

## Eficacia de la hipnosis en psicología del deporte. Importancia de la comunicación y estudio de casos

## Efficacy of hypnosis in sports psychology. Importance of communication and study of cases

## Eficácia da hipnose na psicologia do esporte. Importância da comunicação e estudos de caso

Hernández Mendo, A.<sup>1</sup>, Delgado Giralt, J.<sup>1</sup>, Fernández de Motta, M<sup>a</sup> del M.<sup>1</sup> y Carranque Chaves, G.A.<sup>2</sup>

*1 Psicología Social, Trabajo Social, Antropología Social y Estudios de Asia Oriental. Universidad de Málaga, España*  
*2 Dpto. Cirugía, Obstetricia y Ginecología. Universidad de Málaga, España*

**Resumen:** En la historia del desarrollo de los procedimientos médicos y psicológicos, la hipnosis ha protagonizado un papel destacado, siendo una intervención clínica valiosa en el tratamiento de una extensa variedad de problemas. A pesar de ello no se ha librado de controversias y mitos acerca de su naturaleza. En el presente trabajo se revisa el desarrollo histórico de la hipnosis y los modelos explicativos más relevantes, desde aquellos que la consideran un estado alterado de conciencia hasta los que defienden que los fenómenos hipnóticos pueden ser explicados por las mismas variables que la conducta y la experiencia no hipnótica. También se revisan algunas de las definiciones que han surgido desde los distintos paradigmas, así como la evidencia empírica de su eficacia, comprobándose que cuando es utilizada como coadyuvante de los tratamientos médicos y psicológicos incrementa la eficacia de los mismos, siendo de especial relevancia la relación de comunicación que se establece entre clínico y paciente. Se finaliza con una revisión de su aplicación en el ámbito del deporte y la presentación de un estudio de casos (3 atletas y 1 futbolista) en los que se utiliza hipnosis coadyuvante con otras técnicas. En todos los casos se logran resultados óptimos.

**Palabras clave:** Hipnosis, deporte, eficacia, modelos teóricos, comunicación.

**Abstract:** In the history of the development of medical and psychological procedures, hypnosis has played a prominent role, being a valuable clinical intervention in the treatment of a wide variety of problems. However, it has not been spared controversy and myths about its nature. In the present work we review the historical development of hypnosis and the most relevant explanatory models from those who consider it an altered state of consciousness to those who argue that hypnotic phenomena can be explained by the same va-

riables as behavior and experience. We also review some of the definitions that have emerged from the different paradigms, as well as the empirical evidence of their effectiveness, proving that when used as an adjunct to medical and psychological treatments increases their effectiveness, being of special relevance the relationship of communication between clinician and patient. It ends with a review of its application in the field of sport and the presentation of a case study (3 athletes and 1 player) in which hypnosis is used adjutant with other techniques. In all cases optimal results are achieved.

**Keywords:** Hypnosis, sport, efficacy, theoretical models, communication.  
**Resumo:** Na história do desenvolvimento de procedimentos médicos e psicológicos, a hipnose tem desempenhado um papel proeminente, sendo uma intervenção clínica valiosa no tratamento de uma grande variedade de problemas. Apesar disso, não foi poupado controvérsias e mitos sobre sua natureza. No presente trabalho, analisamos o desenvolvimento histórico da hipnose e os modelos explicativos mais relevantes, daqueles que a consideram um estado de consciência alterado para aqueles que defendem esses fenômenos hipnóticos podem ser explicados pelas mesmas variáveis que o comportamento e a experiência. Também analisamos algumas das definições que surgiram de diferentes paradigmas, bem como a evidência empírica de sua eficácia, provando que, quando utilizado como coadjuvante de tratamentos médicos e psicológicos, aumenta a eficácia deles, sendo de relevância especial o relacionamento de comunicação estabelecida entre clínico e paciente. Ele termina com uma revisão de sua aplicação no campo do esporte e a apresentação de um estudo de caso (3 atletas e 1 jogador de futebol) em que a hipnose é usada em conjunto com outras técnicas. Em todos os casos, resultados óptimos são alcançados.

**Palavras-chave:** hipnose, esporte, eficiência, modelos teóricos, comunicação.

### Introducción

La hipnosis debe ser considerada como una de las técnicas más antiguas conocidas para provocar cambios en los proce-

dos cognitivos, psicofisiológicos<sup>1</sup> y perceptivos (Edmonston,

Dirección para correspondencia [Correspondence address]: A. Hernández Mendo. Psicología Social, Trabajo Social, Antropología Social y Estudios de Asia Oriental. Campus de Tetinos, s/n. Universidad de Málaga. 29071 Málaga (España). E-mail: mendo@uma.es

<sup>1</sup> Sobre la fisiología de la hipnosis se recomienda la visualización de los vídeos del Dr. Juan Lamas (Universidad de A Coruña) como *Neurofisiología de la hipnosis: Desarrollos recientes* <https://www.youtube.com/watch?v=5t6AiSZ6wus>, *Activación cerebral de la hipnosis: Una década de estudios de neuroimagen* <https://www.youtube.com/watch?v=v7dPLPQ8OPk>,

1986). La hipnosis ha representado un papel destacado en el desarrollo de las más importantes escuelas de psicoterapia que intentan dar una explicación científica a las curas milagrosas ocurridas en estados de trance. Por ello, buena parte de las técnicas terapéuticas derivan del estudio o la práctica de la hipnosis (Camino y Gibernau, 2009).

La historia de la hipnosis puede ser revisada en diversos trabajos científicos (Camino y Gibernau, 2009; Capafons, 1999; Capafons y Amigó, 1993; González Ordi, y Miguel-Tobal, 1999; González Ordi, Miguel-Tobal y Tortosa, 1992; Lanfranco, 2010; Perry, 1978; Spanos & Chaves, 1991) y no será abordada en este trabajo, que se centrará principalmente en su utilidad en Psicología del Deporte.

Ordenar los múltiples conceptos y técnicas de la hipnosis en una descripción adecuada es una ardua tarea, por ello su estudio ha dado lugar a numerosas definiciones. En la mayoría de ellas se asume que la hipnosis es un estado de trance y la describen desde el punto de vista del hipnotizado, sin mencionar el papel que juega el hipnotizador ni la relación que se crea entre ellos (Yakpo, 2008). Entre las diferentes definiciones cabe destacar la de Hilgard (1977) que la considera como un estado disociado que implica una desconexión entre los procesos conscientes e inconscientes, lo que se supone facilita una mayor receptividad y accesibilidad de la mente inconsciente a la sugestión. Edmonston, (1986) la considera como un estado de relax o hipersugestionabilidad o la de Spiegel y Spiegel (1987) que la conciben como un estado psicofisiológico de concentración focalizada, atencional y receptivo, con una disminución en la conciencia periférica. La capacidad para este estado puede estar determinada genéticamente o quizá aprenderse en los primeros años de vida, varía de unas personas a otras y es estable en el tiempo. El estado hipnótico puede ser activado e invocado espontáneamente bien como respuesta a una señal de otra persona (hipnosis formal) o bien como respuesta a una señal auto-inducida (auto-hipnosis) (Mendoza, Lamas y Capafons, 2010). Kihlstrom (1998), la define desde el punto de vista operativo y la considera como una interacción social en la que una persona responde a la sugestión dadas por otra (el hipnotizador) generando cambios en la memoria, percepción y el control voluntario de las acciones a través de experiencias imaginativas (Mendoza, Lamas y Capafons, 2010). Los autores cognitivos comportamentales que rechazan el estado de trance, la definen basándose en los aspectos sociales y ambientales del contexto hipnótico junto con la imaginación, las actitudes, las atribuciones, las expectativas y las creencias que tiene la persona sobre la hipnosis. (Capafons, 2001; Lynn y Kirsch, 2004; Lynn y Rhue, 1991). Yapko (2008), por su parte, la considera como un rico sistema de comunicación siendo evidentes los patrones hipnóticos allá donde se da una comunicación influyente.

Debido a la complejidad de las definiciones, a que cada una posee un elemento de verdad, al alcance limitado de cada una y a que ubicarse en una posición u otra presenta connota-

ciones de todo tipo (Lynn y Rhue, 1991), la División 30 (*Society of Psychological Hypnosis*) de la American Psychological Association (APA, 2004) propuso una definición consensuada y aceptada por las principales asociaciones de hipnosis de todo el mundo: la considera como “*un procedimiento en el que un profesional o un investigador del área de salud, sugiere que un cliente, paciente o sujeto experimente cambios en sus sensaciones, percepciones, pensamientos o conducta*”. Esta definición implica que, generalmente, el contexto hipnótico suele establecerse usando un método de inducción que puede adoptar diferentes formas (calma, relajación y bienestar) y continúa centrándose en las reacciones del hipnotizado para describir que es la hipnosis. Así ciertas personas dicen experimentar un estado alterado de conciencia, mientras que otras indican que experimentan un estado normal de atención focalizada con gran calma y relajación (APA, 2004) En 2014, El Comité Ejecutivo la División 30, ha propuesto una nueva definición. “*la Hipnosis es un estado de conciencia que implica la atención focalizada y conciencia periférica reducida, caracterizado por una mayor capacidad de respuesta a la sugestión*”.

Además de las anteriores es necesario mencionar la definición de la *British Medical Association* (2001/2002) que concibe “*la hipnosis como un estado pasajero de la atención modificada y provocada en un sujeto, en ocasiones por otra persona, donde diversos fenómenos pueden aparecer espontáneamente o en respuesta a estímulos verbales o de otro tipo*”. Ambas definiciones destacan la importancia de las sugestiónes dirigidas a cambiar las cogniciones, conducta, afectos, etc., de la persona hipnotizada, ninguna incluye criterios específicos para determinar cuándo una persona está o no hipnotizada, infiriéndose esto último si la persona responde o no a las sugestiónes que las experimenta sin experiencia de esfuerzo, como automáticas o cuasi involuntarias (Capafons, Lamas y Lopes-Pires, 2008).

La investigación indica que la hipnosis utilizada como coadyuvante a otras intervenciones ayuda a los pacientes a manejar y mejorar problemas psicológicos y médicos, así como a aumentar su calidad de vida. En cuanto a su utilización como única intervención, siguiendo un meta-análisis llevado a cabo por Flammer y Bongartz (2003), la hipnosis muestra una eficacia media para el tratamiento de los trastornos psicológicos establecidos en la CIE-10 y una baja eficacia en el apoyo de procedimientos médicos. Por lo tanto, la evidencia empírica más satisfactoria de la hipnosis se encuentra, en general, cuando se utiliza como una técnica coadyuvante de otras intervenciones terapéuticas (Mendoza y Capafons, 2009).

Aunque existe gran cantidad de investigación, tanto en el plano teórico, como en el experimental y clínico, se han publicado numerosos artículos en las más prestigiosas revistas (Nash, Minton y Baldrige, 1988; Weitzenhofer, 2000) y las asociaciones profesionales han alentado a su investigación, buena parte de los estudios sobre la eficacia de la hipnosis

clínica no cumplen con criterios metodológicos estrictos o son estudios de casos. Tampoco existen muchos tratamientos estandarizados sobre hipnosis y los que hay sólo publican las pautas generales del uso de la misma (Mendoza y Capafons, 2009). Existen varias revisiones sobre la evidencia empírica de la hipnosis, entre ellas está la publicada en el *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis* (IJCEH, 2000, vol.48, 2) que al igual que la llevada a cabo por Wark (2008) revisan aquellos estudios que siguen los rigurosos criterios metodológicos de Chambless y Hollon (1998) (Mendoza y Capafons, 2009). El hecho de que un estudio en particular no cumpla estos criterios, no implica necesariamente que dicho tratamiento sea ineficaz, sino que se debe de seguir investigando y perfeccionando las intervenciones hasta alcanzarlos (Lynn, Kirsh, Barabasz, Cardeña y Patterson, 2000).

Siguiendo la revisión de Mendoza y Capafons (2009), sobre la evidencia empírica de la eficacia de la hipnosis clínica, afirman que los procedimientos hipnóticos parecen incrementar la eficacia de algunas intervenciones psicológicas y médicas, especialmente en el caso del **dolor**, donde es un tratamiento *eficaz y bien establecido* (Lynn, Kirsch, Barabasz, Cardeña y Patterson, 2000; Montgomery, Duhammel y Redd, 2000; Patterson y Jensen, 2003; Elkins, Jensen y Patterson, 2007; Hammond, 2007; Castel, Pérez, Sala, Padrol y Rull, 2007) así como en el manejo de la dimensión emocional en el **asma** (Pinnell y Covino, 2000; Brown, 2007). *Probablemente eficaz* en el tratamiento de la **ansiedad** (Schoenberger, Kirsch, Gearan, Montgomery y Parstynak, 1997; Van Dyck y Spinhoven, 1997; Schoenberger, 2000) y **depresión** (Alladin y Alibhai, 2007; Shih, Yang, y Koo, 2009), en el **sobrepeso** (Schoenberger, 2000), en la **deshabitación tabáquica** (Lynn, Neufeld, Rhue, y Matorin, 1993; Green, 1996; Mendoza, 2000; Elkins y Rajab, 2004; Elkins et al., 2006), en la **preparación a la cirugía** (Blankfield, 1991; Pinnel y Covino, 2000; Lang et al., 2000; Montgomery, David, Winkel, Silverstein y Bovbjerg, 2002; Huth, Broome y Good, 2004; Schnur, Kafer, Marcus y Montgomery, 2008) y la **enuresis en niños** (Edwards y Van Der Spuy, 1985). En el campo de la pediatría la investigación sobre la hipnosis está en pleno desarrollo (Gold, Kant, Belmont y Butler, 2007). Siguiendo con la revisión de Mendoza y Capafons, respecto al colon irritable, si bien hay resultados a largo plazo y dos protocolos, uno de ellos estandarizado, no hay estudios que cumplan los criterios de Chambless y Hollon (1998) para afirmar con rotundidad que es un procedimiento *posiblemente eficaz*. En oncología existen resultados clínicos prometedores, fundamentalmente para reducir los vómitos post quimioterapia (Néron y Stephenson, 2007; Schnur, Kafer, Marcus y Montgomery, 2008) Y como una parte del tratamiento multimodal del dolor oncológico, aunque es necesario realizar más estudios controlados. En odontología, dermatología, otorrinolaringología e inmunología no hay estudios concluyentes (Mendoza y Capafons, 2009)

A pesar de todo, sigue siendo necesaria la realización de estudios en los que las muestras sean más grandes y se mejoren los diseños experimentales para poder establecer la eficacia de la hipnosis clínica tanto en las áreas en la que resulta prometedora como en aquellas en donde su eficacia se basa sobre todo en la experiencia personal, como, por ejemplo, Psicología del Deporte, Sexología, Pedagogía, etc. (Mendoza y Capafons, 2009).

