

## **HIPNOTERAPIA BREVE EN UN CASO DE TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO: DEDUCCIONES REFERENTES A LA HIPNOTERAPIA**

**Pedro Jara Vera**

### **RESUMEN**

*En este trabajo se expone el tratamiento breve de un trastorno obsesivo-compulsivo centrado en el miedo obsesivo a infecciones y contagios y en una serie de conductas y rituales defensivos consecuentes. Sobre el argumento del caso se comentan brevemente las técnicas hipnosugestivas empleadas, y se ofrecen reflexiones pertinentes en torno a ciertos caracteres y facultades de la hipnosis cuando se aplica en un marco cognitivo-conductual flexible.*

**Palabras clave:** TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO, HIPNOTERAPIA GRATIFICANTE, SUGESTIONES METAFÓRICAS.

### **SUMMARY**

*This assay will deal with the brief treatment of an obsessive-compulsive disorder, focused on the obsessive fears to infections and contagia, and on several defensive behaviours and rituals resulting from these fears.*

*You will find brief comments about the hypnosuggestive techniques used, and will look into some features and possibilities that we can get from hypnosis when applied within a flexible cognitive-behaviourist frame.*

**Key words:** OBSESSIVE-COMPULSIVE DISORDER, RATIONAL HYPNOTHERAPY, GRATIFYING HIPNOTHERAPY, METAPHORICAL SUGGESTIONS.

## 1. INTRODUCCION

Es sabido que algunas fobias pueden presentarse como una elucubración continua sobre la perspectiva de sufrir un estado médico grave; en tales casos, el sujeto tiende a ofrecer cierta justificación racional de su miedo. Por contra, en condiciones obsesivas verdaderas, el paciente reconoce que sus pensamientos son irracionales y no realistas (Carnwath y Miller, 1986). Existe, en realidad, una fuerte relación entre ciertas condiciones fóbicas y obsesivas, con tendencia a pasar fácilmente de una a otra y manteniendo una combinación de síntomas que dificultan en cierta medida el diagnóstico diferencial.

El caso expuesto en este trabajo es encuadrado dentro de los trastornos obsesivo-compulsivos según los criterios del DSM-III-R, aunque en el sentido arriba señalado existe algún componente fóbico en cierto modo racionalizado con respecto a los temas de limpieza y enfermedad, lo cual es, por otra parte, absolutamente común en este tipo de condiciones obsesivas. El interés central del caso presentado se encuentra, no obstante, en el tipo de acercamiento terapéutico utilizado y en la extraordinaria eficiencia mostrada, lo cual obliga a ciertas reflexiones finales planteadas sobre la solución de un caso cuya tipología requiere generalmente, desde el enfoque cognitivo-conductual clásico, un tratamiento largo y un consumo de energías importante, tanto por parte del terapeuta como de su cliente.

A lo largo de este artículo usaré el caso presentado con el interés central de que sirva como hilo conductor para el comentario más amplio de las técnicas utilizadas.

## 2. DESCRIPCION DEL CASO

M.M.C. es una mujer de 35 años, casada y con dos hijos pequeños, que trabaja junto a su marido en un pequeño negocio familiar consistente en la venta al público de material de ferretería. Acude a consulta aludiendo que se encuentra en una situación ya insostenible que la mantiene permanentemente en un estado decaído y ansioso: se encuentra absolutamente obsesionada con ideas referentes a la probabilidad de contraer infecciones y enfermedades por contacto y a través de la comida. Ronda en su mente el temor a contraer SIDA, cáncer, hepatitis o cualquier otra enfermedad que últimamente haya escuchado. Este miedo obsesivo se generaliza a sus hijos fun-

damentalmente y la obliga a llevar a cabo diversas conductas defensivas, como el tirar a la basura cualquier ropa que pudiera estar durante bastante tiempo en algún cajón con un poco de polvo, tirar frecuentemente los alimentos incluso después de tenerlos preparados, pensando que oían mal o que por algún motivo pudieran no encontrarse en buen estado, lavarse las manos con lejía, según ella, un número incontable de veces, después de tocar casi cualquier cosa en la tienda o en el hogar, y hacer una limpieza escrupulosa de la casa.

