente cuando se recurre a investigar los posibles traumas que les han acontecido a los sujetos en estos trastornos. Existe la creencia generalizada del origen traumático de estas alteraciones (Gleaves, 1996). Por ello, es fácil que el terapeuta sea particularmente susceptible a investigar estos aspectos. Sin embargo, es posible que la relación entre los eventos traumáticos y los trastornos disociativos no sea tan lineal como habitualmente se plantea, en el sentido de que siempre tengan que darse estas circunstancias previas. Es más, incluso las experiencias traumáticas, en caso de ocurrir, pueden venir moduladas por gran cantidad de variables, no frecuentemente analizadas, como son las interacciones sociales o familiares donde se producen, otros problemas psicopatológicos, etc. (Tillman, Nash y Lerner, 1994). De he-

cho, aproximadamente un tercio de personas que han pasado por estas situaciones traumáticas no desarrollan posteriormente una sintomatología clínica relevante (Kendall-Tackett *et al.*, 1993). Por tanto, puede que efectivamente en algunos casos se den estos hechos traumáticos y el comportamiento disociativo sea una forma de escape o evitación de estas circunstancias (Sackeim y Vingiano, 1984). Sin embargo, también puede que muchos otros vengan forzados o generados por la propia situación terapéutica al intentar «descubrirlos».

En este sentido, hay que tener en cuenta que estos «recuerdos» se producen después de mucho tiempo, incluso décadas, por lo que pueden existir ciertos elementos que distorsionen los acontecimientos, particularmente cuando recurrimos a procedimientos como la hipnosis (Spanos, 1996). Del mismo modo, hay que tener presente que muchos pacientes que muestran este tipo de alteraciones son personas que padecen otros muchos problemas psicopatológicos como depresión, trastornos alimenticios, abuso de drogas, trastornos de personalidad (Coons, Bowman y Milstein, 1988). Por ello, puede ser que estas personas sean particularmente proclives a buscar aprobación, interés, escapar de responsabilidades, etc. a través precisamente de este tipo de diagnósticos que, a diferencia de otros, reciben mayor atención y simpatía (Thigpen y Cleckley, 1984). En este sentido, hay que tener en cuenta que este tipo de trastornos se ha popularizado enormemente a través del cine o la televisión donde se presentan «modelos» de gran éxito. Baste recordar, por ejemplo, el famoso caso de *Las tres caras de Eva* (Thigpen, C.H y Cleckley, H.M, 1957) o el de *Sybil* (Schreiber, 1973), por citar sólo alguno de ellos (Aldridge-Morris, 1989). A la vez, es habitual que estas personas aparezcan en diferentes programas televisivos. A esto, recientemente, habría que añadir la propagación a través de Internet de *News-groups* sobre estos temas.

Igualmente, en este contexto del «espectáculo» también habría que incluir a la hipnosis. No es casualidad que muchos de los casos identificados, por ejemplo, con el Trastorno Disociativo de Identidad, hayan tenido un contacto previo con la hipnosis (Spanos, 1996). Si una persona ve o es capaz de comportarse como otra bajo hipnosis, ¿por qué no puede hacerlo de un modo similar cuando está «enferma»? En este sentido, hay que señalar la gran cantidad de falsos mitos que se han propagado sobre este tema, como es que el sujeto en esta situación pierde el control, que hará todo lo que el terapeuta le pida, que pierde la consciencia, etc. (Capafons, 1998). Con ello, se estaría favoreciendo una concepción «fantástica», tanto de este fenómeno como quizá del psicopatológico.

Ahora bien, el terapeuta tampoco estaría excluido de estas influencias. Es más, puede que incluso se den ciertas razones sociales, relacionadas con el prestigio, que le inclinen hacia este tipo de diagnósticos, al igual que también ocurre a menudo con el empleo de la hipnosis. Por ejemplo, es habitual que los terapeutas que trabajan en hospitales o en la práctica clínica sean precisamente los más favorables a considerar que la hipnosis es una técnica especial que ellos «poseen». Esto es distinto, por el contrario, en el ámbito universitario donde el investigador no necesita mostrar que maneja ciertas técnicas «diferentes» sino, si acaso, hacer buenos análisis (Coe, 1989). Pues bien, del mismo modo, no se dejaría de plantear que existan poderosas razones de estatus o económicas que

favorezcan este tipo de diagnósticos en la práctica clínica (Pierce, 1995). Más aún cuando la mayor parte de los casos son diagnosticados por un número no muy elevado de clínicos (Simpson, 1989).