## Modelos de hipnosis

La hipnosis sigue envuelta en un halo esotérico y misterioso a pesar de que los estudios llevados a cabo en el ámbito de las neurociencias muestran que es un campo de investigación científica, un fenómeno que se puede entender en el marco del funcionamiento normal del cerebro (Pérez-Garrido, González-Ordi y Miguel-Tobal, 1999). Estos autores, en su investigación sobre la hipnosis, afirman que se han centrado, principalmente, en analizar las características subyacentes del proceso hipnótico. Siendo dos campos teóricos contrapuestos sobre los que se aglutina el grueso de la misma, los que la consideran como un estado alterado de conciencia distinto del estado normal de vigilia y de otros estados alterados como la ensoñación y la relajación (Hilgard, 1986; Orne, 1977 y Erickson, 1989). Y aquellos que explican el comportamiento hipnótico sin recurrir al constructo de estado de forma explícita por considerarlo engañoso; en este grupo se encuadrarían los autores cognitivo-conductuales o psicosociales como Sarbin, Barber y Spanos, (Barber y De Moor, 1972; Spanos, 1986) para los que la conducta hipnótica es sobre todo una conducta social. Ambas aproximaciones han generado concepciones muy diferentes de la hipnosis, así como estrategias de investigación también desiguales (Pérez-Garrido, González-Ordi y Miguel-Tobal, 1999).

Para el paradigma tradicional, el del estado o proceso especial, la respuesta hipnótica es cualitativa y substancialmente diferente de la no hipnótica, es producto de un estado alterado de conciencia o trance y se produce como resultado de una inducción hipnótica previa. Además, defiende que la conducta hipnótica es llevada a cabo de forma involuntaria por la persona hipnotizada y que la capacidad para ser hipnotizado, al ser un rasgo bastante estable, es poco susceptible de ser modificado (Herrero, 1999). Existe una versión débil de este paradigma en la que el trance solo se refiere a las peculiares respuestas subjetivas que acompañan a las respuestas a las sugerencias (Pérez-Garrido, González-Ordi y Miguel-Tobal, 1999). Se han dedicado muchos estudios para determinar algún índice objetivo unívoco, conductual o fisiológico, del estado hipnótico. Pero a pesar de las dificultades inherentes a este tipo de investigación (falta de criterios claros sobre lo que es un índice objetivo de un estado especial y si los efectos observables se deben al estado especial o simplemente al mecanismo de la sugestión) y de recurrir a la "hipnosis neutra", no exenta de dificultades también,

no se han encontrado índices conductuales ni fisiológicos específicos del estado hipnótico (Gruzelier, 2005). No obstante, en los últimos años, con la disponibilidad de las técnicas de neuroimagen, como la Tomografía por Emisión de Positrones (PET) y la Resonancia Magnética funcional (fMRI) han continuado las investigaciones (Oakley, 2008; Oakley y Halligan, 2009). Rainville y sus colaboradores obtienen resultados que indican que la inducción de la hipnosis provoca cambios en la actividad de los sistemas cerebrales que sirven de base a la conciencia (Rainville et al., 1999), pero en un estudio más reciente (McGeown et al., 2009) no se han replicado sus resultados (Mendoza, Lamas y Capafons, 2010).

Actualmente un enfoque distinto de la cuestión del estado, es el neurofenomenológico, que busca correlaciones entre las dimensiones básicas de la experiencia subjetiva hipnótica como son la relajación, absorción, involuntariedad y disociación y el nivel de actividad de áreas cerebrales específicas, pero no existe un acuerdo pleno en torno a cuáles son estas dimensiones básicas, si es que existen. Rainville y sus colaboradores (2002) encontraron patrones complejos y distintos de correlaciones para los autoinformes de relajación y absorción. No obstante son necesarios nuevos estudios que permitan comprobar la consistencia de estos resultados (Mendoza, Lamas y Capafons, 2010)

La llamada perspectiva cognitivo-comportamental o psicosocial de la hipnosis postula que los fenómenos hipnóticos pueden ser explicados por las mismas variables que la conducta y la experiencia no hipnótica. Considera que no hay

involuntariedad ni pérdida de control por parte del hipnotizado y defiende el automatismo o la no volición así como la posibilidad de modificar la capacidad para ser hipnotizado mediante distintos procedimientos creados para ello (Pérez-Garrido, González-Ordi y Miguel-Tobal, 1999).

Ambos paradigmas han impulsado distintos campos de investigación con resultados diferentes. Sin embargo, podemos considerar que son muy pocos los investigadores que mantienen únicamente la existencia de un estado alterado hipnótico diferente al de vigilia (González Ordi y Miguel-Tobal, 1999; González Ordi, 2001) y debido a que no se ha encontrado ningún indicador fiable del mismo y que la inducción hipnótica sólo aumenta muy sucintamente la sugestionabilidad, se ha producido un acercamiento de ambas perspectivas teóricas (Herrero, 1999); existiendo una tendencia hacia la superación de la clásica controversia bajo la concepción de la hipnosis como un conjunto de procedimientos que potencian ciertas capacidades preexistentes en los individuos. En este sentido, variables como la disociación, absorción, imaginación e implicación emocional, capacidad de relajación, focalización de la atención, flexibilidad cognitiva, actitudes, expectativas, roles y compromiso tendrían que ser tenidas en cuenta a la hora de plantear un modelo explicativo sobre la naturaleza de la hipnosis. El debate está desfasado y parece más adecuado plantear un *continuum* de posiciones que tendrían en los polos opuestos los defensores extremos de ambas posturas (González-Ordi y Miguel-Tobal, 1999; González Ordi, 2001). A continuación se describen brevemente algunos de los modelos más influyentes.

Modelo	Descripción
Modelo de la neodisociación de Ernest Hilgard.	Este modelo postula que los seres humanos tienen múltiples sistemas cognitivos capaces de funcionar simultáneamente. Estos sistemas están organizados jerárquicamente bajo el control de un sistema ejecutivo denominado “yo ejecutivo” o “estructura de control central”, encargado de controlar y formular respuestas a la experiencia subjetiva. Los subsistemas cognitivos comprenden los hábitos, los prejuicios, los intereses, las actitudes u otras capacidades latentes. En hipnosis estos sistemas pueden funcionar automáticamente, disociados unos de otros en un grado significativo. Las sugerencias hipnóticas actuarían sobre el Ego-ejecutivo creando una división en la conciencia: los actos son intencionales, pero los hipnotizados los perciben como involuntarios porque están controlados por una porción del ego separada de la conciencia (Hilgard, 1977, 1991, 1992). Hilgard (1965, 1967) considera la hipnotizabilidad como un rasgo estable de la personalidad, como una diferencia medible entre las personas (Yapko, 2008).
Modelo del estado permisivo	Este modelo pone el énfasis en los cambios fisiológicos que se producen durante la hipnosis (Rossi, 2000), otorgando especial importancia al papel pasivo del cliente, y a la comprensión de la experiencia fenomenológica de éste. Se explora la paradoja activo/pasivo según el grado de autoritarismo o permisividad del clínico (McConkey, 1986; Pekala y Kumar, 2000; Pekala, 2002) que en la relación hipnótica es la parte activa quien ejerce el control de las acciones de la otra persona y el paciente es la parte pasiva que consiente o “permite” que el clínico dirija la experiencia, por lo que la paradoja inherente a esta teoría es el papel activo de la pasividad (Yapko, 2008)
Modelo del estado alterado de conciencia.	Desde este modelo se considera la hipnosis como un estado de conciencia único y separado del estado “normal”, caracterizado por el ensimismamiento y los cambios en la percepción. Este estado se crea a través de la inducción hipnótica, que actúa alterando la conciencia de la persona haciendo que concentre su atención en las sugerencias (Barber, 1991; Nash, 1991). Se piensa que bajo este estado se produce una mayor receptividad emocional y mayor acceso a los procesos inconscientes debido a que los mecanismos de defensa bajan y la persona hipnotizada puede experimentar cosas que, en principio, exceden a sus capacidades habituales (Yapko, 2008)

Modelo	Descripción
Modelo socio-psicológico del rol	<p>El concepto tradicional de hipnosis, como un estado, es desafiado en primer lugar por Sarbin en 1950. Éste considera la hipnosis como “creer en las imaginaciones” (<i>believed in imagining</i>) y desarrolla la teoría del rol en la que establece el paralelismo entre la interacción hipnótica y un drama en miniatura en el que el hipnotizador y el sujeto hipnotizado representan roles recíprocos para seguir un guión no explícito (<i>unvoiced</i>). Esta teoría se centra en aquello que la persona hace y cómo lo hace, teniendo en cuenta el contexto inmediato y remoto en los que tiene lugar dicha actuación (Sarbin, 1977). Coe &amp; Sarbin (1991) en sus investigaciones subrayan la importancia de: (a) el conocimiento de los participantes sobre aquello que se requiere en la situación hipnótica, (b) las auto-percepciones y las percepciones relacionadas con el rol, las expectativas, las habilidades imaginativas. Y, por último, (c) las características y demandas de la situación que guían el modo en que se representa el rol (Lynn y Kirsch, 2004).</p> <p>Apoyan esta teoría diferentes investigaciones, unas centradas en el tema de si la hipnosis es estrictamente seguir instrucciones (Spanos &amp; Coe, 1992) y otras, en si las respuestas son realmente involuntarias (Lynn, Rhue &amp; Weekes, 1990). Este modelo con frecuencia se malinterpreta describiéndose en términos erróneos de “desempeño de roles”, pero como recalcó Sarbin el sujeto hipnotizado cree en las imaginaciones que conforman la base de la experiencia hipnótica y no está simplemente fingiendo estar hipnotizado (Lynn y Kirsch, 2004).</p>
Modelo socio-cognitivo o cognitivo-comportamental	<p>Theodore X. Barber (1969) influido por las teorías de Sarbin se opone pronto al concepto de estado por su circularidad lógica y desarrolla el modelo cognitivo comportamental, que es el preponderante en la actualidad. Éste pone el énfasis en el papel social pero sin olvidar el bagaje cognitivo del individuo, así como sus expectativas, creencias, actitudes y motivación y los demás factores afines que influyen en las respuestas sociales (Lynn y Sherman, 2000). En los estudios realizados entre los años 1960 y principio de 1970, Barber comprueba que participantes “altamente motivados” no-hipnotizados y participantes hipnotizados responden a las sugerencias de forma similar. Dado que las respuestas hipnóticas son relativamente frecuentes, constata que éstas no requieren de ningún estado de conciencia fuera de lo normal; siendo necesario comunicar al paciente, que se encuentra en estado de trance, antes de aplicar las sugerencias terapéuticas (Lynn y Kirsch, 2004).</p> <p>Para Barber (1961,1969) las características extraordinarias de la hipnosis no son tan extraordinarias sino que pueden ser reproducidas y parsimoniosamente explicadas a través de la manipulación de actitudes, motivaciones, expectativas y la capacidad e imaginación e implicación emocional sin que exista inducción formal previa. (González Ordi, 2006). Barber teniendo en cuenta las características interpersonales del paciente (capacidad de fantasear e imaginar) así como las características interpersonales del contexto hipnótico postula la existencia de cuatro factores que determinan el comportamiento hipnótico: a) los factores sociales que obligan al sujeto a cumplir con las sugerencias hipnóticas del hipnotizador; b) las habilidades y características del hipnotizador, como la facilidad para comunicarse, creatividad, etc; c) la eficacia del procedimiento de inducción para guiar al sujeto a pensar según las sugerencias que reciba; y d) la profundidad del significado y la fuerza de las sugerencias hipnóticas (Yapko, 2008)</p>
Modelo socio-psicológico.	<p>Spanos (Spanos, 1986; 1991; Spanos &amp; Chaves, 1989) ampliando el modelo del Rol de Sarbin y el modelo Cognitivo-Comportamental de Barber presenta el modelo socio-psicológico, que es una de las más influyentes aproximaciones teóricas contemporáneas para la comprensión de la conducta hipnótica. Este modelo se centra en la importancia de los procesos psicológicos de atribución e interpretación de las comunicaciones, conductas y expectativas; así como en las actividades dirigidas a un objetivo y en las respuestas estratégicas (imaginación y fantasías a las que se presta atención) (Lynn y Kirsch, 2004). Para Spanos la hipnosis, como cualquier otra conducta social, es una actividad dirigida a una meta, en la cual el agente es el hipnotizado que sintoniza con las demandas contextuales y guía su conducta y experiencia hipnótica en función de las interpretaciones que haga de las contingencias situacionales y de los objetivos que quiera alcanzar (Spanos, 1991). De acuerdo con Spanos, las sugerencias contienen, a menudo, estrategias que ayudan a la persona a responder adecuadamente (Barber, Spanos y Chaves, 1974; Spanos, Cobb, y Gorassini, 1985; Wagstaff, 1998). Así el participante experimenta las sugerencias como si fueran involuntarias cuando se queda absorto en un patrón de imaginaciones que denomina “fantasías dirigidas a un objetivo” (FDO) (Barber, Spanos y Chaves, 1974; Spanos, Cobb, y Gorassini, 1985; Wagstaff, 1998). Las FDO son situaciones imaginadas que en el caso de darse provocarían, de una forma involuntaria, las respuestas motoras indicadas en la sugestión (Spanos et al., 1974) pero no determinan la cantidad de sugerencias que un paciente supera, ésta depende de cómo interprete la sugestión (Lynn y Kirsch, 2004). Una aportación substancial de Spanos es cuestionar la creencia de que la sensibilidad hipnótica es similar a un rasgo de personalidad, argumentando que la estabilidad aparente de la sugestionabilidad puede ser explicada por los procesos socio-psicológicos o sea por la estabilidad en el tiempo de las actitudes, de las creencias y de la interpretación de las sugerencias hipnóticas (Gfeller, 1993; Gorassini y Spanos, 1986). Otra aportación importante de Spanos es el programa desarrollado para la modificación de la sugestionabilidad hipnótica. Este programa se basa en el aprendizaje social y habilidades cognitivas de manera que lo que se pretende es mejorar la sugestionabilidad modificando la actitud de la persona hacia la hipnosis e incrementando su implicación en las imaginaciones relacionadas con las sugerencias, así como su interpretación de las mismas. Con este programa se ha conseguido incrementar la sugestionabilidad en la mitad de los pacientes examinados (Lynn y Kirsch, 2004).</p>

Modelo	Descripción
Modelo de la Expectativa de Respuesta	Kirsch (1991, 1994, 2000) propone el modelo de la Expectativa de Respuesta que es una extensión de la teoría del Aprendizaje Social de Rotter, basada en que las expectativas pueden generar respuestas involuntarias. La expectativa de respuesta es la anticipación de una reacción automática y es la base del efecto placebo. Éste considera que la hipnosis cambia las expectativas de los clientes, pero, a diferencia del placebo, no requiere del engaño para ser eficaz. Para este autor, las inducciones hipnóticas son como placebos, y al no contener ningún ingrediente específico, ni pases con imanes o con las manos, ni relajación, sólo se requiere que el sujeto crea en el procedimiento. Kirsch considera que la expectativa de respuesta es parte de la esencia de la hipnosis y encuentra que correlaciona fuertemente con las respuestas a las sugerencias y que manipulando las expectativas del sujeto se puede modificar su sugestionabilidad (Lynn y Kirsch, 2004).
Modelo Integrador de Lynn	Lynn y Sivec (1992), defienden que las personas que responden exitosamente a las sugerencias se conducen como agentes de solución de problemas que buscan e integran la información de fuentes situacionales, personales e interpersonales. Este modelo acredita la importancia de factores como son los afectivos, relacionales y de rapport (Lynn, Weekes, Brentar, Neufeld, Zivney y Weiss, 1991) del set de respuestas y las expectativas (Lynn, Nash, Rhue, Frauman, y Sweney, 1984) de la forma en que se interpretan y procesan las comunicaciones hipnóticas, de las sensaciones y las acciones (Lynn, Snodgrass, Rhue, Nash, y Frauman, 1987) de los motivos y fantasías dinámicos (Frauman, Lynn, Hardaway y Molteni, 1984) y de las características del contexto hipnótico y los factores personales y situacionales que intervienen en la conducta hipnótica (Lynn y Kirsch, 2004).
Modelo del set de respuesta	Este modelo se basa en que gran parte de la actividad humana no está prevista, se activa de forma automática más que por una intención consciente. Así las acciones están dispuestas para la activación por los set de respuesta que incluyen esquemas o guiones de conducta, planes, intenciones y expectativas. Las expectativas de respuesta son anticipaciones de respuestas automáticas, subjetivas y conductuales que, ante claves situacionales particulares, activan respuestas automáticas en forma de profecías auto-cumplidas. Kirsch y Lynn afirman que aunque las respuestas hipnóticas pueden ser activadas automáticamente; la sugestión por sí sola no es suficiente para activarlas, es necesaria una experiencia subjetiva alterada. (Lynn, 1997; Silva & Kirsch, 1992). Es por ello que en este modelo la experiencia subjetiva juega un importante papel (Lynn y Kirsch, 2004).