En algunos casos afirmaba haber llegado a hacerse sangre en las manos por el lavado continuo con lejía, y se quejaba de haber creado una situación difícil en la familia especialmente por su tendencia a tirar ropa y alimentos.

Aunque hasta cierto punto justificaba alguna de estas conductas, admitía angustiada que no podía ser normal ni racional tal extremo. La tendencia obsesivo-compulsiva se había iniciado unos tres años atrás y había progresado en gravedad para mantener el nivel de intensidad y amplitud actual desde hacía diez meses, cuando se había exarcebado, según ella, a raíz de la hospitalización por meningitis de uno de sus hijos.

M.M.C. se declara como una persona más bien enfermiza. En dos ocasiones fue intervenida quirúrgicamente y en la segunda dijo haber estado al borde de la muerte. La paciente atribuye a estos hechos su especial sensibilidad por los temas de salud. Por otra parte, estamos ante una persona fácilmente estresable, que hace cuatro años padeció una depresión por estrés prolongado y que actualmente se queja de tener un horario excesivamente amplio de trabajo que no le permite salir de la casa o del comercio. Echa de menos algún tiempo de ocio para salir a la calle, pero argumenta que su marido es también un poco obsesivo en otro aspecto y no se atreve a reducir el horario de apertura del comercio a pesar de que ella se lo ha pedido en varias ocasiones.

### 3. DESCRIPCION DE LA INTERVENCION Y RESULTADOS

Es obligado admitir que no hay método terapéutico que esté libre de inconvenientes, ni una técnica psicoterapéutica mejor que las demás totalmente. Se trata, a mi juicio, de saber elegir para cada paciente y para cada trastorno el mejor método, y entiendo por tal el más radical y, eventualmente, también el más rápido. Tal elección no está sólo en función de las caracte-

terísticas del caso y de las cualidades objetivas del método, sino también en función de las propias posibilidades y características del terapeuta, pues de la comodidad y seguridad con que el profesional se desenvuelva dependerá en alto grado el impacto y el éxito de su intervención. En buena medida se debe a estas motivaciones subjetivas y respetables, pero a menudo lamentablemente racionalizadas sobre bases poco objetivas, el rechazo de muchos terapeutas a la incorporación de técnicas hipnosuggestivas en su trabajo.

El caso aquí presentado es una contribución más para el esclarecimiento del auténtico valor de las técnicas hipnóticas en un marco cognitivo conductual flexible, muy asimilado al enfoque Ericksoniano, del cual la terapia de conducta actual obtiene algunas de sus técnicas más eficientes dirigidas a la modulación del síntoma con una orientación en el presente y en el futuro (O'Hanlon, 1993).

El tratamiento del caso expuesto más arriba se completó en cuatro sesiones, una cada semana, y la primera de ellas dedicada prácticamente al desarrollo de la entrevista evaluativa. Se realizaron seguimientos al mes, a los dos y a los ocho meses. Cada sesión tuvo una duración de 75 a 90 minutos, a excepción de los dos últimos seguimientos, que fueron breves e informales.

## PRIMERA SESION

Se realizó una entrevista semi-estructurada, que constituyó la única prueba de evaluación inicial. Dado el enfoque terapéutico previsto en base a este primer acercamiento y las dificultades que ofrecía el caso para un análisis funcional preciso, consideré poco rentable dedicar un tiempo a la cumplimentación de cuestionarios específicos o al establecimiento de una línea base elaborada sobre autorregistros, a pesar del valor de inhibición del síntoma que éstos ya poseen. Además de la realización de una amplia entrevista, se ofrecieron al final de la sesión dos tipos de prescripciones:

- Obsesionarse al menos treinta minutos diarios pensando en todo aquello que va a hacer cuando la liberación de sus síntomas le deje un amplio espacio de tiempo libre cada día para pensar y hacer otras cosas distintas al contenido de sus obsesiones y rituales. Aunque el mecanismo de acción de tal prescripción no está del todo claro, Erickson

la expone como reorientadora de la energía cognitiva del sujeto hacia tareas alternativas y positivas (Haley, 1973).