Ahora bien, estas consideraciones no nos deben llevar a suponer que en estos casos el comportamiento disociativo sea entonces simple «fingimiento» o «simulacro» entre cliente y terapeuta. De nuevo, igual que ocurre con la hipnosis, es fácil que la persona no reconozca lo que de «representación» tenga su comportamiento. Además, en la situación terapéutica se pueden ir encontrando fácilmente «indicios» que induzcan a este tipo de trastornos. El más genérico son los trastorno físicos y sexuales. Si tenemos en cuenta que, en un sentido amplio, estos abusos son relativamente frecuentes (Tilman, Nash y Lerner, 1994), no es difícil precisamente achacarles las causas del comportamiento del cliente. Ahora bien, estos abusos no tienen por qué ser tan traumáticos, o incluso puede que no hayan existido (como hemos comentado anteriormente). Sin embargo, lo habitual en la práctica clínica es fomentar precisamente la relación de estos aspectos con el origen de los trastornos disociativos. De ahí, en muchos casos, el carácter iatrogénico que le atribuyen varios autores a este trastorno (Aldridge-Morris, 1989; Hacking, 1995; Spanos, 1996). Por ello, siempre habrá que estar atentos a estos elementos y destacar, en este sentido, cómo la hipnosis más que «aclara» puede fácilmente inducir este tipo de comportamientos.

## REFERENCIAS

- Aldridge-Morris, R. (1989). *Multiple personality: An exercise in deception*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- American Psychiatric Association (APA) (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4ª ed)* (DSM-IV). Washington, DC: APA
- Barber, T.X. (1969). *Hypnosis: A scientific approach*. New York: Van Nostrand Reinhold
- Barber, T.X. (1979). Suggested («hypnotic») behavior: The trance paradigm versus an alternative paradigm. En E. Fromm & R.E. Shor (Comps.), *Hypnosis: Developments in research and new perspectives* (pp. 217-271). Chicago: Aldine
- Bliss, E.L. (1986). *Multiple personality, allied disorders, and hypnosis*. New York: Oxford University Press.
- Bowers, K.S. (1976). *Hypnosis for the seriously curious*. New York: W.W. Norton & Company.
- Bowers, K.S. & Davidson, T.M. (1991). A neodissociative critique of Spanos's social-psychological model of hypnosis. En S.J. Lynn & J.W. Rhue (Eds), *Theories of hypnosis: Current models and perspectives* (pp. 105-143). Nueva York: Guilford.
- Cangas, A.J. (en prensa). Análisis conductual del comportamiento hipnótico. *Acta Comportamental*.
- Cangas, A.J., Pérez, M. y Errasti, J.M. (1994). Incremento de la involuntariedad hipnótica mediante el contraste activo-pasivo. *Psicología Conductual*, 2, 235-244
- Capafons, A. (1998). Hipnosis clínica: Una visión cognitivo-comportamental. *Papeles del Psicólogo*, 69, 71-88.
- Coe, W.C. (1989). Hypnosis: the role of sociopolitical factors in a paradigm clash. En N.P. Spanos & J.F. Chaves, *Hypnosis: the cognitive-behavioral perspective* (pp. 418-436). New York: Prometheus Books.
- Coons, P.M., Bowman, E.S. & Milstein, V. (1988). Multiple personality disorder: A clinical investigation of 50 cases. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 176, 519-527.
- Davison, G. C. & Neale, J.M. (1994). *Abnormal Psychology (6ª ed)*. New York: John Wiley & Sons.
- Diamond, M.J. (1972). The use of observationally presented information to modify hypnotic susceptibility. *Journal of Abnormal Psychology*, 79, 174-180.
- Gorassini, D.R. & Spanos, N.P. (1986). A social-cognitive skills approach to successful modification of hypnotic susceptibility. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 1004-1012.
- Gleaves, D.H. (1996). The sociocognitive model of dissociative identity disorder: A reexamination of the evidence. *Psychological Bulletin*, 120, 42-59.