## Estilo de comunicación hipnótica

Independientemente de la orientación teórica de referencia, el proceso hipnótico es una secuencia de comunicación interactiva entre el clínico y el paciente (Spanos, 1986). Si existe una buena relación de comunicación o *rapport* entre ambos, aumenta la probabilidad de generar expectativas de respuesta adecuadas en el paciente y así conseguir los objetivos terapéuticos esperados. Si el *rapport* es deficiente, existen más probabilidades de expectativas negativas y, consecuentemente el paciente será reticente a participar activamente en la hipnosis (González Ordi, 2006). A pesar de la importancia del *rapport* como factor socio-psicológico (Sheehan, 1991), existen pocos trabajos experimentales que lo estudien como un proceso mediador en las respuestas hipnóticas (Sheehan, 1991). Tampoco abunda la investigación centrada en el papel de la influencia de las actitudes y expectativas (Schoenberger, 2000) más bien se ha centrado en la relación que éstas tienen con la sugestionabilidad (De Groh, 1989). Los estudios clínicos existentes han considerado las actitudes, creencias y expectativas variables muy importantes por su capacidad de promover respuestas hipnóticas y por su relevancia en el resultado de las intervenciones a las que se adjunta la hipnosis (Barber, Spanos y Chaves, 1974; Chaves, 1999), relacionándose con una mayor mejoría de los pacientes que muestran una actitud positiva hacia la misma, al inicio de las intervenciones (Schoenberger, Kirsch, Gearan, Montgomery y Pastyrnak,

1997). Por ello la presencia de actitudes positivas y expectativas adecuadas, junto con un mínimo nivel de sugestionabilidad, pueden considerarse requisitos previos a tener en cuenta en cualquier tratamiento basado en la hipnosis (Capafons, 2001; Capafons, Alarcón, Cabañas y Espejo, 2003).

Se entiende por estilo de comunicación la forma de trasladar la información y comunicar posibilidades al paciente. Existen diversos estilos, cada uno con un nivel y modo de influir distinto, según la receptividad del paciente a la información y a las perspectivas que se le presenten. Es por tanto un factor importante en el proceso hipnótico (Barber, 2000; Barber, 1991; Zeig, 2001).

La comunicación hipnótica puede utilizar formas directas e indirectas que no son excluyentes entre sí y a las que se recurre en diversos momentos del proceso hipnótico. En la actualidad, existe el debate de cuál de ellas es clínicamente superior. Se han efectuado numerosos estudios con conclusiones diferentes, aunque es de destacar que ninguna sugestión hipnótica es válida en sí misma hasta que la persona la acepta, la integra y responde positivamente a ella (Barber, 1980; Friction y Roth, 1985; Groth-Marnat y Mitchell, 1998; Hayes y Gifford, 1997). De todas formas, la comunicación terapéutica es más efectiva cuanto más flexible sea el terapeuta y se centre en tantos canales de salida de comunicación como pueda (Zeig, 1980). Si aprovechamos selectivamente la modalidad sensorial relativa al estilo preferido por cada persona, para reunir, recopilar, rescatar y transmitir informa-

ción, podemos mejorar la comunicación hipnótica (Bandler y Grinder, 1979). Aunque la experiencia se procesa con todos los sentidos a la vez, hay personas cuya modalidad preferida es visual, otras se orientan por la experiencia auditiva, y otros tienen preferencia por la modalidad cinestésica, (Bandler y Grinder, 1979). Desde el punto de vista clínico, lo importante es determinar cuál es la modalidad dominante en un contexto determinado, principalmente en el contexto de los síntomas. De esta forma se pueden adaptar los mensajes al sistema sensorial preferido de esa persona y aumentar las probabilidades de mejorar la comunicación para solucionar su problema (Yapko, 2008).

El lenguaje que utiliza una persona espontáneamente, en especial los predicados (verbos, adverbios, adjetivos) permite conocer el estilo en que procesa la información. El lenguaje al estar estructurado básicamente a nivel no consciente, refleja los patrones de pensamiento utilizados mediante la elección de las palabras, para expresar la experiencia interior (Bandler y Grinder, 1979). No observar el lenguaje que emplea el cliente en relación a sus modalidades sensoriales dominantes, puede dar lugar a una resistencia. En un estudio realizado por Yapko (1981) se pone de manifiesto la profunda experiencia de relajación hipnótica que podían experimentar los participantes cuando la inducción hipnótica se ajustaba a su modalidad sensorial, simplemente con ajustar los predicados y reconociendo la singularidad de la persona. La experiencia de la hipnosis reside en que las emociones y experiencias sensoriales de la persona pueden incrementarse para optimizar los propios recursos que faciliten el cambio (Yapko, 2008).

### El uso de la hipnosis en el deporte<sup>2</sup>

La literatura sobre utilización de la hipnosis en Psicología está sobradamente referenciada y avalada (Mendoza y Capafons, 2009; Mendoza, Lamas y Capafons, 2010; Montgomery, David, Winkel, Silverstein, & Bovbjerg, 2002; Montgomery, Duhamel, & Redd, 2000). Sin embargo la utilización de la hipnosis como técnica de intervención en Psicología del Deporte<sup>3</sup> es mucho más reciente y con distintas perspectivas sobre la eficacia y las ventajas en su utilización (delle Chiaie et al, 2004; Unestáhl, 1973, 1975, 1982).

Stegner y Morgan (2010) consideran que ha ganado notoriedad en la mejora de la ejecución deportiva y de forma general ha sido utilizada en la mejora de la fuerza muscular (Jacobs y Gotthelf, 1986), en la mejora de la concentración

durante la competición (Naruse, 1965), disminución de la ansiedad en competición (Krenz, Gordin y Edwards, 1986), mejora de la autoconfianza (Unestáhl, 1982) o en la recuperación de lesiones deportivas (Hernández-Mendo, 1994; Ryde, 1964).

En el trabajo de London y Fuhrer (1961) se comienza señalando que existe bastante trabajos sobre los efectos de la hipnosis en la ejecución muscular, pero no hay unanimidad en los resultados. Utilizando el dinamómetro de mano como un instrumento criterio Hadfield (1923), Manzer (1934) y Wells (1947) han informado de rendimientos mejorados bajo hipnosis, mientras que los trabajos Eysenck (1941), Hottinger (1958), Mead y Roush (1949), Roush (1951) y Young (1925) han informado de que la hipnosis no mejoró el rendimiento. Estos resultados contradictorios pueden ser atribuibles a técnicas de inducción no estandarizados, mediciones poco fiables de la fuerza, instrucciones con diferente influencia motivadora y /o número inadecuado de participantes.

En la investigación de Williams (1929), con el empleo de un ergógrafo y realizando un empleo apropiado de sugestiones hipnóticas acerca de que el brazo no se cansaría, encontraron un incremento de 12 al 16% en la capacidad de mantener el brazo en una posición extendida durante la hipnosis. En el trabajo de Roush (1951) se referencia un trabajo de Eysenck realizado en 1943 donde utiliza una batería de 30 pruebas en 2 participantes y concluye que las pruebas de resistencia a la fatiga y cualquier prueba implicada parecía mostrar un mayor aumento en el rendimiento bajo hipnosis. Roush (1951) comprueba, en un grupo de participantes bajo hipnosis, un aumento significativo ( $p \leq .05$ ) en la fuerza de agarre con dinamómetro de mano, de brazo así como un aumento del tiempo que permanecen colgados en una barra. Y en sus conclusiones afirma que existen indicios para considerar que este aumento de rendimiento sea debido, probablemente, a la eliminación de influencias inhibitorias durante el estado hipnótico. (Orne, 1959).

En el trabajo de Ikai y Steinhaus (1961) se observó una mejoría de la fuerza en los grupos experimentales (tratamiento con hipnosis y farmacológico –alcohol, adrenalina y anfetamina-) en relación al grupo control (sin tratamiento), siendo el grupo sometido a hipnosis el que alcanzó un mayor incremento. En el trabajo Alman & Lambrou (1983) considera que la hipnosis mejora el rendimiento de los deportistas

También se han utilizado instrucciones verbales de carácter motivador con distintas muestras para intentar superar sus límites subjetivos de rendimiento, reenfocando las dificultades de la tarea como una ocasión para conseguir la superación personal (London y Fuhrer, 1961; Hilgard, 1965). En un trabajo clásico de Orne (1959) comprobó que un grupo de estudiantes en dos situaciones (1) bajo condiciones de hipnosis; y, (2) con instrucciones motivacionales, mantienen

2 Se pueden visualizar dos vídeos sobre hipnosis aplicada al golf en <https://www.youtube.com/watch?v=WAdqOEH7cn4> y <https://www.youtube.com/watch?v=sienKSBmePU>

3 En su biografía de Tiger Woods escrita por Londino (2010) describe cómo un psicólogo deportivo que trabajó con él siendo adolescente, uso la hipnosis para mejorar su capacidad de concentración durante el juego (Milling & Randazzo, 2016).

durante más tiempo un kilogramo con el brazo extendido en la situación.

En el trabajo de Jackson, Gass y Camp (1979) se evaluó la influencia de sugerencias de tipo motivacional en situación de hipnosis y en estado de vigilia en participantes que se encontraban en situaciones de máximo requerimiento físico. Los participantes fueron evaluados previamente en función de la sugestionabilidad hipnótica. Se distribuyeron en cuatro grupos: (1) baja sugestionabilidad con instrucciones motivacionales; (2) solo hipnosis; (3) alta sugestionabilidad con instrucciones motivacionales; y, (4) grupo con solo instrucciones motivacionales. Los resultados mostraron un aumento significativo en el grupo de solo instrucciones motivacionales y para el grupo alta sugestionabilidad e instrucciones motivacionales.

En el trabajo de Ito (1979), se obtuvieron resultados similares, se introdujeron situaciones con/sin hipnosis y con/sin instrucciones motivacionales. Inicialmente no se encontraron diferencias entre los grupos. Sin embargo, cuando los sujetos fueron divididos en grupos de alta, media y baja susceptibilidad a la hipnosis, las hipótesis fueron confirmadas. Ito concluyó que la susceptibilidad es uno de los factores más importantes en el estudio de la hipnosis y su relación con la fuerza.

En la investigación de Jacobs y Gotthelf (1986) relacionaron hipnosis, fuerza muscular y rendimiento. Concluyeron que cuando solo se aplicaba hipnosis sin usar instrucciones motivacionales, no se observaban cambios significativos en el rendimiento (Johnson, 1961, Morgan y Brown, 1983). Además consideraron que las instrucciones motivacionales eran igual de efectivas tanto con hipnosis como sin ella y que las sugerencias post-hipnóticas indicadas para el empeoramiento en el rendimiento producen cambios en la dirección esperada.

El trabajo de Milling & Randazzo (2016) realiza una revisión de 17 artículos (6 diseños controlados y 11 estudios de diseño de caso único) que los clasifica por deporte, tipo de muestra, las condiciones de intervención. De los 11 estudios revisados (p.50), en 10 hay resultados significativos en el uso de la hipnosis<sup>4</sup>.

En el estudio de Barker, Jones y Greenlees (2010) se utilizó la hipnosis para aumentar la precisión en una tarea vóleibol en pared, con un balón de fútbol que deberían golpear contra un blanco. Los jugadores de fútbol universitario que recibieron la intervención de hipnosis fueron significativamente mejor que el grupo de control de atención. Esta investigación y la Barker & Jones (2008), sugieren que la hipnosis puede ser una intervención eficaz para mejorar el rendimiento en el fútbol (Milling & Randazzo, 2016)

<sup>4</sup> Algunos de los trabajos utilizan técnicas de regresión hipnótica que como se reseña más adelante, ciertos tipos de regresión, carecen de la validez necesaria. (Capafons, 1998; Capafons, Espejo & Cabañas, 2005).

## Hipnosis y Visualización

La visualización es un tema central en Psicología del Deporte (Hernández-Mendo, 2002)<sup>5</sup>. La relación entre visualización e hipnosis es asumida por los teóricos de la hipnosis-estado y los de no-estado. La diferencia radica en su conceptualización, así para los primeros, y considerando la teoría neo-disociativa de Hilgard (1965), se considera que es la disociación la que permite la colaboración de la visualización, argumenta que la visualización facilita la reducción del dolor y la analgesia hipnótica. Sin embargo los teóricos del no-estado consideran otros factores como las actitudes positivas y las expectativas apropiadas, ambas colaborarían con la visualización y la fantasía para facilitar la respuesta hipnótica. Esta situación queda reflejada en el trabajo de Barber (1969) al señalar *"when questioned [afterward] outside of the laboratory by a person ostensibly no associated with the experiment," positively-set subjects who are given suggestions to hallucinate will state that "although they imagined the object vividly and saw it clearly in their 'mind's eye,' they knew that it was not actually present"* (p. 169). Y considera que a raíz de las investigaciones de la corriente cognitivo-conductual-sociopsicológica puede realizar varias predicciones: (1) Las personas propensas a la fantasía y a la amnesia pueden tener alucinaciones visuales y auditivas. Se producen excepciones cuando muestran resistencia a la hipnosis. (2) Las personas propensas a la fantasía recordarán las sugerencias de tener alucinaciones emitidas por el hipnotizador, mientras que las personas propensas a la amnesia, normalmente, no recordará este hecho y tenderá a creer que las alucinaciones eran reales. (3) Las personas propensas a la fantasía aceptarán que las alucinaciones fueron causadas por sus propias capacidades (fantasía) al ser estimuladas por el hipnotizador, mientras que las personas propensas a la amnesia atribuirá su alucinación a las habilidades especiales del hipnotizador. Además se han propuesto esquemas para incrementar la habilidad de visualización en hipnosis (Samuels & Samuels, 1975)<sup>6</sup>.