- Reducir bajo cualquier concepto su horario de dedicación laboral y salir del hogar diariamente durante algún tiempo si así lo deseaba. Evidentemente, el hecho de que esto fuese ahora una "prescripción facultativa" ofrecida con fuerza y gravedad obligaba al marido a tomar más en consideración las necesidades de ocio de su esposa. Parece fácil convenir en que este elemento podría influir en mayor o menor grado sobre el estado de ansiedad e insatisfacción general de la paciente, con la consiguiente repercusión directa o indirecta sobre su trastorno.

## SEGUNDA SESION

Según la valoración verbal y subjetiva de M.M.C. se encuentra exactamente igual que antes. Las prescripciones anteriores no han tenido ningún efecto en este espacio de tiempo y se le retira la primera de ellas sin ninguna explicación (se le ofreció igualmente sin ninguna explicación de fundamentos), aunque se hace énfasis en la segunda como una norma de vida si realmente quiere permanecer libre de estados psico-patológicos. Este aumento del tiempo libre fue asumido y puesto efectivamente en práctica desde el principio.

La sesión continúa con una breve discusión racional en torno a las probabilidades versus posibilidades de contraer efectivamente contagios y enfermedades. Seguidamente se realizan algunas pruebas de sugestibilidad, con respuesta muy positiva, y se enlazan con la inducción a una hipnosis profunda de la que M.M.C. despertaría con amnesia parcial espontánea. El trabajo en hipnosis de esta sesión se centró en dos aspectos:

A. Hipnoterapia racional bajo trance.

B. Hipnoterapia gratificante.

A. Tras el breve periodo dedicado a la discusión racional en vigilia, se trató seguidamente de llevar a cabo la terapia racional, cuya base fundamental es la persuasión en sus diversas formas, bajo hipnosis profunda. Mientras que la hipnoterapia sugestiva directa hace hincapié en la obediencia pasiva y en la fe del paciente, la hipnoterapia de sostén apela a su razón. Sobre la base del trance puede establecerse una dialéctica racional con el paciente

y modificar sus creencias -y su percepción de peligro y vulnerabilidad en este caso- con mucha mayor facilidad que en la vigilia normal. El trabajo de reestructuración cognitiva llevado a cabo sucesivamente a nivel vigilia e hipnótico permite sin duda una mayor integración de nuevas creencias y una fuerte asunción de las ideas presentadas, no sólo a nivel cognitivo sino también afectivo (Jara, Garcés de los Fayos y Jiménez, 1992; Stanton, 1989). Esta disociación entre la aceptación racional y la aceptación emocional total de los sistemas adaptativos de creencias es, como sabemos, el mayor problema de las terapias cognitivas; de lo contrario la psicoterapia se limitaría al ejercicio del sentido común. El estado hipnótico constituye la vía más potente para salvar tal ruptura.