- Greaves, G.B. (1980). Multiple personality: 165 years after Mary Reynolds. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 168, 577-596.
- Hacking, I. (1995). Why multiple personality tell us nothing about the self/mind/person/subject/soul/consciousness. En D. Barhurst & C. Sypnowich (Eds.), *The social self* (pp. 159-179). New York: Sage Publications.
- Hilgard, E. R. (1967). Regularidad en los fenómenos de la hipnosis. En G.H. Estabrooks (Ed.), *Problemas actuales de la hipnosis* (pp. 9-35). México: Fondo de Cultura Económica. (Orig. 1962).
- Hilgard, E.R. (1986). *Divided consciousness: Multiple controls in human thought and action*. New York: Wiley.
- Hilgard, E.R. (1990). *La hipnosis en el alivio del dolor*. México: Fondo de Cultura Económica. (Orig. 1975).
- Hilgard, E.R. (1992). Dissociation and theories of hypnosis. En E. Fromm & M.R. Nash (Comp.), *Contemporary hypnosis research* (pp. 69-101). New York: Guilford.
- Horevitz, R. (1994). Dissociation and multiple personality: conflicts and controversies. En S.J. Lynn & J.W. Rhue (Eds.), *Dissociation: Clinical and theoretical Perspective* (pp. 434-461). New York: Guilford Press.
- Kendall-Tackett, K.A., Williams, L.M. & Finkelhor, D. (1993). Impact of sexual abuse on children: A review and synthesis of recent empirical studies. *Psychological Bulletin*, 113, 164-180.
- Kidder, L.H. (1972). On becoming hypnotized: How skeptics become convinced: a case study of attitude change. *Journal of Abnormal and Psychology*, 80, 317-322.
- Kihlstrom, J.F. (1984). Conscious, subconscious, unconscious: A cognitive perspective. En K.S. Bowers & D. Meichenbaum (Eds.), *The unconscious reconsidered* (pp. 149-211). New York: John Wiley.
- Knox, V., Morgan, A. & Hilgard, E. (1974). Pain and suffering in ischemia: The paradox of hypnotically suggested anesthesia as contradicted by reports from «hidden observers». *Archives of General Psychiatry*, 30, 841-847.
- Orme, M.T. (1959). The nature of hypnosis: Artifact and essence. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 58, 277-299.
- Orme, M.T. (1979). On the simulating subject as quasi-control group in hypnosis research: what, why, and how. En E. Fromm & R.E. Shor (Eds.), *Hypnosis: research developments and perspectives* (pp. 519-565). New York: Aldine.
- Perry, C. (1977). Is hypnotizability modifiable? *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 25, 125-146.
- Pierce, M. (1995). To be or not to be: The multiple personality dispute. (On-line at Silly Little Tomte Publications). <http://pobox.com/slt/>.
- Putman, F.W. (1989). *Diagnosis and treatment of multiple personality disorder*. London: Guilford Press.
- Ross, C.A., Anderson, G., Fleisher, W.P. & Norton, G.R. (1991). The frequency of multiple personality disorder among psychiatric inpatients. *American Journal of Psychiatry*, 148, 1717-1720.
- Sach, L.B. & Anderson, W.L. (1967). Modification of hypnotic susceptibility. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 15, 172-180.
- Sackeim, H. A. & Vingiano, W. A. (1984). Dissociative disorders. En S.M. Turner & M. Hersen (Eds.), *Adult psychopathology and diagnosis* (pp. 329-369). New York: John Wiley & Sons.
- Sarbin, T.R. & Coe, W.C. (1972). *Hypnosis: a social psychological analysis of influence communication*. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Sarbin, T.R. & Coe, W.C. (1979). Hypnosis and psychopathology: replacing old myths with fresh metaphors. *Journal of Abnormal Psychology*, 88, 506-526.
- Schreiber, F.R. (1973). *Sybil*. Chicago: Regnery.
- Simpson, M.A. (1989). Correspondence «Multiple personality disorder». *British Journal of Psychiatry*, 155, 565.
- Spanos, N.P. (1986). Hypnotic behavior: a social psychological interpretation of amnesia, analgesia, and «trance logic». *The Behavioral and Brain Sciences*, 9, 449-502.
- Spanos, N.P. (1996). *Multiple identities and false memories: A sociocognitive perspective*. Washington DC: American Psychological Association.
- Spanos, N.P. & Chaves, J.F. (1989). *Hypnosis: The cognitive-behavioral perspective*. Buffalo, NY: Prometheus.
- Spanos, N.P., de Groot, H.P. & Gwynn, M.I. (1987). Trance logic as incomplete responding. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53, 911-921.
- Spanos, N.P. & Gorassini, D.R. (1984). Structure of hypnotic test suggestions of responding involuntarily. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 688-696.
- Spiegel, D. (1990). Hypnosis, dissociation and trauma: Hidden and overt observers. En J. L. Singer (Ed.), *Repression and dissociation* (pp. 121-142). Chicago: University of Chicago Press.
- Spiegel, D. & Cardeña, F. (1991). Desintegrated experience: The dissociative disorders revisited. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 366-378.

- Thigpen, C.H. & Cleckley, H.M. (1984). On the incidence of multiple personality disorder. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 32, 63-66.
- Thigpen, C.H. & Cleckley, H.M. (1957). *The three faces of Eve*. New York: McGraw-Hill.
- Tillman, J.G., Nash, M.R. & Lerner, P.M. (1994). Does trauma cause dissociative pathology? En S.J. Lynn & J.W. Rhue (Eds.), *Dissociation: Clinical and theoretical Perspective* (pp. 395-414). New York: Guildford Press.
- Woody, E. Z. & Bowers, K. S. (1994). A frontal assault on dissociated control. En S.J. Lynn & J.W. Rhue (Eds.), *Dissociation: Clinical and theoretical Perspective* (pp. 52-79). New York: Guildford Press.