Se ha utilizado la hipnosis como una técnica favorecedora en la visualización de imágenes con mayor viveza y claridad (Liggett, 2000; Jara Vera y Garcés, 1995). En un libro clásico de Kunzendorf, Spanos y Wallace (1996) se abordan diversas

<sup>5</sup> Se recomienda la lectura de los trabajos de Alman & Lambrou, (1992, pp. 31-38), Korn (1988), Pylyshyn (2002), o Vealey & Forlenza (2015).

<sup>6</sup> Realiza una propuesta de ocho pasos: (1) Mira las dos dimensiones de un objeto (p.e. un triángulo), cierra e intenta visualizarlo; (2) Repite el ejercicio con un objeto tridimensional; (3) Visualiza la habitación de tu infancia; (4) Imagínate un gran objeto y muévete alrededor y a través de él; (5) Imagina un objeto tridimensional más complicado (p.e. una tetera); (6) Vuelve a visualizar la habitación y los enseres que actualmente hay en ella; (7) Visualiza la imagen de una persona; (8) Imagínate a ti mismo mirando dentro de ti.



perspectivas de esta relación.

Sanders (1967) consideró que la hipnosis facilitaba la creación de imágenes visuales. Howard y Reardon (1986) concluyeron que bajo una condición combinada de hipnosis y entrenamiento en práctica mental, obtenían resultados más significativos que otros participantes expuestos sólo a práctica mental. Liggett (2000), usando imágenes visuales durante un estado de hipnosis, evaluaron los posibles efectos sobre la flexibilidad, errores técnicos y concentración durante ejercicios de trabajo de la fuerza.

Existen algunos estudios que no encuentran resultados positivos sobre el efecto facilitador de la hipnosis sobre la capacidad de visualización (Barber y Wilson, 1977; Spanos, Ham y Barber, 1973).

Baer, (1980) trabajo con tres mujeres para mejorar su precisión en un juego de video-tenis. Las participantes jugaron alternando las condiciones de control y las experimentales en un diseño ABABAB. Durante las fases de control, las participantes jugaron en condiciones de relajación hipnótica. Antes de las fases experimentales se le dio la sugestión de ralentización del tiempo, esto permitía a las participantes imaginar la bola moviéndose más lentamente, sugiriendo que la pelota sería más fácil para devolver porque había más tiempo para responder a su movimiento. Inicialmente la primera presentación de la sugestión de desaceleración del tiempo no dio lugar a mejora de la precisión, en la segunda y la tercera de las presentaciones hubo diferencias significativas entre los períodos experimentales y los períodos de control. Baer sugirió que el tratamiento inicial de tiempo de desaceleración debe ser considerado como un estado de transición. Los autoinformes indicaron que a las participantes les pareció más fácil imaginar la pelota como desacelerada con cada presentación sucesiva de la sugestión.

### Hipnosis y ansiedad competitiva

En relación al uso de la hipnosis en el tratamiento de la ansiedad, ha recibido la calificación de *Probablemente eficaz* de acuerdo a los trabajos de Schoenberger (2000); Schoenberger, Kirsch, Gearan, Montgomery y Parstynak (1997) y Van Dyck y Spinhoven (1997). A estos trabajos hay añadir los de Krenz (1984), Naruse (1965) y Pressman (1979) que han planteado el uso de hipnosis como estrategia de afrontamiento de los niveles de ansiedad con el objetivo de optimizar la ejecución en deportistas. El uso de la hipnosis permitió un mejor control de la ansiedad en los deportistas. Además en el estudio de Naruse (1965) se utilizaron sugestiones y auto-hipnosis junto con entrenamiento autógeno y relajación en deportistas de élite para el control de los estados de ansiedad previa a la competición. Los resultados mostraron resultados positivos de estas técnicas en el control de la ansiedad precompetitiva.

En el trabajo de Krenz, Gordin y Edwards (1986) se uti-

lizó, con un grupo de atletas, la hipnosis como técnica de control en situaciones ansiógenas. Los resultados demostraron que la hipnosis era un tipo de técnica útil en el control de determinados estados ansiógenos, sin embargo este mayor control de la ansiedad no favoreció un aumento en el rendimiento respecto al grupo control.

Por el contrario, O'Donnell's (1973) desarrolló un procedimiento basado en sugestiones post-hipnóticas positivas y sugestiones en estado de vigilia para la mejora en el rendimiento competitivo en nadadores principiantes. Concluyeron que ni las sugestiones positivas posthipnóticas ni las sugestiones en estados de vigilia favorecerían el aprendizaje en habilidades acuáticas o la reducción de la ansiedad durante la competición. Newmark y Bogacki (2005), en un estudio de revisión comprobaron que la relajación, imaginación e hipnosis pueden ser útiles en el control de ciertos estímulos estresantes y distractores, en golfistas de competición. También Morgan (1995) evidenció que la relajación, la visualización y la hipnosis pueden ser de utilidad en el control de la ansiedad y de otros estresores, en buceadores que utilizan botellas de oxígeno.

### Hipnosis y mejora técnico táctica

En algún trabajo se cita la regresión hipnótica como estrategia para la mejora técnica (Pates y Maynard, 2000; Pates, Maynard y Westbury, 2001)<sup>7</sup>. Actualmente está aceptado que no hay evidencia que indique la bondad terapéutica de las regresiones hipnóticas que buscan traumas tempranos, o recuerdos disociados/reprimidos. Siendo éste otro de los mitos que se dan con frecuencia entre aquellas personas que no están al tanto de la investigación básica, o que desconfían de ella (Capafons, 1998; Capafons, Espejo & Cabañas, 2005). Por lo tanto, algunos de los trabajos en esta línea que relacionan regresión y mejora técnica carecen de la validez necesaria.

Los trabajos de Finke (1979) sobre imágenes mentales y su relación con el sistema motor son de especial interés porque ilustran la forma en la cual la visualización de imágenes pueden funcionar como percepciones reales. Esto permite explicar el funcionamiento del uso de imágenes para la mejora técnica a través del uso de la hipnosis.

<sup>7</sup> Pates y Maynard (2000) llevaron a cabo un estudio con jugadores de golf usando regresión hipnótica, para que el deportista fuera capaz de recordar con viveza su mejor actuación pasada y generalizarla en el momento actual gracias a su asociación en el momento presente con una música previamente definida. El sonido de esa música conectaba su actuación óptima pasada con una necesidad de rendimiento en una situación determinada. Mediante la aplicación de este procedimiento se consiguió una mejora en el rendimiento deportivo. Resultados parecidos siguiendo un procedimiento similar se lograron con jugadores de baloncesto (Pates, Maynard y Westbury, 2001).

En el trabajo de Ito (1979) se estudió los efectos de la hipnosis y las instrucciones post-hipnóticas sobre el tiempo de reacción de elección (CRT) combinado con una descarga eléctrica. Los resultados indicaron que se encontraron latencias RT significativamente más largas para los grupos que no recibieron instrucciones de extinción a pesar de que tenían amnesia sobre el emparejamiento de la descarga eléctrica y el CRT.

Creer y Engs (1986) realizaron una investigación con una muestra de tenistas principiantes para estudiar en qué medida el uso de la hipnosis era efectiva para mejorar errores en el gesto técnico. No obtuvieron resultados convincentes y además consideraron que el uso de la hipnosis no mejoraba el rendimiento mucho más que si se utilizaba un método de aprendizaje tradicional, como por ejemplo el aprendizaje verbal del gesto técnico.

En un estudio controlado, Schreiber (1991) se evaluó la efectividad de sugerencias hipnóticas para aumentar la confianza, concentración, y que percibieran la canasta dos veces mayor que su tamaño normal para mejorar el rendimiento de disparo durante el campeonato de baloncesto universitario. Los atletas en la condición de hipnosis alcanzaron puntuaciones acumuladas más altas durante cuatro semanas en la temporada de baloncesto frente los jugadores de la condición control, aunque no se encontraron diferencias significativas (Milling & Randazzo, 2016).

En relación a la hipnosis y lesiones deportivas, Ryde (1964) hizo uso del procedimiento hipnótico en el alivio de lesiones de grado menor o traumas menores como “codo de tenista” o “tendón de sprinters”. Encontró que a pesar de los efectos beneficiosos que el uso de hipnosis producía en el alivio de estas lesiones menores, los resultados obtenidos no diferían significativamente de los resultados usando un grupo placebo. Morton (2003), utilizó de forma efectiva, técnicas de autohipnosis para mejorar las lesiones físicas y el aumento de la motivación en el alpinismo. Cabe reparar aquí en la importancia e influencia positiva que en ocasiones el uso del placebo aporta en la mejora de ciertos síntomas físicos y psicológicos; dando a entender la influencia que puede llegar a tener la creación de expectativas (Morgan, 1972b).

En relación a los estados de ánimo En una investigación llevada a cabo por Unestahl (1982) se estudió el uso de sugerencias post-hipnóticas para favorecer situaciones de ánimo positivas y emociones adecuadas en deportistas. Los resultados mostraron que era posible cambiar algunas ideas subjetivas en los deportistas relacionadas con algunos pensamientos irracionales, pero no demostraron resultados efectivos en la mejora del rendimiento.

Como afirma Capafons (2012) *es necesaria la realización de más investigación con muestras más grandes y diseños experimentales mejorados para el establecimiento de la eficacia de la hipnosis en aquellas áreas donde los indicios son prometedores, y, más aún, en otras áreas donde la evidencia de la eficacia de*

*la hipnosis aplicada se basa más en la experiencia personal, que en la investigación controlada, como por ejemplo, la sexología, Psicología del Deporte, Pedagogía, etc* (p.17). Consideramos pues que es necesario estandarizar protocolos, publicar los procesos, y, además, en el caso de la Psicología del Deporte, salir del laboratorio.

## Estudio de casos

A continuación se describen varios casos de deportistas con los que se utilizó la hipnosis, bien para mejorar su rendimiento o bien para superar situaciones de lesiones o situaciones clínicas que impedían un normal desenvolvimiento de sus tareas deportivas. Los estudios de caso único es uno de los procedimientos reconocidos por Chambless y Hollon, (1998) para demostrar la eficacia de las terapias con apoyo empírico, para que un estudio de estas características pueda ser designado como tal, debe tener al menos tres participantes. En el trabajo de Milling & Randazzo (2016) de los 17 trabajos que se analizan 11 son de estudios de caso único (Barker & Jones, 2006; Barker & Jones, 2008; Heyman, 1987; Lindsay, Maynard, & Thomas, 2005; Pates, 2013; Pates, Cummings, & Maynard, 2002; Pates & Maynard, 2000; Pates, Maynard, & Westbury, 2001; Pates, Oliver, & Maynard, 2001; Pates & Palmi, 2002; Robazza & Bortoli, 1995), y de éstos 6 tienen más de tres participantes; en 10 de los cuales aparecen efectos positivos en el uso de la hipnosis.

En el trabajo de Stegner y Morgan (2010) aparece un estudio de casos (de un corredor, un jugador de béisbol y un ciclista) aunque en este caso no parece cumplir los criterios de Chambless y Hollon, (1998).

### Caso 1: El olímpico de los dientes rotos<sup>8</sup>

Se trata de un varón de 23 años, 74 kg de peso y 188 cm de estatura que realiza la mínima olímpica B para participar en los Juegos Olímpicos de Barcelona'92 (1'46"84 en 800 ml). Solicita los servicios de un psicólogo deportivo. Refiere niveles de ansiedad altos, falta de

concentración y de confianza. Ha practicado este deporte desde hace 8 años.

### Material

Al comienzo de la intervención se realiza una evaluación, donde además de una entrevista semi-estructurada, se utilizan los siguientes cuestionarios (Hernández-Mendo, 1994,1995):

1. **STAI:** Cuestionario de Ansiedad Estado Rasgo de Spielberg, Gorsuch y Lushene (1986). Evalúa la an-

<sup>8</sup> La denominación de los casos es un modesto homenaje a Oliver Sacks.

- siedad estado y la ansiedad rasgo. Sus resultados son: A/E(Pd=19, Pc=45), A/R (Pd=32, Pc=89)
2. **ISRA: Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad** de Tobal y Cano (1986). Proporciona información sobre los tres componentes de la ansiedad (cognitiva -C, fisiológica-F y motora-M) que permitirá determinar un nivel general de ansiedad y por ende -llegado el caso-elegir la mejor técnica de reducción de la ansiedad. Sus resultados son: C(Pd=130, Pc=85), F (Pd=85,5, Pc=90), M (Pd=112, Pc=95); siendo la Total de 327,5 y Pc=+99.
  3. **SCAT: Sport Competition Anxiety Test** de Martens, Vealy & Burton (1990). Este cuestionario permite evaluar las diferencias individuales en ansiedad rasgo en competición. En nuestro caso, se hizo uso del SCAT-A (adultos), uno de los dos formatos en que se presenta este test.
  4. **EPI: Eysenck Personality Inventory** de Eysenck y Eysenck (1990). Este test proporciona información sobre el continuo extraversión-introversión de cara a planificar la utilización de los refuerzos (Hernández Mendo, 1991). Sus resultados son: N(Pd=23, Pc=99), E (Pd=13, Pc=70), S (Pd=7, Pc=60)
  5. **IPED**<sup>9</sup>: Es un cuestionario que permite la valoración de los puntos fuertes y débiles del perfil psicológico competitivo del deportista, así como la construcción de un perfil psicológico. A partir de estos datos se planifica la intervención en el entrenamiento psicológico. Sus resultados son: AC=20/30; CAN=13/30; CAT016/30; CVI 21/30; NM=25/30; CAP=20/30; CACT=19/30.
  6. **REJILLA10**: Es una tarea psicológica que se utiliza para evaluar y entrenar la atención. Permite, además, realizar un seguimiento en la mejora de las capacidades atencionales (Hernández Mendo y Ramos, 1996).
  7. **POMS: Profile of Moode State** (McNair, Lorr y Dropleman, 1971). Es un autoinforme emocional compuesto de 65 adjetivos que tiene como objetivo evaluar

seis estados de ánimos o estados afectivos identificados como, tensión-ansiedad, depresión-melancolía, cólera-hostilidad, vigor-afectividad, fatiga-inercia, confusión-desorientación. De acuerdo con los trabajos de Morgan (1978, 1980) se puede utilizar para la selección de talentos deportivos -usado en combinación con otros cuestionarios como el IPED- y como predictor de resultados deportivos en deportistas de élite (Hernández Mendo y Ramos, 1995c, 1996).

8. **EHS-A: Escala Harvard de Susceptibilidad a la Hipnosis**, forma A (Shor y Orne, 1962). Evalúa la susceptibilidad a la hipnosis del sujeto. La puntuación alcanzada es 10/12
9. **MMPI Minnesota Multiphasic Personality Inventory** de Hathaway y McKinley(1988). El código total Welsh es 9'7138-54 26/0
10. **TEST DE LOS COLORES DE LÜSCHER** (1990)<sup>11</sup>: es una técnica proyectiva en la que sólo nos interesa valorar el agrupamiento de ciertos colores en las primeras posiciones o últimas, ya que en la evidencia empírica asevera que según se produzcan estos agrupamientos se puede predecir con cierta antelación la aparición de estados de ansiedad manifiesta y óptimas ejecuciones deportivas.