B. Granone (1973) aconseja la hipnoterapia gratificante en las reacciones depresivas, aunque en el caso que nos ocupa, y al menos en otros tratados por mí, se muestra sumamente eficaz para combatir cualquier tipo de emoción negativa. Bajo hipnosis se recreó a M.M.C. una secuencia imaginativa con escenas sumamente apacibles y se suscitaban durante la visualización emociones positivas de todo tipo: tranquilidad profunda, alegría, autoconfianza, seguridad y felicidad total. Se ofrecieron seguidamente sugerencias posthipnóticas para que, ante el recuerdo total o parcial de tal escena, volvieran a suscitarse rápida y automáticamente las mismas emociones que ahora experimentaba, siendo más intensa tal sensación cuanto más utilizara la escena cada día. Existen diversas posibilidades para llevar a cabo con éxito tal tipo de técnica, aunque en general suele establecerse de modo fácil y bastante rápido con la mayoría de los sujetos. Según mi experiencia personal, desde un trance medio puede establecerse con bastante fuerza este tipo de condicionamiento en una sola sesión, dándose la feliz circunstancia de que si el paciente utiliza la escena cotidianamente (aún con los ojos abiertos, durante breves momentos y, por supuesto, sin necesidad de entrar en autohipnosis) el condicionamiento se ve autorreforzado y puede llegar a perpetuarse en muchos sujetos. Con esta exclusiva técnica establecida en una sola sesión he conseguido, por ejemplo, que otra paciente autodesensibilizara totalmente en pocos días un problema de agorafobia. La durabilidad de las sugerencias post-hipnóticas es un tema aún muy deficientemente investigado sobre el que puede consultarse el trabajo de Berrigan, Kurtz, Stabile y Strube (1991).

En el caso de M.M.C., la escena establecida debía ser utilizada siempre que mostrara síntomas de ansiedad o tendencias compulsivas. La relajación

y otras sensaciones positivas para el afrontamiento eran todas suscitadas por asociación refleja a una visualización que resultaba inmediata, segura y potente.

La utilización de la imaginación en hipnosis para inducir estados emocionales concretos está bien contrastada (Bower,1981). Esta cualidad del estado hipnótico para acercarnos a una reificación de lo imaginado, en virtud de un elevado grado de absorción (Tellegen y Atkinson, 1974) es la base de un modelo de hipnoterapia gratificante a partir de la cual podrían idearse diversas e interesantes aplicaciones.

En la segunda sesión se hizo, por tanto, una breve discusión racional en vigilia seguida de la inducción hipnótica, persuasión racional bajo trance profundo y establecimiento de visualizaciones emocionalmente gratificantes para uso post-hipnótico.

### TERCERA SESION

A la semana siguiente, M.M.C. viene contenta al gabinete indicando que está mucho mejor a todos los niveles. Ha dejado de tirar alimentos, se lava mucho menos las manos y es bastante menos compulsiva en la limpieza.

Aún refiere un componente obsesivo, aunque bastante menos intenso y frecuente que antes. En una aproximación ciertamente intuitiva y subjetiva valora la reducción global de sus síntomas en un 60% - 70%. Aun admitiendo que en ningún momento se llevó un control operativo del cambio terapéutico, el fuerte impacto de la intervención descrita hasta ahora resulta, si no cuantificable, sí bastante obvio.

Evidentemente, el interés de mi intervención era en principio absolutamente clínico y no investigador. Resultados de este tipo obligan precisamente a una investigación controlada mucho más profunda de lo que hasta ahora hemos observado, al menos en nuestro país, sobre la eficacia objetiva y mecanismos de acción de diferentes técnicas hipnoterápicas.

Volviendo al análisis concreto de las técnicas desarrolladas, conviene destacar que M.M.C. se refirió a la imaginación gratificante recreada y prescrita en la sesión anterior como una "pastilla psicológica" de efecto inmediato, potente y sin efectos secundarios, que le permitía afrontar en cualquier momento los diferentes estados desagradables con satisfacción.