#### Procedimiento

Durante la intervención, a comienzos del mes de junio sufre un accidente de automóvil que le ocasiona múltiples contusiones, fractura de los huesos propios de la nariz y rotura de algunas piezas dentales. Como consecuencia se le aplican setenta puntos de sutura en la cara y se le diagnóstica una bursitis<sup>12</sup> en su rodilla izquierda. Se acuerda con el entrenador y el atleta realizar una intervención en crisis siguiendo el modelo de Rotella y Heyman (1991) con el objetivo de mantener sus prestaciones cercanas a las óptimas.

El uso de la hipnosis se plantea en dos fases sucesivas y con objetivos distintos. (1) En la primera fase y durante el período señalado por el médico, donde debe realizar reposo, se utilizará la hipnosis con dos objetivos distintos, siguiendo los trabajos de Ryde (1964)<sup>13</sup>, se propone la hipnosis para: (a) reducir la bursitis; y (b) para realizar, mediante visuali-

9 Este inventario está basado en una escala construida por Loehr (1990) denominada, *Psychological Performance Inventory*, PPI, y del que posteriormente se publicaran sus propiedades psicométricas (Hernández-Mendo, 2006; Hernández-Mendo, Morales-Sánchez y Peñalver, 2014). Es empleado para valorar diferentes habilidades del perfil psicológico competitivo del deportista. Constituido por 42 ítems y siete factores: (1) Autoconfianza (AC), (2) Control de Afrontamiento Negativo (CAN), (3) Control Atencional (CAT), (4) Control Visu-Imaginativo (CVI), (5) Nivel Motivacional (NM), (6) Control de Afrontamiento Positivo (CAP) y (7) Control Actitudinal (CACT). 10 En este caso se utilizan la versión informática que será publicada posteriormente (Hernández-Mendo y Ramos, 1995a; 1995b; 1996) y cuya última versión ha sido publicada recientemente (Hernández-Mendo, Martínez-Jiménez, Pastrana Brincones y Morales-Sánchez, 2012).

11 Este está compuesto de 8 fichas de colores. Cada color tienes un número asignado: 0 (beis claro), 1 (azul), 2(verde), 3 (naranja), 4 (amarillo), 5 (magenta), 6 (marrón) y 7 (negro).

12 Es la hinchazón e irritación de una bursa (bolsa), un saco lleno de líquido que actúa como amortiguador entre los músculos, los tendones y los huesos.

13 En el trabajo de Ryde (1964) se informa del uso de la hipnosis exitosamente en el tratamiento de 35 casos individuales referidos a problemas de inflamación crónica del tendón de Aquiles, contusiones de talón, esguinces, etc.

zación, el plan entrenamiento planificado. Para el objetivo (a) de reducción de la inflamación se utilizará sugerencias de color y forma, previamente pactados con el deportista (p.e. el color rojo asociado al calor y el azul asociado al frío; y, los círculos asociados a la inflamación y los rectángulos, con la base menor en horizontal, asociados a una situación de no hinchazón). En la consecución del objetivo (b) se utilizará la visualización de los entrenamientos durante la hipnosis.

(2) Durante la segunda fase, cuando comienza de nuevo a entrenar, y debido a la rotura de los dientes que le provoca dolores intensos, se utiliza la hipnosis para reducir el dolor. Se utilizan básicamente dos técnicas, la técnica de guante y la metáfora del mando de volumen para reducir paulatinamente la intensidad<sup>14</sup>.

Los resultados obtenidos contribuyeron a una reducción de los días de reposo que permitió reanudar los entrenamientos antes de lo previsto por los servicios médicos. Se comprobó, además, que el restablecimiento del perfil iceberg en el P.O.M.S. (especialmente la escala de Vigor) cursaba con una disminución de la enzima CPK<sup>15</sup> en sangre y consecuentemente el restablecimiento de su nivel de ejecución a los niveles anteriores al accidente, además de lo reportado por el atleta.

Aunque finalmente no pudo asistir a la olimpiada de Barcelona'92, posteriormente asiste a las Olimpiadas de Sidney y Atlanta, donde fue séptimo en la final de los 1.500 metros.

### Caso 2: La Saltadora de pértiga

Se trata de un mujer de 23 años, 59 kg de peso y 166 cm de estatura que realiza la mínima olímpica (4,46m en Salto con pértiga) y participa en los Juegos Olímpicos de Atenas'04. Solicita una intervención psicológica a comienzos del 2001 a raíz de una lesión. Superada la lesión continúa realizando entrenamiento psicológico hasta después de la Olimpiada de Atenas 2004.

### Material

Al inicio de la intervención se realiza una evaluación inicial con los mismos instrumentos que en el caso anterior a excepción del MMPI, siendo sus resultados los siguientes (Hernán-

dez Mendo, Fernández Jiménez, Cotilla Orellana y Alvarez Bollero, 2001):

**Tabla 1a.** Resultados de los test ISRA, EPI, EHS-A y SCAT.

	ISRA				EPI			EHS-A[*]	SCAT
	C	F	M	T	N	E	S	AC	
PD	58	41	19	118	22	9	7	12	16
PC	25	50	10	20	99	40	70		30

**Tabla 2b.** Resultados de los test STAI e IPED.

	STAI				IPED				
	A/E	A/R	AC	CAN	CAT	CVI	NM	CAP	CACT
PD	14	17	21	12	13	19	23	24	22
PC	23	25							

Con fines expositivos, la intervención se ha estructurado en dos fases. La primera (1), durante el período de la lesión, al igual que en el caso 1, se realiza una intervención siguiendo el modelo de Rotella y Heyman (1991) de intervención en crisis y el trabajo de Ryde (1964) con el objetivo de mantener sus prestaciones cercanas a las óptimas. Se trata de un esguince de tobillo y el uso de la hipnosis se plantean con las mismas técnicas y metáforas que en el caso 1. En este caso no se utilizan formas geométricas sino la imagen misma del tobillo lesionado que visualiza cambiando de color rojo, asociado al calor y la inflamación y el dolor, al color azul, asociado al frío y a la situación sin inflamación y sin dolor.

La segunda fase (2) se utiliza la hipnosis como coadyuvantes de técnicas cognitivas-comportamentales como imaginación, autoinstrucciones y detención del pensamiento<sup>16</sup>; el objetivo es optimizar sus recursos de acción técnico-tácticos, e incrementar los puntos débiles señalados en el IPED: Autoconfianza (puntuación AC=21), Control emocional de la situación (CAN=12), atención (la puntuación CAT=13), la capacidad de visualización (CVI=19).

La intervención se extiende a lo largo de 4 años hasta después de la participación de la olimpiada de Atenas, donde entra en la final y en el primer salto sufre una lesión en la columna vertebral que le obliga a retirarse en camilla. La intervención para este suceso es similar a la realizada en la primera fase.

Los resultados obtenidos de forma general son satisfacto-

14 Una explicación sobre metáforas y sugerencias aplicadas a los procesos de quimioterapia se puede encontrar en la conferencia que impartió la Dra. Elena Mendoza en el Curso Práctico de Hipnosis: Procesos Psicológicos y Deporte de la Universidad de Málaga (<http://www.hipnosis.uma.es/>) <https://www.youtube.com/watch?v=4yHegEHPoL4&feature=youtu.be>

15 La creatininfosfoquinasa CPK es un enzima que se encuentra principalmente en el corazón, en el cerebro y en los músculos esqueléticos. Cuando aparece elevado es porque estos tejidos han sufrido algún daño.

16 La recomendación de uso de esta última técnica se debió a un percance que tuvo el atleta en una competición (en la cual se le resbaló la pértiga entre las manos y sufrió una fuerte quemadura, y esta imagen estuvo presente durante varios días hasta que se le enseñó a detenerla).

rios considerando las declaraciones de la atleta<sup>17</sup> y su secuencia de resultados:

**Tabla 3.** Resultados competiciones

FECHA/LUGAR	RESULTADOS
04/05/2001. Salamanca	3.75 m
23/05/2001. Málaga	3.90 m
31/05/2001. Málaga	4.05 m
08/06/2001. Sevilla	
09/06/01. Málaga	3.81 m
23/06/2001. Vaasa (Finlandia)	4.10 m
04/07/2001 Mataró	4.15 m
07/07/2001 Girona	4.00 m
11/07/2001 Málaga	4.20 m
13/07/2001 Salamanca	4.21 m
22/07/2001 Valencia (Campeonato de España)	4.01 m
28/07/2001 Málaga	4.05 m
18/08/2001 San Sebastián	4.10 m
20/08/2001 Pekín	4.10 m
11/09/2001 Túnez (Juegos Mediterráneos)	4.10 m (Medalla de Oro)
2002. Campeonato Europeo de Atletismo. Munich, Alemania	4,15 m.
2002. Copa del Mundo de Atletismo. Madrid, España	4,30 m.
2001. Campeonato Europeo de Atletismo en Pista Cubierta. Viena, Austria	4,20 m.
2004. Campeonato Iberoamericano de Atletismo. Huelva, España	4,10 m.
2004. Campeonato Mundial de Atletismo en Pista Cubierta. Budapest, Hungría	4,30 m.
2004. Enero. Valencia	4,40 m
2004. Febrero. Zaragoza	4,46 m
2004. Atenas	Entra en la final

### Caso 3: La corredora que vomitaba

Este caso es atípico tanto por el tiempo que abarca (10 años) como por su estructura, se trata de dos intervenciones cortas

17 Una de las declaraciones textuales es: "Usted tiene un psicólogo. ¿Es importante?/Me ayuda a competir mejor./Se tumba usted en un diván y comienzan a hablar... ¿De qué?/ No hay que caer en los estereotipos de la tele. No hay diván. Se trata de controlar el nivel de ansiedad y de visualizar la prueba, sobre todo. Hay sesiones de hipnosis. Me ayuda mucho./Quiere decir que en esas sesiones se queda dormida, hipnotizada?/La sensación es la de quedarse como dormida, sí, pero no del todo. Desde luego, después me acuerdo de pocas cosas." [http://masdeporte.as.com/masdeporte/2004/08/03/polideportivo/1091570696\\_850215.html](http://masdeporte.as.com/masdeporte/2004/08/03/polideportivo/1091570696_850215.html)

relativas a trastornos en conductas alimenticias. La alteración de conductas alimenticias es un problema de relativa frecuencia en deportistas de élite. Más del 60% de las mujeres deportistas profesionales experimentan un trastorno de la conducta alimentaria

Se trata de un mujer que cuando solicita por primera vez los servicios de un psicólogo deportivo tiene 28 años, 49 kg de peso y 177 cm. Informa de vómitos previos a la competición que pueden comenzar 4 días antes, cada vez que piensa en la carrera. Presenta alteraciones en el esmalte dental y excesiva delgadez. Informa de alteraciones en el tracto digestivo.

### Material

Se realiza una evaluación de la ansiedad:

1. **STAI: Cuestionario de Ansiedad Estado Rasgo** de Spielberg, Gorsuch y Lushene (1986). Sus resultados son: A/E(Pd=34, Pc=90), A/R (Pd=32, Pc=89)
2. **ISRA: Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad** de Tobal y Cano (1986). Sus resultados son: C(Pd=131, Pc=85), F (Pd=86,5, Pc=91), M (Pd=112, Pc=95); siendo la Total de 329,5 y Pc=+99.

### Procedimiento

Se evalúa la susceptibilidad con unas preguntas y un ítem de la Escala Harvard (ítem V – Dedos entrecruzados). La hipnosis se utilizó como técnica coadyuvante de una desensibilización sistemática a un solo ítem (Krapfl y Nawas, 1970), la visualización previa de la competición. Debido a la alta susceptibilidad que presenta, se realiza una hipnosis rápida y se dan sugerencias de calma y tranquilidad. A continuación se le pide que visualice la carrera manteniendo las sensaciones de calma y tranquilidad, y que estas sensaciones van a estar presentes durante la visualización y también durante la carrera. Este ejercicio, incluida la inducción hipnótica rápida, se realiza varias veces, hasta asegurarse –por lo que informa la deportista- que no aparece ningún indicio de ansiedad o de provocación del vomito. Este trabajo se extiende a la largo de 6 sesiones. La atleta solo reporta un suceso de vomito en la 4 sesión. La conducta desaparece y no hubo ningún suceso de vomito hasta la fecha según la información suministrada por la atleta.

La segunda intervención corta transcurre 10 años después de la primera. En este momento está casada y tiene dos hijas. No ha vuelto a presentar ninguna conducta de vomito previo a la competición. Está cambiando de modalidad deportiva de carreras en pista ha pasado a carreras de montaña y, de ésta, a *ultra-trail*. Informa que es incapaz de beber agua durante la competición y que cuando lo hace vomita. Esta situación es incompatible con la posibilidad de competir en esta modalidad debido a la necesidad de hidratarse constan-

temente. En este caso la hipnosis se utiliza para facilitar la visualización de la propia atleta bebiendo agua y modificar las expectativas con respecto a la conducta de beber agua. Se realizan 8 sesiones. Se utiliza siempre técnicas de inducción rápida con visualización de las distintas competiciones en las que participa y fijación de expectativas relativas a sus propias emociones y sensaciones, y referidas a las conductas objeto del trabajo. Se utilizan sugerencias posthipnóticas de activa-

ción (p.e. “cuando estés en la línea de salida te vas a sentir con la energía y la activación suficientes para estar bien sin estar nerviosa”). En todos los casos las imágenes, las metáforas y las sugerencias posthipnóticas son pactadas con la deportista. La última sesión se hace coincidir con los días previos al ultratrail del Montblanc donde queda en el puesto 92 y primera de su categoría.

Tabla 5. Resultado del Ultra trail del Mont Blanc



#### Caso 4: El futbolista que se olvidó de marcar goles

Se trata de un varón de 26 años, 64 kg de peso y 178 cm de estatura, jugador de fútbol profesional cuya demarcación habitual es de medio centro. Solicita los servicios del psicólogo de su equipo. Informa que la temporada 2005-2006 no marco ningún gol y en la 2004-2005 alcanzó su promedio habitual de 3 goles (ver tabla nº 7). Se realiza una entrevista y no se aprecian datos que deban ser valorados mediante cuestionarios.

En este caso se utiliza la hipnosis para facilitar e intensificar la visualización de las acciones técnico-tácticas que debe realizar en su demarcación (estas son acordadas previamente con el entrenador y aceptadas por el futbolista, ver tabla nº6). Se utilizan diversas estrategias de inducción rápida (p.e. descenso de las escaleras de González Ordi, 2001; o rotura de patrones en Yapko, 2008). Se realizan una sesión semanal durante la primera vuelta de la liga de fútbol profesional española del

2006/2007 (Hernández-Mendo y Morales-Sánchez, 2010).

Los resultados obtenidos, como se puede comprobar en la tabla nº7, son muy positivos, no solamente fue el año que más goles marcó (8), sino que en el partido Lorca vs. Polideportivo Ejido (Jornada 26 de 24-25 de febrero del 2007) hace un *bat-trick*<sup>18</sup> (minutos 30', 59' y 64')<sup>19</sup>.

<sup>18</sup> Estos goles se pueden visualizar en <https://www.youtube.com/watch?v=zZ1V06iF8LI>

<sup>19</sup> Existe un estudio similar (Barker y Jones, 2008) que realizan una intervención con un jugador de fútbol profesional. Después de recibir la intervención, mejora en su percepción subjetiva. Sin embargo, la falta de un objetivo medido de rendimiento hace que sea imposible saber si hubo mejoras reales en juego.

**Tabla 6.** Tabla de visualización para el jugador

Puesto	Sugestiones-Visualizaciones
PUNTA	- <b>En ataque</b> , verse en una situación de 1x1 con portero y otros jugadores y elegir bien la zona de tiro y ejecutarlo con precisión.
	- <b>En defensa</b> , posicionarse ante un saque de banda en medio campo.
	- Situación de centro y remate ejecutando tiro con precisión.
	- Situación de tiro fuera del área, ejecutando con precisión.
	- Visualizar el último centro a un compañero.
	- Visualizar una buena posición para no incurrir en fuera de juego ante la provocación del contrario.
	- Visualizar posición en estrategia defensiva de G.F.L. (Golpe Franco Lateral), G.F.F. (Golpe Franco Frontal) y córner.

**Tabla 7.** Tabla por temporada con expresión de partidos jugados y goles. Como se puede apreciar la temporada 2006/07 juega casi los mismos partidos que la temporada 2005/05, pero en 06/07 marca 8 goles frente a 3 de 04/05.

Temporada	Club	Liga	Partidos	Goles	Copa	Goles
1999/00	Sevilla FC B	Segunda División B	11	1		
1999/00	Sevilla FC	Primera División	19	1	0	0
2000/01	Sevilla FC	Segunda División	19	2	1	0
2001/02	Sevilla FC	Primera División	26	3	1	0
2002/03	Sevilla FC	Primera División	27	0	4	0
2003/04	Sevilla FC	Primera División	2	0	0	0
2003/04	UD Almería	Segunda División	20	3		
2004/05	Poli Ejido	Segunda División	38	3	0	0
2005/06	Poli Ejido	Segunda División	31	0	0	0
2006/07	Poli Ejido	Segunda División	39	8	2	0
2007/08	CD Castellón	Segunda División	33	1	1	0
2008/09	CD Castellón	Segunda División	13	0	3	0
2009/10	SD Ponferradina	Segunda División B	-	-	-	-
2010/11	SD Ponferradina	Segunda División	-	-	-	-

## Discusión

El interés por la hipnosis se ha incrementado en los últimos años y ha logrado introducirse oficialmente en los laboratorios de psicología experimental, en la práctica de la psicología clínica, así como en los temas de interés de la neurofisiología, neurociencia cognitiva, psicología del deporte y en la medicina en general. Actualmente constituye un campo de estudio con una gran cantidad de investigación tanto en el plano teórico como en el experimental (González-Ordi, 2006). Clínicos e investigadores han ofrecido a lo largo de los años perspectivas diferentes sobre las características del fenómeno de la hipnosis intentando cada una de ellas dar explicación a los puntos conflictivos existentes (si la hipnosis provoca alteraciones significativas en el procesamiento de la información, cómo explicar el comportamiento involuntario típico de las respuestas hipnóticas y en qué grado la hipnotizabilidad es estable o modificable) (Lynn y Rhue, 1991). Aunque continúan muchos de estos temas sin estar resueltos, gracias al incremento de las investigaciones y a la observación clínica han ido

aumentando las áreas de acuerdo entre todos los estudiosos y teóricos de la hipnosis (González-Ordi, 2006).

Asimismo, debido a la cantidad de paradigmas que se han producido a lo largo de su historia, han surgido multitud de definiciones, cada una con sus peculiaridades y elementos de verdad, pero todas con un alcance limitado. Ha sido por ello necesario establecer una definición “neutral” y consensuada como es la propuesta por la División 30 (Society of Psychological Hypnosis) de la American Psychological Association (APA, 2004) que ha sido aceptada por la mayoría de las asociaciones de hipnosis (Mendoza, Lamas y Capafons, 2010).

La investigación clínica indica que la hipnosis es más que una moda pasajera al bagaje clínico de las herramientas psicoterapéuticas (Capafons y Mendoza, 2010), y un número importante de profesionales de la salud mental emplea la hipnosis regularmente (Kraft & Rodolfa, 1982; Rhue, Lynn, & Kirsch, 1993). Los metaanálisis revisados han demostrado que adjuntar la hipnosis a los tratamientos cognitivo-comportamentales y psicodinámicos hace que se mejore sustancialmente su eficacia. Asimismo, existe evidencia bien establecida

de su eficacia en el manejo del dolor y evidencia aceptable en la depresión, los trastornos del sueño, la obesidad, el asma, el tabaquismo y la enuresis infantil.

El campo de la hipnosis irá evolucionando a través de tensiones teóricas y acercamientos entre las teorías rivales, alimentando el extenso campo de la Psicología, favoreciendo nuevas percepciones cognitivas, conductuales y relacionales de la experiencia humana (Lynn y Kirsch, 2004).

La utilización de la hipnosis en Psicología del Deporte presenta, en algunos casos, resultados contradictorios. No obstante, considerando las áreas donde ha demostrado ser eficaz y bien establecido siguiendo las propuestas de Chambless y Hollon, (1998), por ejemplo en el tratamiento del dolor (Lynn, Kirsch, Barabasz, Cardeña y Patterson, 2000; Montgomery, DuHammell y Redd, 2000; Patterson y Jensen, 2003; Elkins, Jensen y Patterson, 2007; Hammond, 2007; Castel, Pérez, Sala, Padrol y Rull, 2007). También en el tratamiento de la ansiedad ha sido considerado *Probablemente eficaz* en el (Schoenberger, Kirsch, Gearan, Montgomery y Parstynak, 1997; Van Dyck y Spinhoven, 1997; Schoenberger, 2000) y depresión (Alladin y Alibhai, 2007; Shih, Yang, y Koo, 2009). Estas dos áreas son de gran importancia en Psicología del Deporte. Es evidente que se necesitan más es-

tudios y más rigurosos en la línea de lo propuesto por Capafons (2012, p.17).

En el trabajo de Milling & Randazzo (2016) sugieren que la hipnosis es eficaz en la intervención para mejorar el rendimiento en el baloncesto (Pates et al., 2002, Pates, Maynard, y Westbury, 2001; Schreiber, 1991) y golf (Pates, 2013; Pates y Maynard, 2000; Pates, Oliver, y Maynard, 2001). La hipnosis también parece mostrar eficacia en la mejora de fútbol (Barker et al., 2010) y las habilidades de bádminton (Pates y Palmi, 2002). Finalmente, hay pruebas preliminares de que la hipnosis puede ser útil para mejorar el rendimiento en el cricket (Barker y Jones, 2006), levantamiento de pesas (Howard y Reardon, 1986), así como actividades deportivas como tiro con arco de precisión (Robazza y Bortoli, 1995) y la precisión de tiro (Jalene y Wulf, 2014).

También debería ser considerado *posiblemente eficaz* en la optimización del rendimiento en natación de aguas abiertas (Hernández-Mendo, Morales-Sánchez y López-Pérez, 2013), en algunas modalidades de atletismo (Hernández-Mendo, 1994, 1995; Hernández-Mendo, Fernández Jiménez, Cotilla Orellana y Alvarez Bollero, 2001) y en la mejora de la eficacia goleadora en el fútbol (Hernández-Mendo y Morales Sánchez, 2010).

## Referencias

- Alladin, A., & Alibhai, A. (2007). Cognitive hypnotherapy for depression: An empirical investigation. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 55, 147-166.
- Alman, B. M. & Lambrou, P. T. (1992). *Self-Hypnosis. The Complete Manual for Health and Self-Change*. New York: Bruner Mazel.
- Alman, B.M. & Lambrou, P. T. (1983). *Self-Hypnosis. A complete manual for health and self-change*. San Diego, CA: International Health Publications.
- American Psychological Association (Society of Psychological Hypnosis) (2004). Division 30' new definition of hypnosis. *Psychological Bulletin*, 13,13.
- Baer, L. (1980). Effect of a time-slowing suggestion on performance accuracy on a perceptual motor task. *Perceptual and Motor Skills*, 51, 167-176.
- Bandler, R. y Grinder, J. (1979). *Frogs into princes*. Real People Press, Moab, UT. (*De sapos a príncipes: transcripción del seminario de los creadores de la PNL*. Madrid: Gaia.)
- Barber, J. (1980) Hypnosis and the un hypnotizable. *American Journal of clinical hypnosis*, 23, 4-9
- Barber, J. (1991). The locksmith model: Accesing hypnotic responsiveness. En S. Lynn and J. Rhue (Eds), *Theories of hypnosis: Current models and perspectives*. Guilford, New York, pp. 241-244.
- Barber, T.X., (1969). *Hypnosis: A scientific approach*, Van Nostrand Reinhold, New York
- Barber, T.X., (2000). A deeper understanding of hypnosis: Its secrets, its nature, its essence. *American Journal of Clinical Hypnosis* 42, 208-72.
- Barber, T.X., Spanos, N., & Chaves, J. (1974). *Hypnotism, imagination and human potentialities*. New York: Pergamon.
- Barber, T.X. (1961). Physiological effects of "hypnosis". *Psychological Bulletin*, 53, 390-419.
- Barber, T.X. y De Moor W. (1972). A theory of hypnotic induction procedures. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 15, 112-135.
- Barber, T.X. y Wilson, S.C. (1977). Hypnosis, suggestions and altered states of consciousness: Experimental evaluation of the new cognitive-behavioral theory and the traditional trance-state theory of "hypnosis". *Annals of the New York Academy of Science*, 296, 34-47.
- Barker, J. B., & Jones, M. V. (2006). Using hypnosis, technique refinement, and self-modeling to enhance self-efficacy: A case study in cricket. *The Sport Psychologist*, 20, 94-110.
- Barker, J. B., & Jones, M. V. (2008). The effects of hypnosis on self-efficacy, affect, and soccer performance: A case study. *Journal of Clinical Sport Psychology*, 2, 127-147.
- Barker, J., Jones, M., & Greenlees, I. (2010). Assessing the immediate and maintained effects of hypnosis on self-efficacy and soccer wall-volley performance. *Journal of Sport & Exercise Psychology*, 32, 243-252
- Blankfield, R.P. (1991). Suggestion, relaxation, and hypnosis as adjuncts in the care of surgery patients: A review of the literature. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 33, 1782-1786.
- Brown, D. (2007). Evidence-Based Hypnotherapy for Asthma: A Critical Review. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 55, 220-249.
- Camino, A., Gibernau, M., (2009). Aportaciones de la Hipnosis Eriksoniana a la terapia familiar. *Apuntes de Psicología*, 27 (2-3), 219-234.
- Capafons, A. (1998). Hipnosis clínica: Una visión cognitivo-comportamental. *Papeles del Psicólogo*, 69, 71-88.
- Capafons, A. (1999). La hipnosis despierta setenta y cuatro años después. *Anales de psicología*, 15(1), 77-88.
- Capafons, A. (2001). *Hipnosis*. Edt. Síntesis. Madrid
- Capafons, A. (2012). *Hipnosis* (2ªEd.). Edt. Síntesis. Madrid
- Capafons, A. Alarcón, A., Cabañas S., y Espejo, B. (2003). Análisis factorial exploratorio y propiedades psicométricas de la Escala de