- La intervención durante esta tercera sesión consistió en:
- A. Hipnoterapia racional.
  - B. Exposición imaginada, bajo trance y con sugerencias de apoyo, a los estímulos facilitadores de la sintomatología obsesivo-compulsiva.
  - C. Hipnoterapia gratificante con sugerencias metafóricas para la remisión de síntomas.
- A. Se repitió durante unos minutos una dialéctica racional en la misma línea de la sesión anterior.
- B. Enlazando con los comentarios persuasivos anteriores se le demostró a M.M.C., en imaginación, que podía tocar cualquier clase de objetos, cocinar y realizar diversas tareas con absoluto bienestar emocional y sin suscitar ningún tipo de síntoma. Una de las particularidades ventajosas de esta exposición bajo hipnosis es que el paciente puede hacer, durante la misma, una verbalización de su conducta imaginada y de su estado subjetivo manteniendo una profunda relajación mental; en caso de aparecer tensiones de cualquier tipo el terapeuta tiene entonces la oportunidad de controlarlas sugestivamente en el momento y la forma adecuadas, lo cual permite prescindir de la elaboración de jerarquías de estímulos y efectuar la exposición de un modo más libre y con mecanismos correctores de tipo sugestivo ante el feedback inmediato del sujeto.
- C. Aunque la imaginación gratificante ya utilizada seguía manteniendo una gran fuerza emotiva para M.M.C., volvió ahora a ser recreada de modo detallado para incluir en la secuencia sugerencias directas y fundamentalmente metafóricas para fortalecer la confianza, el equilibrio emocional, el ánimo y la desaparición total de ideas y conductas egodistónicas propias de su trastorno. Esta fase de la terapia se convierte así en un relato imaginado bastante lírico, cuya finalidad básica es no tanto introducir sugerencias subliminales en la metáfora como enaltecer las emociones positivas de la paciente para crear un impacto sugestivo más intenso y, en definitiva, un condicionamiento afectivo mayor. Tal como expresa Fezler (1991), las sugerencias son más eficaces cuando están embellecidas y mezcladas con imágenes significativas, que cuando son pensadas de modo frío y directo. Cuando bajo hipnosis se recibe una expresión bien entonada del tipo "...y todas tus obsesiones y preocupaciones van quedando así enterradas definitivamente bajo esa arena caliente, mientras tú vuelas más alto, cada



vez más lejos de los problemas, con el equilibrio y la confianza de la gaviota que te acompaña...”, entonces no se hace sino favorecer la transformación afectiva, además de contribuir poderosamente a un mejor rapport terapéutico.

Los terapeutas cognitivo-conductuales son ciertamente remisos a este tipo de intervenciones, quizás, como yo lo valoro, no tanto por una falta de encuadre en la teoría como por una interpretación equivocada y prejuiciosa del sentido de la metáfora.

La única prescripción para el hogar dada a M.M.C. en esta tercera sesión fue que continuara utilizando imágenes de la secuencia gratificante como estrategia de afrontamiento.

#### **CUARTA SESION**

A la semana siguiente M.M.C. acudió al gabinete refiriendo una total remisión de síntomas y, en general, una satisfacción importante. No existía ninguna tendencia a la compulsión o al ritual, su lavado de manos y conductas de limpieza y protección en general estaban en un nivel absolutamente razonable y, por lo que se refiere a los pensamientos obsesivos, si los recordaba en alguna ocasión, lo hacía desde la distancia, sin ninguna implicación y como recuerdo liberador de un pasado angustioso.

En esta cuarta sesión, tercera de hipnosis, se procedió a la instrucción en autohipnosis y autosugestión, con patrones similares a los realizados en las dos sesiones previas. Se fundamentó teóricamente, de un modo simple, el trabajo hipno-autosugestivo para procurar la motivación y el ejercicio disciplinado de M.M.C., y seguidamente, se dejaron unos minutos para ensayar en el gabinete una sesión auto-aplicada dedicada al refuerzo de los logros obtenidos.

La paciente pareció demostrar buenas dotes para la autohipnosis, por lo que, tras informarle sobre sus aplicaciones más frecuentes y aconsejar persuasivamente su práctica diaria, se la citó para un seguimiento a las cuatro semanas.

En este primer seguimiento, que más bien podría considerarse una nueva sesión de terapia ligeramente separada en el tiempo, M.M.C. manifestó haber experimentado pequeños retrocesos respecto a la situación ideal en la que se encontraba hacía un mes. Especialmente, había vuelto a tener algunas ideas

obsesivas y un cierto exceso de escrupulosidad y cuidado en las conductas de cocinado y alimentación, aunque, en todo caso, con carácter leve.

Ante este cierto retroceso y dada la gran eficacia que, en esta paciente, había demostrado el trabajo hipnosugestivo, supuse que no habría llevado a cabo adecuadamente las tareas de autohipnosis encomendadas y dirigidas a cimentar un cambio que había resultado muy drástico. Efectivamente, M.M.C. presentaba una gran facilidad para entrar en hipnosis, pero no la había utilizado, como se le encomendó, para realizar el trabajo de autosugestión terapéutica a través de afirmaciones e imágenes positivas. Se había limitado a practicar diariamente la relajación y las visualizaciones apacibles, pero sin un contenido terapéutico específico. En este caso se puede considerar como un error de instrucción y de previsión por mi parte, como terapeuta. En esta primera sesión de seguimiento se procedió, por tanto, a completar y asegurar la instrucción correcta en autosugestión para sus problemas específicos, pero no se realizó ningún trabajo de terapia como tal, sino que la remisión definitiva del trastorno se confió a las tareas para casa de la propia paciente. Precisamente, en casos y circunstancias como ésta podría haber resultado adecuado un primer recurso a la hipnocaseterapia, según el modelo presentado recientemente (Jara Vera, en prensa).

El segundo seguimiento se produjo al mes siguiente, y el tercero y último a los seis meses desde el segundo. En ambos casos el resultado fue positivo y M.M.C. se dedicó a mostrar su agradecimiento y a comentar las excelencias de la práctica regular de la autosugestión hipnótica, pues por su propia cuenta, y al margen del problema central por el que había efectuado la demanda de terapia, había eliminado totalmente unas cefaleas que, desde hacía varios años, la aquejaban con relativa frecuencia (presumiblemente ante situaciones de tensión emocional) y había superado aceptablemente su miedo a nadar. En este contexto, M.M.C. aseguraba que mantendría para siempre la práctica regular de la autohipnosis. Conviene señalar también que M.M.C. continuó valiéndose frecuentemente de la escena gratificante elaborada en la terapia como relajante y, a la vez, estimulante emocional.

#### 4. COMENTARIOS FINALES

Parece claro que el caso expuesto ofreció un desarrollo casi ideal difícilmente replicable; aun con esta admisión, es igualmente obvio que la in-

tervención desarrollada alberga una potencia muy a tener en cuenta, sobre todo cuando se trabaja con personas que tienen facilidad para el desarrollo de estados y comportamientos hipnóticos. Especialmente en estos casos, no recurrir a procedimientos típicamente hipnosuggestivos puede suponer un gasto innecesario de tiempo. El recurso más o menos formal a la hipnosis establece una diferencia inicialmente cuantitativa con otros procedimientos habituales de la modificación de conducta, pues las mismas tareas a nivel encubierto pueden desarrollarse con un grado de receptividad que, en bastantes ocasiones, resulta mucho mayor que el logrado con las técnicas de relajación usadas más frecuentemente. Tal es así que Kroger (1963) pone de relieve como se ha llegado a la observación de que un estímulo condicionado verbal produce, en muchos sujetos condicionados hipnóticamente, una respuesta más pronunciada que la que corresponde al estímulo real. Esto es así porque la hipnosis puede conllevar una intensa relajación pero, añadida y prioritariamente, conlleva un grado de rapport, emotividad, absorción expectación y condicionabilidad (todo ello convergente en lo que conocemos como sugestionabilidad) difícilmente alcanzable con tanta rapidez por otros métodos. Por otra parte, el recurso a técnicas propiamente hipnóticas establece a menudo diferencias en la cualidad del método, pues permite al terapeuta el manejo de ardidés que sólo de este modo parecen posibles.