- Creencias y Actitudes hacia la hipnosis-cliente. *Psicothema*, 15 (1), 143-147.
26. Capafons, A., y Amigó, S. (1993). Hipnosis y terapia de auto-regulación. En F.J. Labrador, J.A. Cruzado & M. Muñoz (Eds.), *Manual de técnicas de modificación y terapia de Conducta* (pp. 457-476). Madrid: Pirámide.
  27. Capafons, A., Espejo, B., & Cabañas, S. (2005). Creencias que pueden impedir que la hipnosis sea una técnica útil para la salud: un estudio exploratorio con muestra cubana (Beliefs that may prevent hypnosis from being a useful technique for the health: An exploratory study with a Cuban sample). *Revista del Hospital Psiquiátrico de la Habana*, 2, [http://www.psiquiatricohph.sld.cu/revista/portal\\_revph.htm](http://www.psiquiatricohph.sld.cu/revista/portal_revph.htm)
  28. Capafons, A., Lamas, J.R., y Lopes-Pires, C. (2008). Hipnosis. En F.J. Labrador (Ed.), *Técnicas de modificación de conducta* (pp. 593-614). Madrid: Pirámide.
  29. Castel, A., Pérez, M., Sala, J., Padrol, A., & Rull, M. (2007). Effect of hypnotic suggestion on fibromyalgic pain: Comparison between hypnosis and relaxation. *European Journal of Pain*, 11, 463-468.
  30. Chambless, D. L. y Hollon, S. D. (1998). Defining empirically supported therapies. *Journal of consulting and Clinical Psychology*, 66, 7-18.
  31. 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.
  32. Coe, W. C., & Sarbin, T. R. (1991). Role theory: Hypnosis from a dramaturgical and narrational perspective. En S. J. Lynn & J. W. Rhue (Eds.), *Theories of hypnosis: Current models and perspectives* (pp. 303-323). Nueva York: Guilford Press.
  33. Creer, H. y Engs, R. (1986). Use of progressive relaxation and hypnosis to increase tennis skill learning. *Perceptual and Motor Skills*, 63, 162-165.
  34. Delle Chiaie, R., D'Ippolito, A., Gramaccioni, G., Polani, D., Reda, M. A., Régine, F., Robazza, C. y Sacco, G. (2004). El control de las emociones. En S. Tamorri (Ed.), *Neurociencias y deporte: Psicología Deportiva, procesos mentales del atleta* (pp. 183-220). Barcelona: Paidotribo.
  35. 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). Nueva York: Prometheus Books.
  36. Edmonston, W.E. (1986). *The induction of hypnosis*. New York: John Wiley y Sons.
  37. Edwards, S.D., & van der Spuy, H.I. (1985). Hypnotherapy as a treatment for enuresis. *Journal of Child Clinical Psychology, Psychiatry and Allied Health Disciplines*, 26, 161-170.
  38. Elkins, G., & Rajab, M.H. (2004). Clinical hypnosis for smoking cessation: Preliminary results of a three-session intervention. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 52, 73-81.
  39. Elkins, G., Jensen, M.P., & Patterson, D.R. (2007). Hypnotherapy for the management of chronic pain. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 55, 275-287.
  40. Elkins, G., Marcus, J., Bates, J., Rajab, M.H., & Cook, T. (2006). Intensive hypnotherapy for smoking cessation: A prospective study. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 54, 303-315.
  41. Erickson, M. (1989). Ciertos Principios en la Hipnosis Medica. *Rev. Ib. Am. de Sofrología* VIII.3.192.
  42. Eynsenk, H. y Eysenck, S. (1990). *Eysenck Personality Inventory (EPI)*. Madrid: TEA.
  43. Eysenck, H. J. (1941). An experimental study of the improvement of mental and physical functions in the hypnotic state. *Brit. J. med. Psychol.*, 18, 304-316.
  44. Fernández García, R., Fidalgo Aliste, A. M., Zurita Ortega, F., García Montes, J. M., Sánchez, Sánchez, L. (2009). Efectos de la hipnosis en la mejora de variables físicas y psicológicas en el contexto del deporte. *Portales médicos* <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/1389/1/Efectos-de-la-hipnosis-en-la-mejora-de-variables-fisicas-y-psicologicas-dentro-del-contexto-del-deporte> [Consulta 21 de agosto 2011].
  45. Finke, R. A. (1979). The Functional Equivalence of Mental Images and Errors of Movement. *Cognitive Psychology*, 11, 235-264
  46. Flammer, E. y Bongartz, W. (2003). On the efficacy of Hypnosis. A meta-analytic study. *Contemporary Hypnosis*, 20, 179-197.
  47. Frauman, D., Lynn, S.J., Hardaway, R., y Molteni, A. (1984). Effects of subliminal symbiotic activation on hypnotic rapport and susceptibility. *Journal of Abnormal Psychology*, 93, 481-483.
  48. Friction, J. y Roth, P. (1985). The effects of direct and indirect hypnosis suggestions for analgesia in high and low susceptible subjects. *American Journal of Clinical Hypnosis* 27, pp. 226-231.
  49. Gfeller, J. D. (1993). Enhancing hypnotisability and treatment responsiveness. En J. W. Rhue, S. J. Lynn, y I. Kirsch (Eds.), *Handbook of Clinical Hypnosis*, pp. 235-250. Washington, DC: American Psychological Association.
  50. Gold, J.I., Kant, A.J., Belmont, K.A., & Butler, L. (2007). Practitioner review: Applications of pediatric hypnosis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48, 744-754.
  51. González Ordi, H. (2001). *La hipnosis: mitos y realidades*. Eds. Aljibe. Archidona (Málaga).
  52. González Ordi, H. (2006). Hipnosis clínica: aplicaciones de las técnicas de sugestión en psicología clínica y de la salud. *Psicología Conductual*, 14 (3), pp. 467 - 490.
  53. González Ordi, H. y Miguel-Tobal, J. J. (1999). Características de la sugestionabilidad y su relación con otras variables psicológicas. *Anales de Psicología*, 15(1), pp.57-75.
  54. González Ordi, H.; Miguel-Tobal, J.J. y Tortosa, F. (1992). ¿Es la hipnosis un estado alterado de consciencia?: raíces históricas de una controversia. *Revista de Historia de la Psicología*, 13, 51-74.
  55. Gorassini D. R., y Spanos, N. P. (1986). A social-cognitive skills approach to the successful modification of hypnotic susceptibility. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, pp.1004-1012.
  56. Green, J.P. (1996). Cognitive-behavioral hypnotherapy for smoking cessation: A case study in a group setting. In S.J. Lynn, I. Kirsch, & J.W. Rhue (Eds.), *Casebook of Clinical Hypnosis*. Washington, D.C.: American Psychological Association.
  57. Groth-Marnat, G. y Mitchell, K. (1998). Responsiveness to direct versus indirect hypnotic procedures: The role of resistance as a predictor variable. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*. XLVI, 4, 324-333.
  58. Gruzelier, J.H. (2005). Altered states of consciousness and hypnosis and the twenty-first century. *Contemporary Hypnosis*, 22, 1-7.
  59. Hadfield, J. A. (1923). *The psychology of power*. New York. Mcmillan.
  60. Hammond, D.C. (2007). Review of the efficacy of clinical hypnosis with headaches and migraines. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 55, 207-219.
  61. Hathaway S. & Mckinley J. *Manual del MMPI: Investigaciones y publicaciones psicológicas*. 6ª Ed. Madrid: TEA; 1988.
  62. Hayes, S. y Gifford, E. (1997). The trouble with language: Experimental avoidance, rules and the nature of verbal events. *Psychological Science*, 8, 170-174.
  63. Hernández Mendo, A. y Ramos, R. (1995c). Informatización del *Profile of Moode States* de McNair, Lorr y Dropleman (1971). *Aplicaciones. Revista de Psicología del Deporte*, 7-8, 31-50.
  64. Hernández-Mendo, A. (1994). Atención psicológica o deportista lesionado estudio dun caso. *Cadernos de Psicología*, 16, 40-45.
  65. Hernández-Mendo, A. (1995). Líneas de intervención psicológica en el deporte de alto rendimiento: (II) Intervención con mediofondistas. *Revista Galega de Psicopedagogía*, 12(8), 127-148.
  66. Hernández Mendo, A. (2002). Imágenes mentales y deporte. En J. Dosil, *Psicología y Rendimiento Deportivo* (pp.83-102). Ourense: Gersam.

67. Hernández-Mendo, A. (2006). Un cuestionario para la evaluación psicológica de la ejecución deportiva: estudio complementario entre TCT y TRI. *Psicología del Deporte*, 15(1), 71-93.
68. Hernández-Mendo, A. y Morales Sánchez, V. (2010). Psicología y fútbol profesional: caracterización de un reto pendiente. *Apuntes de Psicología*, 28(2), 237-262.
69. Hernández-Mendo, A. y Ramos, R. (1995a). Aplicación informática para evaluación y entrenamiento de la atención en psicología del deporte. *Psicothema*, 7(3), 527-529.
70. Hernández-Mendo, A. y Ramos, R. (1996). *Introducción a la informática aplicada a la psicología del deporte. herramientas informáticas de uso en las ciencias del deporte*. Madrid: Ra-Ma.
71. Hernández-Mendo, A. y Ramos, R. (1995b). Informatización de la evaluación y entrenamiento de la atención. *Anales de Psicología*, 11(2), 183-191.
72. Hernández-Mendo, A., Martínez-Jiménez, M. A., Pastrana Brincones, J. L. y Morales-Sánchez, V. (2012). Programa informático para evaluación y entrenamiento de la atención. *Revista Iberoamericana de Psicología del Ejercicio y el Deporte*, 7(2), 339-358.
73. Hernández-Mendo, A., Morales-Sánchez, V. y López-Pérez, A.A. (2013). Efectividad de una intervención psicológica con nadador de aguas abiertas *Avances de la Psicología del Deporte en Iberoamerica*, 2(1), 31-46.
74. Hernández-Mendo, A., Morales-Sánchez, V. y Peñalver, I. (2014). Replicación de las propiedades psicométricas del inventario psicológico de ejecución deportiva. *Revista de Psicología del Deporte*, 23(2), 311-324.
75. Hernández-Mendo, A., Fernández Jiménez, A., Cotilla Orellana, I. y Alvarez Bollero, N. (2001). Intervención psicológica con una saltadora de pértiga. *Lecturas: EF y Deportes. Revista Digital*, 43, diciembre. <http://www.efdeportes.com/efd43/pertiga.htm> [Consulta: 10 de diciembre de 2001].
76. Herrero, M. (1999). *Un programa basado en la auto-regulación emocional como estrategia de intervención para la fobia a viajar en transporte aéreo*. Tesis Doctoral no publicada. Facultad de psicología. Universidad de La Laguna
77. Heyman, S. R. (1987). Research and interventions in sport psychology: Issues encountered in working with an amateur boxer. *The Sport Psychologist*, 1, 208-223.
78. Hilgard, E.R. (1991). A neodissociation interpretation of hypnosis. En S.J. Lynn & J.W. Rhue (Eds). *Theories of hypnosis: Current models and perspectives* (pp. 83-104). New York: The Guilford Press.
79. Hilgard, E.R. (1977). *Divided consciousness: Multiple controls in human thought and action*. New York: John Wiley.
80. Hilgard, E.R. (1965). *Hypnotic susceptibility*. New York: Harcourt Brace and World.
81. Hilgard, E.R. (1967) Individual differences in hypnotisability. J. Gordon (Ed.), *Handbook of clinical experimental hypnosis*. Macmillan, New York, pp. 391-443.
82. Hilgard, E.R. (1986). *Divided Consciousness: Multiples controls in human thought and action*. New York: Wiley.
83. Hilgard, E.R. (1992). Dissociation and theories of hypnosis. En E. From and M. Nash (Eds), *Contemporary hypnosis research*, Guilford, New York, pp. 69-101.
84. Hottinger, J. A. (1958). The effect of waking and hypnotic suggestions on strength. Unpublished Masters Thesis: University of Illinois.
85. Howard, W.L. y Reardon, J.P. (1986). Changes in the self-concept and athletic performance of weight lifters through a cognitive-hypnosis approach: An empirical study. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 28, 248-257. <http://dx.doi.org/10.1080/00029157.1986.10402661>
86. Huth, M.M., Broome, M.E., & Good, M. (2004). Imagery reduces children's postoperative pain. *Pain*, 110, 439-448.
87. Ikai, M. y Steinhaus, A. (1961). Some factors modifying the expression of human strength. *Journal of Applied Physiology*, 16, 157-163.
88. Ito, M. (1979). The differential effects of hypnosis and motivational suggestions on muscular strength. *Japanese Journal of Physical Education*, 24, 93-100.
89. Jackson, J.A., Gass, G.C. y Camp, E.M. (1979). The relationship between posthypnotic suggestion and endurance in physically trained subjects. *The International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 27, 278-293.
90. Jacobs, S.B. y Gotthelf, C. (1986). Effects of hypnosis on physical and athletic performance. En F.A. DePiano y H.C. Salzberg (Eds.), *Clinical applications of hypnosis* (pp. 89-98 ). Norwood, NJ: Ablex.
91. Jara Vera, P. y Garcés, E. (1995). La hipnosis en psicología del deporte. *Revista de Psicología del Deporte*, 7-8, 73-8
92. Johnson, W.R. (1961). Hypnosis and muscular performance. *Journal of Sports Medicine and Physical Fitness*, 1, 71-79.
93. Kihlstrom, J.F. (1998). Hypnosis and the psychological Unconscious. *Encyclopedia of mental health*, 2, pp. 467-477.
94. Kirsch, I. (1991). The social learning theory of hypnosis. S. Lynn and Rhue (Eds), *Theories of hypnosis: Current models and perspectives*. Guilford, New York, pp. 439-466.
95. Kirsch, I. (1994). Clinical hypnosis as a non deceptive placebo: Empirically derived techniques. *American Journal of Clinical Hypnosis* 37, pp. 95-106.
96. Kirsch, I. (2000). The response set theory of hypnosis, *American Journal of Clinical Hypnosis*, 42, pp. 274-293.
97. Korn, E. R. (1988). Imagery. In G.J. Pratt, D. P. Wood & B. M. Alman, *A Clinical Hypnosis Primer* (pp. 73-89). New York: Wiley.
98. Krapfl, J.E. y Nawas, M.M., (1970). Differential ordering of stimulus presentation in systematic desensitization. *Journal of Abnormal Psychology*, 75, 333-337.
99. Kraft, W., & Rodolfa, E. R. (1982). The use of hypnosis among psychologists. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 24, 249-257.
100. Krenz, E.W. (1984). Improving competitive performance with hypnotic suggestions and modified autogenic training: Case reports. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 27, 58-63.
101. Krenz, E.W., Gordin, R.D. y Edwards, S.W. (1986). Effects of hypnosis on state anxiety and stress in male and female intercollegiate athletes. En L. Vander Velden and J.H. Humphrey (Eds.), *Psychology and sociology of sport* (pp. 25-34). New York: AMS.
102. Kunzendorf, R.G., Spanos, N.P. y Wallace, B. (1996). Hypnosis and Imagination. Amityville, NY: Baywood Publishing Co.
103. Lanfranco, R. (2010). Hipnosis Clínica y Psicoterapia: Una propuesta integrativa para el tratamiento de la depresión unipolar. *Trastornos del ánimo*, 6 (1), 37-48.
104. Lang, E.V., Benotsch, E.G., Fick, L.J., Lutgendorf, S., Berbaum, M.L., Berbaum, K.S., Logan, H., & Spiegel, D.(2000). Adjunctive non-pharmacological analgesia for invasive medical procedures: A randomised trial. *Lancet*, 355, 1486-1490.
105. Liggett, D.R. (2000). Enhancing imagery through hypnosis: a performance aid for athletes. *Am J Clin Hypn.*, 43(2),149-57.
106. Lindsay, P., Maynard, I., & Thomas, O. (2005). Effects of hypnosis on flow states and cycling performance. *The Sport Psychologist*, 19, 164-177.
107. Loehr, J.E. (1990). *The Mental Game*. New York: Plume Book.
108. Londino, L. J. (2010). *Tiger Woods: A biography*. Westport, CT: Greenwood Press.
109. London, P. y Fuhrer, M. (1961). Hypnosis, motivation and personality. *Journal of Personality*, 29, 321-333.
110. Lüscher, M. (1990). *Test de los colores*. Barcelona: Paidós,
111. Lynn, S. J. (1997). Automaticity and hypnosis: A sociocognitive account. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 45, 239-250.
112. Lynn, S.J. & Kirsch, I. (2004). Teoría de hipnosis. *Papeles del Psicólogo*, 89, 9-15