Una de las observaciones importantes que nos permite hacer el caso aquí presentado es la del gran valor que puede tener la autohipnosis como herramienta de autocontrol, aun a menudo sin darse una instrucción larga y compleja en el método. Contrariamente a lo que han formulado muchas críticas tradicionales, la hipnosis bien utilizada no tiene porqué crear mayor dependencia y pasividad que cualquier otro método. El sujeto trabaja activamente con su concentración y puede fortalecer y quizás generalizar los resultados terapéuticos mediante cierta disciplina en el trabajo autosuggestivo.

El comentario más importante que se podría derivar de lo hasta aquí expuesto, y que por lo común no es tenido suficientemente en cuenta, es que quizá sea muy restrictivo hablar de la hipnosis como una técnica o un método, como a menudo se presenta desde el enfoque conductual, y que aporta más ventajas su interpretación como una disposición mental y un contexto para la intervención (Unestáhl, 1991). De este modo tenemos en cuenta que sólo la perspicacia y la creatividad del terapeuta ponen límites al tipo de trabajo hipnótico que puede realizar. Los estudios que comparan la hipnosis con otros métodos no suelen especificar con el suficiente

interés que sólo se refieren a un tipo de intervención hipnótica posible, con lo que pueden ofrecer conclusiones engañosas para el lector.

La polémica entre las teorías de la hipnosis como estado o no estado particular de conciencia que de alguna manera subyace a este tipo de discusión se centra, a mi juicio, en una diferencia más terminológica que conceptual, pero a menudo este conflicto, que en cierto modo enfrenta tradicionalmente a la escuela conductual-cognitiva y a la psicoanalítica, oscurece el abanico de posibilidades reales de la hipnosis.

## BIBLIOGRAFIA

- Berrigan, L.P., Kurtz, R.M., Stabile, J.P. y Strube, M.J. (1991). Durability of "posthypnotic suggestions" as a function of type of suggestion and trance depth. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 39(1), 24-38.
- Bower, G.H. (1981). Mood and memory. *American Psychologist*, 36, 129-148.
- Carnwath, T. y Miller, D. (1986). *Behavioural Psychotherapy in Primary Care: A Practice Manual*. London: Academic Press.
- Fexzler, W.D. (1991). *Imágenes Creativas*. Barcelona: Martínez Roca.
- Granone, F. (1973). *Tratado de Hipnosis. Sofrología*. Barcelona: Científico-Médica.
- Haley, J. (1973). *Uncommon Therapy: The Psychiatric Techniques of Milton Erickson*. Nueva York: Norton.
- Jara Vera, P. (en prensa). Una propuesta metodológica para la eficiencia en la terapia: Hipnocaseterapia. *Análisis y Modificación de Conducta*.
- Jara Vera, P., Garcés de los Fayos, E.J. y Jiménez, G. (1992). Tratamiento de un caso de trastorno emocional complejo con R.E.T. e Hipnosis. La hipnosis en la Modificación de Conducta. *Análisis y Modificación de Conducta*, 18(59), 447-456
- Kroger, W.S. (1963). *Clinical and Experimental Hypnosis*. Philadelphia: J.B. Lippincott.
- O'Hanlon, W.H. (1993). *Raíces Profundas. Principios Básicos de la Terapia y de la Hipnosis de Milton Erickson*. Buenos Aires: Paidós.
- Stanton, H.E. (1989). Hypnosis and Rational-emotive Therapy-A De-stressing combination: A brief communication. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis* 37(2), 95-99.

- Tellegen, A. y Atkinson, G, (1974). Openness to absorbency and self-altering experiences ('absorption'): A trait relating to hypnotic susceptibility. *Journal of Abnormal Psychology*, 83, 268-277.
- Uunestáhl, L.E.(1991). Autohipnosis. En Williams.J.M. (Ed): *Psicología Aplicada al Deporte*. Madrid, Biblioteca Nueva. (PP.413-433).