113. Lynn, S.J. & Rhue, J. W. (1991). An integrative model of hypnosis. En S. J. Lynn y J. W. Rhue (Eds.), *Theories of hypnosis. Current models and perspectives* pp. 397-438. Nueva York: The Guilford Press.
114. Lynn, S.J., Rhue, J. W., & Weekes, J. R. (1990). Hypnotic involuntariness: A social-cognitive analysis. *Psychological Review*, 97, 169-184.
115. Lynn, S. J., Snodgrass, M. J., Rhue, J., Nash, M., & Frauman, D. (1987). Attributions, involuntariness, and hypnotic rapport. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 30, 36-43.
116. Lynn, S.J. & Sherman, S. (2000). The clinical importance of sociocognitive models of hypnosis: Reponse set theory and Milton Erickson strategic interventions. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 42(3-4), 294-315.
117. Lynn, S.J. y Sivec, H. (1992). The hypnotizable subject as creative problem solving agent. In E. Fromm y M.R. Nash (Eds.), *Contemporary hypnosis research* (pp. 292-333). New York: The Guilford Press.
118. Lynn, S.J., Kirsh, 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, pp. 239-259.
119. Lynn, S.J., Neufeld, V., Rhue, J.W., & Matorin, A. (1993). Hypnosis and smoking cessation: A cognitive-behavioral treatment. En J.W. Rhue, S.J. Lynn, & I. Kirsh (Eds.), *Handbook of clinical hypnosis* (pp. 555-586). Washington, D.C.: American Psychological Association.
120. Lynn, S. J., Weekes, J., Brentar, J., Neufeld, V., Zivney, O., & Weiss, F. (1991). Interpersonal climate and hypnotizability level: Effects on hypnotic performance, rapport, and archaic involvement. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60, 739-743.
121. Lynn, S. J., Nash, M. R., Rhue, J. W., Frauman, D. C., & Sweeney, C. A. (1984). Nonvolition, expectancies, and hypnotic rapport. *Journal of Abnormal Psychology*, 93, 295-303.
122. Manzer, C. W. (1934). The effect of verbal suggestion on output and variability of muscular work. *Psychol. Clin*, 22, 248-256.
123. Martens, R.; Vealy & Burton (1990). Anxiety in Sport. In R. Martens, R.S. Vealy & D. Burton, *Competitive Anxiety in Sport* (pp. 3-115). Champaign, IL: Human Kinetics Publishers.
124. McConkey, K. (1986). Opinions about hypnosis and self-hypnosis before and after hypnotic testing. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 34, pp. 311-319.
125. McGeown, W. J., Mazzoni, G., Venneri, A., & Kirsh, I. (2009). Hypnotic induction decreases anterior default mode activity. *Conscious. Cogn.* 18, 848-855. doi: 10.1016/j.concog.2009.09.001
126. McNair, D.; Lorr, M.; Droppelman, L. (1971). *Profile of Mood States Manual*. San Diego: Educational and Industrial Testing Service.
127. Mead, S. & Roush, E. F. (1949). A study of the effect of hypnotic suggestion on physiologic performance. *Arch. Phys. Med.*, 38, 700-705.
128. Mendoza, E. y Capafons A. (2009). Eficacia de la hipnosis clínica: Resumen de su evidencia empírica. *Papeles del Psicólogo*, 30(2), 98-116.
129. Mendoza, E. Lamas, J. y Capafons A. (2010). *Hipnosis Clínica. Formación continuada a distancia*. Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos. 9ª edición. Abril-mayo.
130. Mendoza, M.E. (2000). La hipnosis como adjunto en el tratamiento del hábito de fumar: estudio de caso. *Psicothema*, 12, 330-338.
131. Milling, L. S & Randazzo, E. S. (2016). Enhancing Sports Performance With Hypnosis: An Ode to Tiger Woods. *Psychology of Consciousness: Theory, Research, and Practice*, 3(1), 45-60.
132. Montgomery, G. H., Duhamel, K. N. & 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.
133. Montgomery, G.H., David, D., Winkel, G., Silverstein, J., & Bovbjerg, D. (2002). The effectiveness of adjunctive hypnosis with surgical patients: A meta-analysis. *Anesthesia and Analgesia*, 94, 1639-1645.
134. Morgan, W.P. (1972b). Basic considerations. En W.P. Morgan (Ed.), *Ergogenic aids and muscular performance* (pp.3-31). New York: Academic Press.
135. Morgan, W. P. (1978). Sport personolgy: The credulous-skeptical argument in perspective. In W.F. Straub, *Sport psychology: An analysis of athlete behavior* (pp.330-339). Ithaca: Movement Publications.
136. Margan, W. P. (1980). The trait psychology controversy. *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 51, 50-76.
137. Morgan, W.P. (1995). Anxiety and panic in recreational scuba divers. *Sports Med.*, 20(6), 398-421.
138. Morgan, W.P. y Brown, D.R. (1983). Hypnosis. En M.E. Williams (Ed.), *Ergogenic aids and sports* (pp. 45-54). Champaign, IL: Human Kinetics.
139. Morton, P.A. (2003). The hypnotic belay in alpine mountaineering: the use of self-hypnosis for the resolution of sports injuries and for performance Enhancement , *American Journal of Clinical Hypnosis*, 46(1), 45-51.
140. Naruse, G. (1965). The hypnotic treatment of stage fright in champion athletes. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 13, 63-70.
141. Nash, M. (1991). Hypnosis as a special case of psychological regression. S. Lyn y J. Rhue (Eds.) *Theories of hypnosis: Current models and perspectives*. (pp.171-194). Guilford, New York.
142. Nash, M. R., Minton, A. y Baldrige, J. (1988): Twenty years of scientific hypnosis in dentistry, medicine, and psychology: A brief communication. *International Journal of clinical and Experimental Hypnosis*, 36, 198-205.
143. Néron, S. y Stephenson, R. (2007). Effectiveness of hypnotherapy with cancer patients trajectory. Emesis, acute pain, and analgesia and anxiety in procedures. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 55, 336-354.
144. Newmark TS & Bogacki DF (2005).The sport psychiatrist and golf. *Clinics in sports medicine* 24(4), 973-977
145. O'Donnell, L.E. (1973). The effects of post-hypnotic suggestion on the learning of aquatic skill and the degree of fear among beginning swimmers. *Dissertation Abstracts International*, 32, 795.
146. Oakley, D. A. & Halligan, P. W. (2009). Hypnotic suggestion and cognitive neuroscience. *Trends in Cognitive Sciences*, 13, 264-270.
147. Oakley, D. A. (2008). Hypnosis, trance and suggestion: evidence from neuroimaging. En Nash, M.R. & Barnier, A.J.(eds.). *The Oxford Handbook of Hypnosis* (pp.365-392). Oxford University Press,.
148. Orne, M.T. (1977). The construct of hypnosis. *Annals of the New York Academy of Science*, 296, 14- 33.
149. Orne, M.T. (1959). The nature of hypnosis: Artifact and essence. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 58, 277-299.
150. Pates, F. y Maynard, I. (2000). Effects of Hipnosis on Flow States and Golf Performance. *Perceptual and Motor Skills*, 91, 1057-1075.
151. Pates, F., Maynard, I. y Westbury, T. (2001). An Investigation into the effects of hypnosis on basketball performance. *Journal of Applied Sport Psychology*, 13, 84-102.
152. Pates, J. (2013). The effects of hypnosis on an elite senior European tour golfer: A single-subject design. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 61, 193-204. <http://dx.doi.org/10.1080/0207144.2013.753831>
153. Pates, J., & Palmi, J. (2002). The effects of hypnosis on flow states and performance. *Journal of Excellence*, 6, 48-62.
154. Pates, J., Cummings, A., & Maynard, I. (2002). The effects of hypnosis on flow states and three-point shooting performance in basketball players. *The Sport Psychologist*, 16, 34-47.
155. Pates, J., Oliver, R., & Maynard, I. (2001). The effects of hypnosis on flow states and golf-putting performance. *Journal of Applied Sport Psychology*, 13, 341-354. <http://dx.doi.org/10.1080/104132001753226238>
156. Patterson, D.R., & Jensen, M.P. (2003). Hypnosis and clinical pain. *Psychological Bulletin*, 129, 495-521.

157. Pekala, R. (2002). Operationalizing trance II: Clinical application using a psychophenomenological approach. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 44(3-4), 241-256.
158. Pekala, R. y Kumar, V. (2000). Operationalizing trance I: Rationale and research using a psychophenomenological approach. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 43(2), 107-136.
159. Pérez-Garrido, A., Gonzalez-Ordi, H. y Miguel-Tobal, J.J. (1999). Psicología a la francesa. El papel de las polémicas sobre la naturaleza y utilidad de la hipnosis en la constitución de la psicología como disciplina. *Revista de Psicología Universitas Tarraconensis*, 21 (1-2), 28-66.
160. Perry, C.W. (1978). The Abbé Faria: A neglected figure in the history of hipnosis. En F.H. Frankel y H.S. y Zamansky (Eds.), *Hypnosis at its Bicentennial*, pp.37-45, New York: Plenum Press.
161. Pinnell, C. y Covino, N. (2000). Empirical findings on the use of hypnosis in medicine: A critical review. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 48, 166-190.
162. Pressman, M.R. (1979). Psychological techniques for the advancement of sport potential. En P. Klavora y J.V. Daniel (Eds.), *Coach, athlete, and the sport psychologist*. Champaign, IL: Human Kinetics.
163. Pylyshyn, Z.W. (2002). Mental imagery: In search of a theory. *Behavioral and Brain Sciences*, 25, 157-238.
164. Rainville, P., Hofbauer, R.K., Paus, T., Duncan, G.H., Bushnell, M.C. & Price, D.D. (1999). Cerebral Mechanisms of Hypnotic Induction and Suggestion. *Journal of Cognitive Neuroscience*, 11, 110-125.
165. Rhue, J. W., Lynn, S. L., & Kirsch, I. (Eds.) (1993). *Handbook of clinical hypnosis*. Washington, DC: American Psychological Association.
166. Robazza, C., & Bortoli, L. (1995). A case study of improved performance in archery using hypnosis. *Perceptual and Motor Skills*, 81, 1364-1366. <http://dx.doi.org/10.2466/pms.1995.81.3f.1364>
167. Rossi, E. (2000). In search of a deep psychobiology of hipnosis. Visionary hypotheses for a new millennium. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 42(3-4), 178-207.
168. Rotella, R. J. y Heyman, S. R. (1991). El estrés, las lesiones y la rehabilitación psicológica de los deportistas. J. M. Williams (Ed.). *Psicología Aplicada al deporte*. Madrid: Biblioteca Nueva.
169. Roush, E.S. (1951). Strength and endurance in the waking and hypnotic states. *Journal of Applied Physiology*, 3, 404-410.
170. Ryde, D. (1964). A personal study of some uses of hypnosis in sports and sports injuries. *Journal of Sports Medicine and Physical Fitness*, 4, 241-246.
171. Samuels, M. & Samuels, N. (1975). *Seeing With the Mind's Eye*. New York: Random House Bookworks.
172. Sanders, R. S. (1967). The effect of hypnosis on visual imagery. *Dissertation Abstracts International*, 30, 2936-2939.
173. Sarbin, T.R. (1977). Hypnosis: A social psychological analysis of influence communication. New York: Holt, Rinehart & Winston.
174. Schnur, J.B., Kafer, I., Marcus, C. y Montgomery, G.H. (2008). Hypnosis to manage distress related to medical procedures: A meta-analysis. *Contemporary Hypnosis*, 25, 114-128.
175. 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. *Behaviour Therapy*, 28, 127-140.
176. Schoenberger, N.E. (2000). Research on hypnosis as an adjunct to cognitive-behavioral psychotherapy. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 48, 154-169.
177. Schreiber, E. H. (1991). Using hypnosis to improve performance of college basketball players. *Perceptual and Motor Skills*, 72, 536-538. <http://dx.doi.org/10.2466/pms.1991.72.2.536>
178. Sheehan, P. W. (1991). Hypnosis, context and commitment. En S. J. Lynn y J. W. Rhue (Eds.), *Theories of hypnosis. Current models and perspectives* (pp. 520-541). Nueva York: The Guilford Press.
179. Shih, M., Yang, Y. H. & 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
180. Shor, R. E. & Orne, E. C. (1962). *Harvard Group Scale of Hypnotic Susceptibility, Form A*. Palo Alto (California): Consulting Psychologist Press.
181. Silva, C., & Kirsch, I. (1992). Interpretive sets, expectancy, fantasy proneness, and dissociation as predictors of hypnotic response. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63, 847-856.
182. Spanos, N.P., & Chaves, J. F. (1991). History and historiography of hypnosis. In S. J. Lynn & J. W. Rhue (Eds.), *Theories of hypnosis: Current models and perspectives* (pp. 43-82). New York: Guilford Press.
183. Spanos, N. P., Cobb, P. C. y Gorassini, D. (1985). Failing to resist hypnotic test suggestions: A strategy for self-presenting as deeply hypnotized. *Psychiatry*, 48, 282-292.
184. Spanos, N.P. (1986). Hypnotic behaviour: A social psychological interpretation amnesia, analgesia and "trance logic". *Behaviour and Brain Science*, 9, 449-502.
185. Spanos, N. P. (1991). A sociocognitive approach to hypnosis. En S. Lynn and J. Rhue (Eds), *Theories of hypnosis: Current models and perspectives*, Guilford, New York, pp.324-361.
186. Spanos, N. P. y Chaves, J. (1989). The cognitive-behavioural alternative in hypnosis research. In Spanos y J. Chaves (Eds), *Hypnosis: The cognitive-behavioural perspective* (pp. 9-16). NY: Prometheus Books, Buffalo.
187. Spanos, N.P. y Coe, W. (1992). A social-psychological approach to hypnosis. R. Fromm and M. Nasch (Eds). *Contemporary hypnosis research*. Guilford New York, pp. 102-130.
188. Spanos, N.P., Ham, M.W. y Barber, T.X. (1973). Suggested ("hypnotic") visual hallucinations: Experimental and phenomenological data. *Journal of Abnormal Psychology*, 81, 96-106.
189. Spiegel H & Spiegel D. (1987) *Trance and Treatment: Clinical Uses of Hypnosis*. 2nd Edition, Washington, DC: American Psychiatric Press.
190. Spielberger, C; Gorsuch, R.; Luchene, R. (1986). *State-Trait Anxiety Inventory -Self Evaluation Questionnaire* (STAI). Madrid: TEA.
191. Stegner, A. & Morgan, W. (2010). Hypnosis, Exercise and Sport Psychology. In S. J. Lynn, J. W. Rhue & I. Kirsch, *Handbook of Clinical Hypnosis*. Washington: American Psychological Association.
192. Tobal, J; Cano, A. (1986). *Inventario de situaciones y respuestas de ansiedad* (ISRA). Madrid: TEA.
193. Unestahl, L.E. (1973). *Hypnosis and post-hypnotic suggestions*. Orebro, Suiza: Veje Publications.
194. Unestahl, L.E. (1975). *Hypnosis in the seventies*. Orebro, Suiza: Veje Publications.
195. Unestahl, L.E. (1982). More New Paths to Sport to Learning and Excellence. En: T. Orlick, Parkington N, J. Samela. (Eds.), *New Paths to Sport Learning*. Ottawa: Coaching Association of Canada.
196. Van Dyck, R., & Spinhoven, P. (1997). Does preference for type of treatment matter? A study of exposure in vivo with or without hypnosis in the treatment of panic disorder with agoraphobia. *Behavior Modification*, 21, 172-186.
197. Vealey, R. S., & Forlenza, S. T. (2015). Understanding and using imagery in sport. In J. M. Williams & V. Krane (Eds.), *Applied sport psychology: Personal growth to peak performance* (pp. 240-273). New York, NY: McGraw-Hill.
198. Wagstaff, G. (1998). The semantics and physiology of hypnosis as an altered state: Towards a definition of hypnosis, *Contemporary hypnosis*, 15, 149-165.
199. Wark, D. M. (2008). What We Can Do with Hypnosis: A Brief Note. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 51(1), 29-36
200. Weitzenhoffer, A.M. (2000). *A phenomenological method for the measurement of variables important to an understanding of the nature of hypnosis. The practice of hypnotism*, 2nd, New York: Wiley.
201. Wells, W. R. (1947). Expectancy versus performance in hypnosis. *Journal Gen. Psychol*, 33, 99-119.

202. Williams, G. W. (1929). The effect of hypnosis on muscular fatigue. *J. Abnorm. & Social Psychol.*, 24: 318-329.
203. Yapko, M. (1981). The effect of matching primary representational system predicates on hypnotic relaxation. *American Journal of Clinical Hypnosis*. 23, 169-175.
204. Yapko, M. (2008). *Tratado de Hipnosis clínica*, Edit. Palmyra. Madrid.
205. Young, P. C. (1925). An experimental study of mental and physical functions in the normal and hypnotic state. *Amer. J. Psychol*, 38, 214-232.
206. Zeig, J. (2001). Hypnotic induction. En B. Geary and J. Zeig (Eds). *The handbook of Ericksonian psychotherapy*, The Milton H. Erickson Foundation Press, Phoenix, pp. 18-30.
207. Zeig, J. (1980). *Un seminario didáctico con M. H. Erickson*. Madrid: Amorrortu editores.

